

At navigere i den hvide verden

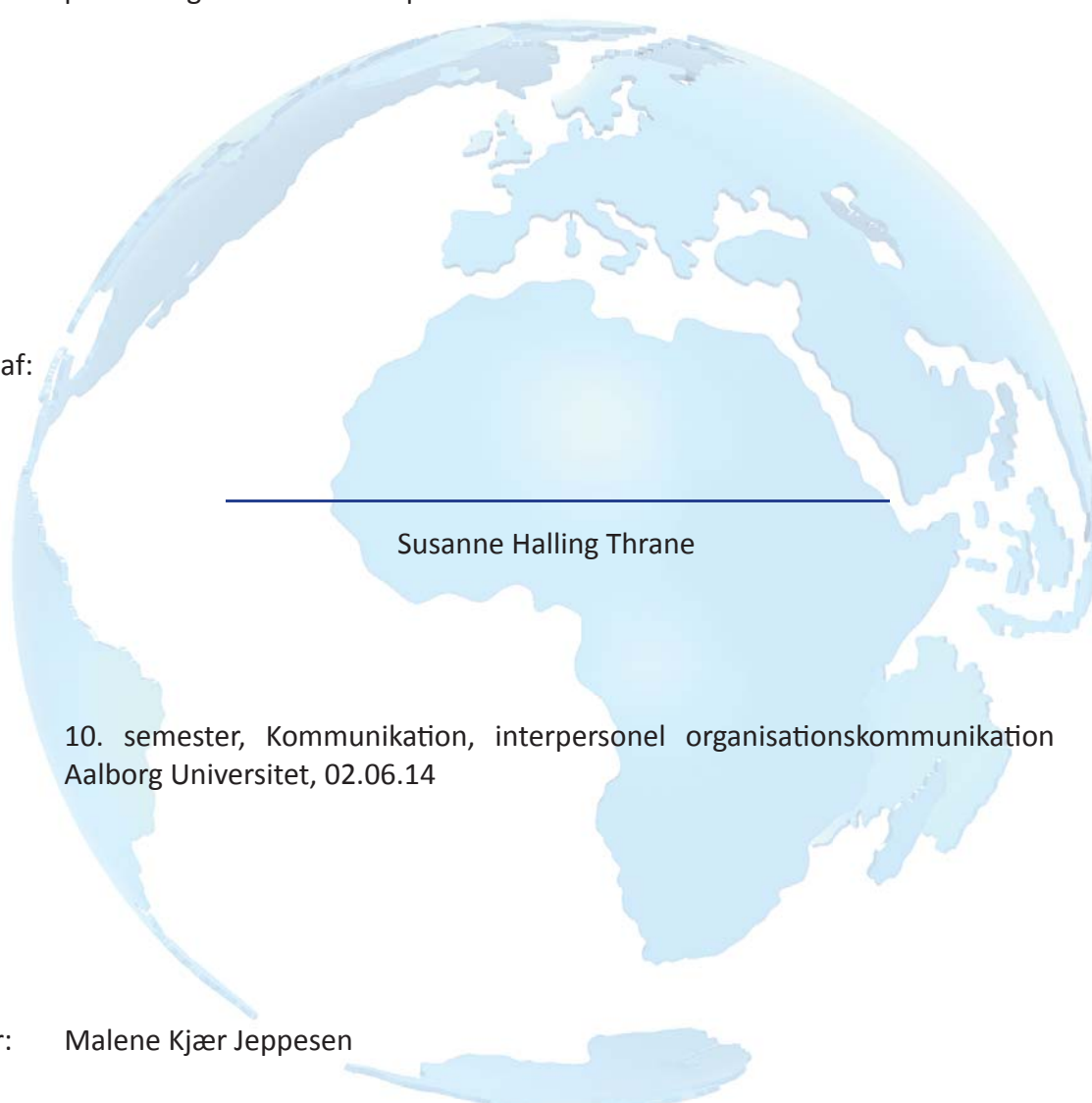


En diskurspsykologisk analyse af patient empowerment-indsatsen
for type 1-diabetespatienter på Aalborg Universitetshospital

TITELBLAD

Titel: At navigere i den hvide verden
- en diskurspsykologisk analyse af patient empowerment-indsatsen for type 1-diabetikere
på Aalborg Universitetshospital

Skrevet af:



Susanne Halling Thrane

10. semester, Kommunikation, interpersonel organisationskommunikation
Aalborg Universitet, 02.06.14

Vejleder: Malene Kjær Jeppesen

Anslag: 191.907, svarende til 79,96 normalsider

Forord

Dette speciale undersøger patienter og diabetessygeplejerskers italesættelse af patient empowerment-indsatsen for type 1-diabetespatienter på Aalborg Universitetshospital. Specialet hviler på et fundament af praksisnært empirisk materiale, der bibringer det en aktualitet og lokal anvendelighed, som det havde været svært at opnå på anden vis. Derfor vil jeg takke Endokrinologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital for deres åbenhed og samarbejde i forbindelse med indsamlingen af empiri i form af kvalitative interviews. En særlig tak til de tre diabetessygeplejersker på afdelingen, som har stillet sig til rådighed for interviewene og delt deres tanker med mig.

Ligeledes vil jeg rette en stor tak til de diabetespatienter, som deltog i mine interviews. Specialet havde ikke været det samme uden jeres store imødekommenhed og mod på at deltage.

En ligeså stor tak sendes i direkte luftlinje til min kyndige og inspirerende vejleder, Malene Kjær Jeppesen, og på den private side til min tålmodige samlever for støtte gennem hele processen og opmuntring, når det var tiltrængt.

Og til læseren: Rigtig god læselyst!

Abstract

This thesis studies the patient empowerment procedure for type 1 diabetics on Aalborg Universitetshospital. The study is based on qualitative interviews with three type 1 diabetics who receive treatment from the hospital and three diabetes nurses who work at the hospital.

Through the framework of discursive psychology the respondents' accounts of the empowerment procedure is analyzed, focusing on identity, relations, responsibility and the empowerment procedure per se.

Working with the empirical data I found six central themes, in accordance to which the analysis is presented: "The patients' handling of diabetes", "Responsibility", "Relatives", "Patients about the health professionals' effort", "Nurses about the effort for the patients" and "Compliance".

The results have led to three main conclusive points: firstly, the patients' accounts concerning the health professionals reveal a great distinction between doctors and nurses. Whereas the patients seem to be favorably disposed towards the nurses, they utter a relatively large dissatisfaction with the doctors in terms of lacking personal contact and teaching skills as well as the limited time at the doctors' disposal. Secondly, both the patients and the nurses are aware of the need for extended information about diabetes care for relatives, but they seem to have different expectations as to who is responsible for providing this information. Thirdly, it seems that in spite of both the patients' and the nurses' discourse that emphasizes inclusion of the patients and generally seems to be in accordance with the patient empowerment philosophy, there are examples of more compliance-oriented accounts, especially among the nurses.

As the study is carried out in the local context of Aalborg Universitetshospital, the results are primarily meant to help the health professionals at this specific hospital reflect on and evaluate their patient empowerment procedure for type 1 diabetics. Based on a reflection of my own I mention a range of aspects that I recommend the health professionals involved in the diabetes care on Aalborg Universitetshospital discuss and clarify. These are found in the paragraph "Reflection".

At the end of the thesis I compare my results to the results of a questionnaire survey carried out by Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet on nurses' and doctors' experience of and view on patient involvement. These results may help explain some of mine as well as my qualitative results might help elaborate some of the quantitative data.

Indhold

DEL 1: INDLEDENDE

Indledning	10
Patient empowerment og sundhedskommunikation	15
Empowerment.....	15
Empowerment på sundhedsområdet: patient empowerment	16
Sundhedskommunikation	23

DEL 2: UNDERSØGELSESDSIGN

Kvalitative livsverdensinterviews	26
Diskurspsykologi og kvalitative interviews.....	26
Vidensproduktion i kvalitative interviews.....	26
Fænomenologi som forståelsesform i kvalitative interviews	29
Rekvirering af interviewpersoner.....	31
Interviewramme	32
Datahåndtering	35
Det diskursanalytiske felt.....	37
En opdeling af feltet	37
Socialkonstruktionisme	42
Ontologi og epistemologi	42
Socialkonstruktionisme i et psykologisk perspektiv.....	44
Filosofisk ophav	46
Diskurspsykologi.....	49
Metodologi og placering i det socialkonstruktionistiske landskab	49
Diskursbegreb.....	51
Analyseformål og konkrete analysegreb.....	51
Diskurspsykologi og CA.....	56

Diskursorden: et begreb fra den kritiske diskursanalyse	56
Muligheder og begrænsninger ved diskurspsykologisk analyse	57

DEL 3: ANALYSE

Tidligere forskning: Mod en diskursorden	60
Humanistisk forskning i sundhedsvidenskab	60
En brik i diskursordenen	63
Helbred som eget ansvar	64
Analyse	65
Patienternes håndtering af diabetes	65
Ansvar	71
Pårørende	75
Patienterne om de sundhedsprofessionelles indsats	79
Sygeplejerskerne om indsatsen for patienterne	93
Komplians	99

DEL 4: AFRUNDING

Konklusion	110
Refleksion	114
Hvad kan resultaterne bruges til?	115
Perspektivering	118
Litteraturliste	122
Bilag 1-7	126
Bilag 8-20 er vedlagt på CD.	

Del 1: Indledende

Indledning

Trods de 191.907 tegn, som dette speciale består af, repræsenterer det i sig selv ét eneste tegn: et punktum. Det markerer afslutningen på fem års studier – fem år, som bedst kan beskrives som en guidet tour rundt i kommunikationens brede landskab; fra de helt centrale kommunikationsmodeller og -teorier, over den bakkede dal af videnskabsteorier og til de mere åbne vidder som pædagogik eller ledelse. Med sig bringer specialet muligheden for at udvælge én sidste destination på rejsen – så hvor skal vi hen?

Et sådant valg medfører ofte tanker, der går i både den ene og den anden retning, men for mit vedkommende var beslutningen i sidste ende ikke svær. Gennem min studietid har jeg særligt været optaget af, hvordan vi gennem sproget skaber mening i verden omkring os, og jeg har derfor i flere semesterprojekter beskæftiget mig med socialkonstruktionisme og diskursanalyse, som begge tilbyder teori om sprogets rolle i betydningsdannelse. Videnskabsteoretisk bygger også dette speciale hovedsagligt på en socialkonstruktionistisk præmis, ligesom jeg igen anvender diskursanalysen – denne gang i form af diskurspsykologien, som jeg ikke tidligere har beskæftiget mig med. Mere om den senere.

Også i forhold til emnevalg bevæger jeg mig ud i et terræn, som er både genkendeligt og nyt på samme tid. Jeg har på tredje semester skrevet et projekt om patientinformation til hoftepatienter på Klinik Farsø og siden haft en interesse for kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Særligt finder jeg forholdet mellem kommunikationsparterne interessant: mens den sundhedsprofessionelle grundet sin profession typisk har en vis autoritet, er patienten derimod typisk sårbar i kraft af sin helbredsmæssige tilstand. Derfor fangede det mig også, da jeg på 9. semester hørte om tilgangen *patient empowerment*, som dette speciale tager sit udgangspunkt i. Patient empowerment er en strømning inden for sundhedsområdet, hvor patienten netop tænkes som *mindre* sårbar og snarere som ressourcefuld. Begrebet dækker i korte træk over en proces, hvor sundhedsprofessionelle forsøger at gøre patienter til aktive parter i beslutningsprocesser vedrørende patienternes eget helbred (Askehave, Holmgreen, Lassen & Strunck., 2010). Fra at anskue patienterne som passive, er der altså fokus på at fremme og udnytte deres ressourcer for på den måde at gøre dem i stand til at navigere i eget sygdomsforløb og deltage aktivt i

planlægningen af det. Tankegangen har også konsekvenser for de sundhedsprofessionelles rolle, som går fra at være 'autoritær ekspert' i retning af en mere faciliterende og motiverende rolle i forsøget på at mobilisere patienternes ressourcer – eksempelvis i form af viden om eget liv, helbred og krop samt evnen til at lære at stå for den daglige behandling. Med baggrund i både den sundhedsprofessionelles biomedicinske ekspertise og patientens særlige viden og ressourcer kan de to i fællesskab planlægge det mest optimale behandlingsforløb (Askehave et al., 2010, s. 151). Da jeg stiftede bekendtskab med strømmingen, var min umiddelbare indstilling positiv, især grundet det bagvedliggende, humanistiske rationale, som fokuserer på patienternes vinding: patienterne opnår større tryghed og bedre livskvalitet ved selv at kunne stå for dele af den daglige behandling og gennem øget kontrol i beslutningsprocesserne, som giver mulighed for en behandling tilpasset den enkelte patients ønsker for det gode liv (Thrane, 2013). Samtidig blev jeg dog optaget af tanker om, hvordan og *om* metoden fungerer i praksis. Har patienterne overhovedet lyst til at få det ansvar, der følger med beslutningerne, og er det hele virkelig kun med tanke for patienternes vinding? Da jeg dykkede lidt længere ned i emnet, viste det sig hurtigt, at der også er et økonomisk og ressourceorienteret rationale bag strømmingen. I dag lever hver tredje dansker med en kronisk sygdom, og ca. 80 % af de samlede sundhedsudgifter går til kronikerområdet (Wilhelmsen, u.å.; Danske Regioner, 2007, s. 4), som altså belaster sundhedssektoren. Mobiliseringen af patienternes egne ressourcer kan blandt andet aflaste sundhedsvæsenet ved, at en stor del af sygdomsplejen overgår til patienterne og ved færre indlæggelser grundet patienternes bedre kontrol over deres sygdom.

Det store fokus på kroniske lidelser betyder, at patient empowerment blandt andet har været anvendt på diabetesområdet. Før jeg i forbindelse med min research på patient empowerment stiftede nærmere bekendtskab med type 1 diabetes, har jeg ikke tænkt på diabetikere som specielt sårbare. Især gennem diabetesforskeren Henning Beck-Nielsens nyudgivne bog, *Angsten er der jo Altid* (2013), hvor en række type 1-diabetikere fortæller om angsten for at få lavt blodsukker, er det dog blevet klart for mig, hvor meget sygdommen kan fylde i hverdagen, og hvor stor frustrationen hos diabetikerne kan være. At blive bekendt med dette har gjort mig nysgerrig på patient empowerment i forhold til netop type 1-diabetikere.

Med udgangspunkt i min undring over patienternes potentielle gevinster, men også det ansvar for eget helbred, de samtidig pålægges, har jeg reflekteret over rollefordelingen i et patient empowerment-forløb – et forløb, hvor både patientens og den sundhedsprofessionelles rolle har bevæget sig væk fra det traditionelle mønster. Forstår patienter og sundhedsprofessionelle indsatsen på samme måde, og hvordan opfatter de hinanden som parter i indsatsen? Jeg kan naturligvis ikke sikre mig at afdække nogens reelle opfattelse, men jeg kan undersøge italesættelsen, som ifølge diskurspsykologien har sin egen ret som medskaber af verdensopfattelser, der igen ligger til grund for handlinger. Når jeg finder en motivation i at undersøge de roller eller identiteter, patienter og sundhedsprofessionelle sprogligt tilskriver sig selv og hinanden, er det altså ud fra en antagelse om, at disse tilskrivninger har betydning for, hvordan indsatsen planlægges, udføres og fungerer. For at producere analyseresultater, som er anvendelige i praksis, fokuserer jeg specifikt på patient empowerment-indsatsen for type 1-diabetikere på Aalborg Universitetshospital (AUH). Her har jeg indsamlet empiri i form af kvalitative interviews med tre diabetessygeplejersker og tre diabetespatienter, som skal ligge til grund for en komparativ analyse af parternes italesættelse af indsatsen. Meningen er, at analyseresultaterne skal producere værdifuld viden for diabetessygeplejerskerne i deres evaluering af indsatsen.

På baggrund af ovenstående lyder min problemformulering:

Hvordan italesætter henholdsvis diabetessygeplejersker på Aalborg Universitetshospital og type 1-diabetespatienter i tilknytning til Aalborg Universitetshospital hospitalets patient empowerment-indsats for type 1-diabetespatienter?

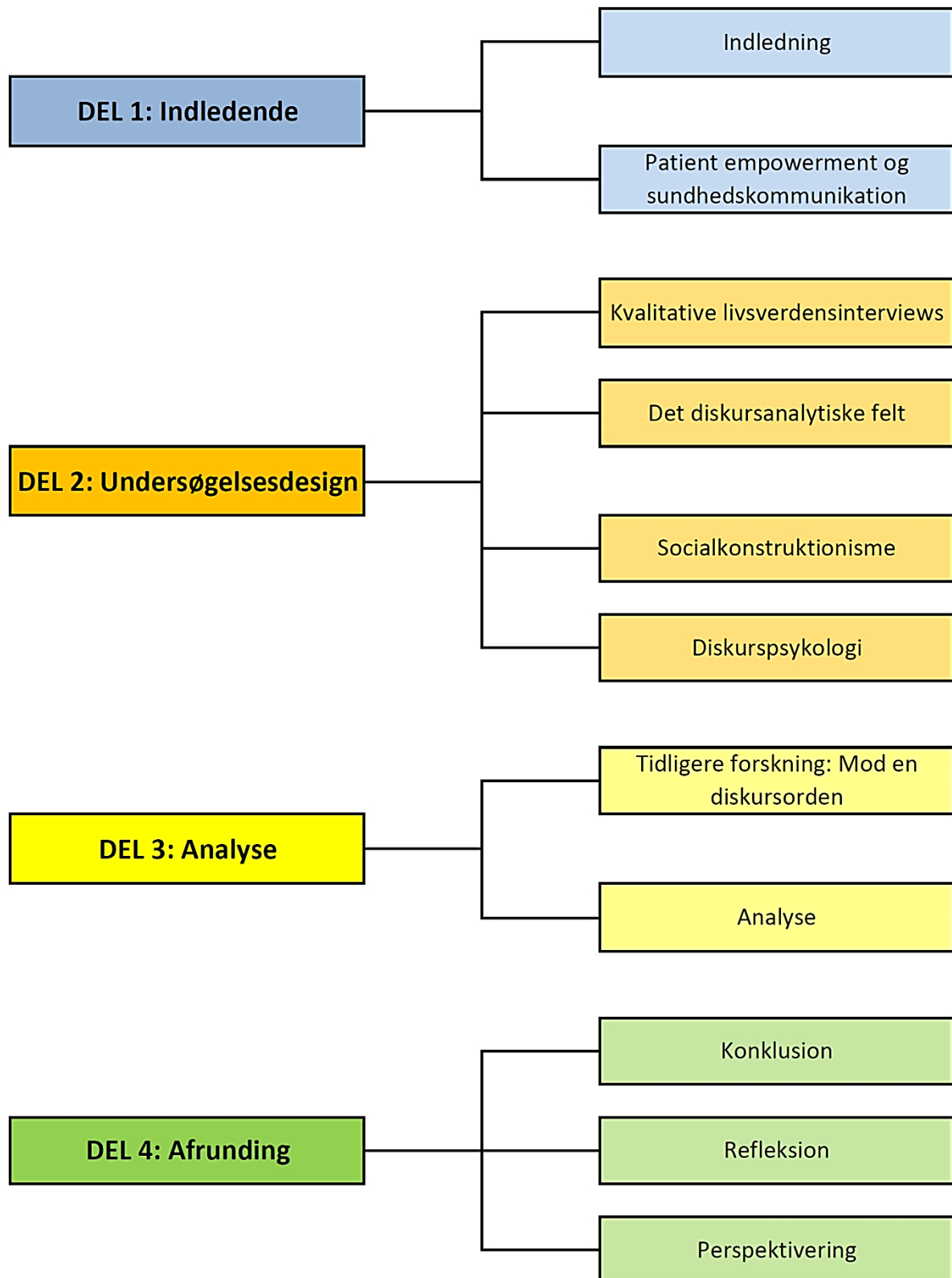
- Hvordan forhandles patienters og sundhedsprofessionelles identitet og hvordan italesættes relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle i de sproglige fremstillinger?
- Hvilken konsekvens har de sproglige fremstillinger for placeringen af ansvar, for handlemulighederne hos henholdsvis sundhedsprofessionelle og patienter og dermed også for organiseringen og udførelsen af selve empowerment-indsatsen?

Som nævnt vil jeg beskæftige mig med diskurspsykologien som analysemetode og dermed som primært redskab til besvarelse af min problemformulering. Diskurspsykologien er relevant, fordi den dels lægger vægt på sproglige fremstillinger af egen og andres identitet samt af fænomener og dels på den opfattelse af verden, som produceres i de sproglige fremstillinger. Der er altså fokus på italesættelsen og den bestemte betydning, som verden tilskrives socialt gennem italesættelsen – en betydning, der får sociale konsekvenser ved at være retningsvisende for, hvilke handlinger, der er relevante eller irrelevante.

I forhold til teoretikere har jeg valgt at beskæftige mig med Jonathan Potter og Margaret Wetherells udlægning af diskurspsykologien. Diskurspsykologien indebærer både bestemte teoretiske og metodiske antagelser og fremgangsmåder, men Potter og Wetherell udfolder sig ikke i særlig høj grad om interviewmetode. Til gengæld tilbyder psykologerne og professorerne i kvalitative metoder, Svenn Brinkmann og Steinar Kvale, en grundig indføring i livsverdensinterviews, og jeg tager derfor primært udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns arbejde som baggrund for mine interviews. Ligeledes låner jeg begrebet om en *diskursorden* fra den britiske lingvist Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse og bruger det til at sætte min analyse ind i en forståelsesramme.

Før jeg i næste afsnit bevæger mig videre til en mere dybdegående forklaring af patient empowerment, har jeg for overblikkets skyld visualiseret specialet i sin sammenhæng. Se figur 1 på næste side.

Figur 1: Oversigt over specialet



Patient empowerment og sundhedskommunikation

I indledningen præsenterede jeg en overordnet skitsering af baggrundene for frembruddet af patient empowerment. I dette afsnit vil jeg gå i dybden med begrebet, ligesom jeg vil afklare, hvilket kommunikationsfelt specialet hører under.

Empowerment

Patient empowerment er et udtryk for empowerment af lige netop patienter, og jeg vil derfor først og fremmest forklare begrebet *empowerment* som særskilt begreb. Den ideologiske baggrund for begrebet stammer fra den latinamerikanske pædagog, Paulo Freire (1921-1997), hvis pædagogiske formål det var at bibringe den undertrykte del af befolkningen viden og kompetence til at ændre på deres livsvilkår (Askehave et al., 2010, s. 150). Empowerment udspringer altså af et kritisk syn på samfundet og dets fordeling af ressourcer, hvilket afspejles i definitionen af empowerment i *Empowerment – teori og praksis* (2000): "en proces, hvor magt bliver udviklet, faciliteret eller stadfæstet med det formål, at underprivilegerede grupper kan øge deres ressourcer, styrke deres selvbillede og opbygge evne til at handle på egne vegne i psykologiske, sociokulturelle, politiske og økonomiske områder"¹ (Andersen, Brok & Mathiasen, 2000, s. 13). Ordet *magt* skal her ikke forstås som det at have magt *over* nogen, men snarere det at have magt *til* noget. Hensigten er at øge den samlede mængde af magt, "så den enkelte kan få magt til at handle i eget liv på egne præmisser" (Andersen et al., 2000, s. 59). Magtsynet i empowerment kan altså sammenlignes med Foucaults syn på magt som noget produktiv², der i dette tilfælde medvirker til at gøre undertrykte befolkningsgrupper handlekraftige. Det produktive perspektiv ses hos Freire også i forhold til viden. Han anskuer læring og vidensudveksling som en proces, der kræver handling og involvering fra begge parter side, og som derfor begaver begge parter (Askehave et al., 2010, s. 151). Viden er dermed ikke noget, der blot overføres fra den ene til den

¹ Definitionen er oprindeligt fra Staples, L.H. (1993): *Consumer Empowerment in the Massachusetts Mental Health System: A Comparison of attitudes, perceptions and opinions within and between consumer and provider groups*. Boston University Graduate School.

² Magt er ifølge den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucault (1926 – 1984) ikke noget, bestemte individer eller grupper har og kan udøve over andre. Den er derimod produktiv i den forstand, at den skaber muligheder og begrænsninger for, hvordan verden kan forstås, og dermed også for diskurs og handling (Jørgensen & Phillips, 1999; Foucault, 1982).

anden, men noget begge opnår i den fælles proces. Således vokser både den samlede magt og den samlede viden i empowerment.

Empowerment på sundhedsområdet: patient empowerment

Empowermentbegrebets vej ind i sundhedsvæsenet startede, da den amerikanske professor i psykologi Julian Rappaport i 1985 udviklede et teoriapparat bygget på begrebet. Teorien tog udgangspunkt i en kritik af behandleres forsøg på at overtale patienter til at udvise en bestemt adfærd, og empowerment sås som et alternativ til denne kontrol over patienterne (Hvas & Thesen, 2002, s. 5362). Siden har empowermentbegrebet vundet stadigt større indpas på sundhedsområdet, og på verdens første sundhedskonference i 1986 blev begrebet lanceret som "en proces, der gør folk i stand til at øge deres kontrol over eget helbred og til at forbedre deres sundhed" (Hvas & Thesen, 2002, s. 5362). Også i den medicinske kontekst handler empowerment altså om at gøre det muligt for andre at øge deres egen kontrol over faktorer i deres liv – her deres helbred og sundhed. Rationalet bag patient empowerment kan ifølge Askehave et al. (2010) udtrykkes som hos den norske velfærdsforsker Ole Petter Askheim: "Den enkelte er den fremste eksperten på sitt eget liv og har evne og kompetanse til å vite, hva som er ens eget bedste" (s. 151). Grundlaget for patient empowerment er altså et syn på patienten som ekspert på sig selv og sin egen virkelighed. Det er patienten selv, der kender sine ønsker for og definition af 'det gode liv' (Larsen, 2012, s. 64). Patienten har ligeledes en viden om sit eget helbred, som speciallæge i almen medicin Hanne Hollnagel og medicinforsker Kirsti Malterud omtaler som en viden om egne *helbredsressourcer* (Hollnagel & Malterud, 2002, s. 5225). Helbredsressourcer forstås som de faktorer, der hjælper den enkelte til at holde sig rask. Ved at stille patienterne spørgsmål om deres selvvalgte helbredsressourcer kan de sundhedsprofessionelle få adgang til patienternes vigtige viden på området (Hollnagel & Malterud, 2002), og dialog bliver således den sundhedsprofessionelles værktøj til at opnå viden om patientens ekspertområde. På mit 9. semester formulerede jeg en opgave med titlen *Hvad er Patient Empowerment?* (2013)³, hvor jeg blandt andet undersøgte, hvordan sundhedsprofessionelle forsøger at få patienten til at udfolde sin viden om eget liv, egne ønsker og helbredsressourcer. På baggrund af antologien *Sundhedskommunikation – kommunikation på sundhedsområdet* (2012), hvor en række

³ Også gennemgangen af empowerment-begrebets historie er inspireret af denne opgave.

sundhedsprofessionelle udtrykker deres perspektiv på den gode kommunikation med patienterne, fandt jeg frem til, at netop dialog og dialogiske principper som aktiv/reflekterende lytning, nærvær, åben nysgerrighed og forsøget på at forstå patientens perspektiv er en fremherskende tilgang til at få del i patientens ekspertviden.

Mens patienten er ekspert på eget liv, egne ønsker og helbredsressourcer, er den sundhedsprofessionelle ekspert på det faglige område, og ideelt set indgår de to parter i en ligeværdig relation, hvor de sammen formulerer det problem, som de skal udvikle viden om (Askehave et. al, 2010, s. 151). Det er altså idealet, at patient empowerment skal foregå i et ligeværdigt samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle.

Patient empowerment, patientuddannelse og komplians

Ligesom det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle får del i patientens ekspertviden om eget liv og helbred, må patienten også lære om sin egen sygdom. På den måde kan patienten bedre gå i dialog med den sundhedsprofessionelle og foretage mere selvstændige og kvalificerede valg i forhold til behandling og livsstil (Maunsbach, 2002, s. 5271). Overførslen af den teoretiske viden om sygdommen kan blandt andet foregå som patientuddannelse. Tidligere havde patientuddannelse udelukkende fokus på sygdomsbehandling og var præget af forskrifter og anvisninger fra de sundhedsprofessionelle. Det skyldtes, at patientundervisningen byggede på den traditionelle medicinske model, hvor det antages, at den sundhedsprofessionelle ved bedst. Inden for denne model er det patientens pligt at følge de sundhedsprofessionelles anvisninger – en patientopførsel, der betegnes som *komplians* (Maunsbach, 2002, s. 5270-71; Funnell & Anderson, 2004, s. 123). I forhold til patientundervisning gjaldt det i den traditionelle model således om at fremme kompliansen. I modsætning hertil står patient empowerment, som handler om, at patienten skal håndtere sygdommen og hverdagslivet i overensstemmelse med egne ønsker og værdier – altså en øget patient*autonomi* (Maunsbach, 2002, s. 5270). Lidt firkantet kan man sige, at hvor komplians betyder, at patienten tilpasser sit liv efter sygdommen og de sundhedsprofessionelles anvisninger, er patient empowerment en bestræbelse på at tilpasse behandlingen efter patientens ønsker for sit liv.

Patient empowerment er en filosofi

I litteraturen har patient empowerment talrige prædikater. Det omtales blandt andet som en teori (Rappaport 1995; Zimmermann, Israel, Schultz & Checkoway, 1992), en metode (Andersen et al., 2000), en proces (Askehave et al., 2010; Rappaport, 1995), et produkt (Askehave et al., 2010), en tilgang (Funnell & Anderson, 2004), et koncept (Sadan, 1997) og en ideologi (Maunsbach 2002; Sadan, 1997). I artiklen *Patient empowerment: Myths and Misconceptions* (2010) betegner de amerikanske diabetesforskere Martha Funnell og Robert Anderson patient empowerment som en filosofi:

Empowerment is an overall approach to diabetes education (i.e., a philosophy), not a strategy. When we truly embrace this philosophy, our behaviour naturally becomes consistent with that philosophy. Thus, all interactions become patient-centered, i.e., designed to assist patients to think and make independent, considered decisions.” (s. 6)

Denne betegnelse tilslutter jeg mig dels på grund af beskrivelsen af en filosofi som noget, der ideelt set bliver den naturlige måde at agere på – i modsætning til en strategi, som kræver bevidst omtanke. Det er min personlige opfattelse, at det nærvær, det frem for alt kræver at sætte sig ind i en patients liv og perspektiv, har bedre eksistens- og succesbetingelser, hvis det er naturligt. Derudover mener jeg, at begrebet 'filosofi' forstået som en overordnet tankegang kan rumme både bestemte ideologier, koncepter og teorier samt udmønte sig i bestemte tilgange, metoder, processer og produkter. Derfor udelukker opfattelsen af patient empowerment som en filosofi heller ikke, at man kan tale om patient empowerment som eksempelvis en metode eller en tilgang, men både metoder, tilgange, ideologier, teorier, koncepter, processer og produkter kan anses som delelementer af en sammenhængende filosofi. For at inkludere samtlige delelementer og samtidig fremhæve idealet om naturlighed forstås patient empowerment i nærværende speciale således som en filosofi.

Patient empowerment operationaliseret på diabetesområdet

I artiklen *Empowerment and Self-Management of Diabetes* (2004) påpeger Funnell og Anderson et misforhold mellem potentialet og virkeligheden i diabetesbehandling. Som løsning foreslår de en praktisk intervention med udgangspunkt i patient empowerment-filosofien og præsenterer et

fempunktsprogram som redskab for de sundhedsprofessionelle (se tabel 1, s. 12). Første punkt i programmet er en problemundersøgelsesfase, hvor det afklares, hvad patienten finder svært ved livet med diabetes. Dernæst afklares patientens følelser vedrørende udfordringerne og herefter patientens ønsker samt hvilke faktorer, der hæmmer eller fremmer opnåelsen af dem. Patienten og den sundhedsprofessionelle udarbejder på denne baggrund en handlingsplan. I punkt fire afklares patientens forpligtelse på handleplanen – hvad er patienten villig til at gøre for at opnå sine ønsker, og hvad er succeskriteriet? I punkt fem evalueres planen med fokus på, hvad patienten har gjort, lært, mødt af udfordringer, hvad han vil gøre anderledes en anden gang og hvad han vil gøre, når han træder ud af konsultationen. På denne måde får den sundhedsprofessionelle den nødvendige viden om patientens ønsker og om, hvad patienten er i stand til og villig til at gøre for at realisere dem. Således kan det, patienten ved om sig selv, kombineres med den sundhedsprofessionelles viden om diabetes, og der kan lægges en holdbar plan (Funnell & Anderson, 2004, s. 125). Funnell og Anderson foreslår desuden, at de sundhedsprofessionelle spørger patienterne om, hvad de har brug for fra de sundhedsprofessionelle, fordi det ofte har vist sig, at patienter har bekymringer i relation til deres diabetes, som sundhedsprofessionelle sjældent omtaler af sig selv. De anbefaler også sundhedsprofessionelle at forholde sig til patienten som individ først og til diabetesen sekundært ved eksempelvis at starte et besøg med at spørge til, hvordan patienten har det, frem for at spørge til blodsuktermålinger. Slutteligt anbefaler Funnell og Anderson at bruge fællesskab som et aktiv i patient empowerment. Det kan konkret ske ved at etablere samarbejder med diabetespatienter og deres pårørende om fælles mål eller ved diabetesundervisning i et fællesskab med andre diabetikere, som kan støtte hinanden i at håndtere diabetesen på egen hånd (Funell & Anderson, 2004, s. 125-126).

