

Vitenskapsteoretisk essay

Vestnorsk nettverk

Praktisk kunnskap som indeksert kunnskap – en drøfting av begrepene påstandskunnskap, fortlighetskunnskap og ferdighetskunnskap i forhold til helsepersonells møter med foreldre til barn med cerebral parese

Anne Solveig Iversen

Høgskolen i Bergen

INNHOOLD

1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	s.3
2	CEREBRAL PARESE	s.4
	2.1 Cerebral parese	s.4
	2.2 Barn med CP	s.4
	2.3 Språket	s.5
	2.4 Å være foreldre til barn med CP	s.5
3	PRAKTISK KUNNSKAP	s.6
	3.1 Praktisk kunnskap – indeksert kunnskap	s.6
	3.2 Praktisk kunnskap – påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og Fortrolighetskunnskap	s.8
	3.3 Martin Heidegger – forholdet mellom teori og praksis	s.12
4	DISKUSJON	s.14
	4.1 Hva karakteriserer den kunnskapen foreldrene har om sine barn	s.14
	4.2 Kan helsepersonell få del i den kunnskapen som foreldrene har	s.16
5	KONKLUSJON	s.18
7	REFERANSER	s.20

1 Bakgrunn

Jeg er i gang med et forskningsprosjekt med tema: ” ortopediske inngrep på barn med cerebral parese og foreldrenes vurdering av barnets erfaringer, samt foreldrenes erfaringer av sykehusoppholdet. ”Prosjektet er en kvalitativ studie, som gjennom dybdeintervju forsøker å si noe om hvorledes foreldrene til barn med cerebral parese (CP) vurderer barnets og egne erfaringer av sykehusoppholdet. Intervjuene er allerede gjort, og i løpet av dette essayet vil jeg bruke materiale herfra for å illustrere de vitenskapsteoretiske poengene jeg diskuterer.

Ortopediske inngrep på barn med CP er omfattende og medfører mye smerte og lidelse. Barn som kommer i slike situasjoner er stort sett barn med store funksjonshemminger. Av disse har jeg begrenset studien til barn med CP. Dette er en voksende gruppe i Norge, noe som har sammenheng med at nyfødmedisin har hatt en rivende utvikling, og barn som tidligere døde overlever i dag.

Det er ikke mange barn som blir operert for CP, og det gir personalet på sykehusavdelingene relativt få erfaringer med denne typen situasjoner. En del av barna som er født for tidlig får diagnosen CP, og har dermed med seg en historie med mange tidligere sykehusinnleggelser. Foreldrene har denne erfaringen med seg inn å situasjonene på sykehuset. Definisjon på cerebral parese tar utgangspunkt i en motorisk dysfunksjon, men mange barn har i tillegg andre funksjonsforstyrrelser som språkforstyrrelser, synsforstyrrelser og nedsatt hørsel (Skjeldal, Rasmussen 2001). Mange av barna har dårlig språk eller er uten språk, og har dermed vanskelig for å artikulere verbalt hvordan de har det. Barna har imidlertid andre måter å artikulere seg på. Gjennom ansiktsuttrykk eller kroppslige ferdigheter vil de fortelle om de har det bra eller ikke. Utfordringen for foreldre og helsepersonell blir å fange opp og tolke det som barnet forsøker å formidle. Å være i en situasjon der barnet skal gjennomgå et ortopedisk inngrep er en ny situasjon for de fleste av foreldrene. Foreldrene er godt kjent med barnets måte å uttrykke seg på under vanlige omstendigheter, og har en kunnskap om barnets måte å artikulere seg på som ikke andre enn foreldrene kjenner på tilsvarende måte. Hvis vi som helsepersonell kunne få del i foreldrenes kunnskap om barnets uttrykksmønster, ville vi være bedre i stand til å møte barnet i den nye situasjonen på sykehuset.

Jeg ønsker å gå inn i problemstillingen:

**Hvordan tilegner helsepersonell seg praktisk kunnskap i møte med foreldre til CP barn?
En klargjøring av begrepene påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og
ferdighetskunnskap i en hermeneutisk sammenheng.**

Avgrensing

Jeg vil i dette essayet utlegge begrepet praksis kunnskap og belyse dette ut fra forholdet mellom teori og praksis, der praksis blir primær. Praktisk kunnskap er indeksert og dette innebærer at kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og den situasjonen der kunnskapen blir anvendt. Det er mange begrep som beskriver praktisk kunnskap, og jeg har i dette essayet valgt å vektlegge begrepene påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap, med utgangspunkt i Nortvedt og Grimens bok *Sensibilitet og refleksjon* (2004), Vetlesen og Stänicke sin bok *Fra hermeneutikk til psykoanalyse* (1999). Å være foreldre til et barn med cerebral parese innebærer en livsverden som er preget av andre erfaringer og oppgaver enn å være foreldre til et friskt barn. Jeg vil derfor gi en redegjørelse for hva CP er, og hva det innebærer å være foreldre til et barn med CP, spesielt i møte med helsepersonell.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Cerebral parese

”Cerebral parese er en vedvarende bevegelseshemming forårsaket av en ikke progredierende hjerneskade som innebærer at skaden ikke utvikler seg, og som er oppstått under fostertiden, fødselen eller i løpet av de første 24 levemånedene” (Sintef Unimed NIS Helse og rehabilitering 2000). I dag vet en at de aller fleste skader (80 %) oppstår før fødselen. Diagnosen sier lite om en persons utviklingsnivå, og hvordan personene fungerer i dagliglivet. Det er sjelden skaden i hjernen kun påvirker områder som styrer over motorikk. Andre områder er derfor også involvert, og dette kan gi tilleggshandicap som problemer med å uttrykke seg, problemer med å forstå, syn og hørsels vansker. Å ha barnet på sykehus innebærer en livsverden med mye stress og aktiverer følelser om usikkerhet og utrygghet for hva dette vil medføre.

