

Relationen mellem plejepersonale og patient, af betydning for den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet?

*En antropologisk analyse af plejepersonalets sociale og kulturelle forståelser
i forbindelse med kategorisering af de
besværlige patienter i sygehusregi.*



Udarbejdet af: **Jeanett Struck Müller**

Vejleder: **Professor Kirsten Hastrup Institut for Antropologi, Kbh. Universitet**

Undervisere: **Lektor Vibeke Steffen, Lektor Tine Tjørnhøj Thomsen**

Masterspeciale i Sundhedsantropologi, Institut for Antropologi, Kbh. Universitet

Årstal: juni 2006

Typeenheder:

INDHOLDSFORTEGNELSE

Resume.	s.3
Indledning.	s.3
Problemformulering	s.7
Feltarbejde og position.	s.8
Felten	s.7
Egen position	s.8
Metode Strategi.	s.10
Adgang til felten	s.10
Materiale og fremgangsmåde	s.11
Feltarbejde i egen felt	s.11
Overvejelser vedr. position og feltarbejde i egen felt	s.12
Informanterne	s.14
Fokusgruppe interview	s.15
Semistrukturerede interview	s.16
Deltagerobservation.	s.16
Analyse metode	s.17
Konteksten hvori kategoriseringen af den besværlige patient udfolder sig.	s.18
Relationen antropologisk set	s.18
Forståelse.	s.20
Forståelse et nøgleforhold i relationer	s.21
Kemi og forståelse	s.22
Hvordan genkendelighed bidrager til forståelse	s.25
Normer, sociale og kulturelle erfaringer som begrænsning for forståelse og relationen	s.27
Handling.	s.31
Handling og Kommunikation i mellem menneskelige relationer.	s.31
Handlinger og betydningsbærende tegn	s.33
Betydningsbærende tegn der kategoriserer patienten som besværlig	s.34
Behandling og relation to forskellige diskurser	s.37
Reciprocitet - Har plejepersonalet bestemte forventninger til relationen mellem patient og plejer?	s.39
Reciprocitet et princip om samspil	s.40
Gensidig forståelse en forventning i relationen mellem patient og plejepersonale	s.40
Konklusion.	s.44
Perspektivering.	s.45
Litteratur.	s.47
Bilagsoversigt.	s.47

Resume.

Health care personnel increasingly experience that issues regarding patient behaviour or actions are important in determining whether or not a given patient is categorised as ‘troublesome’.

This report shows that the health care personnel’s interpretation of patient behaviour or actions is derived from cultural and social norms and similarities. Actions and behaviour that are not recognisable, i.e. prototypic, and not aimed at quick hospital dismissal are signs that point toward a ‘troublesome patient’.

The starting point for a patient relationship is shown to be mutual ‘chemistry’ or sympathy and/or an understanding of the patient’s situation. When and if that relation is challenged, the health care staff reacts professionally from the viewpoint of a discourse that does not emphasize interpersonal and relational aspects as a part of the professional treatment standard and quality of care. Understanding is a key feature in establishing a mutual relationship. The foundation for *understanding* is present when health care staff is capable of acknowledging and remain conscious of their own and their patients’ norms, cultural and social spheres may have similarities as well as differences. It is shown that mutual understanding between staff and patients is key for the caregivers’ involvement and for a positive effect of the relationship characteristics. These characteristics in turn determine whether or not a patient will be categorised as ‘troublesome’ by the caregiver staff.

Indledning

Der er i disse år en øget opmærksomhed på vigtigheden af at patienters oplevelser og mødet med sundhedsvæsenet skal være positivt. Ifølge amtsrådsforeningen forventer borgere generelt et positivt møde med sundhedsvæsenet. Man forventer at blive mødt som individer med individuelle ønsker, forventninger og behov (Amtsrådsforeningen 2003) Sundhedsvæsenet ønsker at sikre at disse forventninger bliver indfriet og således arbejdes der bredt set på at kvalitetssikre både den sundhedsfaglige (de behandlings- og plejemæssige ydelser) og patientoplevede (oplevet tilfredshed) kvalitet. At blive mødt som et individ med individuelle ønsker, forventninger og behov repræsenterer et humanistisk menneskesyn med værdier hvor mennesket står i centrum, som et frit og

autonomt individ. Et afsæt hvor mennesket betragtes som subjekt, ikke som isoleret fra andet, men som en del af en sammenhæng, del af en kultur og en historie, hvor mennesket er værdigt og et mål i sig selv (Birkler 2005). Men at være humanist ikke er noget man kan *lære* det er noget man skal *være* (ibid.:42).

I dette projekt sætter jeg fokus på kategorien ”de besværlige patienter”, et fokus der ikke er valgt fordi patienter generelt og primært er besværlige. Tværtimod, ”de gode patienter” er mange af, men det er på sin vis i lyset af de gode patienter at kategorien ”de besværlige” eksponeres.

Som faglig vejleder i sygehusvæsnet har jeg vejledt sygeplejersker omkring fagligt vanskelige problemstillinger og dilemmaer. I den forbindelse har jeg oplevet kollegers frustrationer, barrierer og magtesløshed i forhold til at håndtere mange forskellige slags problemstillinger. Ofte har disse problemstillinger handlet om kollaps mellem personlige, sundhedsfaglige og patientens syn på værdier og kvalitet.

Det har stødt mig, når personalet har omtalt patienterne som gode eller mindre gode patienter, som vanskelige, stædige, eller ikke- samarbejdsvillige.

Nogle af de problemer, som jeg har mødt og bidraget til mit ønske om i dette projekt, at sætte fokus på kategorien ”de besværlige patienter” har f.eks. været udtalelser som: Han er besværlig- han gør ingenting selv”, ”- han ’ringer’ konstant”, eller ”de pårørende er meget krævende de ringer vildt meget, spørger til alt - og hele tiden”.

Ifølge de engelske sygeplejeforskere Johnson og Webb er udsagn om besværlige patienter, resultatet af en social bedømmelse og evaluering. Patienter risikeres altså at blive kategoriseret bl.a. som besværlige, hvis de falder udenfor den normative grænse for, hvad der forventes af patienter (Johnson og Webb 1995).

Antropologen Richard Jenkins skriver i bogen ”Questions of competence” om ”The bell shaped curve” som han mener, har fostret kategorien ”det normale”. Kurven der er formet som en klokke, er et billedligt eksempel der viser til, hvad der ligger hhv. indenfor og udenfor det normale. Det der klassificeres under kurven afspejler det ”normale” som det mest gennemsnitlige og typiske statistisk set. Det der ligger over kurven er så det modsatte og betegnes som det unormale (Jenkins1998).

Anderson beskriver i en artikel om klassifikationer af børn om prototypeeffekten der opstår på baggrund af det observerende og kategoriserende menneskes erfaringer og associationer. Den besværlige patient kan således henføres til plejepersonalets

erfaringer med normaliteten og den gode patient som udgangspunkt som prototype (Anderson 2004).

Den norske antropolog Hylland Eriksen skriver at klassifikation i lighed med sproget på én gang virker hæmmende og begrænsende og at måden man klassificerer på, hænger nøje sammen med samfundets organisation og er derved kulturelt betinget (Eriksen 2001:321).

Den engelske ergoterapeut Linda Finlay, mener at der sker en negativ kategorisering hvis en patient er ”for krævende” eller generelt ikke følger råd og retningslinier (Finlay 1997). At blive kategoriseret negativt, skriver Finlay, kan foruden risiko for at blive stigmatiseret, også betyde en risiko for en pludselig og uventet udskrivelse (Finlay 1997).

Negativ kategorisering og negativ social bedømmelse anser jeg som uværdig og begrænsende for relationer generelt, og specifikt for relationen mellem plejepersonale og patient i sygehusvæsnet. Klassifikationen er en uhensigtsmæssig objektivisering af patienten, og skaber en til tider utilsigtet relation og en position for den kategoriserede, som det kan være meget svært at gøre sig fri af. En position som yderligere kan betyde at individets selvbillede påvirkes. Järvinen og Mik-Meyer skriver at skabelse af problemidentiteter foregår på alle velfærdsinstitutioner der har til formål at hjælpe behandle og yde omsorg, hvilket kan være et produkt af at ”individfokuseringen i det sociale arbejde er blevet stærkere de seneste 15-20 år”(Järvinen & Mik-Meyer 2003:12). Læge Jan-Helge Larsen, har ligeledes udforsket kategorien de besværlige patienter, hans undersøgelse inkluderede patientperspektivet. Hans primær konklusion er at sundhedspersonale på flere måde modarbejder patienterne i deres rehabiliteringsproces (Larsen1979). Antropologen Charlotte Baarts har udført et etnografisk feltstudie på et dansk hospital, med fokus på sprog, lighed og kommunikation mellem behandlere og patienter (Baarts 1998). Konklusionen på dette studie var bl.a. at sygeplejegruppen bruger normer og idealer som svarer til hvordan mennesker opfører sig udenfor hospitalet. Det vil sige ikke som ”patienter”; syge eller behandlingskrævende. Jeg har i en tidligere opgave på MSA studiet teoretisk bearbejdet og illustreret hvordan konstruktionen af kategorien mere eller mindre vanskelige eller samarbejdsvillige patienter bliver til. Min konklusion var at: Især forståelsen af den anden, har stor betydning for hvorledes sundhedsprofessionelle relaterer sig til patienter på. Og omvendt: relationen har

betydning for forståelsen, som atter har betydning for kategoriseringen *vanskelige eller ikke vanskelige patienter* (Müller 2005).

Mange års erfaring med sygeplejefaget og en særlig interesse for kvalitetsudvikling, har skærpet min opmærksomhed på at kvalitetsudviklingen for at kunne leve op til både sundhedsfaglige- og patientoplevede kvalitetsidealer, også må udvikle og stille krav til mellemmenneskelige værdier.

I dag er indlæggelsestiden kortere end nogensinde. I kvalitetssikringens tegn har man beskrevet typiske (prototype) patientforløb. Nogle af dem ønsker man af flere grunde at accelerere, dvs. gøre endnu mere komprimerede og effektive, både sundhedsfagligt og organisatorisk set. Det medfører som jeg ser det, en risiko for at den gode relation ikke prioriteres, og at patienten der ikke passer ind i det prototypiske patientforløb hvad enten det er accelereret eller ej, risikerer at blive kategoriseret som en ”besværlig patient”. Min bekymring for kvalitetssikringen af fremtidens sundhedsvæsen går på to forhold: dels hvordan vil det gå de patienter som ikke passer ind i de ”normale” prototypiske patientforløb i forhold til at sikre de diagnostiske processer og den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet og dels, hvordan kan prototypiske patientforløb sikre de relationelle aspekter?

Et patientforløb er mere og andet end ren og skær behandling. En god relation, som er under indflydelse af bl.a. forståelse og kommunikation/ handling, mellem patient og sundhedsprofessionel, er af meget stor betydning for etableringen af det samarbejde som er essentielt for et kvalitetssikret patientforløb.

Problemet er, at der med kategoriseringen af den besværlige patient er risiko for at påvirke relationen mellem sundhedsprofessionel og patient, således at diagnostiske processer, den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet påvirkes negativt. At de diagnostiske processer er negativt påvirkede af kategoriseringen af patienten som besværlig er et faktum som Larsens undersøgelse også viser (Larsen:99). Det er vigtigt at fastholde og fokusere på plejepersonalets forpligtelse, indflydelse og rolle i forhold til at etablere og kvalificere relationen til patienten, fordi den gode relation er fundamentet for et kvalificeret samarbejde som igen er forudsætningen for et kvalitativt resultat.

Min interesse i projektet retter sig mod plejegruppens forståelser og positioner i relation til de patienter, der kategoriseres som besværlige. Hensigten er at kaste lys over hvilke signifikante kulturelle og sociale forhold der påvirker relationen i en retning, der har betydning for at patienter kategoriseres som besværlige, og videre

hvilken betydning kategoriseringen kan have for den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet

Formålet med projektet er at analysere relationen mellem plejepersonale og den patient som er kategoriseret besværlig.

På baggrund af feltstudier i medicinske sygehusafdelinger, vil ovenstående med udgangspunkt i antropologisk teori om forståelse, handling og kommunikation, samt reciprocitet, blive analyseret og diskuteret ud fra følgende problemformulering:

Hvilke kulturelle og sociale forståelser har plejepersonale om de patienter der kategoriseres som besværlige, hvilken adfærd og hvilke handlinger er det, der i plejepersonalets optik bidrager til kategoriseringen og hvorledes er dette et forhold der har indflydelse på samspillet og relationen mellem plejepersonale og patient?

Målet er at undersøge hvilke forståelser der i plejegruppen bidrager til at kategorisere en patient som besværlig, samt at belyse hvilke implikationer forståelse og kategorisering har for relationen (mellem patient og plejepersonale) og for fremtidens mulige sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet.

Feltarbejde og position.

Felten.

Denne undersøgelse har sit udgangspunkt på et mellemstort sygehus i Frederiksborg Amt. Sygehuset modtager patienter døgnet rundt, og der udføres både planlagte og akutte opgaver. Sygehuset modtager patienter fra Frederiksborg Amt, et amt med ca. 375.000 borgere.

Jeg har lavet feltstudier og indsamlet empiriske data fra afdelinger der modtager medicinske patienter. Medicinske patienter bliver oftest akut indlagt og har en gennemsnitlig liggetid på 4,5 dage. Den typiske medicinske patient har en gennemsnitsalder på 72 år og har ofte foruden indlæggelsesårsagen, en kombination af flere sygdomme som tilsammen gør deres situation mere kompleks.

Feltarbejdet udføres delvist indenfor eget kulturelle og sociale felt. Delvist skal forstås sådan, at jeg foruden at indsamle data fra 2 afsnit i det område hvor jeg selv er ansat, også har gennemført feltstudier i et område hvor jeg ikke selv er ansat. At udføre feltarbejde, i egen kultur udfordrer metodevalg både i forhold til deltagerobservation, interview og analyse.

Følgende er en beskrivelse af egen position og adgang til felten.

Egen position.

En del af personalet, er vant til at samarbejde med mig og kender til mine mangeartede roller og opgaver. Mit arbejde som kvalitetskoordinator og udviklingspsygeplejerske, er et arbejde hvor jeg ikke har den ”daglige kontakt” med patienterne, og klinisk arbejde som sygeplejerske, har jeg ikke haft de sidste 10 år. Nogle kender mig rigtig godt andre mindre godt. Nogle ser mig som en del af ledelsesteamet i enheden, og andre som kollega og vejleder og supervisor og andre igen vil stort set ikke kende mig. Der er på den måde forskellige (for)forståelser omkring mig. Mine forskellige opgaver giver hyppige kontekstskift hvilket indebærer forskellige niveauer af kontakter fra kontrol, over intimitet og fortrolighed til almindelig uformel kontakt.