I Danmark har diabetesforsker Vibeke Zoffmann i samarbejde med en række andre forskere udviklet metoden *Guidet Egenbeslutning (GEB)* som en bestræbelse på at virkeliggøre patient empowerment. Zoffman beskriver i et interview GEB som en model, der "skitserer et samspil mellem patient og professionel, hvor de bidrager ligeligt i en interaktiv problemløsning frem imod fælles mål" (Bagh, 2013, s. 69). Også her er der tale om et redskab for de sundhedsprofessionelle til at afklare patientens perspektiv på og ønsker for livet med diabetes samt i fællesskab med patienten at planlægge et optimalt behandlingsforløb. I denne model indgår dog også

professionelle kommunikationsfærdigheder som spejling og aktiv lytning samt øvelser for patienten, som eksempelvis skal afslutte ufærdige sætninger om værdier, behov, vaner og muligheder eller afbilde på en tegning, hvor meget diabetesen fylder og må fylde i patientens liv⁴ (Zoffmann & Kirkevold, 2012, s. 22). I tabel 2 på side 13 ses et skema for brug af GEB.

⁴ At punktet "room for diabetes in your life" indebærer en fysisk afbildning af diabetesens plads i patientens liv er en viden, jeg har fra mit interview med en diabetessygeplejerske på AUH's endokrinologiske afdeling, Anna (opdigtet navn)

Tabel 1: Funnell & Andersons skema for operationalisering af patient empowerment (fodnoten i tabellens overskrift refererer til Funnell, R. og Anderson, M. (2000): *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*. Virginia: American Diabetes Association)

Table 1. Behavior-Change Protocol ¹⁷
Step I: Explore the Problem or Issue (Past) • What is the hardest thing about caring for your diabetes? • Please tell me more about that. • Are there some specific examples you can give me? Step II: Clarify Feelings and Meaning (Present) • What are your thoughts about this? • Are you feeling (insert feeling) because (insert meaning)? Step III: Develop a Plan (Future) • What do you want? • How would this situation have to change for you to feel better about it? • Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3 months, 1 year)? • What are your options? • What are barriers for you? • Who could help you? • What are the costs and benefits for each of your choices? • What would happen if you do not do anything about it? • How important is it, on a scale of 1 to 10, for you to do something about this? • Let's develop a plan. Step IV: Commit to Action (Future) • Are you willing to do what you need to do to solve this problem? • What are some steps you could take? • What are you going to do? • When are you going to do it? • How will you know if you have succeeded? • What is one thing you will do when you leave here today? Step V: Experience and Evaluate the Plan (Future) • How did it go? • What did you learn? • What barriers did you encounter? • What, if anything, would you do differently next time? • What will you do when you leave here today?

Tabel 2: Zoffmann & Kirkevolds skema for operationalisering af empowerment

Five-stage process	
	Establishment of an I–you-sorted relationship
	Self-exploration
	Self-understanding
	Action
	Feedback from action
Advanced professional communication skills	
	Mirroring
	Active listening
	Values clarification
	I–you-sorted communication
Reflection sheets (RS)	
Relationship	
	RS 1a. Invitation to work together*Δ
	RS 1b. Progression form*°
Your life with diabetes	
	RS 2a. Important events and periods in your life* Δ°
	RS 2b. At present, what do you find difficult about living with diabetes?* Δ
	RS 2c. Unfinished sentences—your needs, values, habits and opportunities* Δ
	RS 2d. A picture, metaphor or expression of your life with diabetes*
	RS 2e. Room for diabetes in your life*
Between ideal and reality	
	RS 3a. Your experiences with recommended ways of living* Δ
	RS 3b. Your plans for changing your way of life* Δ
	RS 3c. Own experiences with different types of treatment* Δ
	RS 3d. Your ideal goal for blood glucose*
	RS 3e. Blood glucoses, as you know them from experience*
	RS 3f. Advantages and disadvantages of high and low blood sugar*
	RS 3g. Blood sugar checks and your reasons for checking*
Change work	
	RS 4a. Current problem solving*
	RS 4b. Dynamic judgment of current and future problem solving*°
	RS 4c. 'Pros and cons'*
	RS 4d. 'More of'
	RS 4e. 'Less of'
	RS 4f. Mapping behavior

From "Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial," by V. Zoffmann and T. Lauritzen, 2006, *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 79. Copyright 2006 by Elsevier Ireland Ltd. Reprinted with permission.

Note. Worksheets marked with an asterisk (*) are obligatory; those marked "Δ" are in a start pack received about 1 week before the first session. Central worksheets marked "°" are completed, then placed in a cooperation folder in the patient's record.

Sundhedskommunikation

Det store fokus på dialog såvel som Zoffmans og Funnell og Andersons modeller for operationalisering af patient empowerment peger på, at empoweringen primært realiseres i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient. Naturligvis er blandt andet apparater til selvmonitorering og strukturen af patientforløb medvirkende til at skabe forløb, hvor patienten står for store dele af egen behandling, men både den patientuddannelse, det kræver at lære selvmonitorering, og arbejdet med at forstå patientens liv og sætte patienten i stand til at håndtere sin sygdom i overensstemmelse med netop det liv, er kommunikativt arbejde. På den baggrund placeres specialet inden for det sundhedskommunikative felt. På dansk er der tale om et forholdsvis nyt begreb, mens sundhedskommunikation på engelsk, *health communication*, har været anerkendt som en underkategori af kommunikation siden 1975 (Freimuth & Quinn, 2004; Horsbøl & Sørensen, 2010, s. 7). Definitionen af *health communication* fra 1975 lyder: "the study and use of methods to inform and influence individual and community decisions that enhance health" (Freimuth & Quinn, 2004, s. 2053). Her er altså tale om praksisser, som har til formål både at informere om og påvirke individuelle og samfundsmæssige beslutninger, som virker sundhedsfremmende – et formål, der umiddelbart minder om målet med patient empowerment, men hvor intentionen om at påvirke beslutninger udgør den største forskel. Her går påvirkningen nemlig kun én vej: en afsender af kommunikationen påvirker modtagerens (individets eller samfundets) beslutninger, hvorimod beslutninger i patient empowerment tages i fællesskab og dermed under gensidig påvirkning. Ligeledes er det i *health communication* målet at opnå sundhedsfremme, men definitionen siger ikke noget om, hvorvidt der er tale om et snævert eller bredt sundhedsbegreb – om sundhed er en prædefineret størrelse, eller om borgerne er medbestemmende i forhold til, hvad der er sundhed for dem. I en dansk kontekst defineres sundhedskommunikation mere åbent. Henholdsvis lektor og ph.d.-studerende i kommunikation, Anders Horsbøl og Mariann B. Sørensen (2010), definerer eksempelvis begrebet som "kommunikation om sundhed, omsorg, sygdom, behandling, forebyggelse og pleje" (s. 7). Kommunikationen kan foregå inden for sundhedsvæsenets rammer, men også i private og offentlige kontekster som eksempelvis i tv-udsendelser eller omkring spisebordet (Horsbøl og Sørensen, 2010). Mens Horsbøl og Sørensen ikke afgrænser begrebet til at have med *menneskets* sundhed at gøre, definerer lektor ved University College Nordjylland Britta Nørgaard begrebet som

”den interaktion og kommunikation, som foregår i relation til menneskers sundhed og sygdom” (Nørgaard, 2012, s. 3). I dansk kontekst er der altså tale om et bredt begreb, hvor kriteriet for, at der er tale om sundhedskommunikation, er, at der foregår kommunikation, som indholdsmæssigt centrerer sig om helbredsrelaterede emner (hos mennesker). For at undgå det engelske sundhedskommunikationsbegrebs implikationer for patient empowerment-filosofien skal sundhedskommunikation i nærværende speciale forstås i denne brede forstand.

Jeg har nu afklaret specialets kommunikationsfelt, udfoldet patient empowerment-filosofien og præsenteret et par eksempler på metoder til at skabe patient empowerment i praksis. I bilag 1 findes en yderligere præsentation af rammerne for min case i form af type 1 diabetes som sygdom og Endokrinologisk Afdeling på AUH.

I næste del af specialet vil jeg forklare nærmere om min metodiske og teoretiske fremgangsmåde.

Kvalitative livsverdensinterviews

Specialets empiri udgøres af seks individuelle, semistrukturerede livsverdensinterviews med diabetessygeplejersker og type 1-diabetespatienter, som henholdsvis arbejder på eller som patient er tilknyttet AUH's endokrinologiske afdeling. I dette afsnit vil jeg præsentere det kvalitative livsverdensinterview som den interviewmetode, jeg har anvendt, ligesom jeg vil redegøre for mere detaljerede metodiske valg i designet af mine interviews.

Diskurspsykologi og kvalitative interviews

Inden for diskurspsykologien anvender man både naturligt forekommende empiri og konstrueret empiri som eksempelvis interviews. Som en fordel ved interview-empiri fremhæver Potter og Wetherell muligheden for at stille samtlige interviewpersoner spørgsmål inden for de samme temaer (Potter & Wetherell, 1987, s. 163). Netop denne mulighed var vigtig for mig, idet interviewpersonernes fælles referenceramme til patient empowerment-indsatsen på AUH var central for min undersøgelse. Potter og Wetherell tilbyder imidlertid ikke en specielt udviklet interviewmetode, og derfor er min interviewundersøgelse primært baseret på Steinar Kvale og Svend Brinkmanns arbejde med det kvalitative livsverdensinterview. Kvale og Brinkmann er professorer i psykologi og kvalitative metoder og således ikke selv diskurspsykologer, men deres metode spiller på flere områder sammen med Potter og Wetherells anbefalinger i forbindelse med interviews. Derudover er det kvalitative livsverdensinterview et brugbart redskab til at bringe interviewpersonernes oplevelser og fortællinger frem, hvor disse fortællinger kan ses som diskursive fremstillinger af verden, som jeg kan analysere ved hjælp af diskurspsykologien.

Vidensproduktion i kvalitative interviews

Et kvalitativt forskningsinterview handler om at forsøge "at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser, afdække deres livsverden forud for videnskabelige forklaringer" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 17). Formålet er altså at prøve at forstå, hvad interviewpersonen forstår, og se verden, sådan som interviewpersonen ser den. Denne indlevelse i interviewpersonernes perspektiv og fortællinger er en oplagt tilgang for mig i forhold til at nærme mig en forståelse af, hvordan de oplever og forstår

relationer og identiteter i patient empowerment-indsatsen. På den måde bliver interviewpersonernes sproglige fremstillinger mit datamateriale – men ikke et uafhængigt materiale, som jeg kan gå ud og ”indsamle”. De sproglige fremstillinger er et resultat af interviewene og altså af den interaktion, jeg har med interviewpersonerne, hvorved begge parter er medskabere af empirien og således også af den viden, der produceres i interviewene. Den endelige viden foreligger dog ikke, så snart interviewene er gennemført. Idet interviewformen efterstræber en forståelse af dagliglivets fænomener fra interviewpersonens perspektiv med henblik på at *fortolke* betydningen af fænomenerne, er også analysen af interviewdataene et led i den proces, hvor undersøgelsens endelige resultater konstrueres (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) identificerer syv karakteristika ved interviewviden, som kan være nyttige at forholde sig til i forståelsen af de præmisser, interviewviden frembringes på – ikke mindst i forhold til at vurdere validiteten af det endelige analyseresultat. De præsenteres i tabel 3 på næste side, som er udarbejdet frit efter Kvale og Brinkmann (2009, s. 72-74):

Tabel 3: Interviewbaseret viden

Interviewbaseret viden er...	
Produceret	Den er skabt i samspillet mellem interviewer og interviewperson og derefter i fortolknings- og analyseprocessen.
Relationel	Den skabes i en inter-personel og inter-relationel situation. De data, der opstår, er derfor hverken subjektive eller objektive, men inter-subjektive: de opstår som noget, både interviewer og interviewperson erkender i interviewsituationen.
Samtalebaseret	Samtaler med forhandling af livsverdenens betydning ansues som en valid adgang til viden.
Kontekstuel	Den kan ikke automatisk overføres fra én situation til en anden. Den er følsom over for kvalitative forskelle og betydningsnuancer, og derfor spiller interviewets kontekst en vigtig rolle.
Sproglig	Sproget er både interviewets medium, værktøj og produkt. Viden konstitueres gennem det sproglige samspil mellem interviewer og interviewperson.
Narrativ	Interviewet kan indhente historier med information om livsverdenen. Informationen fra fortællingerne er vigtig, fordi historiefortælling anses som en vigtig måde at skabe mening i livet og virkeligheden på.
Pragmatisk	Den menneskelige verden kan forstås som samtale og handling, og viden kan derfor forstås som evnen til at handle effektivt. God forskning er således forskning, som producerer nyttig viden. Inden for pragmatismen får tanker og betydninger deres legitimitet, når de hjælper os med at navigere i verden og på den måde bliver nyttige.

I tabellen understreges det forhold, at interviewbaseret viden er sprogligt produceret i relationen mellem interviewer og interviewperson. Det betyder blandt andet, at ledende spørgsmål ikke opfattes som et problem. De ledende spørgsmål kan tværtimod være befordrende for den viden, der skabes i interviewet, idet de kan være med til at verificere interviewerens opfattelse af det, interviewpersonen siger, eller til at kontrollere reliabiliteten af interviewpersonens svar. I kvalitative forskningsinterviews er man derfor ikke optaget af, hvorvidt et spørgsmål er ledende eller ej, men af, om det leder til ny og værdifuld viden (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 195). Også i mine interviews stiller jeg til tider ledende spørgsmål, som har til formål at tjekke min forståelse af interviewpersonens udsagn, og som jeg i tråd med Kvale og Brinkmann anser som en naturlig følge af min rolle som medskaber af empirien. Også Potter og Wetherell understreger forskerens aktive og produktive deltagelse i interviewet, som udelukker neutralitet fra forskerens side (Potter og Wetherell, 1987). Dette syn på viden som noget, der skabes i samspillet mellem sociale aktører, følger en socialkonstruktionistisk erkendelsespræmis, som udfoldes i afsnittet "Socialkonstruktionisme".

Fænomenologi som forståelsesform i kvalitative interviews

Den grundlæggende forståelsesform i det kvalitative forskningsinterview er inspireret af fænomenologien. Her forsøger forskeren at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes eget perspektiv og beskrive verden, som den opleves af dem (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 44). Den franske filosof og fænomenolog Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961) skriver om fænomenologien:

[...] og det [fænomenologi, red.] er samtidig en rapport om rum, tid, verden som "oplevede" størrelser. Den er et forsøg på direkte beskrivelse af vor oplevelse sådan som den er og helt uden hensyn til dens psykologiske tilblivelse og til de årsagsforklaringer, som videnskabsmanden, historikeren eller sociologen måtte give den. (Merleau-Ponty, 1999, s. 16)

Det centrale er altså, hvordan noget – fænomener – fremstår for og opleves af mennesket, og i det kvalitative forskningsinterview følgelig hvordan det fremstår for og opleves af interviewpersonerne. Formålet er at nå ind til disse oplevelser "sådan som de er"; at træde tilbage

fra teoretiseringer og analyser og dermed "vende tilbage til tingene selv" (Merleau-Ponty, 1999, s. 17). At vende tilbage til tingene selv kan i denne sammenhæng forstås som det at gå til interviewpersonerne og deres fortællinger med det formål at leve sig ind i dem som oplevelser og ikke forstå eller fikser dem på baggrund af teori eller analyse. Med andre ord er den vigtige virkelighed den, menneskene opfatter (Kvale & Brinkman, 2009, s. 44), og derfor handler det også om at afdække denne menneskenes virkelighed. Inden for fænomenologien taler man om undersøgelsen af menneskets virkelighed som undersøgelsen af dets *livsverden* – et begreb, der stammer fra den tyske fænomenolog Edmund Husserl (Merleau-Ponty, 1999, s. 15). Hos Kvale og Brinkmann (2009) understreger begrebet 'livsverden' det kvalitative interviews bestræbelse på at forstå dagliglivets fænomener fra interviewpersonens perspektiv, idet interviewet benævnes *det semistrukturerede livsverdensinterview* (s. 45). At interviewet er semistruktureret betyder, at det hverken har karakter af åben hverdagssamtale eller lukket spørgeskema. Det udføres på baggrund af en *interviewguide*, der fastsætter bestemte temaer og forslag til spørgsmål, som interviewererne gerne vil have afklaret (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 45). Idet interviewguiden bevarer en vis åbenhed, efterlader den samtidig plads til, at interviewpersonen kan udfolde sig frit om sin livsverden – en scripting-metode, som også Potter og Wetherell anbefaler, fordi den giver interviewpersonen mulighed for at udfolde sine synspunkter på en måde, som minder om naturlig hverdagssamtale (Potter & Wetherell, 1987, s. 165). Den åbne tilgang til interviewet betyder ligeledes, at interviewererne forholder sig *bevidst naivt* og ikke arbejder med færdige kategorier eller fortolkningsskemaer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 46). Den bevidste naivitet er altså en måde at efterkomme Merleau-Pontys pointe om at træde tilbage fra teoretiseringer og analyse på. Da patient empowerment-filosofien har et bestemt syn på forholdet mellem sundhedsprofessionel og patient, forsøgte jeg under interviewene at stille spørgsmål fra et så åbent – naivt – perspektiv som muligt for at gøre plads til alle synsvinkler på forholdet. Ligeledes forsøgte jeg ikke at antage, at jeg vidste, hvad interviewpersonerne mente med deres udtalelser, men hele tiden spørge ind. Det var imidlertid en fordel, at jeg på forhånd havde en forestilling om at foretage en diskurspsykologisk analyse. Det gjorde det muligt for mig at tilpasse interviewets karakter til den formodede analysemetode således, at jeg bevidst foretog *diskursive interviews* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176). Diskursive interviews har – som andre interviewkategorier – sit særlige fokus med konsekvenser for udførelsen af interviewet. Det var således vigtigt for mig at være

opmærksom på, at variation i interviewpersonernes sproglige fremstillinger i et diskursivt interview er lige så vigtigt som konsistens, og at interviewteknikken derfor tillader forskellighed i interviewpersonernes udtalelser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176; Potter & Wetherell, 1987). For at fange variationen har jeg i mine interviews forsøgt at følge Potter og Wetherells forslag om at tage det samme emne op på flere forskellige tidspunkter i interviewet (1987, s. 164).

Efter gennemgangen af interviewmetodens videnskabsteoretiske aspekt, vil jeg nu redegøre for de mere detaljerede metodiske valg i interviewdesignet.

Rekvirering af interviewpersoner

Interviewpersonerne rekvirerede jeg gennem Endokrinologisk Afdeling på AUH. På et møde med den afsnitsledende sygeplejerske samt en diabetessygeplejerske blev vi enige om, at afdelingen ville stille diabetessygeplejersker til rådighed til interviews samt formidle kontakt til type 1-diabetespatienter. Til gengæld skulle afdelingen have indsigt i mine resultater, og om muligt skulle disse resultater danne afsæt for en videnskabelig artikel, som skulle skrives i et samarbejde mellem afdelingen og mig. Jeg ønskede også at overvære undervisning eller en samtale mellem sundhedsprofessionelle og patienter, hvilket dog ikke kunne lade sig gøre. Således fik jeg ikke mulighed for at undersøge et praksiseksempel på patient empowerment-indsatsen, som jeg gerne ville have sammenlignet mine interviewdata med. Eksemplet kunne have givet en værdifuld indsigt i forholdet mellem italesættelsen af indsatsen og praksis. Omvendt ville denne dimension muligvis have skabt for stort et datamateriale at håndtere sideløbende med interviewdataene med 80 normalsider til rådighed. Både interviews og deltagende observation er i sig selv omfattende undersøgelser, som måske ville blive overfladisk behandlet inden for samme enkeltmandsspeciale. Afgrænsningen til interviews er desuden med til at bevare fokus på den komparative analyse af sundhedsprofessionelles og patienters italesættelse af empowerment-indsatsen.

Endokrinologisk Afdeling kunne formidle kontakt til tre type 1-diabetikere, som havde interesse i at deltage i interviewene, og jeg bad derfor også om at tale med tre diabetessygeplejersker. Den ligelige fordeling skulle sikre, at patienter og sundhedsprofessionelle fik samme taletid og mulighed for at udfolde sig om deres syn på indsatsen.

Om interviewpersonerne

Alle interviewpersoner optræder i specialet under pseudonymer. Patienterne er to kvinder og en mand mellem 32 og 41 år, som alle bor med en samlever og et barn mellem 2 og 16 år. Én fik diabetes som syv-årig, én som 17-årig og én som 26-årig. Sygeplejerskerne er kvinder mellem 42 og 50 år og har mellem 15 og 23 års erfaring inden for diabetesområdet. Da jeg ikke har haft stor indflydelse på kriterier i valget af rekvirenter, sætter min undersøgelse for patienternes vedkommende ikke bestemt fokus på køn, beskæftigelse, social baggrund, alder ved diagnosticering eller andre forhold. Inklusionskriteriet var, at de var type 1-diabetikere tilknyttet AUH. For de sundhedsprofessionelle var det, at de var sundhedsprofessionelle og en del af patient empowerment-indsatsen for type 1-diabetikere på AUH. Den fælles referenceramme var med andre ord det afgørende kriterium for mit formål om at undersøge henholdsvis patienters og sundhedsprofessionelles italesættelse af en konkret patient empowerment-indsats. Idet de tre sundhedsprofessionelle, jeg kunne få lov at tale med, alle var sygeplejersker, kommer analysen til at handle om patienters og sygeplejerskers italesættelse af indsatsen. Imidlertid spiller måske især lægen, som patienterne går til kontrol hos, også en rolle for patienternes oplevelse. Da ingen læger har taletid i mit projekt, fremstilles deres rolle i forløbet gennem patienternes og sygeplejerskernes italesættelse. En læges deltagelse kunne have bibragt analysen en ekstra vinkel, men omvendt har et fokus på sygeplejerskerne igen en afgrænsende effekt. Sygeplejerskerne er ligeledes dem, der har mest med patienterne at gøre, idet de varetager den daglige kontakt, mens lægen oftest kun har kort tid med patienterne til diabeteskontroller og sender dem videre til sygeplejerskerne, hvis der er brug for en mere fordybet indsats.

Interviewramme

Interviewene med sygeplejerskerne blev afholdt på sygeplejerskernes arbejdsplads. Dels var det oplagt, fordi interviewene foregik i arbejdstiden, men med tanke for, at lokaliseringen af interviewet har betydning for dataproduktionen (Halkier, 2012) var det også en fordel, at arbejdspladsen var emne-relevant for interviewet. Dermed havde arbejdspladsen som ramme en potentielt befordrende virkning på samtalen (Halkier, 2012, s. 36). For patienternes vedkommende foreslog jeg at afholde interviewene i deres hjem. Dette fordi patienternes kroniske sygdom efter min vurdering hører under en privatsfære; selvom de har med hospitalet at gøre i forbindelse med

diabetesen, så foregår den daglige pleje såvel som den mentale forholden sig til den primært privat. Særligt ville jeg gerne undgå at sidde på hospitalet af to grunde: Dels for at undgå, at interviewet ville komme til at handle for meget om de biomedicinske aspekter, som rammerne kunne lægge op til, og dels for at undgå, at patienterne skulle opfatte mig som én, der sad der i hospitalets tjeneste, hvilket måske ville få dem til at nedtone eventuel kritik mod hospitalet. Patienterne havde selv den endelige beslutningsret over lokationen, og alle tre valgte deres hjem.

Både patienter og sundhedsprofessionelle blev bedt om at sætte en time af til interviewet med forbehold for, at den reelle tidsramme var svær at forhåndsbestemme grundet den løse interviewform. Jeg endte med seks interviews af mellem én og halvanden times varighed.

Interviewstruktur

Først og fremmest valgte jeg at holde individuelle interviews frem for fokusgruppeinterviews. En af grundene var risikoen for, at den sociale kontrol i fokusgruppen ville hindre udfoldelsen af forskellige perspektiver, således at atypiske individuelle perspektiver blev underrapporteret (Halkier, 2012, s. 13). Derudover ønskede jeg at have mulighed for at sætte mig lige meget – og mest muligt – ind i hver enkelt deltagers livsverden, hvilket formentlig ikke ville lade sig gøre i et fokusgruppeinterview, hvor der er mange om ordet. Den enkeltes livsverden var vigtig for mig, fordi jeg hverken ønskede at undersøge type 1-diabetespatienter eller diabetessygeplejersker som sociale grupper – et formål, til hvilket fokusgrupper er en stærk metode (Halkier, 2012, s. 13). Selvom en gruppe mennesker har diagnosen type 1-diabetes tilfælles, kan der være tale om meget forskellige mennesker med forskellige perspektiver; måske især i dette tilfælde, hvor interviewpersonerne ikke er rekvireret efter bestemte biologiske eller sociale kriterier. Ligeledes forholder det sig hos sygeplejerskerne: Selvom de indgår i en kollegagruppe og sikkert på mange måder har afstemt deres indsats, så har den enkelte sygeplejerske et perspektiv på indsatsen, som har betydning for, hvordan hun varetager sit job og indgår i kollegagruppen. Afgørende for mit valg af individuelle interviews var det i øvrigt, at både de tre patienter og de tre sygeplejersker kendte hinanden i forvejen. Dermed kunne jeg i en fokusgruppe risikere, at interviewpersonerne ville udspille eksisterende sociale identiteter under interviewet, som ville påvirke datamaterialet (Halkier, 2012, s. 29). Omvendt kunne en fokusgruppe, hvor interviewdeltagerne kender hinanden, måske betyde at de grundet trygheden i gruppen ville udfolde flere perspektiver, end de vil over

for mig som fremmed og i øvrigt novice i diabetesverdenen. Når jeg vælger individuelle interviews er det altså ikke ud fra en antagelse om, at jeg får alle perspektiver frem og undgår, at materialet påvirkes af bestemte sociale identiteter. Jeg er bevidst om min egen rolle i interviewet, som også kan bevirke, at perspektiver holdes tilbage, eller at bestemte identiteter forsøges udspillet. Det er måske blot nogle andre, end det ville have været i en fokusgruppe (Halkier, 2012, s. 13).

Samtlige af disse kontekstuelle overvejelser er med til at understrege, hvordan interviewet som kontekst for interaktionen kan påvirke formidlingen af interviewpersonernes oplevelse. Mens det understøtter den interviewbaserede videns kontekstuelle karakter (jf. tabel 3), problematiserer det fænomenologiens ideal om at nå ind til den ubesmittede virkelighed, som den opleves af interviewpersonerne. Det er dog min opfattelse, at resultaterne udmærket kan være anvendelige, selvom de påvirkes af kontekstuelle forhold og altså ikke lever op til dette ideal. Bevidstheden om de kontekstuelle forhold har tværtimod været nyttige at forholde mig til i planlægningen af interviewet.

Interviewguides

Idet jeg havde to grupper at interviewe – patienter og sygeplejersker – krævede det også to interviewguides. For hver interviewguide startede jeg med at lave en tematisering, hvor jeg i brede vendinger nedfældede, hvilke forskningsmæssige problemstillinger eller temaer, jeg ville have afklaret. Denne tematisering blev afsættet for interviewguiderne, hvor jeg omskrev de forskningsmæssige temaer og problemstillinger til et dagligdagssprog (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 125). I begge interviewguides er der to overordnede temaer: livet med diabetes og patient empowerment-indsatsen. Når jeg fik interviewpersonerne til også at tale om livet med diabetes – patienterne om deres oplevelse af det, og sygeplejerskerne om deres indtryk af det – var det ud fra den antagelse, at oplevelsen og opfattelsen af livet med diabetes også står centralt i forståelsen af blandt andet identitet og ansvar i håndteringen og behandlingen af sygdommen.

I slutningen af hvert interview præsenterede jeg interviewpersonen for en kort formulering af patient empowerment-filosofien, som var taget fra konklusionen i min 9.-semesteropgave. Jeg præsenterede teksten til sidst i interviewet for at undgå, at interviewpersonen skulle sidde med *min* definition af patient empowerment i baghovedet under interviewet, som måske ville influere på deres udtalelser. Meningen var at præsentere interviewpersonerne for essensen af patient

empowerment, som jeg forstår den på baggrund af min opgave, og ud fra det høre deres perspektiv på filosofien. Ligeledes ville præsentationen af tankegangen i kort og præcis form måske bringe perspektiver frem, som ikke tidligere havde været vendt i interviewet.

Tematiseringer, interviewguides og tekstuddraget om patient empowerment er vedlagt som bilag 2-5.

Datahåndtering

De kvalitative interviews resulterede i godt otte timers datamateriale, som skulle organiseres og behandles forud for analysen. Første skridt var at transskribere materialet og dermed omsætte det til tekst⁵. Herefter foretog jeg en *kodning* af materialet – en fremgangsmetode, som både Kvale og Brinkmann (2009, s. 223) og Potter og Wetherell (1987, s. 167) anbefaler. Under kodningen inddelte jeg interviewdataet i mindre bidder, som fik en overskrift; en kode. Jeg noterede med enkelte ord, hvad interviewbidderne indholdsmæssigt handlede om, og fandt nogle temaer, der gik igen – det kunne eksempelvis være ”pårørende” eller ”kommunikationen med læger”. Herefter listede jeg alle temaer op sammen med de interviewbidder, der relaterede sig til det enkelte tema. Så foretog jeg en udvælgelse, hvor jeg beholdt de temaer, der så ud til at fylde mest hos interviewpersonerne. Derpå gennemlæste jeg igen interviewdataene, denne gang med fokus på de udvalgte temaer. Under denne gennemlæsning fandt jeg forskellige italesættelser under hvert tema – en slags undertemaer – og kodede ligeledes disse. På den måde kunne jeg finde eksempler på mønstre i datamaterialet såvel som afvigelser fra disse mønstre. Netop disse mønstre og afvigelser fra dem er ifølge Potter og Wetherell det, analysen beror på (1987, s. 168). Mere om dette i afsnittet ”Diskurspsykologi.”

Som nævnt i starten af dette afsnit er allerede denne behandling af datamaterialet en slags analyse af det. Materialet er inddelt efter koder og temaer, som jeg har identificeret, og det er gjort på baggrund af en transskription, som jeg har foretaget. Hverken kodningen eller oversættelsen fra talesprog til skriftsprog er neutrale handlinger, men beror på min tolkning af interviewene og understreger min rolle som medskaber af empirien. Disse indledende, analytiske

⁵ I bilag 6 findes en oversigt over mit transskriptionssystem. I bilag 8-13 (på CD) er de transskriberede interviews vedlagt.

greb er relevante at have in mente, fordi de har betydning for den senere diskurspsykologiske analyse og dennes resultater.

Det diskursanalytiske felt

Da jeg beskæftiger mig med diskurspsykologien som analysemetode, er min tilgang diskursanalytisk. Derfor vil jeg først og fremmest give læseren et overblik over det diskursanalytiske felt og i forlængelse heraf begrunde mit valg af Jonathan Potter og Margaret Wetherells diskurspsykologi.

En opdeling af feltet

Diskursanalyse er et bredt felt bestående af flere forskellige diskursanalytiske tilgange og følgelig mange forskellige forsøg på overskuelige fremstillinger af feltet. Blandt de mange bud er Marianne W. Jørgensen og Louise Phillips' opdeling af feltet i tre tilgange: diskursteori, kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi. Opdelingen skal ikke forstås som en gennemsigtig og komplet afspejling af det diskursanalytiske felt, men begrundes med de tre tilganges egnethed til undersøgelser af kommunikationsprocesser i forskellige sociale sammenhænge og deres bredere udviklingstendenser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 10). Når jeg følger denne opdeling er det dels fordi, både patient empowerment-filosofien og mine kvalitative interviews netop er kommunikationsprocesser, og dels fordi fremstillingen er relativt grundig, lettilgængelig og beskæftiger sig med både kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi, som er de to diskursanalytiske tilgange, jeg anvender begreber fra.