2.2 Barn med CP

Det fødes ca. 50000 barn årlig i Norge, og ca.80 - 90 av disse vil få en skade som fører til CP. Fortidlig fødte barn har en høyere risiko for å utvikle CP, og det antas å være opptil 30 ganger hyppigere med en fødselsvekt under 1500gram (Grøholt og Nordhagen,1995). Selv om CP betraktes som en ikke progredierende skade, er det kommet stadig flere signaler om at funksjonshemmingen forverres med årene. Dette viser seg som tiltakende smerter, stivhet i muskler og spasmer. I dag vil barn som har problemer som følge av denne utviklingen få tilbud om et kirurgisk inngrep for å bedre situasjonen. Dette er et inngrep som er omfattende og krever lang rekonvalesens. Det krever også god oppfølging i forhold til smertelindring og observasjoner i den postoperative fasen. Mange av barna har forstyrrelser i bevegelsesapparatet, nedsatt syn, dårlig språk og dårlig utgangspunkt for kommunikasjon med personer rundt seg. Det å se dårlig og i tillegg være spesielt følsom for lyder rundt seg gjør at CP barna til tider kan være utsatt for påkjenninger i overkant av hva barnet kan mestre (Vik m.fl. 2001).

2.3 Språket

Omtrent halvparten av alle med CP har tale eller (også) manglende språkforståelse. Noen ganger vil disse vanskene være et enda større problem enn bevegelsehemmingen. Å tale krever koordinasjon av hele munnpartiet, strupehodet og ikke minst respirasjonsmusklene. Det er kun barn med de letteste formene for CP som har ”normal tale”.

Barna kan imidlertid ha en dårlig talefunksjon, men god språkforståelse. Noen har også en mental retardasjon, og det er ikke enkelt å angi hvordan dette er hos barn med liten evne til å uttrykke seg med språk. Barn med manglende evne til å artikulere seg verbalt, får heller ikke den utviklingen som språket gir i samspill med andre mennesker. Vi vet det er vanskelig å forstå personer uten språk, men det er ikke uvanlig at foreldrene allikevel forstår hva barnet vil formidle. Denne kunnskapen har de fått gjennom de årene de har vært sammen, de kjenner barnet sitt og forstår hva som menes.

2.4 Å være foreldre til barn med CP

Å være foreldre til et barn med CP innebærer et stort omsorgsansvar. De blir kontinuiteten i barnets verden, og ser som sin oppgave å ivareta barnet sitt så godt det kan. Denne oppgaven kan til tider være alltoppslukende, og når barnet skal til operasjon blir en spesielt sårbar periode. Foreldrene til funksjonshemmede barn har som foreldre andre oppgaver enn foreldre til friske barn. De ser at i en del situasjoner blir ikke barnet deres godt nok tatt vare på med de spesielle omsorgsbehov de har. Foreldrene har opparbeidet en kompetanse på sitt barn som

innebærer å kunne tolke signaler som barnet gir gjennom lyder, mimikk og bevegelser. Denne kompetansen er det viktig å anerkjenne, og å etablere en god kommunikasjon med foreldrene. Sølvi Helseth (2002) legger vekt på at forholdet mellom helsepersonell og foreldrene er en gjensidig interaksjon, og utvikler seg ved at begge parter gir hverandre respons. Selv om det moralsk sett er to likeverdige parter i interaksjon, den ene parten i kraft av sin yrkesrolle og den andre parten i en situasjon der de har krav på oppmerksomhet, er forholdet asymmetrisk. Asymmetrien består i at helsepersonell har et moralsk ansvar til å bygge opp et forhold til familien, men familien ikke har en slik ansvar overfor helsepersonell. Dette vil i utgangspunktet skape en skjevhet i forholdet. Berit Støre Brinchmann (2000) sier det slik: ”at som mennesker er vi utlevert til hverandre.” Som foreldre til funksjonshemmede barn er en sårbar. Foreldrene er ikke fortrolig med hva som skjer på sykehuset, og hva som er ”normalt” i denne situasjonen. Foreldrene føler en ansvarlighet i forhold til sykehusoppholdet, men opplever at de ikke har nok medisinsk kunnskap, men må bidra på de områdene de har kunnskap om. Dette er fordi de opplever at helsepersonell ikke kjenner barnet godt nok til å tolke hva som skjer.

Foreldrene møter i løpet av sykehusoppholdet mange forskjellige profesjonsgrupper, ofte for en kort periode, og er usikre på hva disse kan om barn med CP. Foreldrene må i utgangspunktet stole på at helsepersonell har barnets beste som sitt mål. Når de erfarer at helsepersonell ikke har nok kunnskap vil det lett oppstå mistillit (Iversen, Graue, Clare 2006). Om helsepersonell har ”nok kunnskap” viser seg i hvorledes de handler og hvilke vurderinger som gjøres i den enkelte situasjon. Når barnet skal til et kirurgisk inngrep blir de daglige rutinene rokket ved. Det er foreldrene som har tatt denne endelige avgjørelsen, selvfølgelig med råd fra fagfolkene, om at det er til barnets beste å få utført dette inngrepet. Når de ser hva valget innebærer for barnet, kan de i perioder få problemer med å akseptere barnets lidelser.

3 PRAKTISK KUNNSKAP

3.1 Praktisk kunnskap - indeksert kunnskap

Jeg vil ta utgangspunkt i Nortvedt og Grimens bok *Sensibilitet og refleksjon*. Forfatterne definerer praktisk kunnskap slik: ” *ved praktisk kunnskap lar kunnskapens form og innhold seg ikke løsrive fra de som har den, og fra de situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukssituasjonen*” (2004 s.165). Praktisk kunnskap er indeksert, og kunnskapsbæreren og brukssituasjonen er det som blir indikert. Kunnskapsbæreren vil her være helsearbeideren og foreldrene som skal gi omsorg til

barnet. Situasjonen med CP-barnet som nyoperert og med spesielle behov er den situasjonen kunnskapen peker mot- brukssituasjonen. Denne kunnskapen opparbeides gjennom førstepersonserfaringer der en har reflektert rundt situasjonen med andre, og fått kunnskapen integrert som fagperson. For å opparbeide denne praktiske kunnskapen må en selv gjøre erfaringene, og kunnskapen er indeksert til kunnskapsbæreren. Kunnskapen er også indeksert til brukssituasjonen. En må vurdere hver enkelt brukssituasjon, og handle ut fra særtrekkene ved situasjonen, som innebærer likhet med andre liknende situasjoner en har vært i. Når en står overfor en ny situasjon vil en således ha førstepersonserfaring fra andre situasjoner med fellestrekk innbyrdes med den nye situasjonen – og vil føre denne med erfaringen med seg inn i den nye situasjonen. Praktisk kunnskap er indeksert i den forstand at pasienten, foreldrene eller andre kollegaer kan kjenne igjen hvem som har utført et arbeid når en ser resultatet, for eksempel hvorledes pasienten er stelt og lagt til rette eller vurderingene som er gjort i forhold til oppfølging av pasientens smerteregime. Dersom det er andre personer som utfører oppgavene vil resultatet bli annerledes, fordi kunnskapens innhold vil være preget av situasjonen og personene som er i situasjonen. Likeledes vil resultatet være annerledes når det er en annen situasjon, andre personer som inngår i situasjonen.

