
PLA-metoden – noe for leger?

KRONIKK

TRULS W. GEDDE-DAHL

Email: twgdahl@online.no

Fondet for Lokale helseforsøk

Høgåsveien 68

1259 Oslo

Participatory Learning and Action (PLA) er en metode som har som mål å fremme likeverdig samarbeid mellom for eksempel pasienter og helsepersonell. Den innebærer bl.a. bruk av tilretteleggere som må ha ferdighet i gruppedynamikk og visuelle teknikker. Metoden er utviklet i u-land og brer seg nå til i-land. Eksempelvis har en skotsk lege fått legfolk både til å prioritere helsetiltak, til å sette nyansatte helsearbeidere raskt inn i lokale behov og til å samarbeide med medisinstudenter om kommunediagnoser. I Norge har en lege lagt til rette for større samforståelse mellom ulike helsearbeidere om journalføring. En annen har brukt PLA-metoden til å effektivisere veiledning av sykmeldte. Fastlegeordningen byr på utfordringer som metoden kan hjelpe primærleger og tilsynsmyndigheter med å løse.

Omkring 1985 innrømmet mange at fremgangsmåtene i u-landsarbeidet til da ikke hadde gitt særlig gode resultater. Denne erkjennelsen startet en metodologisk utvikling der bare det som virket i praksis, var rettesnor (1, 2). Først så man på ulike kommunikasjonsteknikker og fant at folk lettest fikk frem informasjon gjennom sine egne visualiseringer. Slike teknikker formidler helhetsinntrykk av komplekse sammenhenger og kan aktivere personer som er tilbakeholdne, lite verbale eller i noen grad analfabeter.

Som eksempler kan nevnes at kroppstegninger laget av legkvinner har gjort det mulig for dem å uttrykke sin viten innen sitt eget begrepsapparat og slik komme i reell dialog med helsepersonell (3). Kartskisser av geografiske nærområder laget av kvinner og menn hver for seg har avslørt klart ulike oppfatninger av hva som føles som viktig (fig 1) (4).

Når eksperter på denne måten fikk del i legfolks kunnskap, fikk de et mer utfyllende bilde av virkeligheten og gjorde bruk av denne kunnskapen i sin planlegging, bl.a. i lokale jordbrukssamfunn. Resultatet av denne første metodeutviklingen ble kalt Rapid

Rural Appraisal (RRA). Etter hvert som man fikk se hvor omfattende lokal kunnskap folk i virkeligheten har, ble det lettere for eksterne eksperter å respektere folk på grasrota og forstå deres prioriteringer. Hovedvekt på handling førte til relativt større vekt på vurdering av viktige utviklingstrekk og nye muligheter, i stedet for å detaljbeskrive målbare faktorer ved et gitt tidspunkt. Man fikk Participatory Rural Appraisal (PRA), som er ”en familie av tilnærminger, metoder og atferdsformer som setter folk i stand til å uttrykke og til å analysere realitetene i sine egne liv og livsvilkår, til selv å planlegge hvilke tiltak de vil sette i gang, til å overvåke gjennomføringen og å evaluere resultatene” (2). WHO har kalt sin tilpassing av PRA til helsesektoren for Rapid Appraisal (5, 6).

I dag bruker nesten alle private og offentlige u-hjelpsorganisasjoner slike tilnærminger. Mange benytter nå samlebetegnelsen Participatory Learning and Action – PLA (8). Norsk Sykepleierforbund har et AIDS-forebyggende prosjekt i Tanzania der PLA-metoden benyttes. Resultatene vil kunne vise metodens store potensial på et viktig felt (7).

De som skaffer seg kompetanse gjennom innføringskurs og prosjekterfaring, kalles gjerne tilretteleggere. Metoden er krevende fordi tilretteleggerne må følge overordnede prinsipper samtidig som de bør kjenne et utall teknikker som de må velge mellom, alt etter tema og omstendigheter. Klarer tilretteleggerne dette, i samspill med deltakerne, har de fått en meget ettertraktet *ferdighet* (9). Teoretisk utdanningsbakgrunn kan gjøre nytte i spesifikke sammenhenger, men ellers kan man finne folk med personlige forutsetninger innen alle grupper av befolkningen (10). Vanlige deltakere i PLA-prosesser bør bare ha den initiale motivasjon at de møter frivillig og med åpent sinn så lenge man har avtalt at de skal være til stede. Da gjør arbeidet deltakerne myndige og ansvarlige, og dette representerer den mestringsstyrkende formen for aksjonsforskning (7, 11).