Indbyrdes forskelle og ligheder

De tre diskursanalytiske tilgange har naturligvis optagetheden af diskurs tilfælles og opfatter diskurs som social handling, der konstruerer den sociale verden som den fremstår for os (Jørgensen & Phillips, 1999). Diskursbegrebet bruges dog ofte i flæng og kan derfor være svært at nærme sig en forståelse af. Jørgensen og Phillips foreslår en overordnet karakteristik af 'diskurs' som dækkende over en bestemt brug af sproget inden for forskellige domæner – eksempelvis en medicinsk eller en politisk diskurs – og definerer det nærmere som *"en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på"* (1999, s. 9). Da der er forskellige variationer af diskursbegrebet inden for de forskellige diskursanalytiske tilgange, skal denne definition forstås som en foreløbig introduktion til begrebet. Tilgangene varierer desuden i forhold til deres primære analysefokus, empiriske fokus og opfattelse af magt. Selvom alle tilgangene følger en

socialkonstruktionistisk præmis om, at subjektet er skabt gennem diskurs, er der ligeledes forskel på, hvor stor bevægelsesfrihed, subjektet har i forhold til diskursen – på *"forholdet mellem struktur og aktør"* (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 27). I tabel 4 på næste side har jeg med udgangspunkt i Jørgensen og Phillips' kategorisering forsøgt at give læseren en overskuelig og kort præsentation af tilgangene og deres indbyrdes forskelle og ligheder:

Tabel 4: Diskursanalytiske tilgange

	Diskursteori (udgangspunkt i Ernesto Laclau og Chantal Mouffé)	Kritisk diskursanalyse (udgangspunkt i Norman Fairclough)	Diskurspsykologi (udgangspunkt i Jonathan Potter og Margaret Wetherell)
Diskursbegreb	En diskurs er fastlæggelsen af betydning inden for et bestemt domæne.	En diskurs er en måde at tale på, som giver oplevelser betydning fra et bestemt perspektiv.	Diskurs er alle former for talt og skriftlig social interaktion.
Analytisk hovedfokus	<i>Diskursiv kamp:</i> Forskellige diskurser kæmper konstant mod hinanden om at opnå hegemoni, dvs. fastlåse sprogets betydning på netop deres måde.	<i>Forandring:</i> Vi trækker altid på tidligere etablerede betydninger - diskurser. Ved at sammenføje elementer fra forskellige diskurser forandrer sprogbruget de enkelte diskurser og dermed den sociale og kulturelle verden.	<i>Selv- og verdensfremstilling:</i> Folk bruger forhåndenværende diskurser til at fremstille sig selv og verden på bestemte måder. Fremstillingerne får sociale konsekvenser.
Empirisk fokus	Overordnede og abstrakte diskurser i samfundet.	Specifikke tilfælde af sprogbrug i konkret social interaktion med fokus på at afdække sprogbrugets forandring af samfundets overordnede diskurser.	Specifikke tilfælde af sprogbrug i konkret social interaktion med fokus på, hvordan mennesker bruger diskurserne strategisk i fremstillinger af sig selv og verden.
Forhold mellem struktur og aktør	Subjektet er styret af diskurser. Det er diskurserne, der 'taler gennem subjektet'. Således er subjektet determineret af diskurserne.	Mennesker bruger diskurser aktivt som ressourcer og kan sætte elementer af dem sammen på nye måder, som bidrager til social og kulturel forandring. Dog sætter de eksisterende diskurser rammerne for, hvilke diskurser der kan sammensættes med andre.	Mennesker bruger diskurser aktivt som ressourcer og kan sætte elementer af dem sammen på nye måder, som bidrager til en fordelagtig selv- og verdensfremstilling og til social forandring. Dog sætter de eksisterende diskurser rammerne for, hvilke diskurser der kan sammensættes med andre.
Diskursens rolle i konstruktionen af verden	Diskurs er konstituerende: Alle praksisser er diskursive – materiel som eks. infrastruktur eller institutioner er også former for diskurs.	Diskurs er konstitueret og konstituerende: Kun semiologiske systemer er diskursive praksisser. De indgår i et gensidigt konstituerende forhold med andre sociale praksisser, som fungerer efter andre logikker end den diskursive (eks. økonomi, politik, familien).	Diskurs er overvejende konstituerende: Der findes materiale uden for diskurs, men diskurs konstituerer vores verdensopfattelse ved at tilskrive materialet mening.
Magtforståelse	Magt producerer gennem diskurs det sociale på bestemte måder.	Sociale gruppers interesser fremmes intenderet gennem bestemte (ideologiske) diskursive konstruktioner.	Visse diskurser fremmer som effekt én social gruppes interesser på en anden gruppes bekostning.

Valget af diskurspsykologi

Motivationen for mit valg af diskurspsykologien er primært dens analysefokus på selv- og verdensfremstilling og de sociale konsekvenser heraf. Ved at anlægge dette fokus kan jeg undersøge, hvilke identiteter patienter og sundhedsprofessionelle tilskriver sig selv og hinanden i patient empowerment-indsatsen, og hvilken karakter de tilskriver selve patient empowerment-filosofien. Derudfra kan jeg opstille hypoteser om disse sproglige fremstillingernes konsekvenser for empowerment-indsatsen i form af eksempelvis de handlinger, der bliver relevante eller utænkelige som følge af de sproglige fremstillinger. Derudover giver det empiriske fokus på specifikke tilfælde af sprogbrug i social interaktion mulighed for at have fokus på bestemte patienter og sundhedsprofessionelles sprogbrug i et interview og dermed for at relatere undersøgelsen til en specifik empowerment-indsats, nemlig indsatsen på AUH. Således kan jeg producere resultater, som er relevante for netop denne indsats og altså umiddelbart anvendelige. Hos Potter og Wetherell omtales anvendelsen af forskningsresultater som en *applikation* af resultaterne og desuden som en vigtig fase af arbejdet (Potter & Wetherell, 1987, s. 174-175). For mit vedkommende er formålet med applikationen, at sygeplejerskerne gennem resultaterne skal få indblik i, hvad der rører sig i forhold til den indsats, de yder – både fra deres egen og fra patienternes side. Denne viden kan sygeplejerskerne trække på i evalueringen af indsatsen, hvor den eventuelt kan anspore til forbedring.

Når jeg vælger at tage udgangspunkt i netop Potter og Wetherells arbejde, er det fordi, det ligger til grund for hele diskurspsykologiens opståen. Derfor er jeg i min læsning om diskurspsykologi også konstant stødt på dem og udleder deraf, at deres arbejde er særligt anerkendt og veludviklet. Da jeg ikke tidligere har arbejdet med diskurspsykologi forestiller jeg mig, at denne solide platform vil være nyttig i forståelsen af tilgangen.

Diskursanalyse som teori og metode

Diskursanalyse indebærer bestemte teoretiske og metodologiske antagelser. Derfor kan den ikke anvendes som analysemetode løsrevet fra ontologiske og epistemologiske præmisser om sprogets rolle i den sociale verdenskonstruktion, teoretiske modeller, metodologiske måder at gribe et forskningsområde an på og specifikke teknikker til analysen af sprogbrug (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 12). Potter og Wetherells diskurspsykologi er den teoretiske model, jeg følger, og under

afsnittet "Diskurspsykologi" vil jeg forklare tilgangens metodologi og teknikker til analyse af sprogbrug. Først vil jeg dog introducere læseren til socialkonstruktionismen som den fælles videnskabsteori, hvorfra al diskursanalyse har sine ontologiske og epistemologiske præmisser, om end disse præmisser inden for de enkelte tilgange kan variere i deres udtryk.

Socialkonstruktionisme

Socialkonstruktionisme er en betegnelse for et bredt felt af teorier inden for blandt andet psykologi, etnometodologi, konversationsanalyse, diskurspsykologi og forskellige poststrukturalistiske forgreninger af psykologi og samfundsvidenskab (Brinkmann, 2011, s. 412). Da jeg i specialet beskæftiger mig med diskurspsykologi, tager jeg udgangspunkt i Svend Brinkmanns artikel Socialkonstruktionisme og Diskurspsykologi (2011). Her giver Brinkmann både et overblik over og et indblik i socialkonstruktionismen som videnskabsteoretisk tilgang i en psykologisk kontekst.

Ontologi og epistemologi

Socialkonstruktionismen kan diskuteres ud fra en ontologisk og en epistemologisk vinkel. Ontologi angår karakteren af det, der findes, og her handler diskussionen om, hvor meget af det, der findes, der er socialt konstrueret. Her er det et udbredt synspunkt, at verden ikke i sig selv er socialt konstrueret, men vores *forståelse* af den er (Brinkmann, 2011, s. 412). Eksempelvis er en oversvømmelse et materielt og fysisk faktum uafhængigt af menneskets sprog og tanker, men oversvømmelsens *mening* tilskriver vi sprogligt og dermed socialt. Mange vil formentligt kategorisere den som et naturfænomen, men ikke nødvendigvis indsætte den i samme meningsgivende sammenhæng. Mens nogle ville beskrive den som et resultat af en ualmindeligt stor mængde nedbør, ville andre måske se den som et resultat af en forkert politik, hvor regeringen ikke har opsat tilstrækkeligt med diger. Nogle helt tredje ville måske give oversvømmelsen mening som et udslag af Guds vilje (Jørgensen & Phillips, 1999). Således er der altså en fysisk verden uden for de sociale konstruktioner – udenfor diskurserne – men det er diskurserne, der tilskriver den fysiske verden mening. Denne ontologiske overbevisning deler Potter og Wetherell, som i *Mapping the Language of Racism* (1992) skriver:

New Zealand is no less real for being constituted discursively – you still die if your plane crashes into a hill whether you think that the hill is a product of a volcanic eruption or the solidified form of a mythical whale. However, material is no less discursive for being able to get into the way of planes. How those deaths are

understood [...] and what caused them is constituted through our system of discourses. (s. 65)

I citatet skelner Potter og Wetherell mellem materialitet og diskurs ved at slå fast, at et bjerg eksisterer, uanset om det af mennesker opfattes som en geologisk formation eller en mytisk hval. Ligeledes dør mennesker, hvis deres fly styrter ned – men hvordan selve døden opfattes, konstitueres socialt gennem diskurs. For at udfolde med et par eksempler vil nogle mennesker måske mene, at døden er den definitive ende på alting, mens andre vil trække på en religiøs diskurs og mene, at den er begyndelsen på et nyt liv i det hinsides eller gennem genfødsel.

Den epistemologiske diskussion omhandler karakteren af vores viden om verden. Her er der konsensus blandt de fleste socialkonstruktionistiske forskere om, at viden er en social konstruktion: begreber, kategorier og teorier er produceret af mennesker og videreformidlet socialt. Vi ville ikke kunne fremsætte synspunkter og teorier om verden, hvis ikke nogen havde *formuleret* netop teorier og synspunkter om verden ud fra tilgængelige menings- og diskurssystemer. Historisk er eksempelvis begreber som holdning, personlighed og intelligens konstrueret inden for psykologien (Brinkmann, 2011, s. 414). Synet på viden som socialt produceret af og mellem mennesker er samme videnssyn, som ligger til grund for det semistrukturerede livsverdensinterview. Ligeledes minder det om Freire's videnssyn, som er videreført i patient empowerment-filosofiens opfattelse af den sundhedsprofessionelle som biomedicinsk ekspert, patienten som ekspert på eget liv og den optimale behandling som et resultat af den sociale vidensudveksling mellem de to parter. Både patient empowerment-filosofien og interviewmetoden opererer altså under en præmis om viden, der minder om den socialkonstruktionistiske.

I forlængelse af videnssynet er det socialkonstruktionismens erkendelsesinteresse at belyse, hvordan teorier, forståelser og begreber skabes, opretholdes og nedbrydes (Brinkmann, 2011, s. 414). Sat i relation til dette speciale, er det ligeledes min interesse at undersøge, hvordan henholdsvis patienterne og sygeplejerskerne sprogligt skaber forståelser af relationer, identiteter og fænomener i patient empowerment-indsatsen.

Socialkonstruktionismen i et psykologisk perspektiv

Inden for psykologien har især den amerikanske psykologiprofessor Kenneth Gergen (1935) bidraget til dens udbredelse. Først og fremmest har han indført begrebet *social-konstruktionisme* i modsætning til *konstruktivismen* (Brinkmann, 2011, s. 415). Som Gergen skriver i værket *En invitation til Social Konstruktion* (2010):

Her [i konstruktivismen, red.] er det centrale budskab, at vores handlinger ikke er baseret på, hvordan verden er, men på den betydning, den har for det handlende individ. Selvom der er en vis samklang med konstruktionistiske synspunkter, så er konstruktivister tilbøjelige til at lokalisere betydninger i den individuelle bevidsthed, mens socialkonstruktionister lokaliserer betydningens oprindelse i relationer. (s. 43)

Den afgørende forskel på konstruktivisme og konstruktionisme er altså, at konstruktivister opererer med et begreb om en individuel bevidsthed, som individer opbygger en verdensforståelse i, mens konstruktionister anskuer konstruktionsprocesser som interpersonelle og dermed sociale. Konstruktivismen ligger ligeledes til grund for megen kognitiv forskning, hvor selvet opfattes som en selvstændig, afgrænset agent med en række universelle karakteristika, og hvor sociale fænomener forklares ud fra kognitive processer – tænkning, sansning, ræsonnation. Ifølge socialkonstruktionismen undervurderer kognitivister således de psykologiske tilstandes *sociale* opståen (Jørgensen & Philips, 1999, s. 106-108; Brinkmann, 2011, s. 415). Fra et socialkonstruktionistisk perspektiv findes der ikke en universel og uforanderlig menneskelig natur, men konstruktionsprocesser er derimod historisk situerede og afhængige af den tid, de er blevet til i – de er altså *kontingente* og kunne have været anderledes. Som eksempel nævner Gergen, at opfattelsen af barndommen historisk set ikke har været den samme, og at den tilbage i tiden ikke blev opfattet som en afgrænset udviklingsfase (Gergen 1985, s. 267). Den tid, vi lever i, har altså en betydning for de tilgængelige diskurser og dermed det, der gælder som meningsfuldt. Det skal tilføjes, at andre socialkonstruktionister, eksempelvis Vivien Burr og Potter og Wetherell, omtaler den foranderlige karakter af vores verdensopfattelse ikke blot som et udslag af historisk, men også kulturel specificitet. Vores verdensforståelse er ikke kun afhængig af sociale konstruktioner og diskurser i bestemte tidsepoker, men også den kultur, vi er en del af (Burr, 1995, s. 3-4; Potter & Wetherell, 1987, s. 102). For at forstå variationen i diskurs og verdensopfattelse gennem historien

og i forhold til kultur, mener jeg, at vi kan se på forholdet mellem struktur og aktør – diskurs og subjekt – som det ser ud i kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi: Det er de tidligere diskurser, der sætter rammerne for, hvilke diskurser der er tilgængelige, *men* nye diskurser kan opstå gennem sammenkædningen af forskellige (elementer af) eksisterende diskurser. På den måde formes videreudviklede eller ”nye” diskurser, som altså konstituerer en tilsvarende videreudviklet eller ”ny” verdensopfattelse.

Det er desuden vigtigt at pointere, at vores verdensopfattelse ligeledes har betydning for vores handlinger og dermed får sociale konsekvenser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 16). Med udgangspunkt i Gergens eksempel om barndommen er der forskellige handlinger, der bliver mulige eller umulige alt efter, hvordan vi taler om – og altså opfatter – børn. Hvis barndommen ikke italesættes som en skrøbelig og afgrænset udviklingsfase, er det meningsfuldt at italesætte og opfatte børn som værende præcis ligesom voksne og eksempelvis sætte dem i arbejde (det, der i vestlig kultur i dag opfattes som ulovligt børnearbejde). Vores italesættelse og opfattelse af børn får altså betydning for vores behandling af børnene, som igen får konsekvenser for børnenes udvikling (Brinkmann, 2011, s. 428). Også eksemplet med oversvømmelse gør bestemte handlinger mere relevante end andre: Italesættes – og opfattes – oversvømmelse som et udtryk for en forkert politik, kan den relevante handling være at stemme anderledes til næste valg. Opfattes den derimod som Guds vilje kan den relevante handling være at afholde gudstjenester og bede om hjælp til udbedring af de medførte skader. På samme måde vil patienter og sundhedsprofessionelles italesættelse og opfattelse af hinandens identiteter, af relationerne mellem dem og af fænomener, herunder selve patient empowerment-forløbet, have indflydelse på de handlinger, som bliver relevante eller utænkelige, og dermed på indsatsen. Således er det altså ikke ligegyldigt, hvordan vi taler om verden, og derfor er det også relevant at undersøge sprogbruget.

Forskerens rolle

Idet viden er socialt konstrueret er også beskrivelser af verden socialt konstruerede, herunder også videnskabelige teorier og forskningsresultater. Derfor kan forskeren – som også Potter og Wetherell samt Kvale og Brinkmann pointerer i forbindelse med udførelsen af interviews – aldrig være værdineutral, men får betydning for forskningsresultatet og bliver med Gergens ord en slags

”poetisk aktivist”: for at muliggøre nye former for handling og forbedre mellem menneskelige relationer skabes nye fortolkninger og måder at bruge sproget på i begribelsen af verden (Brinkmann, 2011, s. 415; Gergen, 2010, s. 25). Ligeledes er det mit formål at belyse italesættelser af subjekspositioner i patient empowerment, som kan skabe nye måder for de sundhedsprofessionelle og patienterne at forstå og tale om patient empowerment på, som igen kan forbedre relationerne mellem patient og sundhedsprofessionel. Rollen som medskaber af empirien lægger dog op til flere overvejelser, som jeg tager op i en refleksion over specialeprocessen og dens resultater umiddelbart efter konklusionen.

Filosofisk ophav

Filosofisk bygger socialkonstruktionismen på en afvisning af ideen om, at ord kan fungere som billeder og dermed afspejle verden (Gergen, 2010, s. 19; Brinkmann, 2011, s. 417). Den strukturalistiske lingvist Ferdinand de Saussure (1857-1913) lancerede i starten af 1900-tallet opfattelsen af forholdet mellem sprog og virkelighed som arbitrært: ordet ”hund” har eksempelvis ikke nogen naturlig forbindelse til det, vi forstår ved en hund. Det er menneskene, der skaber konventioner for, hvilke tegn der betyder hvad, og i kraft af disse konventioner forstår vi, hvad andre mener, når de eksempelvis siger ”hund” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 18-19). Saussures tankegang blev ført videre i poststrukturalistisk sprogfilosofi af blandt andre Ludwig Wittgenstein (1953), som i starten af 1920’erne introducerede sin teori om sprogspil. I tabel 5 på næste side er Wittgensteins og andre filosofiske bidrag til socialkonstruktionismen indsat med det formål at give læseren et overblik over ophavet:

Tabel 5: Bidrag til socialkonstruktionismens filosofiske baggrund⁶

Sprogfilosofi	Socialfænomenologi	Historicistisk tænkning
Ludwig Wittgenstein: Sprogspil Ord, billeder, tegn og symboler er som repræsentationer ikke selvfortolkende, men får deres betydning gennem det sprogbrugende fællesskab. Sproget har betydning som menneskelig aktivitet og ikke som afbildning af verden. Vi kommunikerer ikke kun vores viden om verden; kommunikationen koordinerer også sociale handlinger og skaber mening i den daglige interaktion (eks. når vi hilser, kommanderer, navngiver mv.)	Alfred Schutz’ socialfænomenologi i Harold Garfinkels fortolkning: Den etnometodologiske skole Folk anvender dagligdags metoder til at skabe social orden, og al social orden og sammenhæng er derfor lokalt produceret. Der findes ikke objektive makrosociologiske institutioner eller strukturer, som kan forklare socialt liv.	Georg W. F. Hegel og Karl Marx: Dialektisk historiefilosofi Ideer og forestillinger er knyttet til historiske epoker. Menneskets verdensforståelse er knyttet til de givne socio-økonomiske omstændigheder. De herskende ideer i et samfund er den herskende klasses ideer. Derfor er det vigtigt både at studere ideernes sandhedsværdi og deres historiske tilblivelse.
John L. Austin: Talehandlingsteori Vi gør noget med det, vi siger. Eks. er udtalelsen ”Jeg tager opvasken” ikke en beskrivelse af et bevidsthedsindhold, men et ekspressivt udtryk for, at man påtager sig et ansvar. Vi afgiver et løfte om at tage opvasken.	Peter Berger og Thomas Luckmann: Socialfænomenologi sammentænkt med marxistisk samfundsforståelse Samfundets tilsyneladende objektive karakter er et resultat af menneskelig interaktion. Socialkonstruktionister ønsker med afsæt i denne præmis ofte at vise, at det, der opfattes som naturgivent (eks. individet, patriarkatet, kapitalismen, moralen) i virkeligheden er kontingente sociale konstruktioner.	Richard Rorty: Pragmatisme Vores sprog er ikke til for at beskrive eller kopiere verden, men for at håndtere den (her kan drages en parallel til den pragmatiske videnspræmis: viden er værdifuld, når den hjælper os med at navigere i verden, og deraf får tanken og betydninger deres legitimitet).
		Lev Vygotsky: Socialkonstruktionistisk teori om psykisk udvikling Det individuelle, psykiske liv er en afspejling af det fælles, sociale liv, som mennesket deltager i. Psykisk udvikling sker gennem en internalisering af sociale, kulturhistoriske interaktionsmønstre.

⁶ Tabellen er udarbejdet frit efter Brinkmann, 2011, s. 417-421.

Adskillige filosofiske strømninger og teorier med indbyrdes ligheder ligger altså til grund for den moderne socialkonstruktionisme og dermed for diskurspsykologiens ontologiske og epistemologiske baggrund. Det skal dog bemærkes, at diskursanalyse ikke kun har rødder i socialkonstruktionistisk teoridannelse. Socialkonstruktionismen er det videnskabssyn, diskursanalyse tager udgangspunkt i, men diskursanalyse har ligeledes historiske rødder i blandt andet retorikkens strategiske og organiserede sprogbrug samt forskelligartede strukturalistiske analyser med et fælles fokus på lingvistik, herunder semiologi (van Dijk, 1985). Når jeg i specialet prioriterer at beskæftige mig med socialkonstruktionismen frem for retorisk teori eller semiologi/semiotik, er det fordi, jeg i analysen fokuserer mere på meningsindholdet af diskurser end på formen i kraft af retorisk organisation eller semiologisk struktur. Dermed bliver det i højere grad relevant at gå i dybden med socialkonstruktionismens fokus på, hvordan subjekter gennem diskurs skaber mening i verden omkring sig.

I mit tilfælde spiller socialkonstruktionismen som videnskabsteori sammen med fænomenologien som grundlæggende forståelsesform i interviewmetoden. Hverken fænomenologien eller socialkonstruktionismen beskæftiger sig med en objektiv sandhed, men koncentrerer sig henholdsvis om individets oplevelse af verden (fænomenologi) og om den sociale konstruktion af verdensopfattelser (socialkonstruktionisme). Hvor den åbne, fænomenologiske tilgang i interviewene er med til at give mig indblik i interviewpersonernes erfaring og livsverden, kan diskurspsykologien med sit socialkonstruktionistiske udgangspunkt analysere diskurserne i den sproglige formidling af livsverdenen, som tilskriver verden en bestemt mening. Den viden, der produceres, er således en viden om betydnings- og meningstilskrivning til verden – fænomener, identiteter, relationer – og de handlinger, der bliver relevante som følge heraf, det vil sige de sociale konsekvenser. I næste afsnit vil jeg behandle diskurspsykologien nærmere.

Diskurspsykologi

*Jonathan Potter og Margaret Wetherells udvikling af diskurspsykologien startede med værket *Discourse and Social Psychology* (1987), som fremhæver sprogets rolle i socialpsykologien og undersøger de subtile måder, hvorpå sproget organiserer perception, ansporer til handling og således skaber sociale verdener (s. 1). Værket er udgangspunkt for min anvendelse af tilgangen, men da Potter og Wetherells arbejde med diskurspsykologien ikke begrænser sig til dette ene værk, trækker jeg ligeledes på supplerende arbejder af den ene eller begge forfattere.*

Metodologi og placering i det socialkonstruktionistiske landskab

Som nævnt er diskurspsykologiens analysefokus selv- og verdensfremstillinger, mens det empiriske fokus er sprogbrug i lokale kontekster. Med Potter og Wetherells ord analyseres *sociale tekster*, hvor tekstbegrebet dækker over transskriberet tale såvel som skriftlige produktioner (Potter & Wetherell, 1987, s. 1). Analyse- og empirifokuset er et udtryk for diskurspsykologiens metodologi: Hvad undersøges og hvordan? Metodologien har betydning for tilgangens placering i det socialkonstruktionistiske landskab. Med sit fokus på lokalt sprogbrug hører diskurspsykologien under den kategori af socialkonstruktionistiske tilgange, som beskæftiger sig med sprog og mening i en mikro-kontekst (Brinkmann, 2011, s. 422). Heroverfor er der socialkonstruktionistiske tilgange, som beskæftiger sig med sprog og mening i en makro-kontekst og tilgange, som beskæftiger sig med materialitet – ligeledes i et mikro- eller et makro-perspektiv. Med udgangspunkt i et givent undersøgelsesobjekt vil tilgangene have forskellige måder at bedrive analyse på. For at give læseren et overblik over diskurspsykologiens placering i det socialkonstruktionistiske landskab er tilgangene indsat i tabel 6 på næste side. Tabellen er udarbejdet frit efter Brinkmanns kategorisering af socialkonstruktionistiske tilgange og hans eksempel med analyseobjektet 'det kompetente barn'. For emnerelevansens skyld har jeg i tabellen omtænkt analyseobjektet til at være 'den kompetente patient':

Tabel 6: Socialkonstruktionistiske tilgange

Socialkonstruktionistisk tilgang	Sprog og mening i mikro-perspektiv	Sprog og mening i makroperspektiv	Materialitet og teknologi i mikro-perspektiv	Materialitet og teknologi i makro-perspektiv
	Eksempelvis samtaleanalyse og diskurspsykologi	Eksempelvis Gergens social-konstruktionisme	Eksempelvis Aktør-netværks-teori eller materielt-semiotiske analyser	Eksempelvis Foucaults genealogiske undersøgelser
Analysefokus ift. 'den kompetente patient'	Italesættelsen af 'den kompetente patient', eksempelvis på møder mellem sundheds-professionelle, i relationen mellem sundheds-professionel og patient eller mellem sundheds-professionelle og pårørende. Hvilke diskurser mobiliseres om patienterne? Hvilke positioner sættes de i?	Den historiske etablering af diskursen om 'den kompetente patient'. Hvornår begyndte man at tale om 'den kompetente patient'? Hvad var diskursen et svar på? Hvilke sociale forandringer nødvendiggjorde synet på patienter som kompetente?	Patienternes konkrete interaktion i de materielle strukturer. Hvordan anvendes teknologier – eksempelvis den elektroniske patientjournal – i praksis over for patienten? Hvordan anvender patienten teknologi, eksempelvis til selvmonitorering?	De materialiteter og socialteknologier, som har betydning for disse patienters liv og for subjektiveringen af dem. Hvordan ser nutidens hospitaler ud i forhold til tidligere? Hvilken undervisning og hvilke tests gennemgår patienterne?

Af tabellen fremgår nogle eksempler på analysespørgsmål inden for diskurspsykologisk analyse, men generelt opstiller Potter og Wetherell ikke mange anvisninger for metodologi. De understreger derimod, at der ikke findes en opskrift for metodologi i diskursanalyse (1987, s. 158). Der er dog en række niveauer, som forskeren kan følge, om end rækkefølgen og dybden af de enkelte trin kan variere fra undersøgelse til undersøgelse. Af disse har jeg været omkring undersøgelsesspørgsmål, empirisamling, interview, datahåndtering, transskription og applikation. Validiteten af undersøgelsesresultaterne kommer jeg til i det reflekterende afsnit efter konklusionen. Tilbage er de konkrete analysegreb og -strategier, som Potter og Wetherell foreslår. Da disse vedrører menneskers brug af diskurs, vil jeg vende tilbage til dem efter en afklaring af Potter og Wetherells diskursbegreb.

Diskursbegreb

Potter og Wetherell tager udgangspunkt i et bredt diskursbegreb, som dækker over alle mundtlige og skriftlige former for social interaktion. Diskurs forstås desuden som både konstruktion og funktion:

The research questions discourse analysts do focus on are broadly related, as we have seen, to construction and function. How is discourse put together and what is gained by this construction. (Potter og Wetherell, 1987, s. 160)

Funktionsbegrebet understreger, at diskurs er handlingsorienteret og stræber mod mere end blot abstrakte beskrivelser. Vi *gør* noget med vores sprog, når vi taler; anklager, forsvarer, formilder, stiller spørgsmål, retfærdiggør vores adfærd og så videre. Vi bruger sproget til at fremstille verden på en bestemt måde, og fremstillingerne afhænger af formålet med det, vi siger (Potter & Wetherell, 1987; Potter & Hepburn, 2005).

Potter og Wetherell opfatter desuden diskurs som både konstrueret og konstruerende – her uddybes altså forholdet mellem diskurs og den sociale produktion af omverdenen (jf. figur 4). Diskurs er konstrueret gennem ord og kategorier, gængse antagelser eller bredere diskurser. De konstruerer samtidig selv versioner af verden gennem sproget (Potter & Hepburn, 2005, s. 339). Sprogbrug og verdensopfattelse konstituerer altså gensidigt hinanden i et vekselvirkende forhold. Som det fremhæves inden for socialkonstruktionismen får de sproglige konstruktioner bredere sociale konsekvenser i forhold til, hvilke handlinger der bliver mulige og relevante. I *Mapping the Discourse of Racism* (1992) undersøger Potter og Wetherell hvide new zealænderes diskurs om indfødte new zealændere – såkaldte 'maorier' – og reflekterer samtidig over disse diskursers sociale konsekvenser i form af eksempelvis legitimering af racisme. På samme måde vil jeg reflektere over de sociale konsekvenser af patienternes og sygeplejerskernes diskurs, forstået som de konsekvenser disse diskurser kan have for patient empowerment-indsatsen som helhed.

Analyseformål og konkrete analysegreb

Overordnet handler analysen om at finde et mønster, som består af både diskursiv konsistens og inkonsistens i de sproglige fremstillinger. Mens konsistens handler om lighed og sammenhæng i og mellem diskurser, handler inkonsistens om variation i enten formen eller indholdet af diskurser.

Inkonsistens kan blive tydelig gennem modstridende diskurser, men også gennem variation i brugen af diskurser: taleren eller talerne trækker på samme diskurs i forskellige situationer, hvor diskursen tjener forskellige formål. Det diskursive mønster ligger til grund for en refleksion over, hvilke effekter mønstret har på et mikro-plan og i en bredere social sammenhæng (Potter & Wetherell, 1987, s. 168). Det er altså dette diskursive mønster i talernes sprogbrug, hvor verden – herunder identiteter, relationer og fænomener – tilskrives bestemte betydninger, som jeg i analysen vil forsøge at afdække. De betydninger, som formes i interviewpersonernes sprogbrug, er vigtige, fordi de er med til at skabe et bestemt billede af patienter, sundhedsprofessionelle, diabetes og patient empowerment-indsatsen. Det er disse betydninger, som det kan være værdifuldt for de sundhedsprofessionelle at være bevidste om i deres evaluering og planlægning af indsatsen. Som nævnt i forrige afsnit er det ikke ligegyldigt, hvordan vi taler om verden – sproget både afspejler og konstruerer vores opfattelse af den. Denne opfattelse er med til at udpege relevante handlinger, og derfor er bevidstheden om sprogbruget og dets konsekvenser også vigtig. Det er gennem den diskurspsykologiske analyse, jeg kan afdække den sproglige betydningsdannelse, og det har jeg gjort gennem en række mere konkrete analysegreb, som præsenteres her:

Interpretative repertoires

Interpretative repertoires definerer Potter og Wetherell som "basically a lexicon or register of terms and metaphors drawn upon to characterize and evaluate actions and events" (1987, s. 138). Med evaluering menes her en bestemt *version* af noget; beskrivelsen ikke er neutral, men *evalueret* i diskursen (Potter og Wetherell, 1987, s. 51). De interpretative repertoires anvender Potter & Wetherell som en mere snæver udgave af deres overordnede diskursbegreb. Eksempelvis finder Potter og Wetherell i deres undersøgelser af hvide new zealænderes fremstilling af maorier et *fællesskabs-repertoire*. Dette repertoire er sat sammen af ord, der alle bidrager til en karakteristik af maorier og hvide new zealændere som ét fælles folk (Potter & Wetherell, 1988, s. 169). Mennesker bruger repertoires på samme måde som diskurser, og Potter og Wetherell skifter mellem, hvilket udtryk de bruger. I min analyse bruger jeg diskursbetegnelsen om bredere, overordnede måder at italesætte noget på, og repertoires om mere snævre måder at fremstille noget på.