Kunnskapsbæreren har også med seg kunnskap inn i brukssituasjonen, denne kunnskapen er ikke indeksert, den er lært og uavhengig av hvem som har den. Helsearbeideren har lest om hvorledes barn med CP reagerer på stress med å bli spastisk - men vurderingene som ligger bak tolkingen av signalene som barnet gir, og hvordan handle i forhold til disse signalene i den aktuelle brukssituasjonen vil være praktisk kunnskap. Praktisk kunnskap er indeksert, og det innebærer at den opptrer med kjennetegn som viser hvor den kommer fra, hvem som har den og hva den skal anvendes til.

Praksissituasjonene som helsearbeidere står overfor er alltid unike enkeltstående situasjoner, og vil være uforutsigbare, og et eksempel kan illustrere helsearbeiderens indekserte kunnskap etter at barnet var operert og etter oppholdet på avdeling for nyopererte skulle tilbake til sengeposten: ” *Personalet på avd. for nyopererte fant fort ut hvorledes de skulle dekke opp med smertestillende, slik at innstillingen på epiduralpumpen gikk veldig OK. Når hun skulle opp her på avdelingen så ble det noe annerledes. Det tok sin tid, gikk en ½ dag før hun fikk på plass en riktig dosering.*” En vil her se at resultatet(smertelindring) blir forskjellig alt etter hvilken person som er i situasjonen, kunnskapens form og innhold lar seg ikke løsrive fra den som har den. Foreldrenes indekserte kunnskap i situasjonen vil være annerledes enn

helsepersonell sin fagkunnskap, de er ikke fagpersoner som har kunnskap etablert gjennom faglig forståelse, de har førstepersonserfaring om barnets reaksjoner under hverdagslige forhold, men ikke i situasjonen som nyoperert på sykehuset.

Praktisk kunnskap oppøves gjennom erfaring fra en rekke praksissituasjoner, og hviler på et bredt mangfold av kunnskapstilfang.

3.2 Praktisk kunnskap – påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap

Praktisk kunnskap finnes som ferdigheter og fortrolighet med omverden (Johannessen, 1984). Nortvedt og Grimen redegjør for at vi i Vesten hadde et kunnskapsideal frem til det 20. århundre som har vært preget av det platonske kunnskapsbegrepet som innebærer kunnskap som er sann, begrunnet overbevisning og praktisk kunnskap har ligget i et skyggeland. En forklaring på dette kan være at den intellektuelle arv fra antikken innebar en nedvurdering av praktisk (manuelt) arbeid. Nytt kunnskapsteoretisk fokus kom på varianter av praktisk kunnskap i det forrige århundre. Praktisk kunnskap defineres ved en rekke ulike begrep, og den norske filosofen Kjell Johannessen laget på 1970 –tallet et skille mellom påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap.

Jeg vil gå inn på begrepene påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap, med utgangspunkt i filosofen T. Nordenstam sin bok ” fra kunst til vitenskap”(1989) og K. Johannessen sin artikkel ”Kunst, språk og estetisk praksis” (1984).

Filosofen Tore Nordenstam presenterer i sin bok ” fra kunst til vitenskap” (1989) en tredeling av kunnskap i et kunnskapsteoretisk perspektiv, og bruker begrepene ”påstandskunnskap”, ”ferdighetskunnskap” og ”fortrolighetskunnskap”. Påstandskunnskap uttrykkes gjennom påstander, og vil ofte være det samme som teoretisk kunnskap. Påstandskunnskap krever en begrunnelse av kunnskap gitt ved andre påstander, som igjen innebærer at kunnskapens innhold må formuleres som påstander. Påstandskunnskap er for eksempel kunnskap om hvorledes sykdommen arter seg, hva er vanlige symptomer og hva er den vanligste behandlingen. Kvalitetssikring av påstandskunnskap er et viktig område i evidensbasert kunnskap, som er en modell innenfor medisinsk eksperimentell forskningstradisjon utviklet for å etterprøve faglige prosedyrer og teknikker, og er basert på empiriske påstander i en randomisert kontrollert studie (Thomassen, 2006).

Ferdighetskunnskap er den kunnskapen utøveren erverver seg gjennom handlinger, og må erfares gjennom førstepersonsperspektiv (Nordenstam 1989), samtidig som kunnskapen helsepersonell lærer gjennom handling, ikke bare hviler på egen erfaring men også på overlevering og videreformidling av andres erfaring (Thomassen, 2006). Ferdighetskunnskap kan være kunnskap om hvorledes legge barnet i et godt leie for å hindre spasmer hos barnet, kunnskap om å tilpasse alarmer på apparatur som barnet er tilkoblet fordi alarmer gir en høyfrekvent lyd som kan forårsake stress hos barnet. Likeså er det kunnskap om å sjekke ut om barnet får nok smertestillende medikamenter ved å være sikker på at apparatur er riktig tilkoblet og virker etter sin hensikt.

Fortrolighetskunnskap er i følge Nordenstam: ” *den fortrolighet som helsearbeideren etter hvert erverver seg med det empiriske området og med den vitenskapelige tradisjon som vedkommende sogner til* ” (Nordenstam 1989, s.33). Fortrolighetskunnskap bygger på moralsk erfaring og en profesjonelt utviklet evne til å ta den andres perspektiv. Fortrolighetskunnskap er kunnskap som ikke lett lar seg verbalisere, men som er grunnleggende viktig i klinisk vurdering, etisk og moralsk kunnskap er slik kunnskap (Nortvedt og Grimen, 2004). Personene som er i situasjonen vurderer hva som er riktig i akkurat denne aktuelle situasjonen. Som helsearbeider utvikler en fortrolighetskunnskap gjennom førstepersonserfaring, og dette er kunnskap som kommer til uttrykk gjennom etiske og moralske vurderinger, å kunne tolke signaler som gies i situasjonen, å tolke hva som er riktig og god vurdering i situasjonen. Når en står overfor en nyoperert pasient skal en for eksempel kunne tolke om pasienten puster adekvat og om han er tilstrekkelig sirkulatorisk stabil. Fortrolighetskunnskap er kunnskap som innebærer å tolke foreldrenes reaksjoner i denne stressede situasjonen og ut fra deres spesielle livsverden, og ut fra dette vurdere hvilken informasjon og omsorg de vil kunne ha behov for.