I det siste har man i mange land innsett at prinsipiell og praktisk ”top – down”-støtte, dvs. gode rammebetingelser, er nødvendig for at denne måten å arbeide på skal spre seg. En slik institusjonalisering av forståelse for PLA-metoden er en forutsetning for at tilretteleggerne skal bli tilkalt dit det er bruk for dem (12). Siden metoden har som formål å finne frem hva som er sann og relevant evalueringskunnskap, kan den kalles en forskningsmetode (tab 1). Den samsvarer faktisk med – og ligger til dels i forkant av – flere ferske utviklingstrekk innen ”konvensjonell” forskning.

Figur 2 (13) viser at elementene i metoden føyer seg sammen til de tre pilarer rett atferd, stor åpenhet og effektive teknikker. Samspillet mellom elementene er avgjørende og krever ferdighet hos tilrettelegger i å reflektere, lytte, respektere, ha mot, være sjenerøs og kunne stimulere til en effektiv gruppedynamikk (2, 8, 14).



Bruk av PLA-metoden i Europa og Norge

I Skottland har Scott Murray brukt en WHO-variant av metoden i flere prosjekter (5, 6). Han lot først legfolk i en underprivilegert bydel foreslå og prioritere helsetiltak. Der kom det frem ønsker om tiltak for lokalbefolkningen som inkluderte også andre krav til oppførsel overfor klienter enn slike som man på forhånd kunne forvente. Så fikk nyansatte helsesarbeidere raskt innsikt i praktiske behov hos befolkningen i eget distrikt. I Glasgow førte samarbeid mellom lokalbefolkningen og medisinstudenter til

relevante kommunediagnoser. For tiden brukes metoden for å se på pasienters og pleieres behov i forbindelse med smertelindrende omsorg (S. Murray, personlig meddelelse).

I England har man gjennomført mange lokale PLA-prosjekter for å bedre seksualopplysningen og for å bekjempe rusmiddelbruk. Det viser seg at folk modererer sine forventninger om service gjennom den innsikt i helsepersonellens arbeidssituasjon som prosjektene gir (15).

I Norge har personell som fører og bruker journalopplysninger brukt metoden til å bli mer samstemt om målene med og praktiseringen av journalføring ved en sykehusavdeling (Betty Pettersen, personlig meddelelse). Videre har PLA-metoden hjulpet ved utforming av gruppeveiledning av sykmeldte (16). Et annet tiltak, Øksnes-prosjektet, var et kommunalt tiltak for personer med psykiske problemer og rusmiddelmisbruk. Formativ evaluering med vekt på brukervurdering pågikk under hele prosjektet og ble løpende tatt hensyn til. (Det å ta løpende hensyn til vurdering og revurdering av mål, midler og praksis kalles ofte ”formativ evaluering”, til forskjell fra den enklere, men mindre relevante ”summativ evaluering”, der man ser om et tiltak har vært godt ved slutten av en utprøvningsperiode. Valget står mellom å legge størst vekt på å se fremover eller bakover.) Samarbeidsånden i Øksnes-prosjektet sprer seg nå til andre felt i kommunen også, fordi det, i tillegg til den trivselsmessige gevinst, blir mindre belastning på lensmann og sosialkontor. Sosial- og helsedepartementet har støttet dette prosjektet (17).



Figur 1 En gruppe som lager et kart med data om et valgt tema, kan spørre tilrettelegger om tips (4)

Muligheter for anvendelse innen legers interesseområde

PLA inkluderer metodevarianter som tar sikte på full og dyp respekt for hverandre og på erkjennelsen av at kommunikasjonen mellom alle deltakere stadig kan bedres. Fordi målsettingen er konkret handling, må man være åpen for relevant kunnskap fra ethvert hold. Utredningen om det lokale folkehelsearbeid er derfor positiv til bruk av PLA-metoden (18).

Den realistiske og holistiske fremgangsmåten tilsvarer det den gode allmennpraktiker anvender i møtet med enkeltpasienter. Likheten med klinisk arbeid består også i at suksesser kan være vanskelig å formidle fordi de ikke så lett kan generaliseres til andre situasjoner eller pasienter.