Det talende subjekt

Som nævnt deler diskurspsykologien, og dermed også Potter og Wetherell, den socialkonstruktionistiske opfattelse af selvet som socialt skabt gennem diskurs (Potter & Wetherell, 1987)⁷. Derfor beskæftiger Potter og Wetherell sig heller ikke med selvet som en indre psykologisk kerne, men derimod den diskursive fremstilling af selvet. Mange af de analysegreb og -strategier, som Potter og Wetherell foreslår, har grundet tilgangens overordnede fokus på selv- og verdensfremstillinger en naturlig orientering mod disse fremstillinger. Her præsenterer jeg dog et par analysegreb, som mere eksplicit relaterer sig til subjektet i diskursiv praksis.

Divisionen af subjektet

Divisionen af subjektet er inspireret af den britiske filosof og psykologiprofessor Ron Harré. Den deler subjektet op i det grammatiske "jeg" og "mig", hvor jeg'et er privat og mig'et socialt. Det private subjekt kan se, hvordan det sociale subjekt tager sig ud for andre, uden at identificere sig 100 procent med det på grund af opsplittningen – et eksempel kan være "jeg overtalte mig selv til at gøre det". Divisionens funktion i fremstillinger kan være at fraskrive sig ansvar, håndtere anklager, kræve anerkendelse og andre sproglige handlinger (Potter & Wetherell, 1987, s. 107).

Den berettigende stemme

Begrebet om "den berettigende stemme" stammer fra Gergen og tager udgangspunkt i menneskers ønske om at give netop deres version af verden forrang. Til det formål formes diskurser, som fremhæver bestemte selv-identiteter frem for andre: man trækker på den identitet, der giver størst taleret i den givne situation, eller som får ens handlinger til at fremstå fornuftige og retfærdige.

Potter og Wetherell tilføjer, at fremhævnningen af bestemte selv-identiteter ved at udelukke andre subjekspositioner også bidrager til opretholdelsen af eksisterende magtrelationer eller dominansmønstre (Potter og Wetherell, 1987, s. 108-109). Sammenhængen mellem magt og subjekspositioner bliver især tydelig ved, at man ikke bare kan subjektivere sig selv, men også andre gennem diskurs. Potter og Wetherell henviser til Rosalind Cowards analyse af, hvordan kvinder subjektiveres gennem en bestemt fremstilling af kvinder i diskursive praksisser som

⁷ Potter & Wetherell (1987) bruger ordet 'socialkonstruktivisme' frem for 'socialkonstruktionisme' (1987, s. 102), men refererer til Gergens arbejde som det er udfoldet i afsnittet "Socialkonstruktionisme". Det sker, at de to begreber bruges synonymt i litteraturen (Burr, 1995, s. 2).

eksempelvis kvindemagasiner. Her positioneres kvinder i forhold til blandt andet det perfekte kropsideal, det perfekte hjem samt opmuntringer og forbud i forbindelse med madopskrifter (Potter & Wetherell, 1987, s. 111). Kvinder italesættes altså på forskellige måder, hvor magten kan forstås som definitionen af subjekspositionerne, som igen er udtryk for en bestemt ideologi – et bestemt billede af gruppen. Magten er altså effekten af diskurserne (jf. diskurspsykologiens syn på magt i tabel 4). I relation til min undersøgelse er dette perspektiv et udtryk for den magt, der ligger i italesættelserne, når interviewpersonerne omtaler eksempelvis patienter eller sundhedsprofessionelle og dermed subjektiverer dem.

Kategorisering

Ifølge Potter og Wetherell er kategorisering en vigtig og hyppigt anvendt del af menneskers diskursive praksis. I socialpsykologien forstås kategorisering som en inddeling af mennesker i bestemte sociale grupper, hvor det enkelte individ danner følgeslutninger om andre ud fra deres medlemskab af en bestemt kategori (Potter & Wetherell, 1987, s. 116). I diskurspsykologien er kategoriseringen en diskursiv ressource: afhængig af den version af verden, som taleren konstruerer, italesættes mennesker som medlemmer af bestemte kategorier, ligesom bestemte karakteristika ved kategorierne fremhæves. Potter og Wetherell udfolder analysebegrebet med udgangspunkt i ophavsmanden til conversation analysis (CA), Henry Sacks', arbejde med *medlemskabskategorier*. Sådanne kategorier kan være alle mulige – eksempelvis 'teenagere', 'læger' eller 'maorier'. I sprogbruget knytter mennesker medlemmer af forskellige medlemskabskategorier sammen i mere overordnede kategorier: eksempelvis kan kategorierne bror, mor og baby knyttes sammen i kategorien *familie* (Potter & Wetherell, 87, s. 128-129).

Fakticitet

Når en taler konstruerer en bestemt version af verden, fremstår den ikke automatisk som sand. Derfor præsenterer Potter i *Representing Reality* (1996) forskellige måder, hvorpå en taler kan forsøge at få sin version af verden til at fremstå som sand. Blandt metoderne til konstruktion af fakticitet er:

Modalitet

Først og fremmest henviser Potter til sociologerne Bruno Latour og Steve Woolgars modalitets-hierarki med følgende modaliteter: "X er fakta", "jeg ved at X", "jeg påstår at X", "jeg tror på, at X"

"jeg antager, at X", "jeg tror, at X", "Jeg går ud fra, at X" og "X er muligt". Modaliteten er et udtryk for, i hvilket omfang taleren forpligter sig på sit udsagn og har på den måde en effekt på udtalelsens fakticitet (Potter, 1996, s. 112). I det første udsagn er subjektet slet ikke knyttet til udsagnet, som således får en objektiv karakter som et faktum. I de næste udsagn forpligtes subjektet i forskellig – nedadgående – grad til påstanden om X. I det sidste udsagn er subjektet igen fraværende, men denne gang betyder objektiviteten, at X fremstilles som en mulighed på lige fod med alle andre muligheder.

Interesse

Også spørgsmålet om interesse spiller en rolle i konstruktionen af fakta. Hvis en taler har en åbenlys personlig interesse i at fremstille noget på en bestemt måde, kan det være et problem for taleren. Omvendt er det en ressource for de, som gerne vil underminere talerens fakticitet, at henvise til talerens personlige interesse i den bestemte fremstilling (Potter, 1996, s. 113-114).

Kategorisk berettigelse

En taler kan have en særlig berettigelse som følge af sin titel eller ekspertrolle, altså som følge af sin kategorisering. Det kan eksempelvis være en læge, som grundet sin ekspertviden om medicin kan tale med en vis berettigelse og dermed fakticitet inden for emnet (Potter, 1996, s. 115). Gennem taleres kategoriseringer (jf. Gergen) kan der altså diskursivt etableres særlig berettigelse som følge af kategoriseringerne.

Bekræftelse og konsensus

En taler kan skabe fakticitet gennem narrativer, som beretter om vidner, der giver taleren ret. Taleren påpeger altså, at der også er andre, der er enige med taleren (Potter, 1996, s. 117).

Diskurspsykologi og CA

Potter og Wetherell er inspirerede af CA – en gren af samtaleanalyse – og dens etnometodologiske fokus på, hvad mennesker *gør* gennem deres tale. Inden for CA foretages detaljerede analyser af samtalsens sekventielle organisation, og nogle diskurspsykologer anvender den som selvstændig analysemetode til at fange de lingvistiske pointer, som diskurspsykologi kritiseres for at overse (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 152-153). Grundet detaljeniveauet ville CA i mit tilfælde dog efterlade for lidt plads til indholdsanalysen, da samtaleanalyse har stort fokus på samtalsens struktur og interaktionen mellem de sociale aktører. Jeg har ikke forud for analysen taget et decideret valg om at se fuldstændig bort fra interaktionen, men i mine interviews er jeg som samtalepart klart underrepræsenteret, og mit primære fokus er analytisk på indholdet af interviewpersonernes sproglige fremstillinger frem for formen af interaktionen mellem dem og mig. Her mener jeg, at almindelige sproglige begreber, som eksempelvis ordvalg i bred forstand, brugen af personlige pronominer, adverbier og så videre kan afdække værdifuldt indhold uden at fordreje fokuset fra indhold til form og interaktion. Derfor vil jeg benytte mig af disse frem for CA, hvor det er nødvendigt. I bilag 7 findes en oversigt over samtlige sproglige begreber, som jeg anvender i analysen ved siden af diskurspsykologien.

Diskursorden: et begreb fra den kritiske diskursanalyse

Jeg har desuden adopteret den kritiske diskursanalytiker Norman Faircloughs begreb om *diskursorden* i et vist omfang. Fairclough definerer diskursordnen som ”summen af diskursive praksisser i en institution og relationerne mellem dem” (Fairclough, 2008, s. 155). Diskursordenen er altså summen af diskurser på et bestemt domæne – den måde, man inden for domænet taler om noget på. I relation til min undersøgelse vil diskursordenen altså dække, hvordan man på diabetesområdet taler om diabetespatienter, sundhedsprofessionelle og patient empowerment. Da diskurspsykologien ikke arbejder med begrebet om en diskursorden, men fokuserer på, hvordan verdensfremstillinger skabes i konkrete tilfælde af sprogbrug i lokale kontekster, kan den kritiseres for at se bort fra, hvordan diskursordnen sætter grænser for sprogbruget i mikro-samtaler (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 146). Overført til min case vil det sige, at diskurser om patienter, empowerment og sundhedsprofessionelle inden for diabetesområdet indvirker på sundhedsprofessionelle og patienter i tilknytning til AUH’s endokrinologiske afdelings diskurs om

samme. Diskursordnen kan afdækkes ved, at man som forsker læser tidligere undersøgelser inden for det domæne, man selv undersøger. På den måde bliver det også tydeligt, om ens egen analyse "lægger nogle brikker ind i et generelt billede af diskursordenen" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 146). Når jeg forud for mit analysearbejde forsøger at afdække diskursordnen er det således for at skabe en klangbund for analysen og samtidig sætte den ind i en bredere forskningsmæssig sammenhæng og forståelsesramme. Da Phillips og Jørgensen (1999) understreger, at der skal en meget omfangsrig undersøgelse til, før man har afdækket en diskursorden, skal præsentationen af tidligere forskning ses som en tilnærmelse af en diskursorden frem for en afdækning af den fulde diskursorden.

Det er naturligvis ikke uproblematisk at bruge begreber fra to forskellige teoretiske tilgange uden overvejelser over, hvordan de teoretisk og metodisk hænger sammen. Som diskursteoretiske tilgange har Faircloughs kritiske diskursanalyse og diskurspsykologien dog mange fælles træk og præmisser, som det også fremgår af tabel 4. De adskiller sig i forhold til analysefokus, hvor kritisk diskursanalyse primært koncentrerer sig om forandring, men tilgangene har selve analysen af diskurs tilfælles og opererer også med samme syn på struktur og aktør i forhold til diskurs: mennesker kan gennem diskurs fremstille verden på en bestemt måde og bidrage til social forandring, men samtidig sætter tidligere diskurser rammerne for den pågående brug af diskurs. Derfor mener jeg, at jeg forholdsvist uproblematisk kan bruge Faircloughs begreb om diskursorden inden for diskurspsykologien, hvor den kan være med til at afklare de tidligere diskurser som ramme.

Muligheder og begrænsninger ved diskurspsykologisk analyse

Ved valget af en diskurspsykologisk tilgang til analysen er der selvfølgelig nogle forhold, jeg kan undersøge, og andre forhold, som jeg ikke kan sige noget om. Som nævnt kan diskurspsykologien undersøge en midlertidig fastlåsning af betydning i et konkret tilfælde af sprogbrug, som eksempelvis et interview. Idet den ikke beskæftiger sig med sandheden, men med sandhedseffekter, kan den ikke sige noget om, hvorvidt de sproglige fremstillinger repræsenterer interviewpersonernes "sande" holdning til det undersøgte emne eller om deres egentlige verdensopfattelse. Den kan derimod sige noget om effekterne af interviewpersonernes diskurser, hvor analysen af effekterne på mikro-niveau danner grundlag for hypoteser om bredere sociale

konsekvenser. Idet Potter og Wetherell ikke beskæftiger sig med den psykologiske disponering bag sprogbruget – i hvert fald ikke i videre forstand end anvendelsen af diskurs som ressource i forskellige selv- og verdensfremstillinger – pointerer de også, at noget velment kan have en utilsigtet konsekvens (Potter & Wetherell, 1988, s. 181-182). Grundet fokuset på sprogets effekt frem for psykologisk intention finder forskeren altså ikke frem til, hvad talere egentlig har ment, men hvad de – tilsigtet eller utilsigtet – gør gennem deres diskurs, og hvad denne diskurs så at sige gør ved verden i form af sociale konsekvenser. Selvom talere bruger diskurs som ressource alt efter det verdensbillede, de i en given situation ønsker at fremstille, opfatter jeg det derfor ikke sådan, at mennesker er decideret udspekulerede i deres sprogbrug, men nærmere sådan, at diskursen om verden i den bestemte fremstilling sætter verden ind i en bestemt meningssammenhæng. Formålet med analysen er således heller ikke at afdække skjulte dagsordener af forskellig art, men at undersøge det diskursive mønster, som jeg ser i talernes sprogbrug, og som tilskriver verden – identiteter, relationer og fænomener – bestemte betydninger med dertilhørende relevante handlinger og således også bestemte konsekvenser.

Tidligere forskning: Mod en diskursorden

Specialet skriver sig ind i en bestemt forskningstradition, hvor sundhedsrelaterede problematikker undersøges kvalitativt og humanistisk gennem interview og diskursanalyse. I det følgende vil jeg præsentere nogle af de resultater, der hidtil er produceret inden for denne tradition. Fokus er primært på forskning i diabetessammenhæng, der med sin parallel til specialets undersøgelse sætter undersøgelsen ind i en relevant forståelsesramme og samtidig nærmer sig en afdækning af diskursordenen på mit undersøgelsesdomæne.

Humanistisk forskning i sundhedsvidenskab

Historisk har sundhedsvidenskab ikke hørt under det kvalitative forskningsparadigme, men især siden starten af 1990'erne har humanistiske og kvalitative forskningsmetoder vundet indpas i sundhedsvidenskaben som et forsøg på at eliminere ensidighed i biomedicinsk forskning (Lunde & Ramhøj, 2003, s. 9; Jensen, 2003, s. 41). Det skyldes en voksende accept af synet på mennesket som både en biologisk organisme og et reflekterende væsen, hvilket gør sygdom og sundhed relevant i forhold til bevidstheden såvel som kroppen (Lunde, 2003, 18-20). På den baggrund bliver det nødvendigt også at inddrage redskaber til undersøgelse af bevidstheden – altså oplevelsen af sygdom og sundhed – hvis de to menneskelige bestanddele skal forenes og skabe nye, mere nuancerede perspektiver i sundhedsvidenskabelig forskning.

Håndtering af diabetesdiæten

Blandt de humanistiske tilgange til sundhedsvidenskabelig forskning har også diskursanalysen fået en plads. I artiklen *Taking the Biscuit? A Discursive Approach to Managing Diet in Type 2 Diabetes* (2005) konstaterer Elizabeth Peel, Odette Parry, Margaret Douglas og Julia Lawton, at diskurspsykologiens anvendelse i helbredsrelateret forskning har undergået en eksplosiv udvikling. Blandt andet er den anvendt til forskning i selvfremstillinger i samtaler om kronisk træthed, i de interaktive formål med positiv tænkning i relation til brystcancer og i fremstillingen af rygestop som en helbredsrelateret krise (Peel et al., 2005, s. 781). Selv anvender Peel et al. diskurspsykologien til at tydeliggøre nuancer i type 2-diabetikeres⁸ håndtering af diabetesdiæten.

⁸ Jeg skelner her ikke mellem type 1- og type 2-diabetikere, da diæten for begge grupper er et centralt tema.

Forfatterne henviser først og fremmest til tidligere forskning, som peger på, at diæten er noget af det sværeste for diabetikere at håndtere.⁹ De skelner desuden mellem mænd og kvinder ud fra en antagelse om, at diæten hos kvinder er endnu et aspekt af et i forvejen kompliceret forhold til mad og kroppen. Undersøgelsens empiri var således enkeltvis interviews med 19 kvinder og 21 mænd. Resultaterne viste blandt andet, at kvinderne konstruerede diæten som noget individuelt, som de alene havde ansvaret for, og som blev besværliggjort af hensynet til familiens præferencer for mad. Mændene konstruerede derimod diæten som et fælles anliggende, som de ikke ville kunne klare alene, og som deres partner hjalp dem med at overholde (Peel et al., 2005, s. 784-785). I forhold til at bryde diæten fandt Peel et al., at det at spise chokolade hos kvinderne blev konstrueret som en *trang*, der var typisk – nærmest biologisk betinget – for kvinder, og som altså lå uden for kvindernes egen kontrol. Med et begreb fra Potter og Wetherell trak kvinderne altså på et biologisk *repertoire*, som i denne sammenhæng skulle retfærdiggøre deres 'snyd'. Hos både kvinder og mænd blev ansvaret for at bryde diæten desuden placeret hos de sundhedsprofessionelle, som ifølge interviewdeltagerne havde givet dem lov til at spise chokolade eller direkte opfordret til at spise 'rigtig' chokolade i stedet for sukkerfri produkter. Med et begreb fra Potter og Wetherell trak de her på en *bekræftelse og konsensus* fra de sundhedsprofessionelles side, som kunne retfærdiggøre adfærden. Både kvinder og mænd bandt ligeledes deres 'snyd' til bestemte kontekster som eksempelvis menstruation, ferier eller middage ude i byen, der alle konstrueredes som eksterne faktorer, som krævede, at interviewpersonerne bøjede sig for dem, og som således retfærdiggjorde dem (Peel et al., 2005, s. 786-788). Den viden, som undersøgelsen har frembragt, kan ifølge forfatterne skabe en forståelse af de interne og eksterne barrierer, som diabetikerne står over for i deres håndtering af diæten. Denne forståelse kan sundhedsprofessionelle bruge til at hjælpe diabetikerne med at gribe disse barrierer an (Peel et al., 2005, s. 788-789).

Identitetsskabelse på online diabetesfora

I artiklen "*Oh dear, should I relay be saying this on here?*": *Issues of Identity and authority in an online diabetes community* (2011) anvender Natalie Armstrong, Nelya Koteyko og John Powell diskurspsykologi i forhold til diskussioner mellem diabetikere på et nystartet online

⁹ Peel et al. refererer til Sullivan, E. D. & Joseph, D. H. (1998). Struggling with behavior changes: A special case for clients with diabetes. I: *Diabetes Educator*, 24, 72-77.

diabetesforum. Formålet er at undersøge identitetskonstruktioner hos deltagerne, som er mænd og kvinder mellem 22 og 70 år. På baggrund af tidligere forskning konkluderer Armstrong et al. – ligesom Funnell og Andersson pointerer i deres arbejde med patient empowerment – at et fællesskab, hvor der er mulighed for at kommunikere med ligesindede, har vist sig gavnligt for styrkelsen af patientautonomi¹⁰. I fællesskabet bliver den enkelte empowered og opnår en følelse af kontrol gennem informationsdeling, kontakten til andre i samme situation samt følelsesmæssig og social støtte (Armstrong et al., 2011, s. 348-349). Forfatterne egen undersøgelse viste, at deltagerne gennem udvekslingen af erfaringer konstruerede ekspertidentiteter for sig selv og skabte kontraster mellem sundhedsprofessionelles biomedicinske viden og deres egen erfaringsbaserede viden. De kritiserede de sundhedsprofessionelle, udtrykte forvirring over råd fra dem og søgte i stedet ligesindedes erfaringer. I andre tilfælde fremstillede de sig selv som kyndige og autoritære gennem referencer til deres store interesse for og viden om den seneste medicinske forskning i diabetes (Armstrong et al., 2011, s. 356-357). Med et begreb fra Potter og Wetherell trak deltagerne altså på et ekspertise-repertoire med henblik på at opnå en ”berettigende stemme” og dermed kunne udtale sig med en høj fakticitet, som samtidig kunne underminere de sundhedsprofessionelles ekspertidentitet. Med tiden begyndte brugerne af forummet dog at skrive mere personlige indlæg, hvor de delte bekymringer og fik modet til at konstruere sig selv som nogle, der ikke altid følger forskrifterne for en god diabetesdiæt. Pointen i forskningsartiklen er netop, at online fora kan være et instrument til en gruppedannelse, hvor deltagere kan dele både praktiske råd og yde hinanden emotionel støtte til gavn for den personlige empowerment (Armstrong et al., 2011, s. 354-360).

Fremstillingen af social druk

I Benjamin Saunders artikel *‘Sometimes you’ve just got to have fun, haven’t you?: the discursive construction of social drinking in young adults’ accounts of chronic illness* (2011) undersøger Saunders den diskursive fremstilling af social druk hos personer mellem 18 og 29 år med enten type 1-diabetes eller Chrons sygdom. Saunders ser et mønster, hvor interviewdeltagere med diabetes primært konstruerer undskyldninger for deres drukrelaterede opførsel, mens deltagere med Chrons sygdom primært konstruerer retfærdiggørelser (Saunders, 2011, s. 77). Mens Potter

¹⁰ Armstrong et al. refererer blandt andre til Heisler, M., Vijan, S., Makki, F. & Piette, J.D. (2010). Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 153(8), 507-515.

og Wetherell ikke opererer med begrebet "undskyldning", men i stedet bruger "retfærdiggørelse", trækker Saunders på Stanford Scott og Marvin Lymans skel mellem begreberne: ved undskyldninger indrømmer personen, at en handling er forkert eller upassende, men nægter det fulde ansvar; ved retfærdiggørelser accepterer personen ansvar for handlingen, men nægter dens negative egenskaber (Scott & Lyman, 1968, s. 47). Diabetikerne trak eksempelvis på kulturelle stereotyper ved at udtrykke, at der er en forventning om, at unge personer deltager i social druk. Med begreber fra Potter og Wetherell kan man sige, at diabetikerne trak på den selv-identitet, der bedst kunne retfærdiggøre (med Saunders ord "undskyld") den sociale druk: de trak på deres alders-identitet frem for eksempelvis deres diabetiker-identitet, fordi alders-identiteten gav mulighed for at retfærdiggøre deltagelsen i social druk gennem henvisningen til forventninger udefra. Fremstillingen af unge mennesker som nogen, der forventeligt drikker, trækker i sig selv på en bestemt kategorisering af 'unge mennesker' med blandt andet den egenskab, at de deltager i social druk (kategoriseringen er det samme, som Saunders kalder 'stereotyper'). Hos deltagerne med Chrons sygdom konstrueredes retfærdiggørelse primært gennem en fremstilling af social druk som noget, der ikke udgør en risiko for eller påvirker sygdommen i høj grad. Som det også var tilfældet i Peel et al.'s artikel om diabetesdiæt, retfærdiggjorde deltagerne desuden deres opførsel ved at fremstille den som noget, lægen havde givet tilladelse til, fordi det – i deltagernes egen gengivelse – kun ville skabe mindre implikationer i forbindelse med sygdommen (Saunders, 2011, s. 84). Artiklens bidrag til forskningsfeltet er at undersøge det diskursive ræsonnement bag tidligere studiers¹¹ indikation på, at unge med kroniske sygdomme for at fremstå "normale" er villige til at drikke på trods af forskellige risici (Saunders, 2011, s. 78).

En brik i diskursordenen

Som det ses i ovenstående undersøgelser, fokuserer langt den meste forskning på patienters italesættelser, mens sundhedsprofessionelles italesættelser ikke virker belyste. Det kan dels være en indikation på, at patienter anses for at være de vigtigste i spørgsmålet om håndteringen af deres helbred – det er deres stemme, man ønsker at høre. Omvendt kan det handle om, at sundhedsprofessionelle ikke i samme omfang har ønsket at "lade sig undersøge". Under alle

¹¹ Saunders refererer blandt andre til Eaton, S., Williams, R. & Bodansky, H. J. (2001). University students with diabetes. *Diabetic Medicine*, 18(11), 940-942.

omstændigheder ser det ud til, at mit speciale med sit delvise fokus på de sundhedsprofessionelles fremstillinger måske især her kan være med til 'lægge brikker ind' i den samlede diskursorden.

Helbred som eget ansvar

Det har ligeledes fanget min opmærksomhed, at jeg flere gange i litteratursøgningen til dette afsnit er stødt på diskursen om helbred som det enkelte individs eget ansvar (eks. Peel et al., 2005; Knutsen, Terragni & Foss, 2013). I artiklen *Empowerment and Bariatric Surgery: Negotiations of Credibility and Control* (2013) refererer forfatterne til Rose Galvins neoliberalistiske diskurs om patienter som forbrugere, der træffer egne valg og derfor også er ansvarlige for disse valg (Knutsen et al., 2013, s. 67; Galvin, 2002). Synet på patienter som forbrugere indebærer, at koncepter som livsstil, sundhedsfremme, forbrug og valg alle er individuelle anliggender. Som en konsekvens bliver helbred en normativ pligt, som gør individer acceptable ved, at de er i stand til aktivt at kontrollere deres eget helbred (Knutsen et al., 2013, s. 67). Denne diskurs kan altså bidrage til, at patienter fremstiller deres håndtering af sygdommen positivt for at fremstå som acceptable for omverdenen.

Opfattelsen af individet som ansvarligt for eget helbred kan desuden udledes af patient empowerment-filosofien: Når patienten får indflydelse på spørgsmål vedrørende eget helbred og sættes i stand til at stå for og at tage beslutninger om egen behandling, betyder det også, at patienten får et ansvar. Funnell og Andersson ekspliciterer ansvarsforholdet ved at påpege patienternes samtidige ret til og ansvar for at håndtere deres sygdom bedst muligt (Funnell og Anderson, 2004, s. 123). Ansvarsdiskursen er med til at sætte en ramme for, hvordan patienter og sundhedsprofessionelle kan tale om patienters håndtering og oplevelse af egen sygdom; nemlig med det udgangspunkt, at det i sidste instans er patientens eget ansvar. Den er ligeledes rammesættende for, hvordan sundhedsprofessionelles behandleridentitet og -ansvar følgelig kan italesættes.

Jeg har nu undersøgt tidligere forskningsresultater, der hver især har vist mulige fremstillinger af identitet, handlinger, sygdom, helbred, patienter og sundhedsprofessionelle. Disse kan jeg have in mente i arbejdet med min analyse, samtidig med at de sætter analysen ind i en større forskningsmæssig sammenhæng.

Analyse

Som nævnt i afsnittet Det kvalitative livsverdensinterview er analysen inddelt efter de temaer, jeg identificerede under databearbejdningen. Temaerne er 'Patienternes håndtering af diabetesen', 'Ansvar', 'Pårørende', 'Patienterne om de sundhedsprofessionelles indsats', 'Sygeplejerskerne om indsatsen for patienterne' og 'Komplians'. Under de enkelte temaer behandler jeg patienternes og sygeplejerskernes sproglige fremstillinger i den rækkefølge, som skaber den bedste sammenhæng. De sproglige fremstillinger er inddelt i temaerne efter min vurdering af, hvor de passer tematisk ind og bidrager til besvarelsen af min problemformulering. De illustreres gennem uddrag af den transskriberede empiri. Tallet angivet i parentes efter hvert transskriptionsuddrag angiver den side i transskriptionen af det pågældende interview, som uddraget findes på.¹²

Patienterne optræder under pseudonymerne Mai, Line og Tommy og sygeplejerskerne under pseudonymerne Helle, Lone og Anna.

Patienternes håndtering af diabetesen

Under dette emne behandler jeg interviewpersonernes italesættelse af patienternes håndtering af diabetesen. Særligt hos patienterne ser det ud til, at styringsforholdet mellem dem selv og diabetesen er centralt. I interviewet med Mai fortæller hun, at hun først på diabetes-ugekurset blev klar over, at de seneste anbefalinger for diabetesdiæten indebærer, at diabetikere kan spise både sukker- og kulhydratholdig mad, hvis de tilpasser deres insulinmængde efter det. Hun har ikke selv fulgt med i den seneste forskning på området og begrundet dette med et valg om at tage styringen over diabetesen:

Mai: Og det kunne jeg jo sagtens have fundet ud af mange år før, hvis jeg havde gidet læse op på det

Interviewer: Mm.

Mai: men det har jeg bare ikke, altså jeg har nok valgt at (.) det er mig, der skal styre det og ikke det, der skal styre mig. (44)

Illustration 1

¹² De transskriberede interviews er vedlagt som bilag 8-13 (på CD).

Først og fremmest ser jeg i Mais udtalelse en division af subjektet: *"jeg har nok valgt (.) at det er mig [...]"* Divisionen er med til at understrege, at der er tale om et valg, som Mai er i kontrol over. Det private "jeg" har truffet beslutningen om styringsforholdet mellem diabetesen og det sociale "mig". Italesættelsen af valget er et led i en større pointe om forholdet mellem informationssøgning og styring: Den viden, Mai fik på ugekurset, kunne have været hende tilgængelig, hvis hun selv havde opsøgt den. At hun ikke har opsøgt den, begrundes hun med valget om styringen: *"Altså jeg har nok bare valgt, at det er mig, der skal styre det og ikke det, der skal styre mig."* Her fremstiller Mai det at afstå fra læsning om diabetesen som lig med, at det er hende, der styrer diabetesen. Denne italesættelse står i kontrast til Armstrong et al.'s undersøgelsesresultater, hvor diabetikere netop bruger deres viden om den seneste forskning i diabetes til at fremstille sig som eksperter på området med deraf følgende berettigede stemmer. I modsætning hertil er det hos Mai valget om *ikke* at følge med i forskningen, der giver en form for styring. I relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan en konsekvens af denne italesættelse være en bestemt opfattelse af rollerne i empowerment-forløbet, hvor det er de sundhedsprofessionelle, der besidder den nyeste viden og derfor både kan og må formidle den til patienterne.

Fokuset på styring ser jeg også i interviewet med Line:

Line: De::t [diabetesen, red.] altså det er som om, det er ikke noget, der fylder som sådan i hverdagen eller noget overhovedet. Det er det ikke, altså det er noget, jeg har, og det er mig, der styrer det, det er ikke den, der styrer mig.

Interviewer: Mm.

Line: Og det har vi [Line og hendes mand, red.] valgt at sige, ø::h (.) fordi ellers så kunne det blive rigtig, rigtig træls. (16)

III. 2

Som hos Mai italesætter også Line sig selv som den, der har styringen. Også ligesom Mai trækker hun på repertoiret om *valg*: det er Line og hendes mand, der har valgt, at Line har styringen og dermed også, at diabetesen er mindre "træls", end den kunne have været. I dette eksempel bringes styringsrepertoiret i spil i forbindelse med italesættelsen af diabetesen som noget, der "ikke fylder" i hverdagen – dette vender jeg tilbage til om lidt. Først vil jeg fremhæve et eksempel i interviewet

med Line, hvor styringsrepertoiret omvendt bruges til at italesætte diabetesen som den, der har styringen:

Line: Øh. Og så, altså sådan jo, måske også i hverdagen, men det er også lidt på lidt længere sigt, at nu har vi en søn på otte, og vi vil rigtig, rigtig gerne have et barn mere, men (.) på grund af mine langtidsblodsukre de ligger (.) så højt som de gør og den (.) egentlig styrer sit eget liv, jamen så er det egentlig også bare bandlyst lige (.) pt og det næste lange stykke tid. (7)

III. 3

Her falder samtalen på Lines og hendes mands ønske om endnu et barn, men diabetesen italesættes som det, der "bandlyser" ønsket, fordi "*den egentlig styrer sig eget liv*". Her fremstilles diabetesen altså som værende i kontrol og i stand til at styre sig selv. Dermed er styringen af diabetesen uden for Lines kontrol, og således også hendes ønske om et barn. Også i forbindelse med hverdagens udfordringer fremstiller Line sig selv som ude af stand til at styre diabetesen:

Interviewer: Ja. Hvad vil du så sige egentlig er de udfordringer, du så har i hverdagen?