Praktisk kunnskap som her representeres ved fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap bryter med dette platonske kunnskapssynet, som innebærer krav til begrunnelse gitt ved andre påstander, og kommer til uttrykk i situasjoner der helsepersonell handler ut fra det de mener er det riktige i situasjonen uten å skulle eller kunne begrunne hvorfor. I profesjonsstudier er det diskusjoner og alment aksept omkring denne typen kunnskap, og begrepet ”taus kunnskap” som innebærer kunnskap som ikke kan artikuleres med ord, men som sitter i personene som en erfaring opparbeidet gjennom vurderinger fra liknende situasjoner (Nortvedt og Grimen, 2004).

Foreldrene har gjennom årene utviklet fortrolighetskunnskap om hvilken påkjenning som skaper stress for deres barn, og hvorledes barnet vil respondere på dette.

Sykepleieforsker Herdis Alvsvåg som i sin forskning har vært opptatt av praktisk kunnskap sier:

”Påstandskunnskap sier noe som er generelt for flere objekter, den søker å definere klare objekter, den søker å finne klare begreper og er abstrakt. Fortrolighetskunnskap læres i praksis og vises i praksis”(Herdis Alvsvåg, 1993s.20). Hun sier videre at fortrolighetskunnskap utvikler seg når vi bearbeider erfaringene våre, fordi vi da blir kjent med hva vi har tenkt og gjort. For å lære noe om situasjonene må en i det faglige fellesskapet diskutere og reflektere over situasjonene, og en vil da kjenne igjen liknende situasjoner og trekke fortrolighetskunnskap med seg inn i nye situasjoner. For å utvikle fortrolighetskunnskapen må en også som fagperson reflektere over sine vurderinger på egen hånd, og dermed utvikle seg som moralsk aktør i et profesjonelt aktivitetsfelt. Det er situasjoner der du med deg selv vet du ikke har gjort de riktige vurderingene, og må klargjøre for seg selv hva som egentlig skjedde - dette er ofte etiske og moralske vurderinger som krever mot og engasjement for å gjøre gode vurderinger.

Helsepersonell som har mange erfaringer med foreldre til CP-barn innlagt på sykehus vil ha en fortrolighetskunnskap som er opparbeidet gjennom denne erfaringen, og denne fortrolighetskunnskapen vil mellom annet innebære kunnskap om at historien som foreldrene har med seg inn i situasjonen vil påvirke det aktuelle sykehusoppholdet. Når barnet har det ille med smerter og kvalme vil dette virke på foreldrene, som blir preget av dette, og helsepersonell med fortrolighetskunnskap vil gjøre andre vurderinger enn de som ikke har denne erfaringen. I forhold til ferdighetskunnskap har personalet med erfaringer innsikt i hvorledes stell skal utføres og hvordan observasjoner skal utføres, og denne kunnskapen er kontekstavhengig, handling vurderes ut fra omstendighetene i situasjonen. Det som er riktig handling i en situasjon er det ikke i en annen situasjon. Den handlende person ”evaluerer” sin handling, om den er god eller dårlig, og det ligger elementer av skjønn som er vage i denne vurderingen.

Nordenstam (1989) redegjør for indeksikalitet til praktisk kunnskap, og sier at fortrolighetskunnskap er vesentlig på alle områder som bygger på utøverens skjønn og erfaring. ”Det gode blikk” og medmenneskelig omtanke er uttrykk som kjennetegner denne

kunnskapen uten at en kan konkret beskrive hva dette innebærer. Kunnskapens indikerer bæreren og brukssituasjonen, det som er riktig i en situasjon er ikke nødvendigvis riktig i en annen situasjon når brukssituasjonen er en annen, eller en annen situasjon når det er andre personer i situasjonen. I forhold til ferdighetskunnskap vil også denne kunnskapen indikere hvem som har utført handlingen, ”det gode stell” er et uttrykk som vi i sykepleiepraksis bruker når kunnskapsbæreren tilkjenner å ha ferdighetskunnskap, kunnskapens form og innhold lar seg ikke løsrive fra de som har den, og fra situasjonen hvor den blir anvendt. Selv om en i fagfellesskapet har normer som beskriver hva som er gode handlinger, er det mange grader av denne kunnskapen. Både ferdighets og fortrolighetskunnskap indikert til personen i situasjonen er beskrevet i modellen til sykepleieteoretiker Patricia Benner, som har utviklet modellen fra novise til ekspert som beskriver hvordan en person utvikler ferdigheter og fortrolighet gjennom gjentatte erfaringer og refleksjoner. Det som er riktig handling i en situasjon trenger ikke være det i en annen liknende situasjon fordi det er andre personer i situasjonen. Etter hvert som helsepersonell utvikler ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap vil også en økt forståelse for påstandskunnskap utvikle seg, de vil bedre forstå hva ordene innebærer.

Mange fagområder arbeider ut fra en forestilling om at all vitenskapelig relevant viten er språklig formulerbar viten, men så er ikke tilfelle. I følge Nortvedt og Grimen (2004) er handling en like viktig artikulasjonsmåte for kunnskap som verbalisering, kunnskapen blir synliggjort gjennom handling, erfaring er viktigere enn regler. Helsepersonell må være var for pasientens lidning, situasjonen pasienten befinner seg i, og utstyret som skal brukes i den aktuelle situasjonen. Det kreves en kyndighet og observasjonsevne å gjøre de riktige løftene og bevegelsene. Dette er med å tilkjenne den ferdighetskunnskapen helsepersonell har, og er motstykke til verbalisering av kunnskap. Det kommer tydelig frem når vi reflekterer over områder fra vår praksis, og jeg vil illustrere dette fra et annet område: K. Johannessen (1984) uttrykker dette ved å beskrive et musikkstykke sin egenartede klang ved en bestemt fremførelse. Han var overveldet og fascinert når han hørte musikkstykket, men måtte melde pass når han skulle beskrive det for andre.