Behovet for deltakende fremgangsmåte erkjennes i økende grad i alle fag og i deler av samfunnslivet. Mye tilsier at det kan være nyttig om noen leger tar PLA-metoden i bruk. Indikasjoner fra arbeidsmedisinen (16) og fra Eli Bergs konsultasjoner (19) antyder at man kan effektivisere legearbeidet ved å trekke inn pårørende, annet helsepersonell og andre fagfolk ved konsultasjoner. Dette vil kunne gi utveksling av metodeerfaringer mellom allmennmedisin og generell PLA til beste for alle. Som deltaker i PLA-prosesser opplever man den utrolig store variasjonen i andres oppfatninger av verbale utsagn som man selv tidligere syntes måtte være entydige. Når ulike morsmål er inne i bildet, vil denne variasjonen være ekstra stor. Er det urimelig å tenke at erfaringer med slike gruppeprosesser kanskje kunne hjelpe til med å gjøre vanlige møter med pasienter bedre, for eksempel ved å trekke inn noen PLA-teknikker?

Metoden burde kunne prøves i utvikling av befolkningens og helsepersonells håndtering av tidlige sykdomsfaser (20), i det som kalles ”medisinsk metodevurdering”, og ved forberedelser til og fortolkninger av lokale kontrollerte forsøk (21). Det er gunstig om legen selv skaffer seg PLA-kompetanse, men det vil vel være mer realistisk for mange å gi en nær og egnet medarbeider muligheten til å bli tilrettelegger og til å få praktisere. Er man plassert i en kommune der det er interesse for dette, kunne man innføre deler av fastlegeordningen ved hjelp av formativ metodevurdering. Uroen omkring ordningen viser jo at man ikke har fått integrert – i planer og hos mange involverte – stor nok forståelse for de store individuelle variasjoner mellom pasienter, mellom lokalsamfunn og mellom leger. Utfordringen i slike variasjoner er PLA-metoden spesielt egnet til å møte.

De som har studert ulike fremgangsmåter, er i dag ganske enige om at tilsyn og kvalitetsutvikling best utføres som formative evalueringer med sterk brukermedvirkning. Til tross for de beste intensjoner er det vanskelig å få dette til (22). Bruk av PLA kan bidra til å løse slike oppgaver bedre.

Tabell 1

Karakterisering av deltakende og konvensjonell forskning (3)

	Deltakende forskning	Konvensjonell forskning
Hvorfor forskes det?	Finne beste handlingsalternativ	Forståelse med ev. handling senere
Hvem skal studiene tjene?	Folk lokalt	Institusjonelle, personlige og profesjonelle interesser
Hvis kunnskap teller?	Lokalbefolkningens	Forskernes
Emnevalg influert av?	Lokale prioriteringer	Finansieringskildenes prioriteringer, institusjonelle agendaer, profesjonsinteresser
Metodologi velges for?	Å styrke folks mestring (empowerment), felles læring	Disiplinkonvensjoner, ”objektivitet” og ”sannhet”

<i>Hvem deltar i forskningsprosessens stadier</i>		
Problemidentifisering?	Lokalbefolkning	Forsker
Datainnsamling?	Lokalbefolkning	Forsker, assistent
Fortolkning?	Lokale begreper og rammer	Disiplinenes begreper og rammer
Analyse?	Lokalbefolkning	Forsker
Presentasjon av funn?	Lokalt tilgjengelig og godt mulig å bruke	Av forsker til andre akademikere eller finansieringskilde
Hvem handler ut fra funn?	Lokalbefolkning med eller uten ekstern støtte	Eksterne organer
Hvem eier resultatene?	Resultatene deles	Forskeren
Hva vektlegges?	Prosess	Resultat

Fremst for tilrettelegger, team og fagfolk

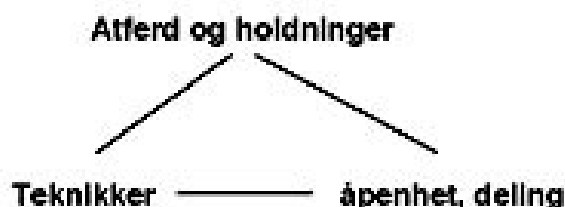
Avlær
«De kan gjøre det»
Satt pris på de feil du gjør
Vær hyggelig

Gi stafettpinnen fra deg

Spør dem
Sitt ned og lytt
Forhast deg ikke
Slapp av

«Bruk din egen beste vurdering hele tiden»