Line: Åh ha, jamen jeg ville jo rigtig gerne leve som det er (.) at jeg egentlig skal (.) med at skulle måle mine blodsukre (.) en halv time eller halvanden time før jeg spiser og igen halvanden time efter og (.) altså måle alle de gange, men det gør jeg ikke. Jeg kan simpelthen ikke ø::h (.) jeg kan ikke overskue det. (6)

III. 4

Line udtrykker her et ønske om at "leve som hun egentlig skal" og uddyber, at dette handler om at foretage de daglige målinger. Men på trods af hendes vilje til at foretage målinger, får hun det ikke gjort, og begrundet det med manglende overskud. Italesættelsen af det manglende overskud står umiddelbart i modsætning til Lines tidligere italesættelse af diabetesen som noget, der "ikke fylder" i hverdagen, og også andre steder i interviewet italesætter Line diabetesen som noget, der netop fylder:

Interviewer: Nej. Øh (pause) hvordan vil du ligesom sige, du håndterer nogle af de udfordringer, der er ved at leve med diabetes?

Line: Hm (.) jeg synes ikke, at jeg sådan lader mig berøre så meget af det. Jeg har nok sådan (.) lukket lidt øjnene for det. (27)

[...]

Interviewer: Ja. Hvad var det for en følelse, der gjorde, at du skulle (.) have det væk?

Line: Jamen, jeg orkede det bare ikke. (28)

[...]

Interviewer: Ja. Og så bliver det skubbet lidt væk?

Line: Lige præcis.

Interviewer: Hvordan tror du, det kan være, det er lige det, der bliver skubbet væk?

Line: Det er fordi, det er det, der fylder, og det er det, der er træls. (63)

III. 5

Først og fremmest omtaler Line her diabetesen som noget, hun ikke *lader* sig berøre af: ved brug af divisionen mellem "jeg" og "mig" – "*jeg synes ikke, jeg sådan lader mig berøre af det*" – fremstiller Line denne forholdemåde som et valg, der er truffet af det personlige "jeg", og som det sociale "mig" efterlever. Når Line ikke er berørt af diabetesen, har det altså noget med hendes forholdemåde at gøre, og ikke diabetesens karakter. Netop diabetesens karakter fremstilles som både "*træls*" og som "*det, der fylder*." Derfor vælger Line at "*lukke øjnene for det*." Da jeg spørger, hvorfor Line har brug for at "få diabetesen væk", svarer hun, at hun ikke "*orkede det*" – et ordvalg, som falder ind under det tidligere repertoire om manglende overskud. I eksemplerne på Lines italesættelse af styringsforholdet mellem hende og diabetesen ser jeg overordnet en variation, som peger på en konflikt i forhold til, hvem der styrer, men med hovedvægt på, at Line i perioder ikke kan overskue diabetesen og dermed heller ikke styre den. Således kommer Lines håndtering af diabetesen til at fremstå problematisk og konfliktfyldt.

Hos sygeplejerskerne trækker også Lone på styringsrepertoiret, da samtalen falder på, hvor meget diabetesen kan fylde for patienterne umiddelbart efter diagnosticeringen:

Lone: Jeg siger også "Det er fint nok, mens du skal lære, men på sigt, så er det dig, der bestemmer. Du har bare diabetes også."

Interviewer: Ja.

Lone: "Men du skal have dit liv (.) med det i baghovedet selvfølgelig, men det er dig, der skal styre. Det skal ikke være diabetesen, der styrer dig." (43)

III. 6

Lone lægger ud med, at det er i orden, at diabetesen fylder meget for patienten i starten af forløbet, hvor patienten skal lære, men tilføjer, at det på sigt skal være patienten, "*der bestemmer*". Det skal altså være patienten, der har kontrollen, som Lone uddyber ved eksplicit at nævne styringen: "*Det er dig, der skal styre. Det skal ikke være diabetesen, der styrer dig.*" Diabetesen italesættes ligeledes som noget, der skal "*være i baghovedet*", altså noget sekundært i patientens liv. Italesættelsen af diabetesen som sekundært ses ligeledes i sætningen "*du har bare diabetes også*", hvor adverbiet "*bare*" nedtoner diabetesens betydning. Både denne nedtoning og styringsrepertoiret er med til at subjektivere patienten som værende i stand til at tage kontrollen og håndtere diabetesen – eller i hvert fald som en, der bør være i stand til det. Følgelig er det også relevant netop at overlade den daglige håndtering af diabetesen til patienten. Lines fremstilling af hendes konfliktfulde styring af diabetesen kan dog pege på, at håndteringen ikke for alle patienter er uproblematisk.

I interviewet med Anna italesætter hun netop håndteringen af diabetesen som forskellig fra patient til patient:

Interviewer: Din oplevelse af livet med diabetes, hvad er det, der fylder ved patienterne?

Anna: Der synes jeg ikke, jeg kan sige noget generelt, fordi (.) det er nok det, altså (.) både der gør arbejdet svært, men også spændende, at det er jo simpelthen så individuelt fra person til person. Ligesom alt muligt andet her i livet, hvordan vi håndterer ting (.) at det er forskelligt, men det er det også med diabetes. (2)

III. 7

Her trækker Anna på et repertoire om forskellighed og individualitet – hun kan ikke sige noget *"generelt"*, for som med *"alt muligt andet her i livet"* er det *"forskelligt"* og *"individuel"*, hvordan mennesker håndterer ting. Således italesættes diabetesen også som noget, der ikke i sig selv ansporer til en bestemt eller typisk reaktionsmåde fra patienternes side: håndteringen har ikke noget med diabetesen som sygdom at gøre, idet diabetesen sidestilles med *"alt andet her i livet"*, og håndteringen har qua individualitetsrepertoiret noget at gøre med, hvem patienterne er som mennesker. Som en konsekvens af denne italesættelse bliver det relevant at fokusere på den enkelte patient og netop dennes håndtering i empowerment-indsatsen. Senere i interviewet, da samtalen falder på Annas udvikling som diabetessygeplejerske, italesætter hun dog patienterne på en anderledes kategoriserende måde:

Anna: [...] Øh. Så det er jo en kombination af erfaringen i, at man har set mange patienter og efterhånden har mange, hvad skal man sige, patientforløb

Interviewer: Mm.

Anna: og trods alt ved, at selvom patienterne er forskellige, så kan man sige, så er der en gruppe, der er sådan, og en gruppe, der er sådan og sådan og sådan, ikke altså.

Interviewer: Ja.

Anna: Så det er jo en kombination af, at man (.) kan gennemskue nogle ting og kender til nogle sammenhænge [...] (41)

III. 8

I ovenstående transskriptionsuddrag trækker Anna – trods gentagelsen af, at patienterne er forskellige – på et grupperepertoire, som er med til at kategorisere patienterne: *"[...] der er en gruppe, der er sådan, og en gruppe, der er sådan og sådan [...]"*. Kategorierne er ifølge Anna opstået på baggrund af, at hun *"kan gennemskue nogle ting og kender til nogle sammenhænge."* Disse sammenhænge, som Anna ikke specificerer nærmere, er altså redskaber til kategoriseringen. Ligeledes er Annas erfaring et redskab til kategoriseringen, idet Anna italesætter erfaringen som det, der gør hende i stand til at *"gennemskue"* disse sammenhænge. Erfaringen er på den måde med til at retfærdiggøre, at Anna kategoriserer patienterne, selvom de er forskellige. En konsekvens af denne italesættelse kan være opfattelsen af patienterne som kategoriserbare,

hvorved kategoriseringer af dem bliver relevante og indsatsen måske i større eller mindre udstrækning tilpasses efter kategorier frem for den enkelte patient.

Under dette tema har jeg for patienternes vedkommende set en fremstilling af afstanden til diabetesforskning som bidragende til at give patienten styring over diabetesen og en mere konfliktfuld italesættelse af diabeteshåndteringen, hvor den somme tider er uoverskuelig. Italesættelserne peger på en stor spredning i, hvordan patienterne håndterer diabetesen; for nogle patienter også i forhold til, hvilken periode patienten er i – om vedkommende har overskud. Konsekvenserne ser ud til at være, at indsatsen må tilpasses den enkelte patient og dennes håndteringsmetode, som i dette tilfælde for én patients vedkommende indebærer, at det er de sundhedsprofessionelles ansvar at informere om den seneste forskning, mens det hos en anden virker oplagt at de sundhedsprofessionelle tilpasser indsatsen efter de perioder, hvor der er brug for støtte, eller i hvert fald er opmærksomme på svingninger i overskuddet og kan rådgive derefter. Hos sygeplejerskerne har jeg set en fremstilling af patienterne som dem, der bør have styringen, og som også kan blive i stand til det, fordi diabetesen er et sekundært forhold i deres liv. Ligeledes har jeg set en fremstilling af patienternes håndtering af diabetesen som individuel, hvilket støtter op om relevansen af at tilpasse indsatsen til den enkelte, men dog også en kategorisering af patienterne, som på den anden side kan lægge op til en indsats tilpasset efter sygeplejerskernes vurdering af, hvilken kategori en patient hører under.

Ansvar

I forlængelse af de sproglige fremstillinger af håndteringen af diabetesen er det relevant at kigge på italesættelsen af ansvarsfordelingen i indsatsen, for hvem skal egentlig håndtere hvad? Ansvar er et underliggende emne gennem hele analysen, idet ansvaret kan placeres hos forskellige subjekter som effekt af italesættelser, der tematisk knytter sig til andre emner. Under dette emne forholder interviewpersonerne sig dog mere eksplicit til spørgsmålet om ansvar. Både hos patienter og sygeplejersker ses diskursen om helbred og sygdom som eget ansvar, og der ser ud til at være enighed om, at patienterne har det primære ansvar for at passe diabetesen i det daglige og for at bede om hjælp, mens sygeplejerskerne skal træde til med støtte og rådgivning til at opnå det liv med diabetesen, som patienterne ønsker (eks. Mai s. 56; Line s. 72; Lone s. 15; Anna s. 37; Helle s.

21). Det er til gengæld forskellige repertoier, interviewpersonerne trækker på, når ansvaret omtales. Hos Line ser italesættelsen eksempelvis således ud:

Line: Men hvis jeg kommer ud på sygehuset og ikke har nogen blodsuktermålinger med, jamen så kan de jo heller ikke gøre noget.

Interviewer: Nej.

Line: Øh. Så der vil jeg, altså det er lidt ligesom på uddannelse ikke, altså tag ansvar for egen læring, jamen (.) tag ansvar for egen sygdom, for eget liv, ikke. (72)

III. 9

Her fokuserer Line på blodsuktermålingerne og understreger, at hvis *hun* ikke har målinger med, så kan "*de*" – altså de sundhedsprofessionelle – ikke gøre noget. På den måde italesætter Line sin egen opgave som udgangspunktet for samarbejdet om behandlingen. Herefter uddyber hun sin pointe ved at trække på den kendte diskurs inden for uddannelsesområdet om *ansvar for egen læring*, som hun overfører til diabetesen – "*tag ansvar for egen sygdom*" – og herefter igen til selve tilværelsen: "*for eget liv*". Hos Line italesættes altså et stort ansvar, som ligger hos hende selv. Hos Mai ser italesættelsen af ansvaret anderledes ud:

Interviewer: Ja. Hvad tænker du egentlig om, at diabetikere skal stå for så meget selv, kontrol og måling og (.) behandling jo nærmest, hvad er din mening egentlig om det?

Mai: Altså det kan jo ikke rigtigt være anderledes, tænker jeg.

Interviewer: Okay.

Mai: Altså::, hvis nu jeg va::r multihandicappet eller et eller andet, så ville det jo være nogle sygeplejersker eller min pædagog, der skulle sørge for det, men i en almindelig hverdag, der kan man jo ikke (.) altså (.) det kan ikke rigtigt være anderledes. [...] (50)

III. 10

Mai trækker på et repertoire om nødvendighed, idet hun konkluderer, at "det jo ikke kan være anderledes". Her understreger hun nødvendigheden gennem biordet "jo", som fremstiller udsagnet som en selvfølgelighed og øger fakticiteten. Sidst i uddraget gentager hun synspunktet om, at det ikke kan være anderledes, i hvert fald ikke i en "*almindelig hverdag*". Igen konstaterer

hun nødvendigheden af, at hun selv står for store dele af sin behandling, men hvor hun i sin første udtalelse tilføjede et moderende *"tænker jeg"* og dermed sprogligt tillagde synspunktet hende selv, fremstilles det her som en objektiv sandhed: *"det kan ikke rigtigt være anderledes."* Denne sproglige fremstilling af ansvaret som en nødvendighed gør, at det slet ikke er relevant at overveje andre måder at fordele ansvaret på. Hvor Mai fokuserer på nødvendigheden og afstår fra at vurdere, om det daglige ansvar er godt eller skidt, vurderer Tommy derimod, at det er *"helt okay"* (s. 12), da jeg spørger til hans daglige ansvar. Da jeg spørger nærmere ind, fremstilles ansvaret decideret positivt:

Tommy: Jeg synes, det giver noget tryghed, at man selv øh, kan gå ind og se hvorfor øh (.) og man selv kan være med til at måle, altså. Man, man selv ka::n (pause) ja, jeg havde nær sagt kontrollere det.

Interviewer: Mm. [Ja.]

Tommy: [Øh.] Jo, det synes jeg helt sikkert. End at man sådan (.) hver tredje dag skulle ud at have en blodprøve og så (.) "Jamen du ligger for højt, du skal have mere" og så ikke ane andet end nå okay.

Interviewer: Ja, [ja.]

Tommy: [Altså] (.) så synes jeg det er noget bedre selv at, at kunne være med til at (.)

Interviewer: Ja, du kan selv følge [det]?

Tommy: [at] følge det, ja. (12)

III. 11

Tommy lægger ud med at italesætte muligheden for selv *"at måle"* som noget, der giver tryghed, og udtrykker således positive følelser i forbindelse med sine opgaver. Han uddyber ved at sammenligne sin egen mulighed for at *"kontrollere det"* med en hypotetisk modsætning: at Tommy hver tredje dag skulle have taget en blodprøve og ville blive fortalt, at han skulle have mere insulin, men ikke vide hvorfor. Heroverfor mener Tommy, at det er *"noget bedre selv at kunne være med til at følge det"* – det at følge med i den daglige behandling er altså med til at give Tommy indsigt i, hvorfor behandlingen er, som den er, og det giver ham tryghed. Den positive fremstilling af Tommys egne opgaver gør det relevant for patienterne fortsat at stå for behandlingen i dagligdagen.

Hos sygeplejersken Helle fremstilles patienternes eget ansvar ligeledes positivt:

Helle: Jeg oplever egentlig, at hvis man lægger energien i nogle af dem, hvor man sådan tænker "Det her, det er kun lige et spørgsmål om..." (.) så er de jo ret hurtige til ligesom at tage over selv og kan selv, og så frigiver det jo en masse tid til de andre.

Interviewer: Mm.

Helle: Men jeg mener virkelig, at den største glæde det må være at kunne håndtere tingene selv, at man ikke hele tiden er afhængig af andre. (26)

III. 12

Helle forklarer her, hvordan de patienter, der forholdsvis hurtigt *"tager over selv"* frigiver tid til *"de andre"* – altså de patienter, der har brug for mere støtte. Herefter tilføjer Helle en normativ vurdering gennem perspektivet, at *"den største glæde må være at kunne håndtere tingene selv"*. Her italesættes patienternes eget ansvar altså som noget positivt, som en *"glæde"*, og perspektivet uddybes ved, at *"man ikke hele tiden er afhængig af andre"*: Ved at trække på *"afhængighed"* – i stedet for eksempelvis *"støtte"* – og i øvrigt benytte sig af hyperblen *"hele tiden"* fremstiller Helle den selvstændige håndtering yderligere positivt. På den måde lægger Helles sproglige fremstilling op til at fortsætte med at placere så meget ansvar hos patienterne som muligt.

Opsummerende kan det siges, at konsekvensen af interviewpersonernes italesættelse af ansvarsfordelingen er den samme, selvom repertoirerne er forskellige. Mens patienterne trækker på henholdsvis et repertoire om ansvar for eget liv, et nødvendighedsrepertoire og et tryghedsrepertoire, trækker Helle på et repertoire om glæde. Samtlige repertoirer lægger dog op til, at ansvarsfordelingen skal forblive som den er, og at patienterne således skal have et forholdsvis stort ansvar.

Pårørende

I interviewene blev familie og pårørende som en del af patienternes dagligdag og netværk ved flere lejligheder bragt på banen. Især hos patienterne ser det ud til, at der er en problematik i forhold til nære pårørende, de ikke bor sammen med – eksempelvis venner, forældre og søskende. Line og Tommy oplever, at deres pårørende mangler information om diabetes, og mens den manglende information "irriterer" Tommy (s. 21) føler Line sig "stempleet", "overvåget" og irettesat (s. 11). Også Mai har et ønske om mere information til pårørende, men alle tre patienter er enige om, at informationen ikke skal komme fra dem selv. Eksempelvis udtaler Tommy i forlængelse af emnet om hans kærestes og mors manglende forståelse:

Tommy: Øh, så det er ikke er mig, der fortælle hende det. Øh.

Interviewer: Ja.

Tommy: eller (.) et eller andet, jo, det, helt sikkert, noget mere information til, til baglandet og (.) til de nærmeste.

Interviewer: Ja.

Tommy: [Det]

Interviewer: [Så] de ville have en større forståelse?

Tommy: Ja, som vi snakkede om derude på ugekursus, nogle gange så kunne det egentlig være meget rart, at det var dem, der kom på ugekursus. Øh ens

Interviewer: Mm.

Tommy: nærmeste eller, eller de kom med, så de også kunne lære noget om, hvorfor det var at det fungerede som det fungerede. (22)

III. 13

Her lægger Tommy vægt på, at det ikke skal være ham selv, der informerer sine pårørende om diabetes. Derimod nævner han, at der på diabetes ugekurset har været tale om, at de nærmeste enten kommer på deres eget ugekursus eller kommer med patienterne på ugekursus. Her kan de så "lære noget om, hvorfor det var, at det fungerede, som det fungerede". Tommys sproglige fremstilling lægger altså op til, at de pårørende bedre kan lære på et kursus, som sygeplejerskerne står for, end de kan af Tommy selv. På den måde italesætter Tommy sin egen stemme som ikke-

berettigende, hvorimod han trækker på ugekurset og dermed sygeplejerskernes kategorisk berettigende stemme i kraft af deres professionalisme. Det samme er tilfældet hos Line, som i forlængelse af emnet om hendes forsøg på at informere sine pårørende udtaler:

Line: Det er bare ikke altid, den bliver godtaget, fordi jeg er jo ikke fagperson, vel.

Interviewer: [Nej.]

Line: [Jeg er jo] den, der har sygdommen. Jeg [kan sige]

Interviewer: [Ja.]

Line: jeg kan jo sige, hvad jeg vil, bare for at (.) få fred, ikke. (57)

III. 14

Her trækker Line på kategoriserien "fagpersoner" og denne gruppes berettigende stemme, som hun bruger til at underminere sin egen ekspertise: "*fordi jeg er jo ikke fagperson.*" Hun italesætter heroverfor sig selv som "*den, der har sygdommen*", og bruger denne kategorisering til at nå en pointe: "*jeg kan jo sige, hvad jeg vil, bare for at få fred, ikke.*" Jævnfør Potters begreber inden for fakticitet trækker Line her på *interesse*. Hun fremstiller sin egen åbenlyse interesse i at få fred, hvilket er med til at underminere hendes ekspertise og gøre hendes stemme ikke-berettigende. I forhold til empowerment er det muligt, at patienternes italesættelse af deres egne stemmer som ikke-berettigende i forbindelse med diabetesen hindrer empoweringen forstået som følelsen af at have en berettiget stemme i forhold til eget helbred. Også manglen på information kan i sig selv potentielt virke bremsende for empoweringen. Eksempelvis udtaler Line:

Line: Fordi det [information til pårørende, red.] mangler, og det er så vigtigt.

Interviewer: Ja.

Line: Øh, og det er simpelthen noget altså, vi råber og skriger efter det, fordi der er simpelthen så lidt (.) viden omkring

Interviewer: Ja.

Line: Og det er så vigtigt. I hvert fald for os andre, for det er, at vi føler os sådan (.) bare nogenlunde normale. (42)

III. 15

Her fremstiller Line først og fremmest manglen på information til pårørende som objektivt sandt, idet hun ikke knytter sig selv som subjekt på udsagnet, som således får en høj modalitet og fakticitet. Det samme gør sig gældende for udsagnet om, at informationen er vigtig. Line uddyber: *"vi råber og skriger efter det"* og knytter altså her et pronomen på udsagnet, nemlig *"vi"*, som sprogligt fremstiller problemstillingen som aktuel for flere personer end Line selv. Det samme ses i sætningen *"I hvert fald for os andre, for det er, at vi føler os sådan bare nogenlunde normale."* Line specificerer ikke nærmere, hvem *"vi"* og *"os andre"* er, men set i denne kontekst opfatter jeg pronomenerne som refererende til Line og andre diabetikere. I sidstnævnte udsagn bringer Line det at *"føle sig normal"* i spil som argument for, at informationen til de pårørende er vigtig. Det er denne følelse af normalitet, som kan hænge sammen med empowerment: hvis de pårørende ikke ved tilstrækkeligt meget om diabetes til, at patienterne kan føle sig *"normale"* i deres selskab, kan det potentielt bremse empoweringen forstået som følelsen af tilpashed og balance og dermed styrke i livet med den kroniske sygdom.

Hos sygeplejerskerne er Lone opmærksom på problematikken med især de nære pårørende, som patienterne ikke bor sammen med. Lone fremstiller dog problemet som uløseligt:

Interviewer: Okay. Øh, tænker du egentlig, der er noget, man ville kunne gøre for at komme det til livs, det der med at de nærmeste, som man måske ikke bor sammen med (.) ikke rigtig har forstået (.)[behandlingsmetoden?]

Lone: [Nej], det tror jeg faktisk ikke, ikke sådan umiddelbart, fordi jeg tror det er simpelthen en samfundsting.

Interviewer: Mm.

Lone: Øh, men det jeg prøver at gøre i den sammenhæng, det er at forberede for eksempel en forholdsvis nyopdaget diabetiker på, at man kan møde det her med, at andre tager del i det, vurderer om de synes, det man gør er fornuftigt eller ej

Interviewer: Ja.

Lone: og at man egentlig skal forberede (.) de må ikke blive forskrækkede over, at andre kan finde på at blande sig [...] (6)

Lone begrundet opfattelsen af problemet som uløseligt med, at der er tale om "*en samfundsting*". Problematikken italesættes altså som noget, der ikke blot relaterer sig til diabetikere og deres pårørende, men som strækker sig helt op på samfundsplan, og derfor er det ifølge Lone altså uforanderligt – et vilkår. Det relevante for Lone er derfor at "*forberede*" patienterne på, at andre vurderer deres handlinger. Også dette udsagn er med til at styrke italesættelsen af problematikken som et blivende vilkår: når patienterne skal forberedes på det, lægger det op til noget, de skal acceptere, frem for noget, der kan ændres. Selve forberedelsen italesættes desuden som positiv, idet den kan afholde patienterne fra at "*blive forskrækkede over, at andre kan finde på at blande sig*". Også dette er med til at fremstille forberedelsen på problematikken som relevant.

Da patienterne under interviewene har nævnt, at de har talt med sygeplejerskerne om muligheden for at afholde et ugekursus for pårørende, spørger jeg konkret ind til denne mulighed. Lone nævner i den forbindelse, at sygeplejerskerne for ti år siden holdt et kursus for forældre til unge med diabetes, som for nyligt var flyttet hjemmefra, hvor forældrene blev sat ind i den seneste udvikling inden for behandling:

Lone: Så der havde forældrene jo en enorm viden om diabetes, og så på forholdsvist få år blev den egentlig forældet, eller man vælger nogle nye principper, og tackler tingene på en anden måde.

Interviewer: Mm.

Lone: Så (.) man kunne godt lave, altså, du kunne godt forestille sig, at Diabetesforeningen lavede nogle kurser engang hver tredje-fjerde år. Pointet på (.) ikke lige netop diabetikere, men pårørende til diabetikere. (7)

III. 17

Det interessante her er særligt, at Lone anerkender, at et kursus for pårørende kunne være en mulighed, men det er *Diabetesforeningen*, hun nævner som afholder af kurset. Ved at afstå fra at omtale sygeplejerskerne selv som planlæggere eller afholdere af kurset, italesættes problematikken om de pårørende og en eventuel løsning i form af kurset ligeledes som noget, der ligger uden for sygeplejerskernes område. Dermed bliver det ikke relevant for sygeplejerskerne at tilbyde et sådant kursus.

Under dette tema har jeg set, hvordan patienterne blandt andet ved at trække på kategorien "fagpersoner" italesætter deres egne stemmer som ikke-berettigende i forhold til at informere deres pårørende om diabetes. Denne ikke-berettigende stemme kan potentielt være en stopklods for patienternes følelse af empowerment, ligesom også den manglende information til de pårørende italesættes som en forhindring for, at patienterne kan føle sig "normale", hvorved patienternes følelse af styrke potentielt kan hæmmes. Når patienterne ikke har en berettiget stemme i forhold til at videregive information til de pårørende betyder det, at det bliver de sundhedsprofessionelle, der skal videregive den, og i tråd hermed har patienterne nævnt muligheden for et ugekursus for pårørende. Hos sygeplejersken Lone italesættes problematikken med de pårørende dog som "*en samfundsting*" og dermed et vilkår, som ikke står til at ændres. Jævnfør denne italesættelse bliver det ikke relevant for sygeplejerskerne at stå for informationer til de pårørende – et perspektiv, der uddybes, da Lone italesætter Diabetesforeningen som mulige værter for et pårørendekursus frem for sygeplejerskerne på AUH.

Patienterne om de sundhedsprofessionelles indsats

Under dette emne bevæger jeg mig fra det konkrete fokus på ansvarsfordelingen til, hvordan patienterne mere generelt italesætter de sundhedsprofessionelles bidrag i empowerment-indsatsen. Særligt lægger jeg mærke til, at lægerne på Endokrinologisk Afdeling, som patienterne primært er i kontakt med to-tre gange om året til diabeteskontrol, fylder forholdsvist meget i patienternes sproglige fremstillinger. Diskursen om kontrollerne hos lægerne er overvejende negativ. Det ses blandt andet hos Mai, som forklarer, at der til kontrollerne er en kort snak med lægen, som derefter måler blodtryk og ser på langtidsblodsukkeret, hvorefter hun fortsætter:

Mai: [...] og så måler de, eller det har de i hvert fald nogle gange gjort, måler følsomheden i tæerne

Interviewer: Ja.

Mai: og øh, tjekker for insulinpuder. Og så når man faktisk ikke mere, det kunne jeg jo næsten gøre selv, [tænker jeg lidt.]

Interviewer: [Ja]

Mai: Øh, så det er sådan lidt, når så der er et halvt år til igen, ikke

Interviewer: Ja.

Mai: så det er begrænset, hvad man kan bruge det til. (38)

III. 18

Her fremstiller Mai først og fremmest lægens opgaver til kontrollen som noget, hun "næsten kunne gøre selv". Trods moderationen – "næsten" og "tænker jeg lidt" – er effekten, at lægens ekspertidentitet undermineres qua fremstillingen af hans opgaver som noget, en patient selv kunne have gjort. Ligeledes trækker Mai i sin fremstilling på den lave hyppighed af kontrollerne: "Når der så er et halvt år til igen" og ender i konklusionen, at det er "begrænset, hvad man kan bruge det til." Overordnet trækker Mai i klippet både ved fremstillingen af opgaverne som nogle, patienterne knapt behøver en læge til, og ved konklusionen om begrænset brugbarhed på et unødvendighedsrepertoire. I klippet sker desuden et skift i pronominerne fra "jeg" i "det kunne jeg jo næsten gøre selv[...]", hvor Mai kun knytter sig selv til udsagnet og dermed kun taler for sig selv, til "man" i "så det er begrænset, hvad man kan bruge det til", hvor det generaliserende pronomen fremstiller den begrænsede brugbarhed som en generel problematik. Mai fortsætter:

Mai: Nu har de så, her inden for de sidste par år der har de indført sådan en årskontrol, hvor man kommer ind til en sygeplejerske, der så kan snakke med én om, jamen fornyelse af kørekort og flere andre ting sådan.

Interviewer: Ja.

Mai: Hvor der er sat lidt længere tid af til det

Interviewer: Ja.

Mai: og hvor det sådan mere er kontakten

Interviewer: Ja.

Mai: det er det jeg savner i det andet, det er sådan mere bare teknisk

Interviewer: Ja.

Mai: kigger på tallene, dut-dut-dut, og så er det sådan, det er.

Interviewer: Mm.

Mai: Øh, men her, der er der sådan lidt mere tid til at snakke

Interviewer: Ja.

Mai: og jeg føler mig mødt på en anden måde, det kan også være fordi, det er en sygeplejerske, men (.) jeg synes, det virker bedre. (38-39)

III. 19

Her sammenligner Mai kontrollerne hos lægen med den ny årskontrol hos en sygeplejerske og taler overordnet set ud fra to repertoarer. For det første et tidsøkonomisk repertoire: *"Der er sat mere tid af til det", "men her, der er det sådan lidt mere tid til at snakke"* og for det andet et kontaktrepertoire: *"hvor det sådan mere er kontakten" og "jeg føler mig mødt på en anden måde."* Gennem disse to repertoarer fremstilles årskontrollen med sygeplejersken mere positivt end den almindelige kontrol hos lægen – eksempelvis da Mai i forlængelse af sætningen *"hvor det sådan mere er kontakten"* konstaterer, at *"det er det, jeg savner i det andet"*. Ligeledes erklærer hun i forlængelse af sætningen *"der er der sådan lidt mere tid til at snakke"*, at hun føler sig mere *"mødt"* og at *"det virker bedre"*. Som en kontrast til kontaktrepertoiret trækker Mai i forbindelse med kontrollerne hos lægen på et teknikrepertoire, der er med til at uddybe forskellen på de to typer af kontroller: *"det er sådan mere bare teknisk" og "kigger på tallene, dut-dut-dut, og så er*

det sådan, det er". I sidstnævnte sætning fremstiller Mai teknikken – "*tallene*" – som grundlag for den endelige vurdering: "*så er det sådan, det er*"; noget, der står i modsætning til det at føle sig mødt og at have tid til at snakke. Udover de forskellige repertoarer, som er med til at rammesætte kontrollerne på forskellige måder, slutter Mai med at fremstille sygeplejersken som mulig årsag til, at årskontrollen "*virker bedre*": "*Det kan også være fordi, det er en sygeplejerske.*" Her fremhæves sygeplejersken altså frem for lægen, og jeg ser første gang et sprogligt skel mellem læger og sygeplejersker, som jeg kommer nærmere ind på senere. Da jeg spørger yderligere ind til kontrollen med sygeplejersken, uddyber Mai:

Interviewer: Så hvad er det for nogle ting, I vender der? For eksempel. Nu nævnte du noget med, det [kunne være kørekort]

Mai: [Det kunne] for eksempel være det med kørekortet eller (.) i forhold til ens arbejde

Interviewer: Mm.

Mai: Øh eller, nu i forhold til min søn. Øh, det er sådan lidt mere personlige ting.

Interviewer: Ja.

Mai: Og det, det er jo det, der betyder noget i hverdagen.

[...]

Mai: Og det mangler jeg. (40)

III. 20

Her kommer Mai nærmere ind på indholdet af samtalerne og betegner det som "*sådan lidt mere personlige ting*" – en kategorisering af indholdet, som gør, at jeg mener, det kan placeres under det tidligere kontaktrepertoire. De personlige ting italesætter Mai som "*det, der betyder noget i hverdagen*", og denne fremstilling af samtalerne som betydningsfulde står i modsætning til italesættelsen af kontrollen hos lægen som havende en begrænset brugbarhed. Endvidere italesætter Mai det personlige indhold som en mangel: "*Og det mangler jeg*". Denne italesættelse står igen i modsætning til italesættelsen af lægekontrollen som unødvendig. Overordnet set fremhæver Mais forskellige udsagn gennem repertoarer om nødvendighed, kontakt og teknik årskontrollen med sygeplejerskerne som bedre og mere brugbar end kontrollen hos lægerne.

Også hos Tommy ses italesættelsen af lægernes bidrag i indsatsen som værende af begrænset anvendelighed. Da samtalen falder på diabetes-ugekurset roser Tommy kurset som helhed, men slår derefter ned på lægens bidrag:

Tommy: Altså der var, vi havde en læge som (.) jamen han er jo læge (griner lidt), han er jo ikke underviser, og det er måske grunden til det blev sådan lidt (.) for, hvad skal man sige (.) det var måske ikke så anvendeligt, men (.) men ellers så var det jo helt perfekt.