Fortrolighetskunnskap utvikler seg gjennom å opparbeide seg erfaringer fra å vurdere de forskjellige forhold i situasjonen, utvikle fortrolighet med hva som er riktig og gode etiske vurderinger og intuitivt se hva som står på spill. Kunnskapen viser seg gjennom våre vurderinger, våre holdninger, etiske vurderinger, og jeg vil illustrere dette ved følgende praksiseksempel som sier noe om moralske holdninger og vurderinger i forhold til

kunnskapsbæreren og brukssituasjonen. CP barn blir lett spastiske når de utsettes for stressfulle situasjoner, og det å skulle opereres er en stressfull situasjon. Når barnet er uten språk, og det er vanskelig å kommunisere verbalt, vil det være vanskelig å forberede barnet på å få lagt inn venflon. Det vil lett oppleves som et overgrep når helsepersonell skal sette venflon på barnet fordi dette er vondt, og helsepersonell gjerne må stikke gjentatte ganger før de lykkes. Foreldrene har erfart dette tidligere, og vil gjerne formidle dette til helsearbeideren: *” tidligere var det ikke så populært at jeg sa hvorledes de skulle gjøre jobben sin, etter tre eller fire venepunkteringer så sa jeg at de fikk bruke masken først, så setter du venflonen etterpå. Det gjør de nå? Ja det gjør de nå”*.

Denne kunnskapen blir personliggjort kunnskap som blir integrert i oss. Selv om den ikke kan meddeles til andre i direkte påstandsmessig form, kan den overføres ved hjelp av metaforer, konkrete eksempler og analogier. En kan ved å bruke disse metodene overføre kunnskap fra en situasjon til å skape forståelse for andre situasjoner, fordi det ligger element av refleksjon og vurderinger i disse fortellingene.

Et annet og meget vesentlig perspektiv på praktisk kunnskap er at den er kroppslig. Den sitter i innøvde kroppslige reaksjoner og tilkjenner gir en fortrolighetskunnskap med omgivelsene. Nortvedt og Grimen (2004) sier at dette kan uttrykkes uten å bruke språk, kroppen uttrykker dette på sin måte. Foreldrene som er rundt barnet ser hvordan kroppen ”uttrykker seg”, og vil ut fra det kunne danne seg en formening om ”hva kroppen sier”. Kroppen kan ikke betraktes som et passivt objekt, men gir signaler til omgivelsene på bakgrunn av sin erfaring. Dette er viktig kunnskap i forhold til foreldre til CP-barn. En studie (Iversen, Graue, Clare 2006) viser at foreldrenes erfaringer fra tidligere sykehusopphold blir aktivert når barnet blir innlagt på nytt.

3.3 Martin Heidegger – forholdet mellom teori og praksis

Den tyske filosofen Martin Heidegger (1889-1976) sitt syn på kunnskap faller godt inn i det som er tema i dette essayet, påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap, idet han beskriver at den praktiske omgang med verden er forut for teoretiske oppfatninger og vår praktiske omgang med tingene er det primært meningsgivende (Vetlesen og Stänicke, 1999). Heidegger bruker begrepene fortrolig kunnen som viser seg i det vi gjør, hvordan vi beveger oss og bruker ting, og theoria som viser seg i teoretiske tematiserte utsagn som igjen er opphav til handling eller praksis. Heidegger sitt hovedverk *Sein und Zeit* kom ut i 1927. Verket stiller spørsmål om Værens mening med utgangspunkt i den førontologiske forståelse

vi har i den hverdagslige omgangen med verden. Heidegger er ikke primært ute etter noen kunnskapsteoretisk distinksjon mellom kunnskapstyper og prioriteringer mellom de. Heidegger sin oppfatning er at det forut for både den teoretiske og det praktiske forholdet til tingene allerede foreligger en værensforståelse, og skillet mellom teori og praksis avledes herfra. Heidegger er som eksistensialist opptatt av det enkelte individ. Han unngår i sin teori ordet ”menneske” og bruker ”dasein” som uttrykk for vår særlige eksistensform (tilstedeværen).

Heidegger skiller mellom to forståelsesstrukturer: det *hermeneutisk -som* og det *apofantisk-som*. *Hermeneutisk -som* er den forståelsesstrukturen som utgjør vår omsiktlige kunnen, som innebærer at kunnen har en hensikt og gir oss et mønster for gjennomføringen i en praktisk situasjon. Ferdighets og fortrolighetskunnskap, som viser seg som praktisk kunnskap forbundet med ting gjennom bruks og praksissammenhenger er knyttet til det *tilhåndenværende*, Heidegger (1962 s.99) bruker begrepet *til hånden*, og betegner det værende som *til hånden* klar til å taes i bruk. Tingene er klare til å brukes og vi har upåfallende fortrolighet med denne kunnskapen, det må være en kunnskap som ligger som en innsosialisert, ubevisst og utematisert form for kunnskap. Forståelsen er å gripe noe *som* noe bestemt- forståelsen har en *som* struktur.

Apofantisk – som er den forståelse som viser seg i teoretiske utsagn og det *forhåndenværende*, altså påstandskunnskap, og innebærer et utsagn med logisk subjekt – predikat struktur, og som blir brukt for å sette frem en *påstand om noe*(værende) (Vetlesen og Stänicke, 1999).

Apofantisk – som er fundert på *hermeneutisk – som*, fordi den praktiske kunnskapen er den primære forståelsen som muliggjør de teoretiske utsagnene om det forhåndenværende, og en teoretisk observasjon av det *forhåndenværende* er i følge Heidegger bare mulig der den praktiske brukssammenhengen er brutt sammen, eller unndrar seg sin selvfølgelig inngåelse i praksis. *Apofantisk – som* er en artikulasjon som er løsrevet eller dekontekstualisert og avledet ifra bruken som artikulasjon situert i en praktisk eller hermeneutisk kontekst, altså at teoretisk forståelse er fundert og muliggjort i en omsiktlig kunnen.