Det var af flere grunde meget spændende at skulle lave felt- og deltagerobservationer. Jeg var spændt og nervøs og havde rigtig mange overvejelser om ganske enkle ting, men primært hvordan jeg bedst kunne gå i felten uden at være for forskellig (fra de ”indfødte”) og dog uden at være ens. Derfor var det også med stor spænding og efter rigtig mange kig på vækkeuret i løbet af natten, at jeg endelig kunne stå op kl. 5.30, langt tidligere end jeg er vant til. På min vej til sygehuset kunne jeg mærke hvordan denne tidlige morgen satte blus under forventningens intensitet og fyldte mig med energi. På vej til sygehuset kørte jeg ind i en fyldig og tæt rimtåge. På den mest sjældne måde jeg har oplevet, bevægede jeg mig på et lavtliggende område ind *under* rimtågen og således trådte et glaslignende eventyragtigt panorama af sirlige is- og rim belagte buske og træer frem i landskabet. En hel ukendt verden åbenbarede sig under den tætte og lavtliggende sky af rimtåge. Den ellers så velkendte vej blev fremmed i dette is- landskab. Fyldt af den helt unikke oplevelse og med forventningens pulsende intensitet, skulle jeg iklæde mig min sjældent brugte uniform. Normalt arbejder jeg i mit civile tøj. Jeg tog mine træsko med ”flexoletsåler” på og listede *flexolet* af sted til det afsnit jeg havde aftalt at lave feltobservationer de næste 3 dage.

På min vej kunne jeg ikke undgå at bemærke de for længst glemte sanseoplevelser, en tidlig morgen på en medicinsk afdeling kan bringe. Den dæmpede belysning, stilheden, de sovelyde der ikke høres op ad dagen. De karakteristiske mangeartede lugte fra natlig odør, til dagvagternes Eu de toilette og friskbrygget kaffe. Jeg kunne mod sædvane se frit ned af den lange gang, uden at mit øje stødte på parkerede senge, omvandrende patienter i natskjorte sokker og for løse underbukser. Jeg gik hen ad den

200 m. lange gang, uden at måtte undvige plejepersonale i hurtig gang på kryds og tværs. De tomme kørestole stod sammen med dropstativerne som parat til et væddeløb. Det store tøjstativ med rent linned i lige rækker ventede som udsalgsvarer på at blive revet væk af de energiske kunder. Nattevagter med trætte øjne og en kop kaffe i hånden ventede at det snart blev deres tur til at sove. Ikke én men stort set alle som jeg mødte på vej, bemærkede skævt smilende, ikke bare min tidlige ankomst men også min usædvanlige påklædning med bemærkninger som: ”hvad *sker* der”, ”hvad skal DU?”, ” og ”go´ morgen... tidlig på den - har du fået nyt arbejde?”

Jeg ankom til afsnittets kontor hvor morgenrapporten skulle til at sættes i gang. I kontoret stod 5 store skriveborde, en væg tapetseret med reoler og mængder af stablet papir og brevordnere i forskellige farver. På væggen i hvert hjørne var monteret computerskærme hvorfra patienternes hjerterytmer i forskellige farve ”dansede rytmisk” over skærmen. En whiteboard tavle tæt bemalet med navne på patienter og personaler, huskeopgaver og andre beskeder, et rum der på trods af morgenens stilhed emmede af aktivitet. Jeg kunne i forholdsvis ubemærkethed tage mig et glas vand, og sætte mig ved et af de 5 borde i kontorområdet. Det var lige før at vagten skulle overdrages til de fremmødte dagvagter, jeg følte mig både kendt, men også som fremmed, en gæst der kommer til landsbyen uden at nogen, trods bevågenhed, med en eneste øjenbevægelse bemærker det. Den daglige leder ankom lidt efter mig, hun og jeg havde aftalt at jeg skulle komme netop disse dage. Hun hilste lavmælt på mig eftersom morgenrapporten var påbegyndt. De sygeplejersker der netop var mødt, læste koncentreret i journaler og lyttede til nattevagtens mundtlige overlevering. Da de havde læst og udvekslet oplysninger i ca. 10-12 min bemærkede en af nattevagterne, med klar stemme og forundret ”Jamen hej...” Hvad skal du så tidligt - og i kittel?” Den daglige leder sprang ud fra sit kontor, sagde at jeg havde aftalt med hende at jeg kunne være der efterfulgt af en undskyldning om at hun ”jo ikke havde fået informeret alle, men om jeg så ikke lige selv kunne?”.

Det var en oplagt anledning til at takke for at jeg måtte indsamle data i deres afsnit og til at forklare hvad det var der interesserede mig, netop at vi jo alle kender til at kategorisere i hverdagen og i alle livets forhold, og at det jeg synes var spændende, var hvordan *vi i sygeplejegruppen* håndterede det i forhold til patienterne. Jeg fortalte at mit fokus ville være på de kategorier som plejepersonale anvender og nævnte ”de gode” - ”de vanskelige og de besværlige patienter”. Jeg sagde at jeg var mest optaget af kategorien de besværlige patienter, hvad denne kategori betyder og hvordan den

bliver til. Herefter udspandt sig en livlig snak og flere gav eksempler på patientkategorierne.

Metode Strategi

Adgang til felten.

Efter at have fået afklaret med videnskabs etiks komité i Frederiksborg amt at mit projekt ikke skulle registreres, kontaktede jeg først de ledere som er en del af mit normale netværk. Jeg fortalte om mit forehavende, om mit fokus og at jeg ville lave både observationsstudie, interviews og fokusgruppe interviews. Jeg sendte efterfølgende mail med formål, form og fokusområde jeg motiverede mit forehavende med hvilke fordele der evt. kunne drages af mit feltarbejde i netop deres afdeling og ventede spændt på respons(bilag 1a). Der gik ikke mange timer før der var positive svar tilbage. Aftalen blev efterfølgende med 3 afsnit, at de daglige ledere fra afsnittene ville formidle den videre kontakt til informanterne. Dette foregik ved at benytte de ”lokale” naturlige veje for en sådan rekruttering. Det er i disse tider ikke usædvanligt, at plejepersonale bliver spurgt om at deltage i forskellige interviewundersøgelser, mange afsnit har pga. videreuddannelse af medarbejdere, en del erfaring på dette område. Jeg havde givet udtryk for at den vigtigste forudsætning for at lade sig interviewe var, at man havde erfaring med kategorien den vanskelige / besværlige patient.

Som fil havde jeg vedhæftet ”Information til plejepersonale om deltagelse i undersøgelse om besværlige patienter”(bilag 1b) Alle informanter blev før hvert interview introduceret til baggrunden for min interviews og tilstedeværelse. Informanterne blev opfordret til at stille spørgsmål hvis de ønskede at noget blev uddybet eller forklaret.

Hvad angår deltagerobservation aftalte jeg med lederne at de med udgangspunkt i arbejdstidsplanen ville forslå mig nogle dage i en samlet periode hvor det bedst kunne lade sig gøre at jeg lavede dette. Dette var af hensyn til at skabe de bedste forudsætninger for at kunne følges med en fra plejegruppen Vi aftalte at jeg den første dag som observatør selv skulle aftale hvilken sygeplejerske jeg skulle ”følges med”. Dette var af hensyn til både plejegruppens og patientklientellets sammensætning. Jeg ønskede at tage hensyn og at vælge følgeskab med en sygeplejerske som var åben og positivt indstillet på at have mig med. Derudover ville jeg helst følges med én der

havde erfaring med det at passe besværlige patienter, og om muligt én som måske synes at hun på ”dagen” havde en vanskelig eller besværlig patient.

Materiale og fremgangsmåde.

Jeg har foretaget 2 fokusgruppeinterviews med i alt 4 plejepersonaler og 2 semistrukturerede interviews med sygeplejersker. Alle interviews er med deltagernes tilladelse optaget på bånd og transskriberet i sin fulde længde. Fokusgruppeinterviewene var tilrettelagt som semistrukturerede interview med spørgeguide til mit eget brug (bilag 2).

Jeg har lavet felt- og deltagerobservation på 2 sygehusafsnit fordelt over 5 dage. Det ene afsnit er et afsnit i mit eget ansættelses område, det andet afsnit udenfor mit eget ansættelsesområde. Jeg deltog i plejegruppens arbejde og havde fokus på ”overgange”, som f.eks. når en fra plejegruppen skulle give eller modtage besked om en patient. Når lejligheden bød sig skrev jeg mine observationer i en lille notesbog, og når jeg kom hjem beskrev jeg mine noter fra observationsstudierne i en grundigere feltdagbogsbeskrivelse, en beskrivelse som indeholder facts, stemninger, oplevelser og indtryk fra dagen.

Jeg deltog som hjælper for de sygeplejersker jeg fulgte. Jeg tænker det gav goodwill at deltage i det praktiske arbejde, et forhold jeg nok havde håbet på, men undervurderet betydningen af. Jeg fornemmede en goodwill, som jeg mener, medførte en umiddelbarhed og fortrolighed, der i interviewene viste sig ved en uformel tone, en ligefremhed og tillid mellem informanterne og mig. Baggrunden for den udviste goodwill tror jeg bl.a. hænger sammen med at jeg i min deltagelse, både fjumrede og kunne vise enkelte fagtekniske færdigheder og dermed fik skabt en gensidighed præget af respekt og lighed mellem informanterne og mig.

At kende og deltage i informanternes arbejdsliv giver et godt indblik og god fornemmelse af både empiri og det analytiske objekt. Jeg fik, ved at deltage aktivt i plejen, oplevet og ”mærket” både de såkaldt besværlige patienter og plejepersonalets til tider meget travle, tempofyldte, tidspresede og komplekse hverdag, og de meget forskellige opgaver, som både er fysisk og psykisk udfordrende.

Feltarbejde i egen felt.

At lave feltarbejde i egen felt kan have sine fordele, men også implikationer på flere fronter. Kleinman skriver i ”Patients and Healers in the Context of Culture”

(Kleinman 1980:26) at det af forskeren der laver forskning i eget kulturelle felt, sædvanligvis kræves, at han kan træde ved siden af de ofte tavse kulturelle værdier, som ellers vil være styrende for hans /hendes forståelser. I modsat fald risikeres at forskningen at blive ”forurennet” af disse tavse og blinde punkter. Hvis man skal studere forskellige subkulturer eller sociale grupper i ens eget sociale felt, beskriver Kleinman, at det er vigtigt, at forskeren systematisk fremmedgør sig fra sin egen forståelse af det system, som han selv er en del af. Det er en meget vanskelig opgave, som Kleinman skriver(ibid. 26). Den danske sygeplejerske og antropolog Helle Ploug Hansen har lavet feltstudier på et hospital. Hun skriver, at der ”altid vil være blinde pletter i forhold til det, man udforsker”[...] ”i sær ved feltarbejde i egen kultur” (Hansen1995:29). Hansens pointe er, at man ved at bestræbe sig på at være bevidst om sin egen position, bedre kan udfordre sin indforståethed.

I det følgende afsnit vil jeg gøre rede for mine bestræbelser og overvejelser i forhold til at blive bevidst om min egen position.

Overvejelser vedrørende position og feltarbejde i egen felt.

Min adgang til felten kan på den ene side siges at have været enkel, på den anden side også kompliceret og udfordrende. Jeg har ikke haft nogen barriere i forhold til at skabe kontakt eller adgang. Som følge af års udviklingsarbejde har jeg et stort netværk og mange har tilbudt at jeg kunne lave feltstudier i deres afsnit. Dette tolker jeg positivt, som en stor åbenhed i forhold til at ville vise praksis frem, og i forhold til at få feedback på samme.

Min enkle adgang og mit kendskab til området har også afstedkommet nogle udfordringer. Jeg har undervejs i min research hos mig selv oplevet en nervøsitet og indre uro, bl.a. begrundet i en faglig og etisk indignation i forhold til det analytiske objekt: at kategorisere og definere patienter negativt. Kunne jeg mon bruge denne forforståelse konstruktivt til at udfordre mig selv og mine informanter?

En anden udfordring var, om jeg kunne skabe en kontakt og relation med fortrolighed om dette emne? Det viste sig dog, at det ikke var vanskeligt for mig at samle informanter til interviews. Dette tænker jeg bl.a. kan tilskrives at informanterne via mit netværk har oplevet en positiv tilgang til emnet, og at emnet er relevant- informanterne har ”noget på hjertet” i forhold til denne problemstilling. Det har også betydning, at mine netværksrelationer har givet ”frihed i tjenesten” til at lade sig

interviewe, hvilket har betydet at jeg ikke skulle bede informanter om at bruge deres fritid på projektet.

Metodisk forsøgte jeg at kompensere og tage højde for min egen "kendthed" og deraf følgende risiko for blindhed i konteksten på flere måder. Bl.a. ved at være yderst grundig i forhold til overvejelserne om, hvordan jeg bedst kunne "passe ind" blandt personalet. Jeg havde gjort mig megen umage for at vælge en påklædning, der IKKE skulle give opmærksomhed, og som kunne give mig en lighedsidentitet med plejegruppen. Skulle jeg tage en kittel uden på mit hverdags tøj? Dette ville betyde, at jeg ikke kunne tage del i det praktiske arbejde, som ofte er vådt eller snavset, til gengæld ville jeg kunne observere uden at lade mig indfange af det praktiske arbejde. Med kittel uden på civilt tøj, ville jeg ligne en læge eller en kollega med administrativt arbejde, og det ville være forskelligt fra, hvad jeg normalt gør og ville vække en ny opmærksomhed. Skulle jeg så tage det sædvanlige sygeplejetøj på? Det tænkte jeg ville give en lighedsidentitet med plejegruppen. Jeg ville bedre kunne lave deltagerobservation, men jeg kunne også lade mig "indfange", og derved have svært ved at observere med den distance det også kræver (Hansen 1995).