Interviewer: Hvad var det, han kom med, der [ikke var så]

Tommy: [Jamen, det] var jo:: (.) vi startede (.) med at spørge om en ting, og så havnede vi (.) ovre i nervebaner eller sådan et eller andet (griner lidt)

Interviewer: [Okay.]

Tommy: [Vi havnede] et helt andet sted end det, der blev spurgt om (griner lidt) vi fik aldrig svar på det (.) men øh, det gjorde vi så ved sygeplejersken bagefter. (18)

III. 21

Tommy trækker først og fremmest på kategorierne "læger" og "undervisere" som modsætninger: "*han er jo læge, han er jo ikke underviser*", og dette skel fremstilles som grunden til, at lægens bidrag "ikke var så anvendeligt." Da jeg spørger nærmere ind til det, fortæller Tommy, at lægen fejlede i forhold til at svare på patienternes spørgsmål og ender med konstateringen "*vi fik aldrig svar på det*". Heroverfor italesættes sygeplejersken som den, der kunne give patienterne svar: "*men øh, det gjorde vi så ved sygeplejersken bagefter*", og ligesom hos Mai fremhæves sygeplejerskens bidrag som det mest brugbare for patienterne. Da jeg spørger direkte ind til dette skel mellem læger og sygeplejersker, uddyber Tommy:

Tommy: Ja, læger, altså jeg har det sådan, de er jo ikke pædagoger, de er gode til at være læger og, og til det, øh. Men jeg har selv prøvet det. Kirstine [Tommys kæreste, red.] hun fik skoliose sidste år, som er skæv ryg, og var ude at blive opereret, få rettet hele rygsøjlen ud

Interviewer: Mm.

Tommy: Og der var vi også inde ved en kirurg, der skulle fortælle os, hvad der skulle ske, og (.) han var en rigtig dygtig kirurg

Interviewer: Mm.

Tommy: men han var ikke rigtig god til at formidle det til almindelige mennesker.

Interviewer: Nej.

Tommy: Øh, der kunne de måske godt bruge lidt (.) pædagogisk undervisning (griner lidt). (18)

III. 22

Her trækker Tommy på kategorien "pædagoger" over for kategorien "læger" og skaber et modsætningsforhold ved at understrege, at det, læger er gode til, er "*at være læger*" – altså ikke til at være pædagoger. For at forklare nærmere fortæller Tommy om hans og hans kærestes møde med en kirurg, hvor skellet italesættes med udgangspunkt i kategorien "kirurger" og evnen til at formidle. Når historien kan bruges som forklaring på skellet mellem læger og pædagoger, er det fordi "kirurg" er en underkategori til kategorien "læger" (jf. medlemskabskategorier). Ligeledes kan evnen til formidling i denne kontekst ses som underkategori af "pædagogik", idet Tommy sprogligt knytter evnen til formidling og pædagogik sammen: han forklarer, at kirurgen ikke "var rigtig god til at formidle det" og fortsætter: "*Øh, der kunne de måske godt bruge lidt pædagogisk undervisning*", hvor den pædagogiske undervisning altså fremstilles som løsningen på kirurgens manglende evner til formidling. På den måde kommer formidling og pædagogik til at stå i kontrast til lægelige kompetencer. Mellem historiens afslutning "*men han var ikke rigtig god til at formidle det til almindelige mennesker*" og konklusionen "*Øh, der kunne de måske godt bruge lidt pædagogisk undervisning*" sker et skift i pronominer fra "*han*" til "*de*", hvor jeg opfatter "*de*" som referende til læger i al almindelighed. Skiftet i pronominerne viser, hvordan Tommys personlige fortælling om erfaringen med læger skal fungere som en retfærdiggørelse af en generalisering: alle læger kunne godt bruge pædagogisk undervisning. At den pædagogiske undervisning er noget,

lægerne "godt kunne bruge" er sprogligt det, der fremhæver formidlingen og pædagogikken som positivt og desuden rammesætter det som en mangel hos lægerne. Tommys sproglige fremstilling gør det relevant for ham at søge sine informationer hos andre personer end lægerne – eksempelvis sygeplejerskerne, som han tidligere har italesat som dem, der kunne tilbyde patienterne svar på deres spørgsmål.

Også hos Line ses både fremstillingen af lægernes bidrag som uanvendeligt og skellet mellem læger og sygeplejersker. Det sker blandt andet, da samtalen falder på den balance mellem kulhydratindtag og insulindosis, som Line har fundet. Line fortæller, at hun ikke har kunnet bruge sin læges rådgivning om at eksperimentere med at finde balancen (s. 16), men at hun først fandt den hos sygeplejerskerne på ugekursus, hvor hendes insulindosis ligeledes blev halveret:

Line: Øh, så jeg egentlig næsten får halv dosis af hver (.) hvilket jeg aldrig nogensinde har været oppe på før. Der har jeg måske fået halvtreds langtidsvirkende, og så har jeg måske fået (.) tyve (.) hurtigvirkende, og det skal gerne være halv/halv. Så ø::h (.) jamen altså, sygeplejerskerne de var helt rystede og sagde "jamen gud, hvorfor får du så meget?" (.) Det ved jeg ikke, jeg er ikke læge. (17)

III. 23

I uddraget forklarer Line om den insulindosis, som hun har fået før ugekurset, hvor hun kun har været i kontakt med lægen, og om den ny dosis efter ugekurset. Den tidligere dosis fremstiller Line negativt ved at trække på sygeplejerskernes reaktion – "*de var helt rystede*" – og deres udtalelse – "*jamen gud, hvorfor får du så meget?*" – som en slags bevidning (jf. Potters fakticitetsbegreb *bekræftelse og konsensus*). Ved at trække på sygeplejerskernes reaktion og udtalelse fremstiller Line dem som vidner, der synes, at den dosis, Line tog efter samråd med sin læge, var for høj. Ved at trække på netop sygeplejerskerne som vidner bliver også sygeplejerskernes kategoriske berettigelse til at udtale sig om insulindosis jf. deres erhverv en ressource for Line i fremstillingen af lægens rådgivning som utilstrækkelig – den ene ekspertidentitet underminerer så at sige den anden. Sygeplejerskernes udtalelse "*jamen gud, hvorfor får du så meget?*" har karakter af et spørgsmål, som Line besvarer ved at trække på kategorien "læger": "*Det ved jeg ikke, jeg er ikke læge.*" Ved at italesætte sin manglende viden som begrundet af, at hun ikke er læge, italesætter

hun samtidig lægen som den, der til gengæld *må* vide, hvorfor dosen har været så høj. Dermed placeres ansvaret for den høje dosis, og altså fejlskønnet, også hos lægen. Også senere i interviewet kommenterer Line på lægernes indsats, ligesom hun igen skelner mellem læger og sygeplejersker:

Line: Så øh. Men ellers har jeg fået at vide, altså er der nogle ting, så skal jeg bare ringe [til lægerne, red.], men (.) ja. De::t (.) det har sådan lidt fået lov til at køre sit eget liv, og så kan man sige, efter jeg har været på ugekursus, så er jeg begyndt at bruge Helle Østervang og så:: Anna Nielsen [sygeplejersker, red.] rigtig meget.

Interviewer: Ja.

Line: Også i forhold til min insulin og sådan noget fordi (.) lægerne, jamen altså, de er bare læger.

Interviewer: Ja.

Line: Det kan godt ske, de kan nogle ting, men de mangler altså nogle menneskelige kompetencer i hvert fald.

Interviewer: Så du får at vide, øh, før ugekurset, at du kan bare ringe ind, men du vælger ikke at gøre det?

Line: Ja, mere eller mindre, fordi altså til de der dybdegående spørgsmål og længerevarende spørgsmål og alt sådan noget, og med samtaler og sådan noget, jamen det har de jo ikke tiden til alligevel.

Interviewer: Okay.

Line: Det har de ikke.

Interviewer: Så der ville ikke være nogen pointe (.) i at ringe?

Line: Så skal det være til sygeplejerskerne kun. (49-50)

III. 24

I klippet fortæller Line, at hun først efter ugekurset er begyndt at kontakte sygeplejerskerne med spørgsmål, selvom hun af lægen er blevet fortalt, at hun er velkommen til at ringe. Når hun ringer i dag, er det altså kun til sygeplejerskerne fra ugekurset. I kritikken af lægerne trækker hun overordnet på to repertoier. Først og fremmest ser jeg et repertoire om menneskelighed: "[...] *de mangler altså nogle menneskelige kompetencer, i hvert fald.*" Igen italesættes lægerne altså som havende mangler, når det kommer til mødet med patienten – ligesom Mai blandt andet talte ud

fra et kontaktrepertoire i modsætning til et teknikrepertoire, og Tommy benyttede sig af modstridende kategorier såsom "læger" og "kirurger" over for "pædagoger" og "undervisere". Ligesom Mai dog også bringer et tidsøkonomisk repertoire i spil, ses det samme hos Line: "[...] *altså til de der dybdegående spørgsmål og længerevarende spørgsmål og alt sådan noget, og med samtaler og sådan noget, det har de jo ikke tiden til alligevel*". Her skifter Line altså fra repertoiret om menneskelighed, der begrundet hendes forbehold over for at tage kontakt til lægerne med deres manglende menneskelige kompetencer, til at trække på det tidsøkonomiske repertoire, som begrundet forbeholdet med, at lægerne ikke har tiden til det. Begge repertoarer gør det relevant for Line at søge samtalen og svarene på hendes spørgsmål andre steder end hos lægerne, og det er også det, Line selv erklærer til sidst: hun vil kun kontakte sygeplejerskerne, som altså igen fremhæves positivt. Lidt senere bevæger Line sig igen tilbage til emnet om lægerne, og her beder jeg Line uddybe sygeplejerskernes evner:

Line: men det igen, det er lægerne, der [mangler forståelsen.]

Interviewer: [Ja.] Ja. Hvordan kan du mærke på sygeplejerskerne, at de måske har sådan en forståelse for hele dit (.) [liv med diabetes?]

Line: [Jamen], jeg tror, der er noget empati, der er noget indlevelse og noget, altså noget menneskelig (.) et eller andet. Det er mere end hvad lægerne (uf), det er som om, at det er sådan noget robotstyret et eller andet, jamen de har lige præcis (.) så og så mange ting og det er det, de skal fokusere på, ikke andet. (68)

III. 25

I klippet trækker Line igen på et repertoire om menneskelighed – "[...] *altså noget menneskelig et eller andet*" – hvortil hun knytter begreberne "*empati*" og "*indlevelse*". Her bruges repertoiret til at fremhæve sygeplejerskernes forståelse for Lines liv med diabetes, mens hun trækker på en robotanalogi for at uddybe sin indledende pointe om lægernes manglende forståelse: de har "*lige præcis så og så mange ting, og det er det, de skal fokusere på – ikke andet*." Samtidig med, at lægernes indsats altså fremstilles som afmålt og ufleksibel, skaber robotanalogien associationer til teknik og dermed til det tekniske repertoire, som Mai tidligere har trukket på i forbindelse med lægerne. Der skelnes altså mellem det menneskelige og det tekniske – noget, der går igen hos Mai, da hun skelner mellem læger og sygeplejersker i forhold til patienternes identitet:

Mai: At blive (.) Altså jeg føler, at sygeplejerskerne møder Mai først, og så sukkersygen (.) hvor lægerne de møder diabetikeren Mai.

Interviewer: Okay.

Mai: Altså

Interviewer: Ja.

Mai: De::t, det er det tekniske først, og det (.) ja.

Interviewer: Ja.

Mai: Det pisser mig lidt af (.) altså.

[...]

Mai: Øh, de har for mange, de har simpelthen for mange patienter tænker jeg, eller for lidt tid, eller for mange opgaver eller hvad det er.

Interviewer: Ja.

Mai: De har i hvert fald for lidt tid til den enkelte. (54)

III. 26

Her fortæller Mai om oplevelsen af at blive mødt på forskellige måder af henholdsvis lægerne og sygeplejerskerne. Hvor sygeplejerskerne "*møder Mai først og så sukkersygen*" møder lægerne "*diabetikeren Mai*". I det første udsagn skelner Mai sprogligt mellem hende selv som person, udtrykt gennem hendes navn – "*Mai*" – og hendes diagnose, "*sukkersygen*". Skellet ses yderligere ved, at der er en rækkefølge: sygeplejerskerne kan møde det ene – Mai, personen – først og siden sukkersygen. "*Mai*" og "*sukkersygen*" – personen og diagnosen – er her adskilte størrelser, og sygeplejerskerne møder personen før diagnosen. Heroverfor er "*Mai*" – personen – og "*diabetiker*" – diagnosen – i udsagnet, der knytter sig til lægerne, et hele: "*diabetikeren Mai*". I illustrationen af forskellen på sygeplejerskernes og lægernes måde at møde Mai på, trækker hun altså på en identitet som individ frem for en identitet som diabetiker, hvor det kun er sygeplejerskerne, der er opmærksomme på identiteten som individ. Mai uddyber lægernes manglende evne til at se hende som individ ved igen at trække på teknikrepertoiret – "*det er det tekniske først*" – og erklærer samtidig, at det "*pisser hende af*". Her knytter Mai altså en følelse på oplevelsen af lægerne, nemlig vrede, og igen fremstilles lægernes indsats negativt. Dog slutter Mai

af med at trække på det tidsøkonomiske repertoire som begrundelse for lægernes utilstrækkelighed: *"de har i hvert fald for lidt tid til den enkelte."*

Af Mais fremstilling fremgår det, at lægens manglende mulighed for at have fokus på den enkelte patient er medvirkende til, at han ikke møder personen bag diagnosen – noget, der ser ud til at være vigtigt for patienterne, og som også Tommy fremhæver i forbindelse med sygeplejerskerne:

Tommy: [...] Det er

Interviewer: Mm.

Tommy: ikke ø::h (.) at det er ikke en (pause) det er ikke noget, I skal dømmes for, lad os sige det på den måde, øh (.) I har bare været uheldige og fået det og (.) vores job er så at gøre jer i stand til at håndtere det så godt som overhovedet muligt. [Men]

Interviewer:

[Ja.]

Tommy: det er stadigvæk personen inde bagved, der er den vigtige. (35)

III. 27

I klippet taler Tommy på sygeplejerskernes vegne og udtrykker derigennem deres holdning til patienterne. Diabeten italesættes som uheld og sygeplejerskerne som dem, der skal gøre patienterne i stand til at håndtere diabeten bedst muligt. Sygeplejerskerne fremstilles således som *hjælpere* for patienten. Herpå forsætter Tommy: *"Men det er stadigvæk personen inde bagved, der er den vigtige."* Gennem adverbierne *"inde bagved"* adskiller Tommy sprogligt diabeten fra *"personen"*, ligesom det sås hos Mai. Italesættelsen giver ligesom hos Mai indtryk af, at det betyder noget for patienterne at blive set som et individ, uafhængigt af diabeten.

Under dette tema har jeg i patienternes sproglige fremstillinger indtil videre set et tydeligt skel mellem læger og sygeplejersker, hvor diskursen om læger primært har været negativ, og hvor sammenligninger af læger med sygeplejersker har fremhævet sygeplejerskernes indsats som positiv. Andre steder i patientinterviewene er der dog også eksempler på, at den negative diskurs om lægerne som effekt fremstiller *patienterne* positivt. I et af disse eksempler fortæller Mai om

en diabeteskontrol, hvor lægen ville regulere hendes insulindosis, men hvor Mai ikke var enig. Derfor valgte hun ikke at følge hans råd:

Mai: Men (pause) der tror jeg mange er meget autoritetstro.

Interviewer: Ja.

Mai: og bare siger "nåmen, det er lægen, han ved bedst."

Interviewer: Ja.

Mai: Det gør de ikke altså ikke nødvendigtvis.

Interviewer: Men hvordan var det egentlig at skulle sande det, for jeg tænker, jeg kunne også (.) helt være bekymret for, jamen er det nu mig, der ved bedst, men

Mai: Mm.

Interviewer: hvordan oplevede du det?

Mai: Nej, det tror jeg bare, jeg vidste.

[...]

Mai: Der var jeg (.) mere gammel i gårde, hvad sukkersyge angik, end han var.

Interviewer: Mm. [Ja.]

Mai: [Øh] (.) plus at det er mig, der lever i mine sko, det er ikke ham.

Interviewer: Ja.

Mai: Så (.) ja (.) det vidste jeg bare, at det var ikke den vej (.) jeg skulle, og slet ikke så mange enheder på en gang. (70-71)

III. 28

Først refererer Mai til en autoritetstro, som hun mener mange forbinder med kategorien "læger", og som giver læger en kategorisk berettigelse og autoritet som dem, der ved bedst. Formålet med at nævne dette er dog at tilbagevise det: "*Det gør de altså ikke nødvendigtvis*". Her underminerer Mai lægens kategoriske berettigelse og fremhæver efterfølgende sig selv som den, der ved bedst – noget, hun desuden afviser at have tvivlet på: "*Nej, det tror jeg bare, jeg vidste*." Mai trækker på sin store erfaring med diabetesen – "*der var jeg mere gammel i gårde, hvad sukkersyge angik, end han var*" – som argument for hendes berettigende stemme. Det er altså hendes position som erfaren diabetiker, der gør hendes stemme berettigende, ligesom hun også trækker på et

førstehåndskendskab til sit eget liv: *"plus det er mig, der lever i mine sko, det er ikke ham."* Her fremstiller Mai altså sin viden om sig selv og sit liv som det, der giver hendes stemme og dermed hendes version af verden berettigelse. Denne viden om eget liv fremhæver også Tommy, da han har læst den korte tekst om patient empowerment, som jeg havde med til interviewet:

Tommy: Jamen, det lyder jo meget rigtigt, fordi det, det er jo det der med, der er jo ikke øh, to personer, der fungerer helt ens (.) så det er jo klart, man selv skal være med (.) på banen og sige, jamen det der det fungerer måske ikke så godt for mig, fordi jeg (.) kan (.) eller når jeg gør det her, så sker det her.

Interviewer: Mm.

Tommy: Sådan at man sådan kan sparre med dem [de sundhedsprofessionelle, red.], jamen så skal vi måske prøve noget andet og de måske har (.) øh, de har jo viden om (.) behandlingsmulighederne, hvor vi har viden om os selv.

[...]

Tommy: Det kan man jo også se, vi sad og snakkede om derude [på ugekurset, red.], hvis man havde højt blodsukker, øh, lad os sige vi havde et på tyve, og vi skulle tage insulin, og det var lidt forskelligt hvor meget insulin hver især skulle tage for at komme ned i et acceptabelt blodsukker, hvor nogen de falder to enheder, nogen falder tre enheder og (.) nogen falder (.) halvanden måske og (.) det er man jo nødt til selv at vide, det kan en sygeplejerske eller en læge, der sidder over for en, det kan de jo ikke vide.

[...]

Tommy: Og det er jo den der sparring, man er nødt til at have sammen. (28)

III.29

Tommy mener, at det han læser om patient empowerment *"lyder rigtigt"*, og begrundet det med forskellighed: *"der er jo ikke to personer, der fungerer helt ens"*. Forskelligheden er årsagen til, at patienterne selv skal *"være med på banen"* og fortælle om, hvad der fungerer eller ikke fungerer for vedkommende. Denne viden om, hvad der fungerer eller ikke fungerer, omtaler Tommy som en *"viden om os selv"*, hvorimod de sundhedsprofessionelle *"har viden om behandlingsmulighederne"*. Begge parter tilskrives altså viden, og dermed er det relevant for dem at *"sparre"*. At patienterne besidder en vigtig viden om sig selv uddyber Tommy ved at trække på en bevidning: *"Det kan man jo også se, vi sad og snakkede om derude [...]"*. Her bruger Tommy

pronominet "vi" og henviser til, at flere end bare Tommy har fremført synspunktet – om det er patienterne indbyrdes, eller om de sundhedsprofessionelle også har indgået i samtalen, fremgår dog ikke. Ved at fortælle om forskellige diabetikers forskellige reaktioner på insulinen fremstiller Tommy diabetesen som en individuel sygdom, som gør, at den enkelte "selv er nødt til at vide" hvordan vedkommende reagerer på sygdommen, og at de sundhedsprofessionelle "jo ikke kan vide det." På den måde fremstilles den enkelte patient ikke alene som besiddende en vigtig viden, men også som den eneste, der besidder denne viden. Således tilskrives patienterne en unik ekspertidentitet og sparringen bliver følgende "*nødvendig*", som Tommy slutter af med at konstatere – der er altså ingen anden måde at tilrettelægge forløbet på, end ved at inddrage patienterne og deres viden i indsatsen. I modsætning til den tendens til at fremstille sin egen stemme som ikke-berettigende, som jeg så under emnet "Pårørende", hævder diabetikerne sig her og italesætter sig selv som havende en berettigende stemme. Denne selvfremsstilling gør det relevant for diabetikerne at sørge for, at de bliver hørt, og kan således være med til at styrke deres position i empowerment-indsatsen såvel som deres følelse af styrke og dermed empowerment.

Det overordnede mønster under dette emne viser en negativ diskurs om lægernes bidrag i indsatsen, mens diskursen om sygeplejerskerne er positiv. Den negative diskurs om lægerne stykkes sammen af flere forskellige repertoarer: Lines italesættelse af lægernes manglende kompetencer på det "menneskelige" plan kan relateres til Mais kontaktrepertoire, hvor "det personlige" og "kontakten" var til stede i årskontrollerne med sygeplejerskerne, men ikke ved lægerne til diabeteskontrollerne. Ligeledes fremstillede Mai sygeplejerskerne som nogle, der møder Mai som person først, mens lægerne møder Mai som diabetiker. Tommy fokuserede på lægernes manglende pædagogiske og formidlingsmæssige evner, som igen vedrører kontakten mellem patient og sundhedsprofessionel. Grundet repertoarernes fokus på personlig kontakt og menneskelighed ser jeg en overordnet diskurs, som jeg vil kalde en menneskeligheds-diskurs. Heroverfor trækker patienterne ligeledes på et teknikrepertoire, som er med til at fremstille lægerne som distancerede fra det menneskelige aspekt. I forbindelse med lægerne trækker de dog også på et tidsøkonomisk repertoire, hvor årsagen til lægernes utilstrækkelighed italesættes som et tidsproblem – og dermed noget, der skyldes systemet frem for lægernes kompetencer. I modsætning til lægerne italesættes sygeplejerskerne som hjælpere, som empatiske og som interesserede i personen bag diagnosen – en fremsstilling af sygeplejerskerne, som jeg mener kan

placeres under menneskelighedsdiskursen, hvor diskursen altså for sygeplejerskernes vedkommende er positiv. Som en konsekvens af skillet mellem sygeplejerskerne og lægerne bliver det relevant for patienterne at søge råd og sparring hos sygeplejerskerne frem for lægerne.

Slutteligt så jeg, hvordan patienterne gennem fremstillingen af diabetes som individuel sygdom og af dem selv som erfarne både i forhold til diabetes og i forhold til deres eget liv, italesætter sig selv som kategorisk berettigede til at blive hørt i et samarbejde med de sundhedsprofessionelle.

Sygeplejerskerne om indsatsen for patienterne

Jeg har netop behandlet patienternes italesættelse af de sundhedsprofessionelle i empowerment-indsatsen, og dette emne koncentrerer sig tilsvarende om sygeplejerskernes italesættelse af indsatsen for patienterne. Her ser jeg først og fremmest et repertoire om "den enkelte", som viser sig i forbindelse med flere forskellige sproglige fremstillinger. Eksempelvis ses den hos Helle, da samtalen falder på hendes arbejdsmetode:

Helle: Og jeg tænker, vi skal nå dertil, hvor den enkelte kan nå i forhold til det her [...]

Interviewer: Ja.

Helle: For Annas og mit vedkommende der arbejder vi jo sådan set ikke med andet

Interviewer: M-m.

Helle: end at prøve at give den enkelte mest muligt kompetence i forhold til deres egen sygdom. (16)

III. 30

I modsætning til den kategorisering af patienterne, som jeg så et eksempel på under første emne af analysen, lægges der her op til et fokus på den enkelte patient. Sygeplejerskerne arbejder ikke ud fra et foruddefineret mål, men det handler derimod om, hvor langt "*den enkelte kan nå*". Fokuset på den enkelte gør det netop relevant at arbejde uden generelle mål, men i stedet sætte sig ind i den enkelte patients situation – noget, som patienterne efterlyste i forbindelse med lægernes bidrag i empowerment-indsatsen. I næste transskriptionsuddrag ser jeg, hvordan optagetheden af den enkelte patient ligeledes gør det til Helles opgave at finde ud af, hvad der er livskvalitet for den enkelte. Helle tager udgangspunkt i nogle patienters tendens til at ville følge de

sundhedsprofessionelles anvisninger – altså det, der som nævnt i afsnittet *Patient empowerment og sundhedskommunikation* kaldes *kompliant* adfærd, og som står i modsætning til empowerment-filosofien:

Helle: "Ne::j, vi må hellere gøre som lægen og sygeplejersken siger."

Interviewer: Ja.

Helle: Hvor jeg tænker, der kan det godt være min opgave at trække i den anden retning og sige "Prøv nu lige at høre her, føles det godt?"

Interviewer: Mm.

Helle: "Ej, det er sgu godt nok lige voldsomt."

Interviewer: Ja.

Helle: "Godt så. Hvad ville du gerne?" Og så må vi ændre det.

Interviewer: Ja.

Helle: Så for mig, der er livskvalitet faktisk (.) det er ret vigtigt. (43)

III. 31

Med afsæt i den fiktive udtalelse fra en kompliant patient – "*Nej, vi må hellere gøre, som lægen og sygeplejersken siger*" – italesætter Helle her sig selv som den, der tager ansvaret for at inddrage patientens egen vurdering af, om adfærden er behagelig: "[...] *der kan det godt være min opgave at trække i den anden retning og sige "Prøv nu lige at høre her, føles det godt?"*. Helle lægger altså op til at, at patienternes egne input inddrages i planlægningen af behandlingen, hvilket gør det relevant for sygeplejerskerne at spørge efter disse input. Dette perspektiv understreges, da Helle italesætter patientens ønsker som grundlaget for ændringer i behandlingsindsatsen: "*Godt så. Hvad ville du gerne? Og så må vi ændre det.*" Slutteligt konstaterer Helle, at livskvalitet er vigtigt, men hun knytter sig selv som subjekt til konstateringen: "*Så for mig, der er livskvalitet faktisk, det er ret vigtigt.*" Selvom det er patienternes livskvalitet, der er tale om, er det Helle, den er vigtig for. På den måde italesættes patienternes livskvalitet som noget, der ligger Helle på sinde som person, hvilket formentligt gør det naturligt for Helle at tage hensyn til den i planlægningen af behandlingen. Også Lone trækker på livskvalitetsrepertoiret, men her er det i forbindelse med en

patient, hvis fødder er amputationstruede. De kan reddes, hvis patienten holder op med at ryge, men det ønsker vedkommende ikke:

Interviewer: Hvad går gennem dit hoved, når du sidder med sådan en patient?=-

Lone: =Jamen det, jeg er ikke-ryger og det er svært. Det er svært. Det er helt sikkert. Og altså (pause) så må man så vende det om og sige, jamen selvfølgelig er der også noget, der hedder livskvalitet. [...] (21)

III. 32

Her fortæller Lone om, hvor svært det kan være at acceptere patientens valg, og trækker derefter på livskvalitetsrepertoiret, som tilbyder en retfærdiggørelse af patientens valg: "*[...] så må man så vende det om og sige, jamen selvfølgelig er der også noget, der hedder livskvalitet*". Derved italesættes patientens livskvalitet som det, der betyder mest, og som en effekt bliver Lones indblanding i beslutningen irrelevant. På den måde bliver repertoiret om livskvalitet ligeledes en retfærdiggørelse for, at Lone ikke forsøger at påvirke patienten til at ændre mening.

Sygeplejerskernes fokus på patienternes livskvalitet kan være en afspejling af den diskurs om menneskelighed, som patienterne forbinder med sygeplejerskerne. Den indlevende tilgang til patienterne kommenteres også af sygeplejerskerne selv, som eksempelvis hos Helle, da samtalen falder på kommunikationen med patienterne, som Helle mener er god:

Helle: Og man kan sige, jamen hvad handler det om, det handler jo meget om den attitude, man kommer med, ikke?

Interviewer: Mm.

Helle: Hvordan møder du folk, er du åben og lyttende og (.) ligesom anerkender, at de har altså også en dagsorden, de skal have igennem. Og en af forcerne for os, det er jo faktisk at vi er ikke så tidsbegrænsede, som lægerne er.

Interviewer: M-m.

Helle: Mange af lægerne er nødt til at cutte fortællingerne af, fordi de kan simpelthen ikke nå at høre det til ende, og der kan vi godt nå at høre fortællingen til ende [...] (18)

III. 33

Helle italesætter den gode kommunikation som havende at gøre med den attitude, som *"man"* møder *"folk"* med. Hun skifter i de første linjer mellem pronominerne *"man"* og *"du"*, men ud fra konteksten tolker jeg det således, at begge pronominer refererer til sygeplejerskerne. *"Folk"* opfatter jeg i konteksten som refererende til patienterne. Den gode kommunikation handler altså om, hvordan man som sygeplejerske møder patienten, og således placeres ansvaret for den gode kommunikation hos sygeplejerskerne. Den gode kommunikation fremstiller Helle som en forholdemåde, der handler om at være *"åben og lyttende"* og *"anerkende, at de har altså også en dagsorden, de skal have igennem"* – altså en dialogisk forholdemåde, som det er sygeplejerskernes opgave at mestre. I forlængelse heraf nævner Helle en force for sygeplejerskerne, som ikke har med deres evner at gøre, men som de har til deres rådighed: tid. Her gør hun opmærksom på kontrasten til afdelingens læger, som er mere tidsbegrænsede end sygeplejerskerne. Forskellen bliver ifølge Helle, at sygeplejerskerne har tid til at *"høre patienternes fortælling til ende"*, altså til at lytte og anerkende deres dagsorden, mens lægerne *"er nødt til at cutte fortællingerne af."* Lægernes afbrydelse af patienternes fortællinger italesættes altså som et vilkår – noget, de *"er nødt til"* – med baggrund i deres tidsbegrænsning, og altså ikke som noget, der har med deres kompetencer at gøre. Således trækker Helle her på det tidsøkonomiske repertoire, som jeg også så hos patienterne, og bruger det til at skelne mellem sygeplejerskernes og lægernes muligheder i indsatsen. Italesættelsen af sygeplejerskernes bedre tidsmæssige muligheder gør det relevant, at patienterne har den nære kontakt med sygeplejerskerne frem for lægerne.

Såvel som kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, står også spørgsmålet om beslutningsretten centralt i empowerment-filosofien, hvor det er målet at gøre patienten i stand til at være en aktiv deltager i beslutningsprocessen vedrørende behandlingen. Især ved kroniske sygdomme som diabetes, hvor det daglige liv er en del af behandlingen (eksempelvis kost- og motionsvaner), kan beslutningerne handle om livsstil, og her forsøger man inden for filosofien at tage hensyn til, hvad der for patienten er *"det gode liv"*. Derfor har jeg i interviewene også spurgt ind til scenarier som det følgende:

Interviewer: Ja. Hvad gør du egentlig, hvis det er en patient, som (.) ikke vil lave om på en adfærd, som er skidt for diabetesen? Hvis personen ikke har lyst til at motionere eller (.) ryger eller?

Anna: Det kan jeg jo ikke gøre noget ved. (10)

III. 34

I sit svar er Anna kort for hovedet og italesætter sig selv som ude af stand til at gøre noget ved patientens valg – et forhold, der gennem adverbiet ”jo” fremstilles som en selvfølgelighed. Anna taler ikke om eksempelvis motivation, ligesom hun også afholder sig fra at være normativ og vurdere på patientens valg i den hypotetiske situation. Således fremstår beslutningen som værende patientens alene, og følgelig bliver det ikke relevant for sygeplejerskerne at forsøge at påvirke beslutningen, ligesom det heller ikke bliver deres ansvar. Da jeg stiller Lone spørgsmålet om, hvor stor patienternes indflydelse på beslutninger er, italesætter hun sine handlemuligheder en smule anderledes:

Lone: Langt hen ad vejen hundrede procent.

Interviewer: Mm.

Lone: Øh, det er kun i de tilfælde, hvor jeg med min faglighed vil mene, at det her duer simpelthen ikke. Så kan jeg forhandle mig frem til, at man måske kun gør det halve

Interviewer: Ja.