Heidegger(1962 s.86) vil unngå en oppfatning der den teoretiske tilnærmingen er primær, det primære er snarere at vi er forbundet med ting gjennom bruks og praksissammenhenger hvor forståelsen først og fremst er praktisk og implisitt. Heidegger bruker begrepet *til hånden*, og betegner det værende som *til hånden* klar til å taes i bruk. Det *tilhåndenværende* er det vi har upåfallende fortrolighet med (unauffallingen Vertrautheit). For at noe skal være fortrolig må det *tilhåndenværende* være tilbaketrasket, de praktiske sammenhengene vil fungere som en

bakgrunn for forståelsen. Det *tilhåndenværende* er ikke en teoretisk skue, men tilbaketrasket eller transparent for oss (Heidegger 1962 s.147). Heidegger sier med det at kunnskapen som er integrert i oss ligger som et grunnlag for å forstå situasjonene vi er i, og handler på den bakgrunnen. Vår praktiske omgang med tingene er ontologisk mer primær enn en teoretisk tilmærming. Heidegger mener at den praktiske besørgende omgang med omverden er forut for teoretiske oppfatninger. Han sier videre at den fortrolige kunnen vi har i vår omgang med verden viser seg i det vi gjør, og hvordan vi bruker ting. Dette innebærer at han vil kaste lys over det fundamentalt vesentlige ved menneskelig eksistens, slik denne eksistens er konkret levd, spontant erfart og erkjent (Vetlesen og Stanicke, 1999). Dette er en form for forforståelse som er uatskillelig fra våre gjøremål. I følge Heidegger ligger forforståelse som en oppfatning av vår egen eksistens, og denne er med oss inn i nye situasjoner og danner grunnlaget for all forståelse og fortolkning. Dette blir det Heidegger beskriver som fenomenologi, erfaringene som er vesentlig ved menneskelig eksistens. Denne værensforståelsen (forforståelsen) er en form for fortrolighetskunnskap som karakteriserer menneskets umiddelbare forhold til verden (Nortvedt og Grimen, 2004). Forståelse oppstår i den dagligdagse omgang med verden vi lever i, og forståelsen er praktisk og implisitt (Thomassen, 2006).

4 DISKUSJON

Jeg vil i diskusjonen ha et overordnet utgangspunkt i begrepene påstandskunnskap, fortrolighets- og ferdighetskunnskap, deretter begrepet indeksert kunnskap. Deretter vil jeg diskutere foreldrenes form for kunnskap om sine barn, og hvordan vi som helsepersonell skal få del i denne kunnskapen med utgangspunkt i disse begrepene sett ut fra Heidegger sin teori om praksiskunnskap.

Nordenstam gjør i sin kunnskapsteori et skille mellom påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap.

4.1 Kan vi ved hjelp av disse begrepene påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap si noe om hva som karakteriserer den kunnskapen foreldrene har om sine barn?

I følge Nortvedt og Grimen (2004) kommer den praktiske kunnskapen til uttrykk i handlinger og vurderinger. Som Helseth (2002) sier har foreldre til barn med CP andre byrder enn foreldre til friske barn, noe som innebærer å måtte ta ansvar for alle områder i barnets liv,

fordi de har behov for en annen type omsorg og oppfølging enn andre barn. Både helsepersonell og foreldrene trenger hverandres kunnskap for å møte barnet med CP. Fortrolighetskunnskapen som foreldrene har er ervervet gjennom erfaringene fra tidligere sykehusopphold. I data fra min studie sier foreldrene at de står i en spesiell situasjon når barnet er innlagt til dette inngrepet, fordi de er ikke fagpersoner, har ikke påstandskunnskapen som helsepersonell har, og i tillegg har de ikke fortrolighets og ferdighetskunnskap om barnet i denne situasjonen. De har kunnskap fra andre situasjoner, men den kunnskapen blir ikke tilstrekkelig i denne situasjonen – ifølge Nortvedt og Grimen (2004) er kunnskapen indeksert til brukeren og situasjonen. Heidegger sier at vår praktiske omgang med verden kommer forut for teoretiske oppfatninger, og foreldre kan bidra med erfaringer fra andre sykehusinnleggelser f.eks ved å tolke – vise forståelse av når barnet uttrykker ubehag i situasjonen. Foreldrene har en *hermeneutisk* – som forståelsesstruktur – der de tar i bruk forståelsen fra tidligere situasjoner og bruker det til å tolke det inn i den aktuelle situasjon. Foreldrene kjenner barnets måte å uttrykke seg på når det føler ubehag, og må være tilstede hele tiden for å kunne tolke barnets signaler. De vurderer og bedømmer situasjonen, og tolker og reflekterer over det som skjer.

Foreldrenes praksiskunnskap er indeksert til situasjonen, det er foreldrene som her vurderer og sanser, men de er opptatt av å overføre denne praksiskunnskapen for at helsepersonell også får økt sin kunnskap. Indeksert kunnskap må erfares i førsteperson, så helsepersonell får ikke denne kunnskapen uten å selv gjøre handlingen. Foreldrene har mange erfaringer fra barnets tidligere sykehusopphold, men få erfaringer fra et opphold der barnet skal opereres. Dette er en ny situasjon, og foreldrene har heller ikke erfaringer fra dette å bidra med inn i situasjonen. Erfaringen de har er fra andre innleggelser, og denne erfaringen trekker de med seg. Min erfaring er imidlertid at foreldre til funksjonshemmede barn er gode til å håndtere de utfordringene de står overfor, og har erfaringer som foreldre til friske barn ikke har. Det blir derfor ekstra utfordrende å bruke den informasjon som de har tilegnet seg på grunnlag av den påstandskunnskap som er presentert i fagbøker, og kombinere dette med fortrolighetskunnskap som er opparbeidet gjennom tidligere sykehusopphold. De beskriver en situasjon der ingen andre (helsepersonell) i starten av oppholdet kjenner barnet, og dermed har dårlige forutsetninger til å forstå det barnet uttrykker enten verbalt eller når barnet artikulerer seg uten ord.