Jeg valgte det sidste, hvide bukser, hvide træsko, neutral T-shirt, og kort skjortejakke. Mit tøjvalg viste sig imidlertid både at give den ovenfor beskrevne, men også en uventet opmærksomhed fra kolleger og patienter. En opmærksomhed som dog alene var positiv, men for mig overraskende fyldig. Der var tale om en forskel som gjorde en forskel, og som dermed var information (Bateson 1993). På afsnittene hvor jeg lavede mine feltobservationer, var der nu ingen, der mens jeg var tilstede, bemærkede sig min påklædning som sådan, men når jeg færdedes i øvrigt på området, var der en del der kommenterede det, med en undren over "hvad skal du?". Dette tænker jeg var et udtryk for at mit valg havde været rigtigt, nu hørte jeg til i plejegruppen. En læge i afsnittet bemærkede anerkendende og dog sarkastisk, at "det var rart at se, at overordnet administrativt personale også kunne få hænderne op af lommen" og "at det ikke så tit var den vej det gik".

På min skjortejakke står mit navn og min titel som udviklingssygeplejerske fortrykt. For at aktivt kunne trække mig fra rollen som sygeplejerske så meget som muligt, havde jeg overvejet at sætte hvid tape over min titel og i stedet skrive studerende Sundheds-antropologi. Men jeg valgte at lade være; da jeg tænkt at tape, ville være mere påfaldende og skabe mere utilsigtet opmærksomhed og kunne være at tage afstand fra det jeg rent faktisk også er, nemlig udviklingssygeplejerske. Ved den

første kontakt med personale og patienter gjorde jeg en del ud af at fortælle, at jeg var i afsnittet i min egenskab af studerende, og at jeg var i gang med at indsamle data til mit masterspeciale. Én patient jeg havde kontakt til, greb dog fat i mig og sagde ”udviklingspsygeplejerske, hvad er det”? Jeg fortalte, at jeg normalt arbejdede med kvalitet, men at jeg ikke lige i denne tid havde dette i fokus, men mere så på hvordan ”livet i en sygehusafdeling” udspandt sig. Patienten der viste sig at være læge, fortalte mig ivrigt, at han var i gang med at forberede et foredrag om den faldende tendens til, at man obducerer i videnskabeligt øjemed, og spurgte om jeg havde et bud på årsagen til dette. Jeg begav mig ”velvilligt” ud i nogle refleksioner om rent og urent - fint og mindre fint, og henviste til Mary Douglas begreb om ”matter out of place”, ”purity and danger”, hvortil han blev meget begejstret. Senere udtalte patienten overfor den stuegangsgående læge, at jeg havde inspireret ham, og at ”det var en fantastisk pointe”, han havde rost mig til skyerne. Den stuegangsgående læge kunne ikke skjule sin forbløffelse over, at jeg havde haft denne indflydelse på patienten. Og jeg på den anden side havde min egen forbløffelse over ikke, som jeg oprindeligt havde haft til hensigt at gøre, havde holdt lav profil og forholdt mig i en tilbagetrukket position. Anekdoten viser, at jeg bliver objektiveret af ”de andre” i felten, som ser mig i en bestemt position, som de naturligt taler til. Jeg blev en dobbeltagent i og med jeg levede mig fuldstændig ind i rollen, ”jeg” blev til ”vi”, faktisk en ønskværdig position, idet det er fra denne position at forståelsen for alvor debuterer og fra denne position, at man bliver sin egen informant (Hastrup 2004:211).

Informanterne.

Mine informanter udgøres af 5 sygeplejersker og én social og sundhedsassistent, alle kvinder. To af disse har været nøgleinformanter. Ud fra princippet om at nøgleinformant- interviews med fordel følges op med deltagerobservation, fulgte den ene (sygeplejerske, DD) i tre dage i hendes kliniske arbejde (Hardon A.2001). Den anden nøgleinformant, også en sygeplejerske (CC), interviewede jeg på mit eget kontor. Dette gjorde jeg efter det første fokusgruppeinterview med 2 sygeplejersker (AA og BB). I fokusgruppeinterview nr. II deltog en sygeplejerske og en social og sundhedsassistent (EE og FF)

Der er ifølge A. Hardon m.fl. tre basis principper som man altid skal tage højde for i undersøgelser, der involverer mennesker: Det drejer sig om princippet om respekt, om

udbytte og princippet om retfærdighed (Hardon 2001:281). Principperne gælder såvel informanterne som det analytiske subjekt. Med Hardons principper in mente blev informanterne orienteret om, at båndoptagelser fra interviews opbevares privat og på et aflukket sted, at alt materiale anonymiseres under transskriberingen. Informanterne blev tilbudt et efterfølgende møde, hvor hovedelementer og konklusioner vil blive præsenteret og drøftet. De implicerede afsnit vil ligeledes blive tilbudt en drøftelse af konklusionerne.

Derudover er det af betydning, at både undersøgelsesdesign og sproglig fremstilling tager hensyn til konsekvenserne af at samle data på området, hvad bliver synligt som før har været skjult? Og hvilke konsekvenser kan projektet have for patienterne, informanterne, for afsnittet og for lederen af afsnittet?

Da fokusområderne i min undersøgelse delvist beskæftiger sig med gråzoneområder, vil undersøgelsen ikke umiddelbart blive fremlagt offentligt i sin helhed eller i ubearbejdet form. For det tilfælde af at projektet skal præsenteres offentligt, vil der blive taget hensyn til Hardons principper og at hverken afsnit eller informanter kan genkendes.

Fokusgruppe interview.

Jeg valgte at begynde feltstudierne med **fokusgruppe interview** (FGI), idet fokusgruppeinterview egner sig godt til at skabe viden om menneskers synspunkter, holdninger og erfaringer (Malterud 2005). Desuden giver FGI koncentrerede data på en ikke påtrængende måde, hvilket i min undersøgelse kunne tænkes at være en fordel, da dét at tale om de besværlige patienter af mig blev oplevet som et forholdsvis kontroversielt emne. Kontroversielt fordi sygepleje siden sygeplejens oprindelse bl.a. har været kendt for en altruistisk holdning, hvorfor det kunne være behæftet med faglig eller personlig blufærdighed at tale om besværlige patienter. Sensitive emner kan netop tilgodeses i FGI formen, idet FGI kan give en synergistisk effekt med fordel for både interviewer og deltagere. Sidst, men ikke mindst er det en fordel ved FGI, at formen for forskeren kan være medvirkende til at udvikle eller skærpe det analytiske objekt (Ibid.2005).

Hardon anbefaler, at FGI ikke står alene, men kombineres med andre undersøgelsesmetoder som f.eks. observation og interview (Hardon 1994:239) Nærværende projekt er da også en kombination.

Semistrukturerede interview.

Efter det første FGI lavede jeg et **semistruktureret interview** med informant (CC). Begge interviews var med til at skærpe mit fokus med indgående og signifikante data, hvilket bidrog til en bekræftelse, at dette var et område, der med fordel kunne udforskes og frembringe nyttig viden. Den semistrukturerede interviewform er velegnet, når der er begrænset tid til rådighed, og når interviewerens i øvrigt er rimelig kendt med delkomponenter af det fænomen som undersøges (Malterud 2005). Der (kan) udarbejdes en spørgeguide med hovedområder svarende til det, der er fokus for undersøgelsen, og som skal inddrages. En spørgeguide kan administreres rimeligt frit, men vigtigt er det, at interviewerens kobler sig på de svar, informanten giver og ser hvilke åbninger, der gives i retninger, der kan skabe dybde eller bredde på fokusområdet. Selvom semistrukturerede interviews administreres frit, er fordelene at den øvede interviewer, evt. med støtte fra spørgeguiden, kan styre interviewet i den retning, der ønskes, hvilket især er nyttigt, hvis informanten bringer uventede, men vigtige informationer frem (Morse 1992, Hardon 1994). Hardon skriver, at det ikke sjældent opleves, at kvalitative interviews tenderer at blive kortere og kortere, hvilket ofte kan tilskrives at emnet til sidst er mættet, og der derfor ikke fremkommer nye data.

Som opfølgning på deltagerobservation udførte jeg endnu et semistruktureret interview med informant DD. I de interviews jeg gennemførte, oplevede jeg, at interviewene bidrog kvalificerende til hinanden. Emner, som jeg havde læst om, og udsagn som havde været fremsat i tidligere interviews, brugte jeg som inspiration og krydstjek med de nye informanter. På trods af de begrænsede antal interviews jeg gennemførte, fik jeg alligevel en klar oplevelse af, at mine hovedspørgsmål blev dækket ind med ”rige” og signifikante data.

Deltagerobservation.

Jeg udførte deltagerobservation på 2 afsnit. På eet afsnit lavede jeg deltagerobservation i 3½ dag. Det var her, jeg også lavede interview med informant (DD). På et andet afsnit deltog jeg en 1½ dag, efterfulgt af fokusgruppeinterview med en sygeplejerske (EE) og en social og sundhedsassistent (FF). Dette interview var inspireret af principperne fra Preference Ranking (Bilag 3)(Rifkin 2001 s:83). Deltagerobservation kan betragtes som en slags dobbelthed. Man tager del i det liv, der udspiller sig, det er en nødvendighed for at begribe, for siden at observere det

samme liv udefra som en fremmed (Hansen 1995:15). Som deltagerobservatør fulgte jeg ”sygeplejegruppens liv”. Jeg deltog, som tidligere beskrevet, som hjælper i plejen af de patienter, som den sygeplejerske, jeg fulgte, havde ansvaret for. Jeg var opmærksom på, hvad skete i ’overgangene’, hvor der blev kommunikeret om patienterne. Med ”overgange” menes faglige konferencer, overdragelse af patienter hvor ansvaret overdrages fra een sundhedsperson til en anden, ved slutningen af en vagt og ved begyndelsen af en ny, ved modtagelsen af en ny patient, nogle steder kaldet ”rapport”, ved telefonsamtaler, planlægning af samarbejde, mm. Efter at have beskrevet felten, min position, metodetilgangen og overvejelser til dette projekt, vil jeg i det næste beskrive hvordan analysen er håndteret.

Analyse metode.

Alle interviews er transskriberet og som udgangspunkt markeret med hver sin farve. Interviewene er med udgangspunkt i en fænomenologisk tilgang til analyse fremlagt af Max von Manen frit analyseret i 4 niveauer (Manen1997). På niveau 1 som er foregået under interviewet, hvor jeg som interviewer for at kunne koble mig på essentielle temaer implicit har foretaget analyse på informantens udsagn. Ved den efterfølgende transskribering er der foretaget en helhedstilnærmelse, hvor umiddelbare signifikante indtryk fra hvert interview er sammenskrevet. På 2. niveau ses der efter meningsenheder, der kan udtrykkes i temaer, og som giver overblik over materialet. Her er niveau 1 helhedstilnærmelser medtaget. Vedrørende 3. niveau er essentielle temaer fra hver af interviewene identificeret i forhold til projektets formål Disse er blevet ”klippet ud” og sat ind i skemaer med samlede temaoverskrifter. Farver, som hvert interview er markeret med, har indikeret hvilke informanter, der har sagt hvad. De signifikante udsagn blev herefter markeret, og det er dem som indgår i dette projekts analyse. På 4.niveau bliver temaer fra niveau 3, via analyse og refleksion bearbejdet og samlet i en konklusion og perspektivering. I den kommende analyse vil signifikante uddrag af interviewdata, som indgår i analysen, alle være skrevet med kursiv. Afsnit uden signifikant betydning for analysen er udeladt og markeret med [...]. Tre prikker ... angiver en mindre tænkepause eller et øh, som af hensyn til læsevenlighed er udeladt i teksten. Ord, der er skrevet med **STORT**, henviser til at informanten har betonet dette ord særligt.

Feltnoter indgår ikke direkte i analysen, men har bidraget til at skærpe opmærksomhed og nærvær til konteksten under skriveprocessen.

Som indledning til den forestående analyse vil jeg beskrive den kontekst hvori relationen udspiller sig.

Konteksten hvori kategoriseringen af den besværlige patient udfolder sig.

Som analytisk ramme for den kontekst, hvori kategoriseringen af den besværlige patient konstitueres, vil jeg i dette afsnit først beskrive en antropologisk teoretisk tilgang til begrebet **relation**. Relation defineres i dette projekt ud fra Bateson, som siger at for at man kan tale om en relation skal der foregå en kommunikation, hvor kommunikation skal forstås som den information der gør en forskel (Ølgaard:46). Analysen fortsættes med 3 kapitler med analysetemaer af relevans for relationens kvalitet. Først et kapitel om **forståelse** hvor det bl.a. belyses, at forståelse er et forhold, der for at være anerkendende i relationen mellem patient og plejepersonale må være i bevægelse. Det vil blive belyst, hvorledes sociale og kulturelle erfaringer har indflydelse på forståelsesforholdet, og hvordan forståelse har indflydelse på kvaliteten i relationen. Relationer baseres på kommunikation (ibid.1993), og da kommunikation også kan betragtes som handling, vil kapitlet **kommunikation og handling** beskrive og have fokus på uddrag af interviews, der netop konkretiserer, hvad der for informanterne aktiverer, at den besværlige patient opleves besværlig. Desuden vil det blive vist at behandling og mellem menneskelige relationer kan vægtes som 2 forskellige handlingsdiskurser for professionalitet.

Sidste kapitel i analysen beskriver **reciprocitet** som samspilsaspekt i den sociale relation. I dette afsnit introduceres det at plejepersonalet har forventninger til hvad patienten i relationen bør bidrage med.

I hvert af de 3 kapitler perspektiveres det, hvorledes det aktuelle analysetema har indflydelse på relationens karakter. Som afsæt for analysekapitlerne vil det næste afsnit perspektivere antropologiske tilgange relationen.

Relationen antropologisk set.

Relationer mellem mennesker er under indflydelse af forskellige forhold og værdier, som når de er bevidste og benyttes aktivt, kan udvikle relationen. Ifølge Hastrup er relationen som proces altid positioneret og situeret (Hastrup K. 2001). Det er netop sådan den skabes og udvikles (Rosaldo1996).