Lone: eller et eller andet og så sige ”Kunne vi ikke lige prøve med det her i tre dage, så kan vi lige snakke sammen igen?” (30)

III. 35

I klippet fortæller Lone, at patienterne har beslutningsretten ”*langt hen ad vejen*”. Det, der kan ændre ved fordelingen af beslutningsretten, er Lones faglighed, som gør hende i stand til at vurdere, hvorvidt noget ”ikke duer”. I visse tilfælde kan Lones faglighed altså gøre hende berettiget til at tage del i beslutningerne, men her italesætter Lone sin del af beslutningsretten som *forhandling* og altså ikke anvisninger. Den forhandlende tilgang illustrerer hun med et eksempel på et spørgsmål, som hun kunne stille patienterne: ”*Kunne vi ikke lige prøve med det her i tre dage, og så kan vi lige snakke sammen igen?*” Ved at spørge ind til patienten undgår Lone at

overtage kontrollen og lægger i stedet sprogligt op til et samarbejde i form af en aftale, som begge parter kan være med på. Således fremstilles løsningen på en eventuel problemstilling som noget, der kan findes gennem samarbejde, hvorved netop samarbejdet med patienten bliver relevant. På sigt stiler Lone dog mod en øget autonomi hos patienterne:

Lone: [...] Jeg føler jo, det lykkes, når de ikke ringer mere.

Interviewer: Okay. Så er det sådan et tegn på=

Lone: =selvfølgelig kan man jo godt, men sådan når de begynder at ringe, der bliver kortere og kortere imellem, og sådan ligesom begynder at tage over selv og gøre tingene selv, uden at vi har snakket om det, så føler jeg det er gået godt. (41)

III. 36

Lone starter med at konstatere, at hun føler *"det lykkes"*, når patienterne ikke ringer til sygeplejerskerne længere. Hun modererer det dog efterfølgende til, at *"der bliver kortere og kortere imellem"*¹³ opkaldene, og patienterne *"begynder at tage over og gøre tingene selv, uden vi har snakket om det."* Frem for at patienterne slet ikke kontakter sygeplejerskerne, er det altså en mere sparsom kontakt og en bedre evne til at *"gøre tingene selv"*, der er positivt. Ved at trække på et succesrepertoire – *"det lykkes"* og *"det er gået godt"* – fremstilles den øgede patientautonomi som et succeskriterium, og det bliver dermed relevant for sygeplejerskerne at arbejde hen mod denne autonomi hos patienterne.

Under dette emne har jeg først og fremmest set et repertoire om *"den enkelte"*, som gør det relevant for sygeplejerskerne at tilrettelægge indsatsen efter den enkelte patient og dennes livskvalitet – noget, der sætter patienternes ønsker for deres livsstil i fokus, og som samtidig er med til at fratage sygeplejerskerne ansvaret for beslutninger vedrørende livsstil. Jeg har ligeledes set det tidsøkonomiske repertoire, som jeg også så hos patienterne, i forbindelse med italesættelsen af lægernes og sygeplejerskernes muligheder for at være til stede i kommunikationen med patienterne. Her blev tid fremstillet som en force for sygeplejerskerne, der gør det muligt for dem at være lyttede, anerkendende og høre patienternes historier, hvorimod lægerne grundet tidsbegrænsning ikke har denne mulighed. Dermed bliver den gode

¹³ Grundet konteksten opfatter jeg ordene *"kortere og kortere"* som en talefejl og går ud fra, at Lone har ment, at der bliver længere og længere mellem opkaldene.

kommunikation med patienterne dels sygeplejerskernes ansvar, og dels bliver det relevant, at den nære kontakt foregår mellem patienterne og sygeplejerskerne frem for lægerne. Slutteligt lægger sygeplejerskerne blandt andet gennem et succesrepertoire op til en øget patientautonomi, som det således bliver relevant for sygeplejerskerne at efterstræbe.

Komplians

Under forrige emne så jeg patienternes fremstilling af dem selv som berettigede partnere i samarbejdet om behandlingen, og også hos sygeplejerskerne har jeg set en tendens til at fremstille patienterne som havende en stor del af beslutningsretten, ligesom patientautonomi fremstilles som et succeskriterium. Til trods for dette ser jeg på andre tidspunkter i interviewene både hos især én patient og hos sygeplejerskerne sproglige fremstillinger, som henleder mine tanker på komplians-tankegangen, hvor det antages, at de sundhedsprofessionelle ved bedst, og at patienterne derfor skal følge de sundhedsprofessionelles anvisninger. Da jeg spørger patienten Tommy til hans indflydelse på en beslutning om at nedsætte hans insulindosis, beskriver han eksempelvis sin indflydelse på beslutningen som valget om at følge de sundhedsprofessionelles råd eller ej, snarere end som et samarbejde om at definere valgmulighederne:

Interviewer: Havde du selv indflydelse på den beslutning, eller?

Tommy: Ja, jeg kan jo bare lade være med at gøre det

Interviewer: [Mm.]

Tommy: [altså] så det har jeg jo selvfølgelig.

Interviewer: Mm. Ja.

Tommy: Men øh, hun virkede jo meget kompetent o::g, og det lød jo meget rigtigt, det hun sagde, så jeg tænkte "det går jeg hjem og prøver." (20)

III. 37

Som nævnt italesætter Tommy her sin indflydelse som begrænset til at følge eller ikke følge rådet: *"Ja, jeg kan jo bare lade være med at gøre det."* Den sundhedsprofessionelle tilskrives altså berettigelsen til at definere beslutningerne, mens Tommys indflydelse er at udføre dem eller lade være. Således er der ikke et samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle om

beslutningerne, hvor begge parter bidrager med deres viden, men der bliver i stedet tale om et anvisnings/udførsels-forhold. Når Tommy i dette tilfælde valgte at følge sygeplejerskernes råd, var det fordi "hun jo virkede meget kompetent". Det er altså primært sygeplejerskens kompetence, der bliver afgørende for Tommys adfærd, og til stadighed ikke et samarbejde, hvor patient og sygeplejerske er blevet enige om ændringen i behandlingen. Dog vurderer Tommy sygeplejerskernes råd: "*det lød jo meget rigtigt*" og trækker dermed på sin egen evne til at vurdere ændringen i behandlingen, om end den nævnes sekundært i forhold til sygeplejerskens kompetence. Da jeg spørger Tommy, hvad han mener de sundhedsprofessionelles opgave i behandlingsindsatsen er, ser jeg samme tendens til sprogligt at placere kontrollen hos dem:

Interviewer: [...] Hvad er så egentlig sygeplejerskernes eller lægernes opgave i forhold til diabetikere?

Tommy: Jamen det er vel at være sådan en kontrolfunktion, kan man egentlig sige, altså øh (.) bekræfte mig i at det, jeg gør, er det rigtige eller det forkerte

Interviewer: Mm.

Tommy: fortælle mig (.) om jeg gør det godt nok eller om der er noget, jeg skal lave om på. Sådan (.) de skal jo nærmest styre mig i den rigtige retning, det er vel egentlig det, der er deres funktion. (23)

III. 38

Her beskriver Tommy netop de sundhedsprofessionelles rolle som "*en kontrolfunktion*". De italesættes som dem, der skal fortælle Tommy om det, han *gør*, er rigtigt eller forkert, om han skal lave noget om og som dem, der skal "*styre ham i den rigtige retning*". De sundhedsprofessionelle skal altså regulere Tommys adfærd og sørge for, at den er "*i den rigtige retning*". Denne italesættelse tilskriver ikke bare de sundhedsprofessionelle kontrolfunktionen i sig selv og dermed en identitet som "anviser", men implicit også magten til at vurdere, *hvad* der er "*den rigtige retning*" eller *hvad* der "*det rigtige eller det forkerte*". På den måde underminerer Tommy sin viden om sig selv og sit helbred og dermed sin berettigelse til deltagelse i beslutninger vedrørende behandlingen, mens han til gengæld tilskriver de sundhedsprofessionelle retten til kontrol. Som en effekt får de sundhedsprofessionelle også størstedelen af ansvaret for beslutningerne i forløbet. Tommys italesættelse trækker således paralleller til Mais udtalelser under emnet 'Patienternes

håndtering af diabetesen', hvor hun fortæller, at hun bevidst undlader at følge med i den seneste diabetesforskning: Dermed bliver det alene sygeplejerskernes opgave at oplyse Mai om den seneste udvikling inden for behandlingsmuligheder, og således får sygeplejerskerne også en vis patent på denne viden, uden at Mai selv har taget stilling til den eller forud for samtalen med sygeplejersken haft mulighed for at overveje den i forhold til sin hverdag.

Hos sygeplejerskerne er det først og fremmest et nytterepertoire, der henleder mine tanker på kompliance-tankegangen. Jeg ser det eksempelvis, da Helle fortæller om sin arbejdsmetode:

Helle: Og noget af det, der nok er af nyere tid, sådan inden for de sidste ti-femten år, det er det her med at sige, jamen "Hvad kan du?"

Interviewer: Mm.

Helle: "Og hvad vil du? Hvad er muligt?" I stedet for at sige "du skal".

Interviewer: Mm.

Helle: Det er vi holdt op med. Det hjælper ikke en pind. [...] (2)

III. 39

I klippet fortæller Helle om tilgangen til patienterne, hvor sygeplejerskerne spørger ind til, hvad der er muligt for patienterne, og hvad de ønsker. Denne inddragelse af patienterne, deres muligheder og ønsker, stemmer overens med tankegangen i empowerment. Helles argumentation for, at sygeplejerskerne er holdt op med at sige "du skal" – altså give anvisninger – er dog interessant: "*Det hjælper ikke en pind*". Her begrundes Helle sygeplejerskernes tilgang til patienterne med, hvad der *nytter* noget, og ikke eksempelvis med, hvad der er rart eller styrkende for patienterne, etisk korrekt eller på anden måde forenelig med de filosofiske principper i empowerment. Jeg ser også dette nytterepertoire senere i interviewet, da samtalen igen falder på patienternes egne ønsker:

Helle: Og man kan sige, hvad er det, der er motiverende, det er når jeg vil noget.

Interviewer: Ja.

Helle: Hvis du siger, jeg skal (.) så kunne det godt være, at selvom jeg kan se fornuften i det, så tænker jeg "det skal du fandme ikke bestemme."

Interviewer: Mm.

Helle: Og sådan er ungdommen meget i dag. De er meget egocentrerede. (9)

III. 40

Her bringer Helle patienternes motivation i spil og italesætter den som afhængig af vilje: det er motiverende "*når jeg vil noget.*" Patientens motivation for behandlingen knyttes altså til det forhold, at de får deres vilje i forbindelse med den. Viljen bliver på den måde betingelsen for motivationen, og derfor bliver det relevant at lytte til patienternes vilje – så de bliver motiverede. Helle uddyber perspektivet på motivation og vilje gennem påstanden om, at anvisninger – "*hvis du siger, jeg skal*" – kan afføde en uvilje: "*det skal du fandme ikke bestemme*". Derfor bliver anvisninger irrelevante; fordi de ikke nytter. Interessant er det nemlig, at Helle italesætter anvisningerne som fornuftige: "*selvom jeg kan se fornuften i det*". Når patienter ikke vil følge anvisninger er det altså ikke nødvendigvis fordi, de selv vil noget andet, men alene fordi, de ikke vil tage imod – ellers fornuftige – anvisninger. Når det ikke er relevant at give anvisninger skyldes det altså ikke filosofiske principper, men manglende anvendelighed. For at retfærdiggøre sit perspektiv trækker Helle på en bestemt egenskab ved kategorien "unge": de er "*egocentrerede*". Dermed italesættes sygeplejerskernes forholdemåde over for patienterne nærmere som en konsekvens af især ungdommens egocentrisme og følgelig egenviljens nytte end de filosofiske principper i empowerment. Senere i interviewet kommer Helle igen ind på patienternes motivation og nævner i den forbindelse ugekurserne som et eksempel på noget, der ligeledes har en god effekt:

Helle: Og der er ugekursus for eksempel rigtig godt.

Interviewer: Mm.

Helle: At man simpelthen kommer på kursus og får stillet nogle opgaver i samvær med en fem-eks andre med den samme diabetestype.

Interviewer: Ja.

Helle: Så kan man se, og det er helt ufarligt at se det, fordi det er ikke dig, det handler om, det er gruppen. Det er en god måde at flytte folk på. (38-39)

III. 41

Helle fremhæver først og fremmest ugekursets gode effekt som følge af, at det sker i samvær med andre, der har den samme diagnose – et forhold, som også Armstrong et al.'s forskning pegede på, og som Funnell og Anderson anbefaler i empowerment. Det interessante i forhold til emnet om kompliance er imidlertid Helles konklusion, hvor effekten yderligere ekspliciteres: *"Det er en god måde at flytte folk på"* (jeg opfatter grundet konteksten *"folk"* som patienter.) Her afsløres et bestemt perspektiv gennem sætningens implicitte aktør – patienterne bliver flyttet, og flytter altså ikke sig selv. I og med at kurset er planlagt og fortrinsvis udført af sygeplejerskerne, opfatter jeg det således, at dem, der flytter patienterne, er sygeplejerskerne. På den måde skabes sprogligt et ulige forhold mellem patient og sygeplejerske, hvor sygeplejerskerne gennem en bestemt indsats – ugekurset – forsøger at rykke patienterne et bestemt sted hen. En mere empowerment-filosofisk italesættelse kunne eksempelvis være, at ugekurset kan hjælpe patienterne til at afklare, om de har lyst til at flytte sig – hvorved patienterne bliver aktørerne, der tager en beslutning baseret på deres egen oplevelse af behov og lyst.

Også hos Anna ser jeg et eksempel på nytterepertoiret:

Anna: Øh. Og dengang, og det kan jeg huske, det er sådan noget, vi har hørt engang, du ved, at (.) det, der ligger på patienterne på sinde, det er ligesom det, der fylder.

Interviewer: Mm.

Anna: Det vil sige, for eksempel hvis nu der er en patient, der sidder og fortælle om de her lave blodsukre. Hvis jeg så i stedet for tænker, jamen jeg vil snakke om det her høje langtidsblodsukker de har, så hører de ikke, hvad jeg siger, fordi at de jo er så optaget af deres problem. (17)

III. 42

Her fortæller Anna først om, hvordan det, der ligger patienterne på sinde, også kommer til at fylde i samtalen. Hun giver et eksempel, hvor patienten fortæller om lave blodsukre og når derefter sin pointe: hvis hun selv vil tale om noget andet end patienten – eksempelvis det høje langtidsblodsukker – så vil patienten ikke høre, hvad hun siger. Det interessante her er pronominerne: *"så hører de ikke, hvad jeg siger [...]"* Når Anna ikke kan begynde at tale om noget andet end det, der ligger patienten på sinde, er det altså ikke ud fra en reel anerkendelse af patientens behov eller for lytningens egen skyld – det er fordi, patienten alligevel ikke vil kunne høre, hvad Anna siger, altså fordi det ikke ville nytte. Anna forklarer patientens manglende evne til at høre, hvad hun siger: *"fordi at de jo er så optaget af deres problem"*, hvor hun betoner ordet *"deres"* og dermed skaber en sproglig opdeling af hendes og patientens dagsorden, frem for at omtale den som noget fælles. Som en konsekvens kan italesættelsen af dagsordenen som opdelt hæmme opfattelsen af indsatsen som et samarbejde mellem sundhedsprofessionel og patient.

Også da samtalen falder på fordelingen af viden i relationen mellem sygeplejerske og patient lægger jeg mærke til sproglige fremstillinger hos sygeplejerskerne, som jeg mener trækker paralleller til en mere komplians-orienteret tankegang:

Helle: Jeg mener ikke nødvendigvis, at vi skal fralægge os dele af vores ekspertrolle.

Interviewer: Nej.

Helle: Jeg mener bare, at vi skal spare på guldkornene, og så høre, om de kommer af sig selv (griner lidt). (39)

III. 43

Helle erklærer først og fremmest, at hun ikke er enig i, at de sundhedsprofessionelle *"nødvendigvis"* skal fralægge sig dele af deres ekspertrolle og uddyber med, at de *"skal spare på guld-kornene og så høre, om de kommer af sig selv"*. Således fremstiller Helle de sundhedsprofessionelle som værende i besiddelse af *"guld-kornene"*, som er almindeligt kendt billedsprog for *"vigtig viden"*. Denne viden skal de sundhedsprofessionelle dog *"spare på"*, det vil sige holde noget af den tilbage, for at høre, om *"de kommer af sig selv"* – altså om patienten selv nævner det. Idet Helle italesætter sygeplejerskerne som værende i besiddelse af de guld-korn, der måske kommer af sig selv fra patienten, skabes der sprogligt en situation, hvor sygeplejersken på forhånd har fastlagt, hvad hun ønsker, patienten skal sige – hvilke *"guld-korn"*, der skal *"komme af sig selv"*. På den måde italesættes sygeplejerskerne igen som dem, der har den *"rigtige"* eller den *"vigtige"* viden – noget, Helle selv kommer ind på kort efter:

Helle: Og så tænker jeg, øh (.) spørgsmålet er, om der kan skabes et ligeværdigt samarbejde. Det har jeg nogle gange tænkt. Gad vide om der kan det?

Interviewer: Hvad er udfordringerne for det?

Helle: Jamen, det vil altid være sådan, at det er mig, der sidder og har en masse viden, og det er dem, der skal udføre det. (41)

III. 44

Helle stiller spørgsmålstejn ved det ligeværdige samarbejde og begrundet det gennem de positioner, hun sætter henholdsvis patienterne og sig selv i: *"mig, der sidder og har en masse viden"* og *"dem, der skal udføre det"*. Helle kategoriserer altså henholdsvis sin egen identitet som sygeplejerske og patienterne i forskellige roller – *"en vidende"* og *"en udførende"*. En lignende kategorisering så jeg hos patienten Tommy, som italesatte et anvisnings/udførsels-forhold mellem patienter og sygeplejersker.

Tommy placerede ligeledes ansvaret for at vurdere, hvilken adfærd, der er *"den rigtige"*, hos de sundhedsprofessionelle, ligesom også Helle gennem billedsproget *"guld-kornene"* bevægede sig i denne retning. Også andre steder i interviewene med sygeplejerskerne italesættes denne ret til at vurdere:

Helle: Det handler rigtig meget om livskvalitet. Rigtig mange patienter kan du sige til "Prøv at leve dit liv som du gerne vil leve det" – det kan du selvfølgelig kun sige, hvis det er rimelig fornuftigt (griner lidt). Så kan du opfordre til at de lever livet, som de gerne vil leve det. Spiser det, de gerne vil spise til de tidspunkter, de gerne vil spise, bevæger sig som de gerne vil, og så lægger vi behandlingen ind, så den passer til det. (43)

III. 45

Her starter Helle med at pointere, at det handler om livskvalitet, og at sygeplejerskerne derfor kan opfordre "*rigtig mange*" af patienterne til at leve, som de gerne vil. Når det kun gælder "*rigtig mange patienter*" og altså ikke alle patienter, skyldes det et forbehold, som Helle efterfølgende tager: "*Det kan du selvfølgelig kun sige, hvis det er rimelig fornuftigt*". Idet sygeplejerskerne kun kan give opfordringen, hvis patientens ønsker for deres livsstil er "fornuftige", bliver det op til sygeplejerskerne forud for opfordringen at vurdere, hvorvidt de er det. Helle uddyber dog, at livsstilsvalgene kan handle om mad- og motionsvaner – aspekter, som knytter sig til diabetesbehandlingen – og vurderingen kommer således til primært at knytte sig til behandlingsrelaterede valg og ikke livsstilen i øvrigt. Italesættelsen af fornuft ser jeg hos Anna, da samtalen falder på sygeplejerskernes ansvar i behandlingsindsatsen:

Anna: Jo, altså lidt ansvar det er jo selvfølgelig, at jeg giver dem de redskaber, så de kan træffe de rigtige [beslutninger, kan man]

Interviewer: [Mm.]

Anna: sige, ikke.

Interviewer: Ja.

Anna: Det er det, jeg ser som mit ansvar, altså (.) kan rådgive dem, så de træffer nogle fornuftige valg. (38)

III. 46

Hos Anna italesættes det at give patienterne redskaber til at træffe "*de rigtige beslutninger*" og "*nogle fornuftige valg*" som hendes "*ansvar*" som sygeplejerske. Gennem adverbierne "*rigtige*" og "*fornuftige*" tillægger Anna sig selv vurderingsretten, men italesætter altså vurderingen som en del af hendes arbejdsopgave.

Under dette emne har jeg set, hvordan både patienten Tommys og sygeplejerskernes sproglige fremstillinger i visse tilfælde kan spore tankerne i retning af en kompliance-orienteret tankegang frem for en empowerment-inspireret. Både hos Tommy og sygeplejerskerne så jeg en tendens til at kategorisere sygeplejerskerne som dem, der besidder viden, og som derfor kan give patienterne anvisninger og vurdere deres livstilsvalg, mens patienternes rolle reduceres til "den udførende". Hos sygeplejerskerne så jeg ligeledes et nytterepertoire, som fremhævede anvendeligheden af sygeplejerskernes tilgang til patienterne frem for de empowerment-relaterede principper. Dette sidste emne har rejst nogle tanker om empowerment-tankegangen over for compliance-tankegangen og især om de tilfælde, hvor det kan være svært at navigere i, hvorvidt der er tale om det første eller det sidste. Empowerment-filosofien bygger grundlæggende på et samarbejde mellem sundhedsprofessionel og patient, hvor begge parter byder ind med vigtig viden. Derfor strider fremstillinger af patienter og sundhedsprofessionelle gennem kategorierne "vidende" over for "udførende" naturligvis mod empowerment-tankegangen og er sprogligt ikke med til at reproducere filosofien. Omvendt er det, de sundhedsprofessionelle kan byde ind med i samarbejdet, netop deres viden om, hvad der er fornuftige valg *i forhold til diabetes* – ligesom Helle relaterer "den fornuftige livsstil" til kost- og motionsvaner, altså til behandlingsrelaterede aspekter – og derfor er de måske også forpligtede til både at vurdere, hvad der er fornuftigt, og at oplyse patienten om det. I tråd med dette omtaler Anna netop et *ansvar* for at give patienterne viden til at træffe de fornuftige valg; et ansvar, der er en del af hendes arbejdsopgaver. Ligeledes kan man sige, at en del af sygeplejerskernes opgave i empowerment-filosofien netop er at give patienterne størst mulig kompetence i forhold til deres egen sygdom. Denne opgave vil måske naturligt medføre, at sygeplejerskerne videregiver kompetencerne sådan, som de jævnfør deres faglighed vurderer, at det er mest hensigtsmæssigt – hvilket indebærer personlige vurderinger, som de altså berettiges til gennem deres faglighed. Tommys udtalelser kan desuden pege på, at nogle patienter måske netop ønsker disse vurderinger og råd fra de sundhedsprofessionelles side. Patienternes bidrag til samarbejdet er så en viden om, hvordan rådene bedst kan implementeres i deres hverdag, og kendskabet til netop denne hverdag giver patienterne *deres* berettigede stemme. Derfor mener jeg, det er det muligt, at der sker empowerment i relationen mellem sygeplejerskerne og patienterne, selvom italesættelsen kan forvirre i forhold til compliance-tankegangen. Det samme er tilfældet med nytterepertoiret i forbindelse med inddragelsen af

patienterne og deres vilje: Det er muligt, at inddragelsen har en empowerment-effekt i form af indflydelse på behandlingen, og at ugekurset har en empowerment-effekt som følge af fællesskabet, men sygeplejerskernes italesættelse er ikke i overensstemmelse med empowerment-filosofien og er derfor rent sprogligt ikke med til at reproducere den.

Konklusion

Mit formål med dette speciale er at undersøge henholdsvis sygeplejersker og type 1-diabetespatienter på AUH's italesættelse af hospitalets patient empowerment-indsats for type 1-diabetikere. Mit fokus er på den sproglige forhandling af patienternes og de sundhedsprofessionelles identitet i indsatsen samt den sproglige fremstilling af relationen mellem parterne og de konsekvenser, fremstillingen har for placeringen af ansvar hos parterne, parternes handlemuligheder og således for formningen af empowerment-indsatsen. Her vil jeg præsentere resultaterne af undersøgelsen.

Et af patient empowerment-filosofiens mål er at sætte patienter i stand til at stå for den daglige håndtering af deres sygdom. I forhold til den daglige håndtering af diabetes identificerer jeg i min analyse et styringsrepertoire, som går igen hos både sygeplejerskerne og patienterne. Patienterne tegner gennem brugen af repertoiret et blandet billede af styringsforholdet mellem dem selv og diabetes: mens én patient opnår styring ved ikke følge med i den nyeste diabetesforskning, fremstiller en anden styringsforholdet som konfliktfuldt og afhængigt af hendes overskud. Variationen peger på, at empowerment-indsatsen må tilpasses efter den enkelte patients håndteringsmetode – noget, som sygeplejerskernes italesættelse af diabeteshåndteringen som individuel praksis også lægger op til. Samtidig ser jeg dog et eksempel på, at sygeplejerskerne sprogligt grupperer patienterne efter deres måde at håndtere diabetes på, hvorved indsatsen potentielt kan komme til at hvile på denne gruppering frem for det individuelle skøn. Gennem førnævnte styringsrepertoire subjektiverer sygeplejerskerne desuden patienterne dels som værende i stand til at tage styringen over diabetes og dels som dem, der *bør* have styringen. Dermed bliver det netop relevant at placere den daglige håndtering af diabetes hos patienterne, som patient empowerment-filosofien lægger op til. Både sygeplejersker og patienter taler i overensstemmelse med diskursen om ”sygdom som eget ansvar” og er enige om, at ansvaret for den daglige pleje og behandling ligger hos patienterne, ligesom patienterne selv skal sørge for at bede om hjælp, som det derefter er sygeplejerskernes ansvar at give dem. Begge parter sproglige fremstillinger lægger således op til at bevare denne ansvarsfordeling, om end det sker med udgangspunkt i forskellige repertoirer: mens patienterne trækker på henholdsvis repertoirer om

ansvar for eget liv, nødvendighed og tryghed, trækker sygeplejersken Helle på et repertoire om glæden ved at kunne håndtere diabetes selv og være uafhængig af andre.

Patienternes italesættelse af de sundhedsprofessionelle i empowerment-indsatsen afslører et stort skel mellem afdelingens læger og sygeplejersker. Blandt andet trækker patienterne på en menneskelighedsdiskurs, som fremstiller lægerne negativt: der mangler personlig kontakt mellem læger og patienter, lægerne mangler pædagogiske evner og formidlingsevner, og de møder patienterne som diagnoser, ikke som mennesker. Kritikken udtrykkes ligeledes gennem et teknikrepertoire, som fremhæver lægernes tendens til at fokusere alene på tekniske forhold vedrørende sygdommen. Heroverfor trækker patienterne dog også på et tidsøkonomisk repertoire, hvor lægernes utilstrækkelighed italesættes som et tidsproblem og dermed en organisatorisk mangel. I modsætning til den negative diskurs om lægerne fremstiller patienterne gennem førnævnte menneskelighedsdiskurs sygeplejerskerne positivt: de er empatiske hjælpere, der også er interesserede i personen bag diagnosen. På baggrund af skillet mellem de to grupper af sundhedsprofessionelle bliver det relevant for patienterne at søge råd og vejledning hos sygeplejerskerne frem for lægerne. I analysen ser jeg i tråd hermed eksempler på, at patienterne underminerer lægens ekspertrolle ved enten at trække på sin egen større erfaring med diabetes eller på sygeplejerskernes ekspertroller, hvorved lægens rådgivning fremstilles som irrelevant. Ved at trække på deres egen erfaring med diabetes og på italesættelsen af diabetes som en individuel sygdom fremstiller patienterne desuden sig selv som eksperter på eget liv og sygdom og dermed som berettigede til at blive hørt i et samarbejde med de sundhedsprofessionelle.

I sygeplejerskernes italesættelse af patienterne identificerer jeg et repertoire om "den enkelte", som gør det relevant at tilrettelægge indsatsen efter den enkelte patient og dennes ønsker for sin livsstil. Samtidig er repertoire om patienternes livskvalitet dog andre steder i sygeplejerskernes sproglige fremstillinger med til at fratage sygeplejerskerne ansvaret for beslutninger vedrørende livsstil. Hos sygeplejerskerne ser jeg ligeledes førnævnte tidsøkonomiske repertoire i forbindelse med henholdsvis lægernes og sygeplejerskernes muligheder for at være til stede i kommunikationen med patienterne: tid fremstilles som en force for sygeplejerskerne, der gør det muligt for dem at være lyttende, anerkendende og høre patienternes historier, hvorimod lægerne grundet tidsbegrænsning ikke har denne mulighed. Således bliver den gode kommunikation med

patienterne sygeplejerskernes ansvar, og samtidig bliver det igen relevant, at den nære kontakt foregår mellem patienterne og sygeplejerskerne frem for lægerne.

Gennem blandt andet et succesrepertoire lægger sygeplejerskerne desuden op til en øget patientautonomi. Til trods for dette ser jeg både hos sygeplejerskerne og hos en enkelt af patienterne sproglige fremstillinger, som henleder mine tanker på empowerment-tankegangens umiddelbare modsætning, nemlig en mere komplians-orienteret tankegang. Både hos patienten Tommy og hos sygeplejerskerne ser jeg en italesættelse af sygeplejerskerne som dem, der besidder "den rigtige viden", og som derfor kan give patienterne anvisninger og vurdere deres livstilvalg, mens patienternes rolle reduceres til "den udførende". Hos sygeplejerskerne ser jeg ligeledes et nytterepertoire, som fokuserer på selve anvendeligheden af at inddrage patienternes perspektiv og af fællesundervisning – blandt andet i forhold til at "flytte folk" – frem for at tage udgangspunkt i de empowerment-filosofiske principper. Disse sproglige fremstillinger satte gang i refleksioner over forholdet mellem komplians og empowerment, som endte i en konstatering af, at der i forholdet mellem patienterne og sygeplejerskerne formentlig godt kan skabes empowerment, om end selve empowerment-filosofien ikke sprogligt reproduceres i italesættelserne.

Slutteligt peger undersøgelsen på, at også pårørende kan påvirke patienternes empowering. Især de nærmeste, som patienterne ikke bor sammen med, ser ud til at skabe en problematik for patienterne, som mener, at de pårørende mangler information om diabetesbehandlingen og derfor ofte kommenterer på eller irrettesætter patienterne. Patienterne mener, at det er de sundhedsprofessionelle, der skal give de pårørende den fornødne information, og underminerer således deres egen stemme: den er ikke-berettiget til at videregive information om sygdommen. Heroverfor trækker de blandt andet på kategorier som "fagpersoner" i fremstillingen af de sundhedsprofessionelles stemme som berettiget. Undermineringen af egen stemme er formentlig ikke med til at styrke patienterne i opfattelsen af dem selv som bemyndigede i forhold til egen sygdom og styrker dermed ikke deres empowerment, ligesom også selve overvågningen fra de pårørendes side kan forhindre patienterne i at føle sig "normale." Hos sygeplejerskerne italesætter Lone problematikken som samfundsrelateret og dermed uforanderlig, ligesom hun peger på Diabetesforeningen som værter for et potentielt kursus for pårørende. Således placeres

ansvaret for informeringen uden for sygeplejerskernes handlerum, hvilket gør det irrelevant for sygeplejerskerne at tage handling for at komme problemet til livs.

Refleksion

Jeg vil her kaste et blik tilbage på min arbejdsproces og reflektere over processen i sig selv såvel som de resultater, den har bragt med sig. På baggrund af resultaterne vil jeg ligeledes komme med forslag til emner, som jeg mener, de sundhedsprofessionelle på AUH's endokrinologiske afdeling med fordel kan tage op til diskussion.

Det skal først og fremmest understreges, at mit design og min fremlæggelse af denne undersøgelse er én blandt mange mulige. Dette skyldes min rolle som medskaber og fortolker af empirien og som fortolker af problemstillinger og teorier. Det fortolkende mener jeg ikke, at nogen forsker kan sige sig fri af, jf. socialkonstruktionismens afvisning af idéen om en værdineutral forsker. Rollen som medskaber af empirien kunne jeg til gengæld have fravalgt til fordel for naturligt forekommende materiale, eksempelvis bandede telefonsamtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter eller sundhedsprofessionelle imellem. På den måde havde jeg undgået at "forstyrre" empirien og præge den i en bestemt retning. Omvendt kan det forstyrrende element have sine fordele ved at udfordre interviewpersonerne og få dem til at forholde sig til emner, de ellers ikke ville have forholdt sig til. Dette kan dels sætte gang i konstruktive refleksioner hos interviewpersonerne, og dels tillader det mig at afklare tvivlsspørgsmål eller undersøge udvalgte perspektiver nærmere. Idet interviewene blev afholdt med patienter og sygeplejersker, som alle var tilknyttet AUH, blev konteksten for interviewet lokal og relateret direkte til AUH's indsats. Resultaterne siger altså ikke noget universelt om empowerment-indsatser for type 1-diabetespatienter, som eksempelvis en større spørgeskemaundersøgelse på flere forskellige hospitaler til en vis grad ville kunne. Til gengæld siger de meget om AUH's indsats og er derfor så meget desto mere relevante for AUH's praksis.