Verbal artikulering, det å ha et språk som du kan formidle dine tanker og meninger med, er uvurderlig viktig for mennesket. Ved å formidle dette vil vi også ha muligheter til å utvikle oss i og med at vi får respons, vi er i dialog med andre mennesker. Mange av barna med CP har ikke språk, og dette skaper et stress for foreldrene også fordi helsepersonell ikke uten videre kan forstå hva barnet vil formidle, og en del ganger vet ikke foreldrene hva egentlig barnet oppfatter. Ifølge en far fra mitt datamateriale er dette den største funksjonshemmingen. Foreldrene har imidlertid utviklet en fortrolighetskunnskap om hvorledes barnet gir tegn for å uttrykke hva det vil si. Kunnskap om hva disse tegnene betyr har barn og foreldre utviklet gjennom sin samhandling, og det er vanskelig for andre å tolke, kunnskapen er indeksert til foreldrene og situasjonen med barnet. Praktisk kunnskap kjennetegnes ved handling, du utfører den handlingen som du gjennom etiske og moralske vurderinger mener er riktig i den aktuelle situasjonen. Jeg mener at foreldrene ved å beskrive disse tegnene og gi konkrete eksempler, gjør helsepersonell oppmerksom på hva disse indikerer, og vil bidra til at helsepersonell har et utgangspunkt for å lære noe om situasjonen.

Rundt de daglige rutinene har foreldrene utviklet en fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap om sitt barn som gjør at barnet opplever trygghet og forutsigbarhet. Når barnet skal til operasjon kommer foreldrene i en situasjon der de ikke har fortrolighetskunnskap om det som skal foregå. Foreldrene har fått informasjon fra helsearbeidere på grunnlag av deres påstandskunnskap. I denne situasjonen er hele familien preget av det som skal skje, de er så godt forberedt som de kan gjennom å ha søkt informasjon. Alle familiene er imidlertid ulike, og det vil derfor være ulike problemstillinger som vil gjøre seg gjeldene.

4.2 Kan helsepersonell få del i den kunnskapen som foreldrene har?

Nortvedt og Grimen (2004) skisserer en del sentrale trekk ved forholdet mellom teoretisk kunnskap og praksis kunnskap. Jeg vil videre ta utgangspunkt i en del av disse trekkene, da jeg anser disse som viktig for å få tak i den kunnskapen som foreldrene har.

Foreldrene har med seg en forforståelse som er etablert gjennom erfaring fra gode eller dårlige møte med helsepersonell. Denne kunnskapen vil sitte i kroppen, og vil gi seg tilkjenne når foreldrene møter tilsvarende situasjoner på nytt.

Helsepersonell har en form for kunnskap som de har fått gjennom sin utdanning – påstandskunnskap, men få praksissituasjoner i løpet av studietiden til å erverve seg

fortrolighets og ferdighetskunnskap. De erfarne helsearbeidene har opparbeidet en kompetanse på andre barn med liknende problem, og denne erfaringen vil de ta med seg inn i nye situasjonen. Erfaringer som de har fra før vil ligge som en forforståelse (Heidegger) i møte med den nye situasjonen. Det vil således være forskjellige møte ut fra hvilken bakgrunn helsepersonell har, og hvilken praksiskunnskap de har. Praksis er mye mer kompleks enn det du får svar på i teori, og ifølge Heidegger er vi forbundet med ting gjennom bruks og praksissammenhenger hvor forståelsen først og fremst er praktisk og ligger implisitt. Det er vår omgang med tingene som er det primære, og det er hvordan kunnskapen blir tilkjennegitt i handlinger som er det viktigste. I fortrolighetskunnskapen til foreldrene ligger hele historien til barnet, og de vet at ved nye innleggelser vil angst og dårlig bearbeidde opplevelser fra tidligere innleggelser skape en frykt rundt denne innleggelsen (Nortvedt og Grimen, 2004).

Praktisk kunnskap kan bli overført mellom mennesker, men kan ikke bli overført med beskrivelser alene, den må erverves ved førstepersonsperspektiv.

En vil likevel fort som helsepersonell føle at en kommer for kort med å ha sin kunnskap bare fra bøkene. Å gå ut og gjøre sin erfaring i et førstepersonsperspektiv er derfor helt nødvendig. Praktisk kunnskap vil bli overført gjennom at vi reflekterer sammen. Ved å være i dialog, både foreldre og helsepersonell, vil vi bli kjent med hverandres tanker – helsepersonell er de som stiller barnet som nyoperert, og skal legge det i et godt leie. Kunnskapen peker da på kunnskapsbæreren og brukssituasjonen, og det er disse som er indikert. Dersom det er en person med liten erfaring fra denne eller liknende situasjon, vil en ha liten kunnskap til å vurdere hva som er godt leie, og liten erfaring med håndlaget til å gjøre dette på en god måte. Hvordan vil et spastisk barn ligge godt og ikke provosere frem spasmer? Foreldrene har kunnskap om godt leie under normale forhold, men i denne situasjonen som nyoperert der en skal ta hensyn til operasjonssår, vil foreldre kunnskap som er annerledes. Denne kunnskapen må en innhente fra faglitteratur og evidensbasert kunnskap. Men praktisk kunnskap foreldrene har fra lignende situasjoner kan de formidle til helsepersonell, og denne kunnskapen blir da en handling for å erverve en fortrolighetskunnskap, og denne kunnskapen blir da indikert til helsepersonell og foreldre. Vi vil bevisstgjøre våre erfaringer, og utvikle en fortrolighetskunnskap gjennom det.

Når barnet er pasient på sykehuset, er det helsepersonell som er fagpersonene, og skal utføre sine oppgaver i forhold til profesjonens krav. Det er her viktig å skille mellom ansvaret som henholdsvis foreldre og helsepersonell innehar. Helsepersonell er de som besitter

fagkunnskapen, og skal stå for vurderingene i situasjonen og kvaliteten på gjennomføringen av oppgavene. Det er imidlertid flere måter å utføre en virksomhet på, og det er omstendigheter i situasjonene som kan bidra til at ting kan gjøres bedre når en kjenner til disse omstendighetene. Dette er ofte tilfelle når barn med CP er innlagt på sykehus, og det er de spesielle tingene som er særtrekk ved denne situasjonen som dårlig språk, dårlig bevegelse, ømfindlighet for lyder, som foreldrene har med seg inn i situasjonen. Gjennom å ha sett og vurdert vil en se om handlingen er god eller dårlig. Etter at en har handlet er det ifølge Nortvedt og Grimen (2004) viktig at en reflekterer rundt handlingen, for å lære noe om den. En vil således lære av samhandling med foreldrene og få del i den kunnskapen de har om sine barn.