Højskolelektor ved Diakonhjemmets Højskolecenter i Oslo, Per Jensen beskriver med udgangspunkt i Bateson og Watslawick to typer af relationer: Symmetrisk og komplementær (Jensen 1994). I en *symmetrisk* relation forsøger personerne at være lige magtmæssigt set, og deltagerne vil ofte konkurrere med hinanden: En symmetrisk relation kan opleves som udviklende, men også som meget slidsom, da en symmetrisk relation fungerer på en sådan måde, at mere af en given adfærd stimulerer mere den samme adfærd fra den anden (ibid.:61). Deltagerne i relationen vil ofte udføre 'punktueringer' på ligheder. Punktuering er betegnelsen for den proces, der sker, når informationen i kommunikationen får et navn. I den *komplementære* relation, punktuerer deltagerne i relationen på ulighed. For at fastholde punktueringer, forudsættes en gensidighed, som ikke ændrer sig før én af parterne laver nye og anderledes punktueringer, som har konsekvenser for interaktionen og relationen. De fleste relationer, som varer over længere tid, vil veksle mellem symmetri og komplementaritet. (Ølgaard 1991, Jensen 1994) Det afgørende ved komplementære og symmetriske relationer er ifølge Bateson, at begge mønstre på den ene side både kan eskalere og blive skadelige for parterne, og på den anden side, at elementer af den ene relation kan dæmpe den anden, og føre til en balance og derved standse eskaleringen (Ølgaard 1991:65).

Der er relativ få antropologiske tekster, der har fokus på relationen mellem plejepersonale og patient. Den danske antropolog Gitte Wind henviser i artiklen "Jagten på relationen", til professor i sygepleje og antropologi, Janice M. Morse, ifølge hvem den konkrete relation mellem plejepersonale og patient er et resultat af mere eller mindre skjulte forhandlinger.

Der kan skelnes mellem 2 kategorier af relationer, de *gensidige* relationer og de *ensidige* relationer.

De *gensidige relationer* som bygger på gensidig involvering opdeler Morse i 4 typer:

- 1) Kliniske relationer, som er kendetegnet ved en kortvarig kontakt med overfladisk og høflig interaktion.
- 2) Den terapeutiske relation, som også er relationen af kortvarig pleje og behandling. Men hvor interaktionen præges af sygeplejersken møder patienten både som patient og som individ.
- 3) Den kohærente relation, hvor patienten bliver mødt som menneske, men med en professionel distance. Interaktionen er præget af tillid, og sygeplejersken fungerer som advokat og har bevidst indgået en engageret interaktion.

4) Den overinvolverede relation beskriver Morse som en interaktion der forskyder al anden involvering i sygehusets liv til en side.

Ensidige relationer opstår, når sygeplejerskens interaktion bevidst eller ubevidst ikke er engageret (Morse 1992, Wind 2001).

Hylland Eriksen skriver om sociale relationer, at relationen mellem patient og læge kan karakteriseres som en *unipleks* relation, hvilket vil sige, at relationen er af enkel karakter, der er ikke flere statuser på spil i en og samme relation, og populært vil man kunne betegne relationen som et forretningsmæssigt forhold, hvor man ”holder sig til sagen”(Eriksen 2001:59). Hylland Eriksens beskrivelse er efter min opfattelse at sidestille med den kliniske relation som beskrevet af Morse.

Jeg vil imidlertid mene, at relationen mellem *plejepersonale* og patient i Eriksens terminologi ofte vil være udfordret af en multipleks relation, en relation der er kendetegnet ved at være kompleks grundet aktivering af flere statuser (ibid. 2001:59). Forholdet mellem plejepersonale og patient er mange gange af intim og følelsesmæssig karakter. Plejepersonalet varetager ofte, alt efter behov, både fysiske, psykiske og sociale anliggender som patientens stedfortrædere. Der er tale om en relation, hvor *håndteringen* af det mellem menneskelige er et moralsk etisk anliggende, hvorved flere statusniveauer aktiveres.

Flere forhold har betydning for hvordan relationen mellem individer udvikler sig. I de 3 følgende analysekapitler vil signifikante dele af den transskriberede empiri blive inddraget i en analyse med fokus på plejepersonalets sociale og kulturelle forståelser i relationen, hvor kategorisering af de besværlige patienter kommer til udtryk.

Forståelse.

Med udgangspunkt i empiriske eksempler vil jeg dette kapitel, i 5 underafsnit analysere og vise, at ”kemi” set med plejepersonalets optik har betydning og er afgørende for etableringen af forståelse, og dermed også en god relation mellem patient og plejepersonale. Kemi mellem mennesker skal, som det vil blive vist i dette projekt, forstås som en relativ uspecifik relationel stemningsoplevelse, en slags sympati, mellem plejepersonalet og patient. Denne forståelse af kemi er siden interviewene blev afviklet, søgt afklaret og er blevet bekræftet telefonisk med 2 af informanterne.

Jeg vil belyse, hvilke forhold der kan bidrage hhv. ikke bidrage til forståelse, og slutteligt belyse hvorledes sociale og kulturelle erfaringer som lighedsideal, har

betydning for graden/ niveauet af forståelse i relationen mellem patient og sygeplejepersonale

Jeg vil indlede med en antropologisk og teorimæssig belysning af begrebet forståelse som et nøgleforhold i mellemmenneskelige relationer.

Forståelse et nøgleforhold i relationer.

Antropologien Francine Lorimer har i sin artikel ” forståelse – et socialt forhold” (Lorimer 2004) argumenteret for at forståelse er en væsentlig del af relationen. Er der ikke en tilpas relation, er der ikke de bedste forudsætninger for, at der kan skabes gensidig eller ny forståelse. Lorimer beskriver, at hun i forbindelse med feltarbejde i Cape York Australien har oplevet, hvor udfordrende det er at skabe relationer, der bygger på forståelse. Jeg har i en tidligere opgave beskrevet Lorimers erfaringer, og illustreret at forståelse i relationen mellem antropolog og informant kan overføres til den sundhedsfaglige kontekst til relationen mellem patient og plejepersonale (Müller 2005). Lorimer skriver, at forståelse bedst kan opnås, hvis og når der arbejdes ud fra egne personlige kulturelle og sociale erfaringer. Det er, når den professionelle bruger sig selv, sit personlige sociale engagement i relationen, at forståelsen bedst kan opstå (Lorimer 2004:56). Forståelse som et socialt forhold indebærer en anerkendende holdning til den anden, en tilgang der bygger på at mennesket har egne individuelle socialt og kulturelt forankrede livsstrategier og tanker. En sådan tilgang er en grundideologi, der ”på papiret” også passer til det sundhedsfaglige arbejde. Den personlige betydningsdannelse, defineret ved evnen til at være bevidst om egne forventninger og forventningernes evne til at forandre sig med tiden, er nøglen til at sygeplejepersonalet: ”bedre kan begribe, hvad der ved en bestemt informant er vigtigt at forstå” (ibid.2004:55). Dette kan dette betyde, at det er væsentligt at være bevidst om de forventninger plejepersonalet både individuelt og kollektivt opbygger omkring patienterne. Dette er én af grundene til, at det er af betydning at være bevidst om, hvordan der tales *om* patienterne, idet omtale som punktueringer, naturligt skaber forventninger, og derved kategoriseringer og risiko for fastlåste forståelser. Psykologen Peter Madsen mener, at patienters grundlæggende forskellige væremåder kan vække bevidste eller ubevidste følelser hos de sundhedsprofessionelle. I Ugeskrift for Læger skriver han, at følelserne kan resultere i anerkendelse og sympati eller det modsatte: modvilje, frygt og vrede (Madsen 2004:2 146). Således kan følelser have

indflydelse på, hvordan sundhedsprofessionelle definerer og kategoriserer patienten, som en hhv. besværlig eller mindre besværlig patient (Ibid.:2147).

Antropologen Renato Rosaldo har i artiklen *Grief and a Headhunter's Rage* beskrevet, at egne oplevelser og følelser kan bruges aktivt og integreres i analyse og feltarbejde (Rosaldo 1996). En erkendelse Rosaldo fik, da han år efter at have udført feltarbejde i Filipinerne med baggrund i egne oplevelser og erfaringer, som handlede om tab af sin kone, og deraf følgende sorg og ny forståelse, vendte tilbage til sit oprindelige studie, og på baggrund af den ny forståelse, kunne genbearbejde data og opnå nye indsigter. Rosaldo skriver at forståelse er baseret på sociale erfaringer der bl.a. kan bruges aktivt som en slags medmenneskelig forståelse. Plejepersonale kan ligeledes og med fordel, bruge egne sociale erfaringer i analyser, der vedrører den sundhedsfaglige indsats, og derved bevidst søge at forstå fra flere perspektiver.

Forståelse opstår, når individer er i stand til at anerkende og blive bevidst om, at deres kulturelle felter er hhv. sammenfaldende og forskellige. Det er, når man anerkender, at disse forskelle eksisterer, at forståelsen kan begynde. Forståelse er således ikke et statisk og rigtigt begreb, ”forståelse er noget, der altid er ved at udfolde sig”(Lorimer2004: 66). Der vil dog altid være betydninger, som vi ikke har kendskab til, men det afgørende for at forstå og have forståelse for er, at vi aktivt ser efter både kulturelle felters sammenfald og forskellighed. At forstå hænger i dette projekt sammen med *at kunne forstå* på et kognitivt plan, hvor det *at have forståelse* for er et emotionelt og relationelt anliggende.

I det næste afsnit vil jeg analysere og vise eksempler på, hvorledes plejepersonalet oplever at kemi har betydning for om forståelse i relationen kan finde sted og udvikles.

Kemi og forståelse.

Jeg spørger til, hvad sygeplejersken mener, at der skal til for at forstå og hvad hun gør, når hun ikke forstår:

CC:[...] man kan sige, og det er måske også forskelligt, nu hvor vi også taler om besværlige hhv. ikke besværlige patient, fordi hvis det er én som jeg måske synes, er lidt besværlig, så er mit ønske om at forstå patienten måske også ubevidst lidt mindre, end hvis det var en patient hvor jeg havde en god kemi, og det tror, jeg ligger der ubevidst, Jeg har i hvert fald flere gange tænkt, at man giver sig liiige lidt ekstra ved patienter, hvor man har en god kemi, eller ja, en god kontakt, hvor hvis

det er en patient som jeg måske har det mere problematisk med, så er forståelsen der nok heller ikke i samme grad... så det er måske lidt mere besværligt end ikke besværligt.

AA: Nogle patienter, altså tit de besværlige, dem har jeg måske ikke 100 % forståelse for, og dem jeg har en god relation til, der kan det blive tæt på de 100 % ik'? Så jeg tror jeg mere det er kemien, og så selvfølgelig relationen, der gør det i hvilken grad, man har forståelse. men altså igen synes jeg ikke, at forståelse på den måde,... det er ikke sådan at jeg tænker på, at nu, NU ønsker jeg, at vi har en fælles forståelse på et dybere plan. Altså selvfølgelig ønsker jeg at gøre mig forståelig. Men sådan ønsker jeg det jo med alle patienter. Det er jo ikke sådan at jeg siger, at ham her ønsker jeg ... noget MERE gensidig forståelse af, men det kommer bare, nogen gange føler man bare at, dér er den bare nemmere at opnå... og hos andre der kommer den bare ALDRIG ... altså man udfører sit arbejde og så er det heller ikke dybere, vel?

CC giver udtryk for, at ved besværlige patienter og i relationer hvor kemien ikke er god, er ønsket om, at forstå patienten nok ikke tilstede i samme grad, som hvis kemien er god. For hvor kemien er god: "Der giver man sig liige lidt ekstra" hvilket kan betyde, at intensionen om bedre at forstå i relationen søges, til gensidig fordel, hvorimod hvis forståelsen ikke er til stede, så bliver relationen og patienten kategoriseret som besværlig.

AA mener, at graden af forståelse hænger sammen med oplevelsen af kemien mellem patienten og plejepersonalet.

At kunne forstå og have forståelse for hænger sammen med, om der er kemi, og kemi har betydning for, om man kan sætte sig i patientens sted, have forståelse for patienten og forstå situationen, og denne forståelse har i sidste ende betydning for relationens karakter. At skabe en relation der bygger på forståelse, er ifølge informanterne ikke en bevidst handling, men noget der bare i nogle relationer kommer eller bare *er der*, mens i andre relationer, der kommer den aldrig.

FF: Ja altså det er jo et spil, nogle har man kemi med, der er jo nogen der sådan.. og så er der andre... jah der sådan trigger én, hvor man siger: Det kan godt være, at jeg ikke skal så meget herind, fordi man går forbi hinanden ik'?

Med det metaforen "spil" giver FF udtryk for, at det er et spørgsmål om tilfældigheder, et sammentræf af omstændigheder, der har betydning for om kemien passer. En sammenligning der kan betyde, at plejepersonalet vurderer og bedst skaber

relationer, når de sociale og kulturelle erfaringer ”passer sammen” og når det sker, kan siges at være held i spil. Et held som smitter af på patienten, idet man ellers ikke vil ”gå så meget ind til patienten”, som hvis der er god kemi.

AA beskriver, at der hvor forståelsen aldrig kommer, der ”gør man bare sit arbejde” og at ”så er det ikke dybere”. På denne måde kan det tolkes, at sygeplejersken ikke betragter det som et professionelt ansvar at etablere en relation, som bygger på forståelse. Arbejdet kan fortsætte uden at være under indflydelse af interaktionens og relationens karakter. En sådan relation vil være en ensidig relation præget af en høflig og overfladisk interaktion, hvor plejepersonalet ikke ønsker eller kan engagere sig i relationen (Morse 1992(b):337). Det er sådan en relation Eriksen kalder unipleks (Eriksen 1998:59).

I det følgende citat giver sygeplejersken udtryk for, at kemi som førstehånds indtryk har betydning for om hun har lyst til eller kan henvende sig til en anden person. Dette forhold som er gældende udenfor sygehusvæsnet, i en privatsfære, sidestiller hun til den i sygehusvæsnets professionelle relation mellem patient og personale.

CC... jeg ved godt, at vi er professionelle, men jeg ville jo også have problemer med at gå hen til en person udenfor det her væsen som... som jeg ikke følte, at jeg havde kemi med, eller som jeg måske ikke troede, jeg kunne få en forståelse for eller et godt forhold til.

At etablere en forståelse som baserer sig på, som Lorimer skriver, ”noget som altid er ved at udfolde sig”(Lorimer 2004:66), kræver anerkendelse og en bevidsthed om, at individers kulturelle felter er hhv. sammenfaldende *og* forskellige. Det er forståelsen, som udfolder sig, der ikke har gode betingelser i relationen, hvor kemien som udgangspunkt enten ikke er god eller hvor kemien er *for* god. *For* god kemi, kan være at sidestille med en identificering af lighedspunkter hvorved grænserne mellem parterne bliver uklare. Der kan opstå et kulturelt fællesskab der som Baarts skriver, alene er baseret på lighed og ensartethed (Baarts1999). En sådan uklarhed kan skabe en pseudoforståelse og en ikke befordrende indforståethed i relationen. Når lighed dyrkes, er der risiko for, at relationen bliver et mål i sig selv. En relation som Morse beskriver som den overinvolverende relation (Morse 1992:340).