Lett på trykket
Respekter og lær
Ha det morsomt
Løgg til rette



Folk (brukerne)

prioriterer ved at de:

Observerer
Lager kart og modeller
Lister opp
Intervjuer
Kvantifiserer (skårer, teller)
Lager diagrammer
Lager anslag
Rangerer og sammenlikner
Evaluerer
Presenterer
Analyserer
Planlegger
Handler
Følger prosessene

Folk (brukerne)

*deler sjenerost seg imellom
og med tilretteleggerne*

team og fagfolk:
Sine kunnskaper
Sine fortolkninger

Organisasjon, fagfolk, team og tilrettelegger deler

sjenerost med folk og hverandre:

Sin viten, teknikker, ideer
Sin tid (tar del i folks gjøremål)

«Sekundære data» (statistikk m.m.)

Figur 2 De tre pilarene for samarbeidsmetoden PLA (13)

LITTERATUR

1. Chambers R. Participatory Rural Appraisal (PRA): 1. The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development* 1994; 22: 953 – 69.
2. Chambers R. Whose reality counts? Putting the first last. London: Intermediate Technology Publications, 1997.
3. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med* 1995; 41: 1667 – 76.
4. Sanner M, Brattvåg H. VI sa VI. Participatory Learning and Action (PLA) – et metodesett for medvirkning fra barn og unge. Oslo: PRESS, Redd Barna ungdom, 1998.
5. Annett H, Rifkin SB. Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs. Genève: WHO, 1996.
6. Murray SA. Experiences with "rapid appraisal" in primary care – involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999; 318: 440 – 4.
7. Nesje R. MEUSTA – et tverrfaglig HIV/AIDS forebyggende program for barn og unge i Tanga region, Tanzania. *Niha-nytt* 2000; nr. 3: 3 – 6.
8. Pretty J, Guijt I, Scoones I, Thomson J. Participatory Learning and Action. A trainers guide. London: International Institute for Environment and Development, Participatory Methodology Series, 1995.
9. Worren H. Hva er kunnskap uten ferdigheter? *Utposten* 1998; nr. 2: 36.
10. Inglis A. A seven year northern training journey. I: Flower C, Mincher P, Rimkus S, red. Participatory processes in the North. PLA Notes 38. London: International Institute for Environment and Development, 2000: 85 – 8.
11. Meyer J. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000; 320: 178 – 81.
12. Blackburn J, Holland J, red. Who changes? – institutionalizing participation in development. London: Intermediate Technology Publications, 1998.
13. Fondet for Lokale helseforsøk: PLAnytt for tilretteleggere.
<http://home.sol.no/~twgdahl>
14. Haaland A. Negotiated solutions main key to successful behaviour change of informal providers. I: Geissler W, Meinert L, red. Proceedings of Workshop on People and Medicines in East Africa, Mbale, Uganda, November 16 – 20, 1998. København: Danish Bilharziasis Laboratory, 2000.
15. Westerby M, Sellers T. Evaluating sexual health services in the UK: adapting participatory appraisal tools with young people and service providers. I: PLA Notes 37: the use of participatory approaches with sexual and reproductive health. London: International Institute for Environment and Development, 2000: 87 – 91.

16. Øien H. Gruppebasert veiledning for sykemeldte. Selvinstruerende hefte basert på brukermedvirkning og samarbeid. Prosjektoppgave i arbeidsmedisin. Sortland: Sortland Bedriftshelsetjeneste, 1998.
 17. Foss N, Aune L. PLA as a tool in participant process-oriented evaluation in the field of drug prevention psychiatry in Norway. I: Flower C, Mincher P, Rimkus S, red. Participatory processes in the North. PLA Notes 38. London: International Institute for Environment and Development, 2000: 32 – 6.
 18. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
 19. Berg E. Tilfellet Anna. En samarbeidsmodell i allmennpraksis. Utposten 1995; 24: 254 – 6.
 20. Gedde-Dahl TW, Høiby EA, Brandtzæg P, Eskerud JR, Bøvre K. Some arguments on early hospital admission and treatment of suspected meningococcal disease cases. NIPH Ann 1990; 13: 45 – 60.
 21. Gedde-Dahl TW. Lokale helseforsøk. En effektiv satsing på forebyggende arbeid? Utposten 1993; 22: 164 – 9.
 22. Lundby IH. Ethiske utfordringer i helsetjenesten. Utposten 2000; nr. 2: 24 – 33.
-

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.