Praktisk kunnskap kan bli lært, og det er forskjellige måter å lære på.

Erfaringene våre gir læring uten å ha bevisst læring som mål. Vi kan i vår handling oppdage andre sider ved situasjonen som har gitt ny læring. Foreldrene har gjentatte ganger hatt barnet innlagt på sykehuset, spesielt i barnets første leveår. I et av mine intervju sa en far: ” flere av legene og sykepleierne skjønner nå at vi som foreldre må taes mer med. Vi får være med.” Å få del i denne fortrolighetskunnskapen til foreldrene handler også om å respektere foreldrene, og å gi uttrykk for at du ønsker å høre på det foreldrene ønsker å fortelle, og å anse deres erfaring som viktig. Respekten i relasjonen bygger på en gjensidig anerkjennelse, der begge har barnets beste som fokus.

All kunnskap kan bli artikulert, men ikke all kunnskap kan bli artikulert ved hjelp av ord, Foreldrene kan ikke alltid uttrykke i ord kunnskapen de har, men uttrykker det i handling i stedet. Når vi som helsepersonell får være vitne til handlingen vil vi få del i erfaringen og kunnskapen som foreldrene har. Når en handler kan det også være vanskelig å uttrykke verbalt hva du mener, men kan i ettetid prøve å beskrive dette med ord. En kan således hjelpe hverandre med å verbalisere denne kunnskapen. Nortvedt og Grimen (2004) sier at kunnskap som ikke kan artikuleres verbalt er like mye kunnskap som den som kan artikuleres verbalt. Den vil da artikuleres gjennom handling, eller andre former for uttrykk som kroppslige signaler gjennom tegn og gester.

5KONKLUSJON

Ved gjennomgang av begrepene påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap vil en se at praktisk kunnskap er indeksert, det vil si at kunnskapen ikke

lar seg løsrive fra de som har den og fra de situasjoner hvor den blir lært og brukt. I følge Nortvedt og Grimen (2004) vil indeksert kunnskap peke på kunnskapsbæreren og brukssituasjonen. Hvordan vi handler peker på særtrekk ved omgivelsene, vi er i verden ut fra hva som betyr noe for oss. Praktisk kunnskap kan bare tilegnes og erfares gjennom førstepersonperspektiv, og kunnskapen endrer seg når det er nye situasjoner, eller nye personer i brukssituasjonen.

Å bidra til å gjøre et omfattende kirurgisk inngrep så lite belastende som mulig for barnet, er en stor oppgave for både foreldrene og helsepersonell. Vi står i en situasjon der vi som helsepersonell av mange grunner må være ekstra oppmerksom, og da tenker jeg spesielt på dårlig språk, og dårlig bevegelse, dosering av smertestillende medikamenter siden inngrepet er stort. Mange av foreldrene har også med seg en historie med opplevelser fra barnets første leveår med usikkerhet om barnet ville overleve. Å ta hensyn til disse forholdene rundt situasjonen er viktig, og vi trenger å få del i denne informasjonen fra foreldrene. Men å gjøre de medisinske vurderingene som fordrer medisinsk fagkunnskap må helsepersonell ta ansvar for helt og fullt. Men jeg ser ikke noen motsetning i forhold til å drøfte med foreldrene tegn som barnet gir, og om dette kan være uttrykk for smerte, engstelse for situasjonen, om barnet ligger dårlig – og at en forsøker å tolke barnet og møte det i forhold til behovene så oppholdet blir så bra som mulig.

REFERANSELISTE:

Alvsvåg H. (1993): *Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap?* Del I iboken klokskap og kyndighet, Marit Kirkevold Oslo: Gyldendal forlag

Brinchmann S.B. (2003) : *Etikk i nyfødtmedisinen* Oslo: Det medisinske fakultetet,UiO

Grøholt, E., Nordhagen R. (1995) : *Cerebral parese sett i lys av gamle og nye forskningsresultater – hvilken vei svinger pendelen?* Tidsskrift for Den norske lægeforening årg.115 nr.17, s.2095-2099

Heidegger M. (1962): *Being and time* Translated by John Macquarrie and Edward Robinson, Copyright 1962,Harper &Row, Publishers Incorporated New York

Helseth, S. (2002): *Hjemmebesøket kpt. I Møte mellom pasient og sykepleier* Oslo: Gyldendal

Iversen, Graue, Clare (2006): *Tiredness and responsibility – parents` perspectives of surgery for a child who has cerebral palsy* Foreløpig upublisert artikkel

Johannessen K. (1984): *Kunst, språk og estetisk praksis* Norsk filosofisk tidsskrift hefte nr.1 s.9-40

Nordenstam , T. (1989): *Fra kunst til vitenskap* Oslo: Sigma forlag A.S

Nortvedt, L.Kase,F. (2000) : *Barns rettigheter i norske sykehus – er barn og foreldre fornøyde?* Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr.4, s.469-471

Nortvedt, P., Grimen, H. (2004): *Sensibilitet og refleksjon* Oslo: Gyldendal forlag

Olsen, Benedichte C.R.(2001): *Med barnet i hverdagen* HiO-rapport 2001 nr.4, Oslo: Sosialforsk

Sintef Unimed NIS Helse og rehabilitering Mai 2000: *De sa at CP` en min ikke ville bli verre*

Skjeldal, O., Rasmussen, M.(2001): *Cerebral parese, får de som ikke er tilstrekkelig rammet tilstrekkelig hjelp?* Tidsskriftet for Norsk Lægeforening, 121:1565

Sosial og helsedepartementet 1997, *Forskrift for barn på sykehus* Oslo

Terjesen, T, Hellum, C. (1998): *Forkortningsosteotomi av femur*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, årg.118, nr.18, 2773-6

Thomassen M. (2006): *Vitenskap, kunnskap og praksis* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vetlesen A. og Stänicke E. (1999): *Fra hermeneutikk til psykoanalyse* Oslo: ad Notam Gyldendal

Vik.T. (2001): *Spisevansker og vekstforstyrrelser blant barn med cerebral parese i Sør-og Nord Trøndelag* Tidsskrift for Den norske lægeforening 121: 1570 - 4