For at opnå en forståelse af den anden og skabe den form for forståelse, som altid er under udvikling, er det nødvendigt, at man *opgiver* at forstå *på forhånd*, idet man ikke kan forstå med ”fastlåste” forestillinger(Lorimer 2004:64). Det er derfor først, når man erkender ”ikke at forstå”, at man har forstået, og derved kan udfordre/bevæge

både sin egen og den andens forståelse, herved kan egentlig anerkendende og udfoldende forståelse tage sit afsæt.

I næste afsnit vil jeg fortsætte analysen af, hvad der med plejepersonalets optik bidrager til højere grad af forståelse. Med udgangspunkt i begreberne lighed og enshed, vil det blive belyst, hvad genkendelighed betyder for forståelse og dermed relationens karakter og udvikling.

Hvordan genkendelighed bidrager til forståelse.

Jeg spørger om CC kan beskrive situationer eller forløb, hvor hun oplevede at have særlig god forståelse:

CC: Jeg har haft nogle yngre patienter hvor jeg li´ som har, kunne sætte mig i deres situation, eller hvordan man nu skal sige det, bedre... end med nogle af de ældre KOL patienter,... ja jeg følte, at jeg kendte ham (den gode patient red.) og så hans alder tror jeg, på en mærkelig måde, og det med at han havde bittesmå børnebørn, og altså man tænker lidt mere på, hvad det er præcist for nogle tanker han må ha'. Han står her, altså i den arbejdsdygtige alder og med karriere foran sig, og hvordan kan jeg så gå ind og hjælpe ham i den situation, som han er i lige nu. Så der var flere faktorer der gik ind, og så var det bare, at da vi havde talt sammen første gang så var der en god kemi, som man kunne bygge noget videre på.

Det skulle efter foregående afsnit være slået fast, at kemi er en slags ”gatekeeper” i forhold til at skabe relationens karakter mellem plejepersonale og patient. En ”gatekeeper” der i større eller mindre grad har elementer af forståelse indlejret. Men som ovenstående udsagn også viser, er der flere forhold der yderligere bidrager til forståelse.

Antropologerne Baarts og Gullestad skriver begge om lighed og enshed i sociale relationer. Baarts har som tidligere nævnt haft fokus på sundhedspersonalets relationelle forhold til patienter (Baarts 1999), hvor Gullestad (Gullestad 1991) har fokus på sammenhænge mellem kulturelle kategorier. Begges perspektiver er relevante i nærværende analyse. I ovenstående udsagn giver CC udtryk for, at hun nok havde haft en særlig god forståelse for patienten af grunde, som jf. Baarts fremstilling kan handle om normen om lighed.

I Baarts fremstilling er normen om lighed nært forbundet med, at man er ens, og at det inden for lighedsideologiens rammer ”er en forudsætning for gensidig respekt mellem mennesker, at de involverede personer kan identificere sig med hinanden”(Baarts

1999). CC der selv er en yngre kvinde i den arbejdsdygtige og fertile alder, har som hun selv siger det senere i interviewet slet ikke svært med at sætte sig i patientens sted, hvilket jeg mener, kan være et udtryk for identificering med patientens situation. Desuden kommer dette ligheds og identifikations forhold også til udtryk i den indledende sætning med hhv. yngre og ældre patienter.

Gullestad skriver om middelklasse professionelle, som praktiserer deres profession (her sygepleje) i forskellige sociale grupper (patienterne), at det er en vigtig pointe, at de professionelle har en tendens til at give en bedre behandling og bedre råd til mennesker, som ligner dem selv, mere end til dem som er forskellige fra dem selv (ibid.:6). Forståelsen øges i lighedsrelationer, idet mennesket i mange sociale sammenhænge søger en genkendelighed i bestræbelsen på at være lige. Der søges en slags balance, det at kunne identificere sig med enkelte personlige forhold kan være een af de faktorer, som CC hæfter sig ved, og som påvirker relationen i en retning med øget forståelse.

En relation mellem plejepersonale og patient, som har afsæt og elementer af genkendelighed eller ligheder har således en betydning for at forstå i relationen. En højere grad af forståelse, har betydning for relationens karakter og om patienten kategoriseres besværlig eller ej.

Selvom det ifølge Lorimer og Rosaldo er, når den professionelle bruger sig selv, sit personlige sociale engagement i relationen, at forståelsen bedst kan opstå, er det væsentligt at bemærke, at det kan være en begrænsning, hvis normen om lighed er den eneste eller dominerende tilgang til at skabe forståelsen. En begrænsning for den forståelse der tager særligt afsæt i at ”forstå uden at forstå på forhånd” (Rosaldo 1996, Lorimer 2004:56). At skabe en forståelse uden at forstå på forhånd, er en balance som på en knivsæg, med aktiv og reflektiv opmærksomhed på den information som kommunikationen afstedkommer. Det er en opmærksomhed, som netop sætter individers subjektivitet i fokus. Et fokus hvor mennesket er i centrum - ikke som et frit og autonomt individ, men som en del af en sammenhæng. Det er netop det at være del af et hele, som har betydning for hvordan plejepersonale individuelt og kollektivt fortolker.

Normer, sociale og kulturelle erfaringer som begrænsning for forståelse og relationen.

Plejepersonalet giver udtryk for at hvis de oplever at patienter ikke tager medansvar, bevidst frasiger sig, eller nægter at deltage i egen pleje og behandling, så har det betydning for kategoriseringen "besværlig patient", og for hvordan forståelsen og udvikler sig.

CC: Jeg har det med nogle patienter eller en patientkategori, eller hvad man skal sige ... som virker som om de ikke rigtig ønsker at gøre noget SELV for deres helbredelse. Som bare eller hvad man skal sige, hælder det hele hen til os; "det må du eller I klare", og "det er også lige meget om jeg stiger ud af sengen" for det kan I klare, altså de SLET ikke SELV har nogen LYST til at være en del af det her. DA kan jeg godt få det sådan, at dem mister jeg lidt forståelsen for, fordi jeg har det selv sådan, at det man må ønske allermest, når man er indlagt, det er at blive udskrevet igen ik? Den gruppe er altså besværlige, det er de... de gir os lov til alt, eller er opgivende, eller hvad ved jeg. Selvom jeg prøver at sætte mig i deres sted, så synes jeg, at forståelsen for dem er ... er lille...

... jeg ikke kan sætte mig ind i at ældre mennesker- uden at skære dem alle over én kam - men at de måske nogle gange føler, at det er sjovere at ligge herinde, end det er at være derhjemme. Dér er min forståelse måske ikke så stor, og det er nok i og med, at jeg ikke er så gammel, og at sådan har det aldrig været der, hvor jeg kommer fra[...].det er fordi de ikke tager medansvar for deres egen situation, at de ikke SELV ønsker... hvor man tænker jamen for pokker (ser lidt opgivende ud) ønsker du da ikke selv, at det her skal gå godt - eller at du snart kan komme hjem? Det er nok fordi, at jeg har det helt anderledes selv, altså for mit vedkommende ville det gælde om at komme ud så hurtigt som muligt herinde fra ik'?

Sygeplejersken giver udtryk for ikke at kunne forstå, at patienten ikke selv deltager med en adfærd, der er rettet mod udskrivelse, for "det man må ønske, når man er indlagt, er da at komme hjem igen". CC tager i forståelsen af patienten som både Gullestad og Baarts skriver, udgangspunkt i lighedsideal, normer og egne værdier i forhold til at være indlagt på sygehus: Det gælder om at komme "ud igen" - om at blive udskrevet, idet CC ikke kan forstå, at ældre patienter synes, det er sjovere at være indlagt end at være hjemme. At patienten ikke tager medansvar og deltager aktivt målrettet imod (hurtig?) udskrivelse, vurderes ligeledes på baggrund af normer og værdier, men her kan der være tale om både personlige, fagkollektive og samfunds

normer og værdier som f.eks. ”accelererede patientforløb” parolen ”længst muligt i eget hjem” eller plejepprincipper der bygger på ”egenomsorg”

CC: Det kan jo være normer, jeg har med fra det, jeg kommer fra, som bare ikke passer med den samme måde, som han reagerer på, eller... jeg ville måske aldrig have gjort sådan, så kan jeg ikke rigtig forstå, at han gør sådan... altså det kan være på den måde, at jeg mener, at det måske kan danne en barriere mellem os, at vi ikke har de samme normer, og det kunne måske nok sætte en barriere for forståelsen mellem hinanden [...] Man kan sige, det er måske bare tilfældigt, men altså øh, dér hvor jeg kommer fra, eller hvad man skal sige, dér ville man aldrig nogen siden smide det hele over på en anden, en sygeplejerske eller læge, vi har altid lært, at man selv tog ansvar og del i alt. Man fik ikke bare noget bare (ler lidt ”hø hø”-agtigt) ved at ligge i sengen eller hvad man skal sige, hvor jeg måske kan eh... så det er måske én af grundene til, at jeg ikke kan sætte mig ind, i at der er nogen der gør sådan [...] som professionel da må jeg ja ... altså som professionel, der bliver jeg nød til ... dér er der nogle ting jeg bliver nød til at gøre, det er jo ikke sådan, at jeg overhovedet ikke vil være på stuen hos den besværlige patient, men jeg bliver NØDT TIL at agere og gøre nogle ting professionelt ... men derfor tror jeg det hænger sammen med mig som person, i hvilken grad jeg har fået forståelse for patienten ... og lige meget hvor professionelt jeg så end reagerer, så tror jeg nu egentlig altid, at der vil være forskel på, om det er en patient, jeg har... en god kemi med eller om det ikke er.

CC giver udtryk for at selvom der er en barriere og hun ikke forstår, er hun NØDT til at agere professionelt., og at kemien i forbindelse med at agere professionelt er medvirkende årsag til om hun har større eller mindre forståelse for patienten. Det kan tyde på at CC med sine gentagne bekræftelser om at være ”NØDT til”, måske har behov for at overbevise sig selv om, at hun MÅ være professionel. Mener hun mon at være nødtvungen til at forholde sig professionelt? CC mener, at være opmærksom på, at personlige sociale og kulturelle erfaringer bringes i spil i relationen til patienten, og at når hun skal forstå patienten, har normers forskellighed en betydning for, om der bliver en barriere i relationen, en barriere for forståelsen. CC giver ligeledes udtryk for, at selvom hun agerer professionelt, så vil det at kunne forstå og have forståelse for patienten, være under indflydelse af kemien i relationen.

CC giver udtryk for at forskellige normer og værdier kan blive en barriere for at forstå hinanden. Herved giver sygeplejersken indirekte til kende, at hun tilsvarende forventer

en forståelse fra patientens side. En anden informant siger om denne gensidige forventning:

AA:*[...] dem, der synes, at de ikke får nogen som helst tid, fordi vi ikke lige står der 5 sekunder efter, at de har ringet, og hvor der ikke er nogen forståelse for, at der er andre i denne verden end dem.[...] så kommer jeg til at tænke, ja ved du hvad, du tænker heller ikke på, at jeg går på arbejdet her og har en masse andet at lave du kræver bare noget hele tiden, og du tager slet ikke hensyn til mig..*

Også fra pårørende forventes en forståelse:

BB:*[...] netop dem som ikke kan forstå, hvorfor deres tante ikke kan komme op at sidde om aftenen i deres kørestol, med lift og alt muligt eller i weekenden... det er der bare nogen, der ikke kan forstå, at vi ikke har ressourcer til.*

DD:*Pårørende kan ikke forstå, at vi ikke kan tage telefonen hele tiden De kan ikke forstå, at de skal snakke indbyrdes eller spørge patienten, og ikke ringe herind på alle mulige tidspunkter for at få at vide, hvad der er sket.*

Ovenstående udsagn viser, at der er en bestemt forventning om at have forståelse for plejepersonalet. En forståelse for travlhed, ressourcer, om ikke at kræve og behovet for et minimum af forstyrrelser.

Patienten som plejepersonalet ikke har kemi med, er der en mindre forståelse for, hvilket betyder, at relationen ikke bliver så følelsesmæssig/ personlig. Denne måde at involvere sig på eller manglende måde at involvere sig på har betydning for relationens karakter. Jo bedre forståelse desto mere involvering, hvor forståelsen har sit afsæt i personlige sociale normer og værdier, ”det man har med sig hjemmefra” Relationen som bærer præg af, at kunne forstå og have forståelse for, vil med Eriksen kunne beskrives som en multipleks relation, og med Morse en gensidig relation af typen kohærent og terapeutisk, hvorimod relationer hvor plejepersonalet alene agerer professionelt kan betegnes som en klinisk relation (Wind 2001, Morse 1992 (a)). Relationen hvor plejepersonalet hverken ”kan forstå” eller har ”forståelse for” vil være en relation som man med Morse, ville beskrive som en ensidig relation der er kendetegnet ved at være uden involvering.

Det næste udsagn viser at DD ikke sætter lighedstegn mellem professionel og høj grad af involvering eller forståelse. Nærmere det modsatte: Hvis kemien ikke er der, og den gensidige forståelse heller ikke er til stede, opfattes og kategoriseres patienten som besværlig. Besværlige patienter handler man professionelt i forhold til, ”man er

nød til at reagere professionelt”. DD siger om det at agere professionelt, når man har besværlige pårørende eller patienter:

DD:[...]for mig handler det om, at man så må være professionel. Vi har jo lært at tackle den slags, være høflige. SELVFØLGELIG ville jeg rent behandlingsmæssigt gøre det samme, men mig som menneske og den relation jeg ville prøve at... der ville jeg have det anderledes, selvfølgelig vil jeg gerne have at patienten skal være tilfreds, men jeg har ikke behov for at få et fantastisk forhold til alle... nej i stedet ville jeg måske nok have det sådan at bare jeg får gjort mit arbejde og er høflig, og professionel så...[...]

Jeg har i dette kapitel vist eksempler på, hvilke forhold der er betydningsbærende i forhold til at forstå eller ikke forstå i relationen mellem patient og plejepersonale. Desuden er det vist, hvilken sammenhæng det at have forståelse for patienten har for relationen og kategoriseringen af den besværlige patient. Kemi og sympati, forstået som en uspecifik relationel stemningsoplevelse mellem plejepersonalet og patienten er en gatekeeper, et filter og en første adgangsfaktor for forståelse, der igen er essentiel for relationens videre udvikling.

Kemi er en faktor der primært har sit afsæt i plejepersonalets værdier og normer samt sociale og kulturelle erfaringer. Hvis kemien passer, så kan forståelsen øges eller intensiveres og bevirke, at relationen opleves god hvorved patienten ikke kategoriseres besværlig.

Lighedsideal og normer har en betydning for, om man kan identificere sig, have forståelse og skabe en gensidighed. Det er et faktum at lighedsidealene hentes fra en kontekst udenfor sygehuset med ikke syge borgere, hvorfor lighedsidealene sjældent vil matche en sygehuskontekst med syge borgere; nemlig patienter (Baarts 1999).

Impliceret i at udvikle gensidig forståelse i relationen er kemi og sympati. Forståelsen kan påvirke relationen i positiv eller negativ retning. Med gensidig forståelse mener plejepersonalet tilsyneladende patientens forståelse for plejepersonalet.

I næste kapitel analyseres handlinger og adfærd i forhold til at etablere og vedligeholde relationer. Det vil blive vist at patientens adfærd og handlinger, ligesom forståelse indebærer et gensidighedsaspekt, der alt efter hvordan plejepersonalet fortolker det, påvirker og giver relationen karakter

Handling.

I kapitlet om handling, vil jeg belyse, hvad plejepersonalet oplever, at patienten med sin handling og adfærd signalerer, hvilken information signalerne kommunikerer og hvilken betydning det får, for kategoriseringen af patienten som besværlig.

Kirsten Hastrup skildrer med sammenligninger til skuespil- og teaterlivet; handling og adfærd, der indenfor antropologien betragtes som to forskellige forhold (Hastrup 2004). Handlinger karakteriserer mennesket ved at være lokaliseret og indlejret i sociale fællesskaber. Man handler aktivt og ansvarligt og træffer valg inden for rammerne af et fællesskab og en forestilling om en vis forventningshorisont. En horisont som altid har social betydning er socialt medieret og bestemt. Handlinger er betydningsbærende, modsat adfærd, som er et mere behavioristisk og mekanisk forhold og som ikke er betydningsbærende. Handlinger griber ind i verden, hvorved de på én gang både udfordrer og ændrer den. Alle handlinger er som skuepillerne på scenen altid placeret mellem livet og scenen. Handlinger er både positioneret og situeret (ibid.s.209).

Kirsten Hastrup fremfører, at alle fra tid til anden træder ud af eget begrebssystem og på sin vis forsøger at skabe sig et overblik over situationen som helhed. Almindeligvis kan man ikke "kan objektivere sin verden indefra" (ibid.:207). Et objektivere perspektiv som bidrager til refleksivitet. Mennesket handler som subjekt, både selvstændigt og i relation til de materielle omgivelser/ kontekst, ikke uafhængigt af konteksten, nærmere betinget af den. For at handlinger kan opleves betydningsbærende skal der indgå fortolkning. I det følgende vil jeg med Helle Ploug Hansens fortolkning af semiotikeren Charles Sanders Peirce teori om semiotik, beskrive analyse/ fortolkningsmodellen om betydningsbærende tegn, til at belyse hvad patienters handlinger bl.a. kommunikerer og som får betydning for kategoriseringen: "en besværlig patient".

Afslutningsvis vil jeg i kapitlet analysere og belyse handling og relation som 2 forskellige diskurser for professionalitet, -diskurser som plejepersonalet håndterer med afsæt i hvilken grad af forståelse der opleves i relationen.

Handling og Kommunikation i mellemmenneskelige relationer.

Kommunikation mellem mennesker er en central del af relationen. Forskellige videnskaber har fra hver deres position, beskrevet kommunikationens betydning for relationer og forståelsen af den anden. Gregory Bateson udviklede bl.a. den

relationelle kommunikationsteori. Bateson antager, at alle interaktioner og relationer kan forstås i et kommunikationsperspektiv, som sit i udgangspunktet baserer sig på udveksling af information, hvor Bateson definerer information som, ”en forskel der gør en forskel” (Ølgaard 1991:46). Batesons kommunikationsteori bygger på den antagelse, at mellemmenneskelig kommunikation har til formål at etablere, opretholde eller forandre relationer, mens relationen for sin del har betydning for måden der kommunikerer på (Eide 1996:79).

Således vil kommunikationen der foregår mellem mennesker have indflydelse på hvordan vi i relationen definerer, kategoriserer og handler.

Læge Carl Erik Mabeck skriver i sin bog ”Samtalen med patienten” om den besværlige patient (Mabeck 2000). Ifølge Mabeck er negativ definering, som en negativ holdning til patienten, en holdning der er meget ”smitsom”. En holdning som påvirker relationen, som det professionelle behandlerkollektiv hurtigt finder sammen om, i en fælles indstilling til patienten, som en besværlig patient, hvilket betyder at patienten *bliver* besværlig (ibid. 2000:91). Dette kan som Kirsten Hastrup skriver i en artikel: ”Sproget - den praktiske forståelse” have at gøre med at ordenes betydning er snævert forbundet med deres virkning i praksis (Hastrup 2003:212). Således kan ordenes betydning ikke ses uden deres sammenhæng og indflydelse på den kontekst, hvori de bliver udtalt. De semantiske sproglige kategorier er altid erfaringsbestemte og kan forskydes /overdrages til andre (ibid. 2003).

Gitte Wind beskriver sociologen Herbert Blumers teori om symbolsk interaktionisme. Symbolsk interaktionismes ”grundlæggende antagelser er, at mennesker er aktivt skabende i tolkning af situationer, at dette sker i socialt samspil”(Leksikon 2006). Wind fremhæver, at mennesker reagerer på den betydning tingen har for dem, hvor ting kan være alt lige fra fysiske objekter og abstrakte begreber til mennesker. Betydningen er situationsbestemt, hvilket betyder, at først i det øjeblik at mennesket er bevidst om tingen, kan den tillægges en betydning. Betydningen opstår på baggrund af den sociale interaktion med det andet menneske og bliver dermed et socialt produkt. Hvor det sociale produkt således kan blive, at patienten opleves besværlig (Wind 2001:15). Betydningen bliver bearbejdet og ændret igennem en fortolkende proces, hvorved der sker en definering af patienten svarende til en kategorisering. Den fortolkende proces er altså social og foregår både individuelt og kollektivt. I det næste afsnit vil jeg beskrive, hvorledes resultatet af en sådan proces kan komme til udtryk i plejepersonalets kontekst.

Handlinger og betydningsbærende tegn

I analysen af feltarbejde på en onkologisk afdeling, anvender antropologen Helle Ploug Hansen, Peirces teori om semiotik, en tredeling af tegnet, som model til analyse af betydningsbærende tegn (udsagn og handlinger), der går igen i flere sammenhænge (Hansen 1999:40).

Triadisk model af tegnet:



Tegnet henviser til objektet via interpretanten. Objektet behøver ikke at være en materiel eller håndgribelig ting. Det kan være en situation, en adfærd eller egenskab. Peirce bruger begrebet objekt om det, som vores opmærksomhed er rettet mod. Et tegn i sig selv kan være både sprogligt og ikke sprogligt. Det kan være tavsheder, handlen eller ikke handlen. Tegnet er for Peirce noget, som for nogen står for noget, i en eller anden forstand. Tegnet i sig selv, rummer ingen betydning. For at tegn kan være betydningsbærende skal det frembringes gennem en analyse og syntese, som foregår via interpretanten. Alle de tre funktioner må være til stede for at skabe betydning og for at et tegn kan fungere som et tegn (ibid.:47).

I daglig sundhedsfaglig praksis er der opmærksomhed på, hvordan man taler om patienterne:

EE: Det der med at tale negativt om patienterne gør, at man bliver forudindtaget og det... undgår vi da mest muligt. Vi taler ikke om patienten med negative udtryk, selvom andre har skrevet det, de har skrevet, så vil jeg gerne selv danne mig mit eget indtryk.

EE ønsker ikke aktivt at bidrage til at tale om patienterne med negative udtryk. EE viser en opmærksomhed på, at man selv skal danne sig sit eget indtryk. Dette er et udtryk for en holdning om, at man ikke vil bidrage til forforståelser, der evt. kan medføre negative og uhensigtsmæssige holdninger til patienten. På trods af dette er kategorien den besværlige patient en kendt klassifikation af patienter.

De ekspliciterede forståelser og negative punktueringer, handlinger og ikke

handlinger, kan opleves at bidrage aktivt til både individuelle eller kollektive konstruktioner af kategorien den besværlige patient. Dette kan medføre forbehold, negative punktueringer og relationer mellem patient og plejepersonale. Vilkår som kan være uendelig svære at forandre.

I den følgende analyse vil jeg med afsæt i empiriske data vise, hvilke forhold der bidrager til kategoriseringen af patienten som besværlig

Betydningsbærende tegn der kategoriserer patienten som besværlig.

I de afholdte interviews har jeg bedt informanterne differentiere forskellen på gode, vanskelige og besværlige patienter. I lyset af afsnittet om hvordan man kan skabe forståelse, har jeg for at skabe afgrænsning og klarhed på hvad der karakteriserer den besværlige patient, undersøgt forskelle til nærliggende kategorier som ovenfor skrevet. I nedenstående analyse vil jeg vise uddrag af interviews der netop konkretiserer, hvad der for informanterne aktiverer, at den besværlige patient opleves besværlig.

Jf. Hansens triadiske model af tegnet i foregående afsnit kan det i følgende dialog mellem 2 informanter ses at tidsfaktorer, og forståelse for plejepersonalets arbejdstilrettelæggelse sammen med nogle patientens komplekse sygdomsreaktioner, er faktorer via plejepersonalets fortolkning bliver til objektet: en besværlig patient:

EE-FF: Altså for mig er en besværlig patient hende, der ringer 1 million gange i en vagt [...]. De kan ikke forstå, at man ikke har tid til hele tiden at være inde ved dem, så ringer de, hvis de lige skal have rettet lidt på hovedpude, eller sådan nogle småting (kollega griner) ... det er ... virkelig petitesser i forhold til [...] Nogen gange så overvejer jeg ligefrem at slå klokken fra, fordi vi ikke kan holde det ud ik'? Ja man bliver utrolig frustreret fordi det de gør, det er at de stjæler vores tid, og tid fra dem, der er dårligere ja ... og det kan være utrolig frustrerende [...] det stresser utrolig meget også fordi; ligesom du ved, at sandsynligheden for at det bare er en pude, der skal vendes, men du kan ikke vide det, [...] Besværligt, er mange gange noget fysisk, ligesom når vaskemaskinen derhjemme går i stykker, det er besværligt ik' [...] de helt fysiske ting omkring patienten så har de også sukkersyge, så skal de have GIK-drop (glukose insulin og kalium drop) de har alle mulige problemstillinger ved siden af deres hovedsygdom. De kan have opkastninger og diarre og skal skiftes helt vildt mange gange [...] store overvægtige tunge patienter som er svære at have med at gøre [...]

Jeg har i citatet markeret tegn med understregning som gennem interpretanten fortolkes og bliver til objektet: en besværlig patient. Tegnene står for noget og i dette citat for nogle omstændigheder, der betyder, at patienten kategoriseres som besværlig. Der er i udgangspunktet tale om nogle indeksikale tegn som med tiden og via sproget kan forandres til symbolske tegn alt efter konteksten for tegnets fortolkning. Det vil sige at plejepersonalets kulturelle og sociale erfaringer når de ekspliciteres har betydning af hvad og hvem der kan opleves besværlig.

Tegn som ovenfor er understreget er alle tegn der via interpretantens fortolkning henviser til objektet, i denne undersøgelse, en besværlig patient (Hansen 1999:46). En 3. informant; DD, giver udtryk for, at det ikke i den kontekst hun kommer fra er sproglig praksis at bruge udtrykket besværlig eller vanskelig patient, men derimod at nogle patienter omtales som ”tunge og fylde meget”.

DD: [...] jeg synes ikke ligefrem det bliver sagt at det her er en vanskelig eller besværlig patient. Nej det synes jeg ikke, vi bruger sådan,...”tung”, en tung patient-øh og det kan sådan både være sådan, at vi bruger meget plejetid derinde, altså tunge plejemæssigt, og så siger vi ”fylder” meget i afdelingen ik’... altså at de fylder... på det psykiske plan også [...] at sygeplejersken tænker for meget over det... også derhjemme og det fylder meget i ens bevidsthed, også i afdelingen, altså man kan godt blive påvirket af det ik?

Jesm:... hmm prøv og sige noget mere om det,

Det kan altså sige noget om, at det fylder i den enkelte sygeplejerske – ja altså psykisk [...] nogle patientforløb, hvor det måske er meget voldsomt, altså der sker mange – meget alvorlige ting, altså de er meget syge eller måske er de meget i krise eller måske er de meget opsøgende eller sådan... eller udadreagerende, de kan godt blive sådan blive vrede på dig og de kan godt li’ som have brug for meget information og støtte og det kan jo godt være udmattende opgaver og særlig krævende, både dem som ikke opsøger hjælp [...] dem som er virkelig pågående med hele tiden og skulle have brug for én eller anden omsorg så det... så det er noget med at det er udmattende, ja[...]

Jesm: så man kan fylde meget fordi man på den ene side har brug for hjælp...og...?

Ja, og på den anden side, fordi man tager noget tid og opmærksomhed, men man kan også fylde meget, fordi det kan være videnmæssigt meget krævende for sygeplejersken, [...]

Det er tilsyneladende ikke "lige for" for DD at forholde sig til eksplicit at beskrive patienterne som besværlige. I den kontekst hun er en del af, benyttes et andet ord for kategorien, nemlig patienter der "fylder" meget. At fylde meget vil jeg fortolke og sidestille med de patienter, som andre steder i projektet beskrives som besværlige patienter. Det kan undre at DD og hendes kolleger ikke benævner patienterne som andre informanter, men det kan være et tegn på at de forsøger at forholde sig bevidst til sproget som medskabende faktor. Definerings af den anden, særlig i ekspliciteret form vil have betydning for egne og andres relationer (Eide 1996). Og som tidligere beskrevet er der blandt plejepersonalet en opmærksomhed på, hvordan man omtaler patienterne af netop denne grund. Denne praksis støtter, at ordenes betydning ikke kan ses uden deres sammenhæng og indflydelse på den kontekst, hvori de bliver udtalt (Hastrup 2003). Af samme grund kan det have den effekt at patienter der er tunge eller fylder meget ikke på samme måde opleves svære at forstå eller fastlåses i en kulturel konstrueret kategori som besværlige. Med en sådan sproglig opmærksomhed er relationen ikke i samme grad sat under pres, men vil i stedet være fleksibel.

I ovenstående citat er det de med understregning markerede udsagn, som for DD bl.a. kan være tegn, der henviser til objektet: besværlig. Hvis tegnene opleves udmattende, tids- opmærksomheds- eller videnkrævende, fortolkes patienten i retning mod at fylde meget eller være tunge.

Disse punktueringer er effekten af social bedømmelse. De med fed markerede tegn kan alt efter intensionen, som handlingen tillægges af interpretanten, bedømmes at være mere eller mindre meningsfulde. De ikke meningsfulde handlinger vil være dem, som kan resultere i negative punktueringer og i mere eller mindre bevidste forforståelser i plejegruppen.

Når tegn i Peirce triadiske tegnmodel er underlagt en bestemt forforståelse vil denne via interpretantens fortolkning have betydning for, hvordan tegnet fortolkes. Betragtes de med fed markerede tegn som punktueringer med negativ betydning, vil det påvirke fortolkningen i negativ retning mod kategoriseringen en besværlig patient.

Informanterne i dette projekt oplever og fortolker patienternes reaktioner som handlinger og tegn, der til tider ikke er rettet mod samarbejde eller målrettet hurtig udskrivelse, hvorved tegnene bliver fortolket hen imod objektet: besværlig patient. Relationen mellem informanterne og patienten kan i dette perspektiv med Bateson siges at være symmetrisk. Bateson henviser til at jo mere symmetrisk en relation er, desto mere vil relationen blive en kamp om magt. Et forhold Bateson betegner som

symmetrisk eskalering (Bateson 1991:65). En ”given adfærd” i en symmetrisk relation vil stimulere mere af den samme adfærd fra den anden, hvilket kan betyde at plejepersonalet vil (re)agere uændret på patientens tegn, og forsætte med mere af den samme (ubevidste) adfærd. Således vil kategoriseringen af patienten som besværlig manifesteres, og relationen eskaleres.

Hvis plejepersonalet derimod indrammer relationen med reflektiv bevidsthed på egne normer, og den sociale og kulturelle bagage vil konteksten for relationen være komplementær (Ibid.65). En komplementær relation, hvor plejepersonale, med bl.a. nøgleforholdet forståelse baseret på anerkendelse, nysgerrighed og forskelligheder, ville kunne imødegå den symmetriske eskalering, rigide negative punktueringer og kategorisering af patienterne som besværlig.

Der er ikke nødvendigvis en kollektiv og ens forståelse af hvilke patienter, der er besværlige. Nedenstående citat er et udtryk for, at der er opmærksomhed på ikke at beskrive patienten i en negativ retning, og et udtryk for, at kollegaer kan have forskellige oplevelser af patienten:

EE: Der var f.eks. en gang, hvor en kollega skulle overtage min patient, hvor jeg husker, at jeg sagde: At med den patient der er det bare... (sygeplejersken lukker øjnene og løfter øjenbrynene som tegn på en slags opgiveness og afstandtagen til patienten som besværlig)... og så dagen efter, så siger hun, at det synes hun slet ikke., Det var gået så fint, hvor man så tænker, nå okay, men så er det nok bare min kemi der gør... at vi ikke har haft så god kontakt.

Det kunne, på baggrund af den foregående analyse af tegn, adfærd og handlinger, også tænkes, at sygeplejersken der oplevede, at det var gået fint, og ikke var enig med EE i at patienten var besværlig, havde en anden forforståelse af de tegn som patienten udviste end EE, og derfor lavede fortolkning der var anderledes, hvilket resulterede i anderledes klassifikation og relation.

Behandling og relation to forskellige diskurser

I dette afsnit vil jeg vise, at behandling og relation kan ses som 2 forskellige diskurser for professionel handling, -diskurser som plejepersonalet håndterer alt efter hvilken relation de har til patienten.

Jesm: Hvilken forskel ville jeg kunne se eller lægge mærke til, hvis jeg deltog i plejen på den føromtalte mand (den gode patient) og én af de omtalte patienter som er besværlige?

CC: SELVFLØLGELIG ville jeg rent behandlingsmæssigt gøre det samme, men som mig som menneske og den relation jeg ville prøve... som jeg ønskede at opbygge med ham den første (den gode patient red.), der ville jeg have det anderledes med de andre. Selvfølgelig vil jeg gerne have, at patienterne skal være tilfredse med det, jeg har gjort, men det er ikke sådan, at jeg bagefter har behov for at gå hjem og tænke nå, men hvor var det dog et fantastisk godt forhold, jeg fik til ham eller hende. Der ville jeg måske nok bare have det sådan, at bare jeg fik gjort mit arbejde, og var høflig, [...]men altså selvfølgelig skal det være sådan, at han skal kunne holde ud at være sammen med mig [...]men der ER bare forskel, det er ikke sådan, at jeg ønsker at være "ping pong" med alle. [...]

Jeg ved ikke på hvilken måde, det som jeg ved er bare, at med ham den første jeg havde en god relation til, der ved jeg bare, at han sagde, at det psykisk havde påvirket ham rigtig meget, at vi havde en god relation, eller at han sagde, han brugte så ikke de ord vel... men han følte bare at... han kunne spørge mig om alt, sige alt, og han stolede på, at jeg kom, når han ringede og sådan, uden at det tog en ½ time. Ikke fordi at jeg ville udsætte en patient for at,... bare fordi at jeg følte at jeg havde en dårlig relation til ham[...] men jeg ville jo ikke på den samme måde sidde inde hos ham i lang, lang tid vel? Altså, der ville det være sådan, kan man sige kun LIGE, hvad der er behov for, og så er jeg gået igen.

CC giver meget bestemt udtryk for, at behandlingen ikke er anderledes til patienten, hvor relationen ikke er god. Det har noget med professionalitet at gøre, siger hun. Alligevel viser der sig en inkonsistens: Hos en patient, hvor relationen ikke er helt god, vil hun ikke på samme måde sidde hos, som hvis relationen er god. Underforstået at der ER en forskel på i hvert fald hvor længe hun sidder hos patienten. Implicit siger CC at hvis relationen ikke er god, vil hun "kun lige gøre hvad der er behov for". Patienten skal have sin behandling, være tilfreds og helst kunne "holde mig ud". CC har ikke behov for at have "fantastiske relationer" til alle patienter. Hun vil være tilfreds med at have gjort "sit arbejde" og "være høflig". Ved at gøre sit "arbejde" eliminerer CC den mellem menneskelige relation som bygger på forståelse. Arbejdet sidestilles den biomedicinske del af behandlingen, det der *skal* gøres, det der er hovedopgaven. CCs tilgang vægtlægger ikke de mellem menneskelige relationelle

aspekter som en del af behandlingen. Dette vil have konsekvenser, idet de diagnostiske processer er under indflydelse af relationens kvalitet. De diagnostiske processer, den sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet risikeres at blive påvirket i negativ retning, hvilket vil forstærke den dårlige relation og kategoriseringen af den besværlige patient. Plejepersonalet er med denne tilgang til fag og profession aktivt, men nok ubevidst, medvirkende til, at udvikle og fastholde 2 forskellige professions diskurser, hvor den mellem menneskelige relation i den ene diskursform i bedste fald blot undervurderes, og i den anden diskursform i værste fald slet ikke vægtes som et professionelt anliggende. Derved er der, som Kirsten Hastrup beskriver om det islandske samfunds problemer i 16-1800 tallet, risiko for en kollektiv glemsel (Hastrup 2004:204). En glemsel af relationens kvalitet som bærende for al handling og udvikling. Uden kvalitet i mellem menneskelige relationer bliver handlen til en ureflekteret adfærd, der ikke har kognitive, psykiske og følelsesmæssige aspekter indlejret.

Jeg har i dette kapitel vist og argumenteret for en sammenhæng mellem relationens kvalitet og karakter og den sundhedsfaglige kvalitet. Al handling er handling der indskrives sig i en social kontekst, når CC trækker de sociale og relationelle elementer ud af handlingen, kan det ikke gøres uden at det ”griber ind i” handlingen (Hastrup 2004:208).

Alle relationer bygger på samspil med iboende forventninger om gensidige forpligtelser. Dette aspekt vil i det kommende kapitel blive belyst med fokus på, hvilke gensidigheds relationer der er på spil mellem plejepersonale og den kategoriserede besværlige patient.

Reciprocitet - Har plejepersonalet bestemte forventninger til relationen mellem patient og plejer?

I mange af de tidligere anvendte interviewuddrag ses flere skildringer vedrørende forventninger om gensidighed som plejepersonale har haft i relation til deres patienter. På mange måder har der i projektet, især været fokus på forhold som personalet ikke forventede og ikke ønskede, eller ikke kunne ankende, hvilket på sin vis har sit udgangspunkt i dette projekts fokus ”kategorien de besværlige patienter”. I dette kapitel vil jeg sætte fokus på hvilken slags gensidighed plejepersonale udviser i relation til patienter, der kategoriseres som besværlige.

Reciprocitet et princip om samspil.

Reciprocitet er et centralt princip, som henviser til de gensidige forpligtelser, der skabes gennem udveksling af værdier (Eriksen 2001:239) Den amerikanske antropolog M. Sahlins har i et essay skrevet om transaktioner og samspil i mindre samfund (Sahlins 1972). I dette essay optegner han på baggrund af antropologerne M. Mauss og Polanyi 3 former for reciprocitet som jeg kort vil opridse nedenfor:

Generaliseret reciprocitet er normen om solidaritet, en solidaritet der er stærkere og mere dominerende end den økonomiske side. Der forventes nok en genydelse, men denne ydelse er ikke beregnet i hverken tid, kvantitet eller kvalitet. Genydelsen kan altså komme, når som helst. Den forventes ikke på et bestemt tidspunkt, og den har ikke nogen specifik værdi. En taknemmelighedsgæld etableres indtil udligningen er sket (Ibid.:240).

Netop udligningsforholdet og uklarheden omkring det refererer til **svag reciprocitet**, som er kendetegnende ved at være implicit. Den direkte materielle udveksling er upassende og undertrykt af den sociale. Afregning af udestående kan ikke være åbenlys og er derfor tit udeladt, men afstedkommer alligevel en forventning om taknemmelighed som en taknemmeligheds *-gæld*, der dog ikke på forhånd er aftalt. Svag reciprocitet virker som regel ved at være betinget af, hvad der i første omgang er givet af donor. Men er også betinget af, hvad donor har behov eller brug for, og hvornår, men dog også betinget af hvad giveren kan yde og hvornår. (Sahlins 1972:194)

Balanceret reciprocitet henviser til en tidlig her og nu tilbagebetaling. Det er en direkte form for tilbagebetaling, som bør matche det, man selv har modtaget (Eriksen 2001, Sahlins1972). Det relationelle aspekt er svagt. Man kan sidestille balanceret reciprocitet med den uniplexe relation (Eriksen 2001:239)

Negativ reciprocitet er det asociale ekstrem. Det handler om at få uden risiko og uden at give noget selv. Parterne i en relation præget af negativ reciprocitet bekæmper hinanden og handler efter at maksimere eget udbytte.

Gensidig forståelse en forventning i relationen mellem patient og plejepersonale.

CC: Jeg synes det er vigtigt at patienten og jeg på en eller anden måde... gensidigt har, en ide om, hvad vi har af ønsker, behov eller at vi også sammen kan fungere

[...] at vi også sammen kan fungere med at have en forståelse for at sætte os i hinandens sted,[...]at patienten har en forståelse for, hvordan min hverdag hænger sammen, og hvorfor jeg måske gør nogle ting, som han ikke helt kan forstå, og så er det jo, at det er min opgave at løse det, hvis han ikke helt kan forstå, eller vi ikke kan forstå hinanden.

Forholdet omkring gensidigt at forstå hinanden står centralt hos alle informanterne. CC udtrykker behov for, at patienten har forståelse for, hvordan hendes hverdag hænger sammen, ligesom hun ser det som hendes faglige opgave at løse det, hvis de ikke forstår hinanden eller hvis forståelsen skal (gen)etableres. Dette specifikke behov og ønske om gensidig forståelse, er et udtryk for behovet om balanceret reciprocitet. I dette tilfælde er det forståelsen, som skal matche hinanden (Sahlins 1972:194), og som hvis den oprettes kan betyde at den sociale relation bliver en balanceret relation.

Også det følgende uddrag er et eksempel på at plejepersonalets relation til patienten er funderet på forventningen om balanceret gensidighed:

CC: Jeg har haft en patient hvor jeg havde FULD forståelse for hans reaktionsmønstre, hvor jeg kunne MÆRKE, at han modsat også følte, at jeg forstod ham. Jeg kunne let sætte mig i hans sted, og der var det HELT tydeligt efterfølgende, at vi havde haft en GENSIDIG forståelse for hinanden, og han spurgte flere gange til, om jeg ikke havde mulighed for at tale med ham igen på trods af, at det egentlig slet ikke var mig, der havde patienten.

Det interessante her er at CC som udgangspunkt havde fuld forståelse for patientens reaktionsmønstre. Hun kunne let sætte sig i hans sted, hvilket tyder på identificering jf. Gullestad. Et forhold som kunne have en umiddelbar betydning for den gensidige forståelse, en slags synergieffekt. Det kan tænkes, at det i udgangspunktet var patientens forståelse for CC, der betød at CCs sympati/kemi forøgedes, med den effekt at hun gjorde en ekstra indsats for at forstå mere. Dette ville i så fald kunne beskrives, som en social relation der i sit udgangspunkt var svag reciprok, hvor forventningen om at blive forstået som plejepersonale har den effekt at relationen kan forandres til en relation med balanceret reciprocitet. Hvor den gensidige forståelse som i ovenstående tilfælde er så udtalt, vil relationen nok kunne tænkes muligheder for at udvikle sig mod gensidig reciprocitet.

Ovenfor har CC givet udtryk for, at det er hendes opgave at løse det, hvis parterne ikke forstår hinanden. I den næste uddrag giver CC udtryk for, at hendes adfærd ændrer sig, når patienten lægger al ansvaret over til personalet:

CC [...] nå men sådan ER det, når man bliver indlagt, så skal man give AL ANSVARET til os som personale, og selvom jeg da prøver at have den med in mente, så har jeg svært ved at forstå de patienter, det har jeg, og det GØR HELT KLART, at min forståelse og også min adfærd ændrer sig, ikke at de måske selv mærker det... og det kan de så måske alligevel lidt ... men altså det GØR den [...]man har da nok en tendens til... at gøre lidt ekstra... eller gøre en ekstra indsats for at forstå en patient når at en patient. forstår MIG eller de måder, jeg agerer på, når det er en patient man føler, er... en nem patient eller hvad man skal sige, og ikke en besværlig.

CC giver udtryk for at ændre adfærd, og at gøre en ekstra indsats i forhold til patienten, der forstår hende. Dette kan i lyset af, at CC oplever det som sit ansvar at løse en evt. forståelseskonflikt give anledning til overvejelser om, hvordan CCs forventning mon bedst løses. Det er tidligere i dette projekt beskrevet, at plejepersonalet, når relationen er belastet, og patienten vurderes som besværlig, griber til en handlingsdiskurs, informanterne kalder professionel. En diskurs der ikke bygger på en anerkendende form for forståelse, men i højere grad på en diskurs, der som følge af manglende forståelse eller aktivitet fra patientens side, er baseret på høflighed og en behandling, som bærer præg af ”kun lige det nødvendige”, svarende til en ensidig relation med en bevidst uengageret interaktion (Morse 1992). Denne professions diskurs vil ifølge Sahlins formodentlig bygge på et samspil som er præget af svag reciprocitet (ibid.195). En diskurs, der derimod udvikles på baggrund af plejepersonalets solidaritet, risikovillighed og forståelse, er anerkendende og udviklende og forholder sig til patienten som subjekt, vil jf. Sahlins være en samspilsrelation der kan blive generaliseret reciprok (ibid.194). En relation der jf. Morse er en gensidig.

Tidligere i dette projekt er det vist, at plejepersonalets forventninger har afsæt i sociale og kulturelle normer og værdier. At CC gør en ekstra indsats overfor patienten, der forstår hende kan i situationen være en ubevidst handling, men i lyset af teori om udveksling er det en social handling, der baserer sig på forventningen om balanceret reciprocitet. Når patienten ikke tager medansvar eller i ikke øvrigt lever op til denne forventning, fortolkes dette som en belastning, hvilket kan medføre en

unipleks relation præget af negativ reciprocitet (ibid.194). Denne relationsform kan, som jeg i indledningen nævnte, medføre en (for)tidlig udskrivelse (Finlay 1997)

Nedenstående er et eksempel på, hvordan samspillet kan bevæge sig fra svag reciprocitet til en relation med balanceret reciprocitet

Jesm: Har I nogensinde oplevet, at I har taget fejl af en patient og vurderet ham/hende, som besværlig og siden ændret holdning?

FF: Ja sådan én havde jeg faktisk i nattevagten, hvor det var sådan... hårdt at komme derind., Der var så mange besværlige plejkrævende ting med ham, og han var helt apatisk og reagerede slet ikke på noget overhovedet vel?... og så den sidste nat så var der hul igennem, og det var ikke fordi vi ikke gjorde noget... vi havde haft det sådan puha ... slidt i det ... nej at skulle ind til ham det var bare for meget... men så den sidste morgen, så var der sådan glimt i øjet, og han var i godt humør, lavede jokes og grinede og så var det pludselig en hel anden mand, vi så.

Patienten er meget plejkrævende og personalet giver udtryk for, at hun når patienten er apatisk og ikke reagerer, oplever det som ”for meget”. Dette kan med Sahlins beskrivelse af balanceret reciprocitet forstås som at forventningen om denne form for relation ikke umiddelbart indfries. Dette tolker plejepersonalet negativt, og relationen forbliver svag reciprok indtil patienten reagerer med glimt i øjet, jokes og grin, hvorved relationen bliver balanceret. Eet af kendetegnene ved svag reciprocitet er, at det modtageren der vurderer, hvad der er passende at genyde. I ovenstående eksempel er smil og jokes en passende genydelse for CC og dette bevirker jf. Morse en genopretning af den sociale relation fra en ensidig relation til en gensidig relation. Derved kan man konstatere at reciprocitetsformerne har betydning for relationens karakter, og for relationens ud- eller afvikling.

Reciprocitets principperne mellem plejepersonale og patient er ikke forudsigelige ej heller er de statiske, men samspilsformen kan være vanskeligt at bevæge. Samspillet fortolkes i relationen mellem plejepersonale og patient, implicit og kontinuerligt via kommunikationen, forstået som den forskel der gør en forskel. Et samspil der er domineret af svag reciprocitet er en forventning om balanceret reciprocitet. En situation der som følge af udgangspunktet kan være vanskelig at bevæge til f.eks. samspilsformen generaliseret reciprocitet.

I dette projekt har der været fokus på plejepersonalets forståelser af forskelle, der gør en forskel, for forståelsen, for handlingen og for gensidigheden til patienten, hvilket

måske nok kan give et noget unuanceret billede af et relationelt forhold, da det udelukkende har været plejepersonalets side af sagen der er fremstillet, og som derfor må forstås og tolkes ud fra den begrænsning, det måtte indebære.

Konklusion

Ethvert datamateriale en reduktion af virkeligheden, hvilket også gælder for dette projekt. Projektet har fokuseret på en mikroskopisk del af livet i det medicinske område i sygehusvæsnet, og alene taget afsæt i plejepersonalets perspektiver. For at forandre, er det af betydning at kende udgangspunktet og det har jeg med dette projekt forsøgt at kaste lys over. Projektet og dets resultater kan betragtes som et udgangspunkt, der kan bidrage til refleksion over egen praksis og kontekst. Hvad kan man genkende, hvor er der ligheder og hvad er forskelligt? Ved netop at have dette perspektiv på undersøgelsens resultater kan projektet via egen refleksion og analyse bidrage til en indsigt med mulighed for at forandre praksis. Det er på ingen måde hensigten at generalisere sygehusplejepersonalets holdninger, værdier eller normer, det ville nærmest være imod projektets natur. Hensigten har udelukkende været at indfange karakteristika vedrørende opfattelser og forståelser af relationer, mellem patienten der er kategoriseret besværlig og plejepersonale. Et mere nuanceret billede kunne frembringes, såfremt datamaterialet blev udvidet, ikke blot med flere interviews, men også interviews af f.eks. patienterne, evt. deltagerobservation over længere tid og et fokus på relationen som den udspiller sig i praksis.

Jeg har i dette projekt foretaget en antropologisk undersøgelse af plejepersonales kulturelle og sociale forståelser og positioner i relation til de patienter der kategoriseres som besværlige. Jeg har undersøgt hvilken adfærd og hvilke handlinger plejepersonalet tænker der bidrager til kategoriseringen, samt hvilken indflydelse kategoriseringen har for relationen mellem plejepersonale og patient.

Med antropologerne Lorimer og Rosaldo har jeg redegjort for at forståelse er et nøglebegreb i forhold til at etablere en relation til patienten der med Morse overordnet betegnes som gensidig. Grundlaget for at have *forståelse for*, er til stede når plejepersonalet er i stand til at anerkende og være bevidste om at deres og patienternes normer, kulturelle og sociale felter er hhv. sammenfaldende *og* forskellige. Netop det forhold at individers normer, kulturelle og sociale felter er hhv. sammenfaldende og forskellige, er plejepersonalets udfordring. Med antropologerne Gullestad og Baarts

analytiske perspektiver vises at det især er sammenfald, dvs. social og kulturel genkendelighed og ligheder, som plejepersonalet er tilbøjelige til at bedømme og basere relationen på. Sammenfaldene vises tillige, at have betydning for om plejepersonalet oplever at have ”kemi” med en patient, en kemi der som gatekeeper er en betydningsfuld faktor for om der umiddelbart kan etableres forståelse i relationen. Det vises, at jo bedre gensidig forståelse plejepersonalet oplever i relationen, desto mere involverer man sig. Involvering sker hvor plejepersonalet ”risikerer” egne sociale og kulturelle erfaringer, og anerkender at forståelse opstår, når man er bevidst om de sociale og kulturelle felters sammenfald og forskelle. Involvering har afgørende betydning for om relationen mellem plejepersonale og patient kan blive af gensidig og multipleks karakter.

Det kan konkluderes at plejepersonalet oplever at der er forhold vedrørende patientens adfærd eller handlinger der i særlig grad har betydning for om patienten kategoriseres som besværlig. I denne undersøgelse fremtræder tegn der ikke er prototypiske, og målrettet hurtig udskrivelse som tegn der leder til kategoriseringen en besværlig patient.

Desuden er konklusionen at gensidighedsforholdet har betydning for kategorisering af patienten som besværlig. Især plejepersonalets forventning om balanceret reciprocitet er fremtrædende. Det er en gensidighedsform hvor tegn som kemi og sympati, og forståelse for plejepersonalet situation har betydning for relationens karakter.

Perspektivering

Plejepersonalet medtænker /praktiserer ikke at have *forståelse for* som et aspekt/forhold der har betydning for ”arbejdet” som sådan. Undersøgelsen viser at plejepersonalet håndterer relationen, der ikke bygger på kemi /sympati eller forståelse for patienten, ud fra en professions diskurs der *ikke* vægtlægger mellemmenneskelige og relationelle aspekter som en del af den professionelle behandling og kvalitet. Relationer som praktiseres i lyset af denne diskursforståelse bliver ensidige og uniplekse.

Der er tale om relationer og en diskursforståelse, der risikeres *ikke* at bidrage til kvalitetssikrede diagnostiske processer eller kvalitetssikrede patientforløb, en kvalitet hvor patienten ikke står i centrum, og ikke kan forventes at blive mødt med forståelse for individuelle forventninger, værdier, ønsker og behov. Det er tværtimod en diskursforståelse der jf. Järvinen & Mik-Meyer kan bidrage til skabelsen af

problemidentiteter her; de besværlige patienter. Jeg mener at fremtidens kvalitetssikring i sundhedsvæsnet bør tage højde for, at kvalitetssikre disse værdier og de mellem menneskelige relationer.

Litteratur:

- Anderson Sally 2004: Kategorisering. Fællesmængder og særpræg hos børn I: Hastrup Kirsten Red. Viden om verden Hans Reitzels forlag. København s.
- Baarts Charlotte 1998. Her er vi alle ens- Om lighed og forskellighed i kommunikation mellem patienter og behandlere. Specialerække nr 21. Institut for Antropologi, Københavns universitet 1998
- Baarts Charlotte 1999: Lige børn leget bedst, Sygeplejersken nr. 25 København
- Birkler, Jacob 2005: Fra humanistiske paroler til forståelse i praksis. I: *Klinisk sygepleje* 2005(4)Viborg s. 42-47.
- Eide Hilde og Tom Eide 1996 Kommunikation i relationer Oslo: ad Notam Gyldendal s.65-103
- Eriksen Hylland T 2001: Små steder- Store spørgsmål - Indføring i socialantropologi, Universitetsforlaget, Oslo
- Gullestad, Marianne 1991. The Scandinavian Version of Egalitarian Individualism. *Ethnologia Scandinavia*, vol. 21 ISSN:0348-9698
- Hansen Ploug Helle 1995: I grænsefladen mellem liv og død, Gyldendal 1 udg. 2 oplag 1999 København
- Hardon A. m.fl. 2001, 3 rev udg. Applied Health Research, Het Spinhuis Publishers, Amsterdam, Holland
- Hastrup Kirsten 2004 Handling - Mellem subjektivitet og historie s.199-219 I: Hastrup K. (Red.) Viden om verden, Hans Reitzels Forlag, København
- Hastrup Kirsten 2003 Sproget – Den praktiske forståelse s.207-226 I: Hastrup K. (Red.) Ind i verden, Hans Reitzels Forlag , København
- Järvinen M.& Mik-Meyer 2003. At skabe en klient I :Järvinen M.& Mik-Meyer(red.): At skabe en Klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde.
- Jenkins Richard (Red.) 1998: Questions of competence: culture, classification and intellectually disability. University Press, Cambridge United Kingdom s.1-24
- Johnson Martin, Webb Christine 1995: Rediscovering unpopular patients: the concept of social judgment I: *Journal of advanced Nursing* (21) s.466-475
- Kleinman Arthur 1980: Patients and healers in the Context of Culture, University of California press, Ltd. London, England
- Larsen Jan-Helge 1979: Besværlige patienter?- en kritik af hospitalet med udgangspunkt i patientinterviews. Institut for socialmedicin- Københavns universitet rapport 16, København.

Leksikon for det 21 århundrede 2006: <http://www.leksikon.org/art.php?n=4791>

Mabeck Carl Erik 2000: Samtalen med patienten – Kommunikation og forståelse
Munksgaard, Lægeforeningens forlag Viborg

Madsen Peter Lønberg 2004 Kontakt og forståelse i den lægelige samtale. I: Ugeskrift
for Læger 166(22) s.2145-2147,

Malterud Kirsti, 2005: Kvalitative metoder i medicinsk forskning - forudsætninger,
muligheder og udfordringer, Ugeskrift for læger;167(22):s.2377-2380 København, DK

Müller Struck Jeanett 2005: Relationer som social praksis mellem
sundhedsprofessionelle og patienter -antropologiske tilgange til mødet mellem
subjekter. 3 modul opgave MSA, antropologisk institut, Københavns Universitet.

Rifkin, Susan, Pridmore Pat 2001: Partners in planning- Information, participation
and empowerment. Macmillan Publishers Limited Malaysia

Rosaldo R. 1996 Grief and a Headhunter's Rage. I: *Anthropological Theory An
introductory History*, McGee &Warms (red.) Mountain Views: Mayfield Publishing
Company s. 579-594

Sahlins Marshall 1972: On the Sociology of Primitive Exchange I: Stoneage
Economics, Tavistock publ.; 185-231

Wind Gitte 2001: "På jagt efter relationen" Et studie af den sociale interaktion mellem
patient og sygeplejerske. I Fokus på Sygepleje Munksgaard Kbh.

Ølgaard Bent 1994 *Kommunikation og økomentale systemer ifølge Gregory Bateson-*
en guide til den engelsk amerikanske tænker der bragte kommunikationsteorien ind i
de levendes verden og skabte double bind-teorien København; Akademisk forlag
s.28-67

Bilags oversigt (ikke vedlagt)

- 1.a Information til...
- 1.b Henvendelse vedr. fokusgruppe diskussion
2. Interview guide
3. Preference Ranking FGI