Interviewene er enkeltvis nedslag i interviewpersonernes verden, som kunne have set anderledes ud, hvis de var foretaget på et andet tidspunkt eller med andre interviewpersoner. Analysens berettigelse skal derfor findes i dens karakter af midlertidig fastlæggelse af betydning, der gennem specialet formidles som et bud på, hvad der blandt andet rører sig på feltet. Fikseringen af betydning er opnået gennem et diskurspsykologisk fokus på sprogbrug, hvilket betyder, at resultaterne ikke siger noget om interviewpersonernes reelle handlinger i indsatsen eller i

hverdagen. For at nærme mig denne indsigt kunne jeg have lavet deltagende observation, eksempelvis som et led i et mere fænomenologisk inspireret undersøgelsesdesign, hvor andre perspektiver kunne undersøges i krydsfeltet mellem observation og detaljerede beskrivelser af interviewpersonernes oplevelser. Ved at holde fokus udelukkende på det sproglige får jeg til gengæld mulighed for at fordybe mig i socialkonstruktionismens opfattelse af sprogets egen ret som skaber, formidler og ikke mindst forhandler af verdensanskuelser. Forhandling er et nøgleord i en socialkonstruktionistisk undersøgelse som denne, der hverken søger eller tror på objektive sandheder, men som til gengæld inviterer til at tage del i en forståelsesmåde (Gergen 1999, s. 47). Det er mit mål at gøre invitationen konstruktiv ved at bygge på den på empiriske resultater, som *"kan give liv til diskussioner om moralske eller politiske spørgsmål"* (Gergen 1999, s. 88). I tråd hermed fremhæver Potter og Wetherell *frugtbarhed* som den mest betydningsfulde faktor i valideringen af undersøgelsen: den skal bidrage med nye forståelser og forklaringer udledt af diskurs (1987, s. 167). Jeg kan ligeledes trække paralleller til valideringskravet inden for den interviewbaserede viden (jf. figur 4, s. 29), hvor tanker og betydning får deres berettigelse ved at hjælpe os med at navigere i verden. Det er min intention, at de diskursive mønstre, som jeg identificerer i min analyse, netop kan tilbyde nye forståelser og kaste spørgsmål op til diskussion for på den måde at hjælpe de sundhedsprofessionelle på AUH til at navigere i deres empowerment-indsats.

Hvad kan resultaterne bruges til?

Alene det at blive bekendt med patienternes og egne sproglige fremstillinger vil formentlig være oplysende for de sundhedsprofessionelle på AUH's endokrinologiske afdeling og sætte gang i refleksioner over indsatsen. Selv har jeg på baggrund af resultaterne også bidt mærke i forskellige aspekter, som jeg mener, det kan være givtigt for dem at tage op. Et af dem er relationen mellem patienterne og henholdsvis læger og sygeplejersker. Patienterne er opmærksomme på lægernes organisatoriske udfordring i form af tidspres, men udtrykker samtidig en bredere utilfredshed med lægernes indsats, som primært handler om manglende formidlingsevne og evne til at møde patienterne som mennesker frem for diagnoser. Denne kritik kan lægge op til en intern afklaring – ønsker man på Endokrinologisk Afdeling en indsats for at udvikle lægernes evner i kommunikationen og mødet med patienten, eller anser man ikke patienternes forventninger til

lægerne som mulige, nødvendige eller ønskelige at indfri? Hvis det sidste er tilfældet, kan afdelingen tage op til overvejelse, om patienterne med fordel kan informeres bedre om lægens funktion og vilkår over for sygeplejerskernes.

Et andet spørgsmål vedrører diabetessygeplejerskernes ansvar i forhold til formidlingen af information til pårørende. Patienterne foreslår, at afdelingens diabetessygeplejersker står for informationen, og de giver udtryk for, at informationen vil gøre en forskel. Heroverfor peger sygeplejersken Lone på Diabetesforeningen som afsender af informationen og tror umiddelbart ikke på en effekt af den. Grundet kontrasten i opfattelsen af problemet og af relevante aktører, kan det være aktuelt for sygeplejerskerne først internt at tage patienternes perspektiv op til overvejelse og siden afklare deres standpunkt med patienterne. I det hele taget mener jeg, det er en oplagt mulighed også at præsentere patienterne for undersøgelsesresultaterne og på den baggrund eventuelt afholde et fælles sparringsmøde.

Med relevans for en bredere kontekst såvel som lokalt på AUH's endokrinologiske afdeling, berører undersøgelsesresultaterne skismaet mellem komplians-teori og empowerment-filosofi. I analysen konstaterer jeg, at noget, der minder om komplians-teori, ikke nødvendigvis er bremsende for empoweringen – eksempelvis at sygeplejerskerne rådgiver patienterne på baggrund af sygeplejerskernes egen dom over patienternes livsstil som fornuftig eller ufornuftig. Jeg argumenterer for, at sygeplejerskens opgave i samarbejdet med patienten netop er at rådgive på baggrund af den vurdering, hun qua sin faglighed er i stand til at tage. For at sikre empowerment i denne situation er det dog nødvendigt, at sygeplejersken præsenterer alle muligheder for patienten og ikke kun dem, hun finder anbefalelsesværdige. På den medicinske side har sygeplejerskerne magten til at præsentere og tilbageholde viden efter eget ønske – men det samme har patienten jo, når det gælder personlige oplysninger om eksempelvis livsstil. Selv når empowerment officielt er målet, kan vi så nogensinde sikre, at både patient og sundhedsprofessionel tror på og efterlever filosofien til fulde – og hvordan kan vi undersøge det? Det er i mit arbejde med begrebet blevet tydeligt, at der er tale om et komplekst begreb, som gør det til en svær sag at undersøge. Eksempelvis er det én ting, hvordan filosofien formuleres af forskellige parter med forskellige interesser, en anden hvordan den opfattes af det enkelte individ,

og en tredje hvordan og i hvor vid udstrækning, individer praktiserer og har mulighed for at praktisere den.

Mens jeg skeptisk grubler over mulighederne for at undersøge patient empowerment fyldestgørende med fokus på italesættelse kontra praksis, har Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet undersøgt patientinddragelsen i den danske sundhedssektor. Da inddragelse er en forudsætning for empowerment og rapporten berører emner, som er aktuelle i min undersøgelse, vil jeg præsentere den nærmere i en afsluttende perspektivering.

Perspektivering

I januar 2014 udgav Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd rapporten "Læger og Sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse."¹⁴ Rapporten beskæftiger sig med de muligheder og barrierer, som læger og sygeplejersker oplever i forbindelse med patientinddragelse, og forsøger ligeledes at nærme sig en afklaring af, hvad faggrupperne forstår ved inddragelse. Begrebet patientinddragelse, som det er udfoldet i rapporten, trækker tydelige paralleller til patient empowerment-filosofien og kan på den måde sætte mit undersøgelsesfelt og mine resultater i et større perspektiv.

Rapporten bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt 2.000 læger og 2.000 sygeplejersker fordelt på landets sygehuse. Motivationen for undersøgelsen er stigningen i antallet af patienter med kroniske eller langvarige sygdomme, som sundhedsvæsenet skal støtte i at håndtere livet med sygdom. På baggrund af tidligere forskning antages det, at patienter, som inddrages i planlægningen af og beslutninger om deres forløb, klarer sig bedre og har en højere livskvalitet. Rapporten argumenterer således for, at sundhedsvæsenet mere aktivt skal bruge patienternes viden og ressourcer med henblik på at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse med den enkelte patients behov, ønsker og værdier (ViBIS, 2014, s. 5) – en tankegang, som er meget lig patient empowerment-filosofien. Det overordnede formål med rapporten er at bidrage med viden om, hvordan læger og sygeplejersker oplever muligheden for at inddrage patienter.

Resultaterne viser, at 99 % af sygeplejerskerne og 98 % af lægerne anser inddragelse for at være "vigtigt" eller "meget vigtigt". Faggrupperne er ligeledes enige om, at inddragelse styrker patienttilfredsheden, patienternes egenomsorg og kvaliteten i behandlingen, og at det skaber en mere ligeværdig relation mellem patient og behandler samt et mere sammenhængende behandlingsforløb. Respondenterne giver desuden udtryk for, at patientinddragelse øger arbejdsglæden, men kun cirka halvdelen af dem mener, at det kan frigøre ressourcer i afdelingen (ViBIS, 2014, s. 18-19). Problematikken om ressourcer genkender jeg fra min analyse, hvor patienterne i forbindelse med utilfredsheden med lægerne trak på et tidsøkonomisk repertoire. Af ViBIS' undersøgelsesresultater fremgår det, at både lægerne og sygeplejerskerne oplever

¹⁴ Rapporten er vedlagt som bilag 20 (på CD).

personaleressourcer og tid som barrierer for patientinddragelsen, idet kun ca. hver femte oplever, at der *"i høj grad"* er tilstrækkelig tid og personaleressourcer til at realisere inddragelsen (ViBIS, 2014, s. 25).

Til trods herfor mener ni ud af 10 læger og sygeplejersker, at deres afdeling inddrager patienter *"i høj grad"* eller *"i nogen grad"*. Resultaterne peger dog på, at inddragelsen i højere grad handler om udnyttelse af patienternes fysiske ressourcer til egenomsorg end deres viden. Mens henholdsvis 42 % af sygeplejerskerne og 39 % af lægerne angiver, at de *"i høj grad"* udnytter patientens fysiske ressourcer, inddrager kun 28 % af sygeplejerskerne og 23 % af lægerne efter eget udsagn *"i høj grad"* patienternes viden. Flere andre danske undersøgelser peger imidlertid på, at patienter ønsker større inddragelse og mener, at de kan bidrage til behandlingen med viden, oplevelser og vurderinger (ViBIS, 2014, s. 21-22). Samme tendens ser jeg i min analyse, hvor patienterne giver udtryk for et ønske om at bidrage med deres perspektiver og mener, at de gennem deres erfaring med dem selv og deres sygdom har værdifuld viden. I ViBIS' rapport foreslås det, at hospitalerne sætter større fokus på at inddrage patienternes viden i behandlingerne for at imødekomme patienternes ønske. Resultaterne afslører dog samtidig en mulig barriere herfor, idet kun 11 % af lægerne angiver, at patienternes viden *"i høj grad"* kan kvalificere behandlingsforløbet og 43 % angiver, at den kan *"i mindre grad"* eller *"slet ikke"* (ViBIS, 2014, s. 23). Hos sygeplejerskerne mener kun 14 %, at patienternes viden *"i høj grad"* kan kvalificere behandlingen, og knap en tredjedel at den kan *"i mindre grad"* eller *"slet ikke"*. Selvom min og ViBIS' undersøgelse bygger på forskellig empiri, kan det være værd at forsøge at spejle mine resultater i disse: kan det være en lignende holdning til patienternes viden, der ligger til grund for, at patienterne i min undersøgelse ikke føler sig mødt hos lægerne i deres forløb, og at sygeplejerskerne kommer med udtalelser, som virker kompliance-orienterede? Hver tredje læge og sygeplejerske i ViBIS' undersøgelse mener desuden, at patienterne kun *"i mindre grad"* eller *"slet ikke"* har et realistisk syn på, hvor meget de kan inddrages. I relation til min undersøgelse kan dette resultat rejse et spørgsmål om, hvorvidt patienternes utilfredshed med lægerne – i hvert fald ifølge de sundhedsprofessionelle – skyldes, at patienterne forventer for meget eller noget forkert af lægens årskontrol. Yderligere viser ViBIS' resultater, at hver tredje læge og sygeplejerskerne har den opfattelse, at patienter kun *"i mindre grad"* eller *"slet ikke"* ønsker at inddrages. Det påpeges i rapporten, at sygeplejersker og lægers egen vurdering af, hvilke patienter der ønsker eller er

egnede til inddragelse, kan betyde, at de fejlagtigt undlader at inddrage en patient, som faktisk ønskede det (ViBIS, 2014, s. 23-24). Dette spørgsmål om vurderinger trækker tråde til min undersøgelse og skismaet mellem kompliance og empowerment, som problematiserer i hvor høj grad, det er retfærdigt eller hensigtsmæssigt, at sygeplejersker foretager egne vurderinger. ViBIS konkluderer, at der mangler forskning i, hvilke patienter der bør inddrages og hvornår i forløbet. Ligeledes fremgår det af rapporten, at især sygeplejerskerne efterspørger viden om metoder til inddragelse (ViBIS, 2014, s. 25). Der ser altså ud til at være flere forskellige uafklarede områder, som i sig selv kan bremse den gode inddragelse.

Blandt de uafklarede områder er ligeledes selve forståelsen af, hvad inddragelse er. I ViBIS' undersøgelse blev respondenterne bedt om at angive op til tre svar på, hvad de forstår ved inddragelse, ud fra en liste med 10 svarmuligheder. Resultaterne afslører, at læger og sygeplejersker både inden for og mellem faggrupperne har forskellige opfattelser af, hvad der kan forstås som inddragelse. Overordnet er de dog enige om, at det primært handler om, at patienten har indflydelse på beslutninger om pleje og behandling (henholdsvis 46 % af sygeplejerskerne og 38 % af lægerne) og om, at patienten informeres (hhv. 34 % og 38 %). I rapporten bemærkes det, at disse forståelser ligger tæt op ad det lovbestemte krav om informeret samtykke, hvor patienten på baggrund af information giver sit samtykke til en beslutning. Lavere prioriteret er forståelserne af inddragelse, der lægger op til fælles beslutningstagen, såsom det at spørge ind til patientens behov, præferencer og viden (hhv. 25 % og 23 %) eller at sikre brugen af patientens viden og præferencer i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet (hhv. 22 % og 18 %) (ViBIS, 2014, s. 31). Heller ikke den gode relation til patienten opfattes i særlig høj grad som inddragelse (hhv. 17 % og 11 %), selvom man kan hævde, at relationen frem for alt baner vejen for inddragelsen. Eksempelvis peger mine undersøgelsesresultater på en kritisk relation mellem læger og patienter, som gør, at patienterne miskrediterer lægernes rådgivning og søger væk fra dem til fordel for sygeplejerskerne, hvor de føler sig mødt. Det er desuden min opfattelse, at den høje prioritering af forståelser, der læner sig op ad lovkravet om informeret samtykke, peger på en forvirring af begreberne "informeret samtykke" og "inddragelse" – ligesom patienten Tommy i min undersøgelse forstår sin indflydelse som muligheden for at sige til eller fra. Rapporten fra ViBIS konkluderer da også, at der i sundhedsvæsenet mangler en fælles forståelse af patientinddragelse (ViBIS, 2014, s. 7). Efter mit arbejde med patient empowerment er det ligeledes mit indtryk, at

arbejdet med patientinddragelse – hvad enten det kaldes empowerment, Guidet Egenbeslutning eller slet og ret inddragelse – kalder på mere forskning, der kan hjælpe til at afklare såvel ønsker som opfattelser og muligheder. Målet om inddragelse er med andre ord tilsyneladende både ønsket og vedtaget, men vejen dertil er belagt med komplekse problemstillinger, som lægger op til forhandling. Som det er tilfældet med så meget andet, ser det således ud til, at navigationen i den hvide verden både for patienter og sundhedsprofessionelle er en kontinuerlig lærings- og forhandlingsproces.

Litteratur

Andersen, M. L., Brok, P., & Mathiasen, H. (2000). *Empowerment på Dansk*. Frederikshavn: Dafolo Forlag.

Andreasen, M. B., & Nørgaard, B. (Red.). (2010). *Sundhedskommunikation – Kommunikation på Sundhedsområdet*. Aalborg: UCN Forskning og Udvikling.

Armstrong, N., Koteyko, N., & Powell, J. (2011). 'Oh dear, should I really be saying that on here?': Issues of identity and authority in an online diabetes community. I: *Health*, 16(4). 347-365.
DOI: 10.1177/1363459311425514

Askehave, I., Holmgreen, L., Lassen, I., & Strunck, J. (2010). At styrke patienten i en New Public Management verden: En udredning af betydningspotentialitet i begrebet patient empowerment. I: Horsbøl, A., & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset* (s. 147-179). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Bach, J. (2013). Fra forsker til fag: Målet er empowerment i praksis. I: *Sygeplejersken*, 113(9). 69.
Lokaliseret den 16. januar 2014 på:
[file:///C:/Users/Bruger/Downloads/Sygeplejersken_2013_09%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Bruger/Downloads/Sygeplejersken_2013_09%20(1).pdf)

Beck-Nielsen, H. (2013). *Angsten er der jo altid: Diabetikere og behandlere om at leve med risikoen for lavt blodsukker*. Odense: Diabetesforeningen, Novo Nordisk A/S, Odense Universitetshospital, Syddansk Universitet

Brinkmann, S. (2011). Socialkonstruktionisme og Diskurspsykologi. I: Karpatschof, B. & Katzenelson, B. (Red.), *Klassisk og Moderne Psykologisk Teori* (2. udg.) (s. 412 – 431). Finland: Hans Reitzels Forlag.

Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. London og New York: Routledge

Danske Regioner. (2007). *Fremtidens Almen Praksis*. København: Danske Regioner. Lokaliseret 16. maj på:
http://www.regioner.dk/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/praksis%20magasin%20web_med%20ny%20forside.pdf.ashx

Fairclough, N. (2008). *Kritisk Diskursanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag

Freimuth, V. S., & Quinn, S. C. (2004). The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. I: *American Journal of Public Health*, 94(12), 2053-2055. Lokaliseret den 20. januar 2014 på:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448587/>

Funnell, M. M., & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. I: *Clinical Diabetes*, 22(3). 123-127. Lokaliseret den 16. januar 2014 på:
<http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full.pdf+html>

Funnell, M. M., & Anderson, R.M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. I: *Patient Education and Counseling*, 79(3). 277-282.
DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.025

Galvin, R. (2002). Disturbing Notions of Chronic Illness and Individual Responsibility: Towards a Genealogy of Morals. I: *Health*, 6(2). 107-137.
DOI: 10.1177/136345930200600201

Gergen, K. J. (2010). *En Invitation til Social Konstruktion* (2. udg.). Gylling: Forlaget Mindspace

Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. I: *American Psychologist* 40(3). 266-275. Lokaliseret den 12. februar 2014 på:
<http://psycnet.apa.org.zorac.aau.dk/journals/amp/40/3/266.pdf>

Halkier, B. (2012). *Fokusgrupper* (2. udg.). Samfundslitteratur.

Hollnagel, H., & Malterud, K. (2002). Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. I: *Ugeskrift for Læger*, 164(45), 5225-5229. Lokaliseret den 25. november 2013 på:
<http://ugeskriftet.dk/videnskab/samtaler-om-risiko-og-helbredsressourcer-i-almen-praksis>

Horsbøl, A., & Sørensen, M. B. (2010). Indledning. I: Horsbøl, A., & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Hvas, A. C., & Thesen, J. (2002). At styrke patientens egne kræfter og modvirke undertrykkende kræfter: Empowerment i et medicinsk perspektiv. I: *Ugeskrift for Læger*, 164(45), 5361-5365.
Lokaliseret den 25. november 2013 på:
<http://www.nordicriskgroup.com/publications/1143554299.htm>

Jensen, U. J. (2003). Humanistisk sundhedsforskning – Videnskabsteoretiske perspektiver. I: Lunde, I. M., & Ramhøj, P. (Red.), *Humanistisk forskning inden for Sundhedsvidenskab* (s. 41-75). Akademisk forlag.

Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Gylling: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur

Knutsen, I. R., Terragni, L., & Foss, C. (2013). Empowerment and Bariatric Surgery: Negotiations of Credibility and Control. I: *Qualitative Health Research*, 23(1). 66-77.
DOI: 10.1177/1049732312465966

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, J. (2012). Patienter med livsstilssygdomme. I: Andreassen, M. B., & Nørgaard, B. (Red.), *Sundhedskommunikation – Kommunikation på Sundhedsområdet* (s. 61-67). Aalborg: UCN Forskning og Udvikling.

Lunde, I. M., & Ramhøj, P. (2003). Indledning. I: Lunde, I. M., & Ramhøj, P. (Red.), *Humanistisk forskning inden for Sundhedsvidenskab* (s. 9-17). Akademisk forlag.

Lunde, I.M. (2003). Sundhedsvidenskab – mellem restriktion og ekspansion. I: Lunde, I. M., & Ramhøj, P. (Red.), *Humanistisk forskning inden for Sundhedsvidenskab* (s. 17-28). Akademisk forlag.

Maunsbach, M. E. (2002). Patientundervisning og patientskoler – idégrundlag og praksis. I: *Ugeskrift for Læger*, 164(45), 5269-5273. Lokaliseret den 23. januar 2014 på: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMR_E/2002/UFL_2002_45/UFL__2002_45_38920

Merleau-Ponty, M. (1999). *Om sprogets fænomenologi*. København: Gyldendal.

Nørgaard, B. (2012). Introduktion. I: Andreassen, M. B., & Nørgaard, B. (Red.), *Sundhedskommunikation – Kommunikation på Sundhedsområdet* (s. 3-6). Aalborg: UCN Forskning og Udvikling.

Peel, E., Parry, O., Margaret, D., & Lawton, J. (2005). Taking the Biscuit? A Discursive Approach to Managing Diet in Type 2 Diabetes. I: *Journal of Health Psychology*, 10(6). 779-791
DOI: 10.1177/1359105305057313

Potter, J. (1996). *Representing Reality: Discourse, Rhetoric and Social Construction*. SAGE Publications.

Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Discursive psychology as a qualitative approach for analysing interaction in medical settings. I: *Medical Education*, 39. 338-244
DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02099.x

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: SAGE Publications.

Rappaport, J. (1995). Empowerment Meets Narrative: Listening to Stories and Creating Settings. I: *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 795-805. Lokaliseret den 16. januar 2014 på: <http://dpss.psy.unipd.it/link/files/3-Rapport.1995.Empowerment.meets.narrative.AJCP1.pdf>

Sadan, E. (1997). *Empowerment and Community Planning: Theory and Practice of People-Focused Social Solutions* (s. 74-134). Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad Publishers. Lokaliseret den 17. januar 2014 på: http://www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment_chapter2.pdf

Saunders, B. (2011). 'Sometimes you've just got to have fun, haven't you?': The discursive construction of social drinking practices in young adults' accounts of chronic illness. I: *Communication & Medicine*, 8(1). 77-87.

DOI: 10.1558/CAM.V8I1.77

Scott, M. B., & Lyman, M. S. (1968). Accounts. I: *American Social Review*, 33(1). 46-62.

DOI: 10.2307/2092239

Thrane, S. H. (2013). *Hvad er Patient Empowerment? – en undersøgelse af betydningspotentialiet i begrebet "patient empowerment"*. Aalborg: Kommunikationsuddannelsen, Aalborg Universitet. Semesteropgave.

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. (2014). *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse*. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Lokaliseret den 6. maj 2014 på:

<http://vibis.dk/rapport-kvantitativ-undersogelse-af-patientinddragelse>

Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the Language of Racism: Discourse and the legitimation of exploitation*. Cornwall: Harvester Wheatsheaf.

Wetherell, M., & Potter, J. (1988). Discourse analysis and the identification of interpretative repertoires. I: Antaki, C. (Red.), *Analysing everyday explanation* (168-184). Worcester: SAGE Publications.

Wilhelmsen, L. (u.å.). Kronisk syge kan glæde sig til bedre behandling. I: *Basic Living*. Lokaliseret den 30. oktober 2013 på:

<http://www.basicliving.dk/?kat=138&artikelid=683&a>

Zimmerman, M. A., Israel, B. A., Schulz, A., & Checkoway, B. (1992). Further Explorations in Empowerment Theory: An Empirical Analysis of Psychological Empowerment. I: *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 707-725. Lokaliseret den 16. januar 2014 på:

http://pocarisweat.umd.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/44041/10464_2004_Article_BF00942234.pdf?sequence=1

Zoffmann, V., & Kirkevold, M. (2012). Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. I: *Qualitative Health Research*, 22(1). 103-118.

DOI: 10.1177/1049732311420735

Bilag 1: Type 1 diabetes og Endokrinologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital

Som nævnt ønsker jeg at undersøge italesættelsen af patient empowerment af type 1-diabetikere i en konkret kontekst, og jeg har derfor skaffet min empiri i samarbejde med Endokrinologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. I følgende afsnit vil jeg præsentere min case nærmere, herunder type 1 diabetes som sygdom og Endokrinologisk Afdeling på AUH som behandlingssted.

Hvad er type 1 diabetes?

Type 1 diabetes er en kronisk stofskiftesygdom, som skyldes, at de insulinproducerende celler i bugspytkirtlen er helt eller delvist ødelagte. Sygdommen er autoimmun, hvilket vil sige, at det er kroppens eget immunsystem, der nedbryder cellerne (Diabetesforeningen, u.å., ¶ Om diabetes 1)¹⁵. De kan ikke gendannes, og derfor må type 1-diabetikere behandles med insulin resten af livet. Insulin er et hormon, som udskilles, når sukkerkoncentrationen i blodet stiger, og som transporteres med blodet ud til kroppens celler, hvor det hjælper sukkeret til at lagres som energi. Herefter nedbrydes insulinen, og vi har således hele tiden brug for at få tilført ny insulin til at regulere sukkerniveauet i blodet (Novo Nordisk, 2010)¹⁶.

Betegnelsen for mængden af sukker i blodet er *blodsukker*. En ikke-diabetiker har normalt et blodsukker på mellem fire og syv millimol per liter (mmol/l) i løbet af dagen, og diabetikere rådes til gennem deres insulinbehandling at forsøge at holde et blodsukker så tæt på dette som muligt. Kroppen fungerer dårligere med et for højt eller for lavt blodsukker, og ved at holde blodsukkeret så stabilt og tæt på det anbefalede som muligt, forebygges eller udskydes følgesygdomme i eksempelvis øjne, fødder, nyrer eller nervesystem (Novo Nordisk, 2010).

Hypoglykæmi

Idet diabetikere selv skal justere deres insulinmængde og mange faktorer har betydning for, hvad der er den rette mængde, ender diabetikerne somme tider med for meget insulin i blodet. Derved

¹⁵ Diabetesforeningen. (u.å.). *Om diabetes 1*. Lokaliseret 22. marts 2014 på:
<http://www.diabetes.dk/diabetes-1/fakta-om-diabetes-1/om-diabetes-1.aspx>

¹⁶ Novo Nordisk. (2010). *Type 1 diabetes: information om blodsukker og behandling, mad og motion, sygdom og symptomer*. Novo Nordisk Scandinavia AB

falder blodsukkerværdien, og diabetikeren får for lavt blodsukker – i fagsprog kaldet *hypoglykæmi* (Beck-Nielsen 2013, s. 8)¹⁷. Modsat følgesygdomme indtræder konsekvenserne af hypoglykæmi øjeblikkeligt. Konsekvenserne har man inddelt i tre stadier efter, hvor lav blodsukkerværdien er. I nedenstående tabel er stadierne forklaret med baggrund i diabetesforsker Henning Beck-Nielsens bog *Angsten er der jo Altid* (2013):

Tabel: blodsukkerværdier og konsekvenser

Blodsukkerværdi	Konsekvens
3-4 mmol/l	Føling: Når blodsukkeret kommer ned omkring 3-4 mmol/l, forsøger kroppen at hæve blodsukkerværdien ved at producere modhormonerne til insulin, som er glukagon og adrenalin. Ligesom ikke-diabetikere mærker adrenalin i pressede situationer, mærker også diabetikere adrenalin og kan reagere ved at spise noget sukkerholdigt, så blodsukkeret stiger igen.
Ca. 2,5 mmol/l	Insulintilfælde: Mærker diabetikeren ikke følingen, eller får vedkommende ikke spist noget sukkerholdigt, kan blodsukkeret falde yderligere. Ved en værdi på omkring 2,5 mmol/l kan hjernen ikke længere fungere normalt, og diabetikeren er ikke selv i stand til at reagere ved at spise noget sukkerholdigt. Her kræves altså hjælp fra en anden person.
Ca. 1 mmol/l	Insulinchok: Falder blodsukkeret yderligere og når en værdi på omkring 1 mmol/l, kan diabetikeren miste bevidstheden og/eller gå i kramper. Tilstanden kræver en indsprøjtning med glukagon og næsten altid indlæggelse. I sjældne situationer kan insulinchok være dødeligt, ligesom det naturligvis er farligt i bestemte situationer, som eksempelvis bilkørsel.

¹⁷ Beck-Nielsen, H. (2013). *Angsten er der jo altid: Diabetikere og behandlere om at leve med risikoen for lavt blodsukker*. Odense: Diabetesforeningen, Novo Nordisk A/S, Odense Universitetshospital, Syddansk Universitet

Med denne korte indføring håber jeg at have sat læseren i stand til bedre at forstå diabetesen som sygdom.

Endokrinologisk Afdeling

Pr. 31. december 2012 levede 320.545 danskere med diabetes, heraf 10 % med type 1 diabetes (Sivertsen 2014, ¶ Diabetes i Danmark)¹⁸. Det vil altså sige, at cirka 32.054 personer i Danmark er diagnosticeret med sygdommen. Fordi der er tale om en hormonsygdom, behandles den på sygehusenes endokrinologiske afdelinger. Kroppens endokrine system består af kirtler, som sender signaler til kroppens øvrige organer ved hjælp af hormonstoffer, og bugspytkirtlen er en sådan endokrin kirtel, som ved hjælp af insulin regulerer blodsukkeret i kroppen.

AUH's endokrinologiske afdeling

På AUH's endokrinologiske afdeling, hvorfra jeg har min empiri, er diabetesbehandling kerneydelsen. For at give læseren et indtryk af den afdeling, empirien relaterer sig til, vil jeg her kort ridse organiseringen af afdelingen op. Den består af et dagafsnit, et diabetesambulatorium, en bioanalytisk afdeling, en sengeafdeling og en kursusafdeling for diabetikere:

I *dagafsnittet* kan patienter – både diabetikere og andre patienter – være tilknyttet et kortere forløb af et par måneders varighed, hvis de har brug for at blive fulgt lidt tættere gennem en periode. Her er de i kontakt med en læge, sygeplejerske og en klinisk diætist. Derudover hører Diabetes Fodcenter Nordjylland, som varetager fodsår hos diabetikere, under dagafsnittet.

I *Diabetesambulatoriet* kan diabetespatienter køre forløb af den varighed, de ønsker. Det er to af afdelingens i alt fire diabetessygeplejersker, Helle og Anna, der primært står for kontakten med patienterne i ambulatoriet. Kontakten kan have mange forskellige former, men eksempelvis kan det aftales, at patienten og sygeplejerskerne ringes ved med aftalte mellemrum for at støtte patienten i at få taget sin insulin, eller patienterne kan sparre med sygeplejerskerne om deres insulinbehandling. Omkring 1100-1200 type 1-diabetikere er tilknyttet ambulatoriet, mens omkring 600 type 2-diabetikere er det. Mellem to og tre gange om året kommer diabetikerne til

¹⁸ Sivertsen, S. H. (7. februar, 2014). *Diabetes i Danmark*. Lokaliseret 22. marts 2014 på: <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>

kontrol på afdelingen, hvor de sammen med en af afdelingen seks speciallæger – endokrinologer – ser på deres langtidsblodsukker.

I *Bioanalytisk Afsnit* står bioanalytikerne blandt andet for at montere og afmontere glukosecensorer i tilfælde, hvor der er brug for at overvåge blodsukkeret nærmere gennem en kort periode, for scanninger af knoglemineralindhold og undersøgelser af forskellige hormonsygdomme. Det er ligeledes bioanalytikerne, der foretager den praktiske oplæring af diabetespatienter, som skal lære at bruge blodsukkerapparater.

Sengeafdelingen er for indlagte patienter. Diabetikere bliver som regel ikke indlagt grundet diabetes, men når de indlægges, er det typisk med syreforgiftning¹⁹ eller med en anden sygdom som primærsygdom.

Kursusafdelingen har navnet Diabetes Ugekursus. Her er der 2-3 årlige kurser af en uges varighed i håndteringen af diabetes eller i brugen af insulinpumpe²⁰ for henholdsvis type 1 og type 2 diabetikere.²¹ På kurset modtager diabetikerne undervisning fra sygeplejersker, læger, diætister og socialrådgivere, og de kan sparre med hinanden og med de sundhedsprofessionelle.

Patient empowerment på AUH's endokrinologiske afdeling

Da type 1 diabetes kræver daglig behandling med insulin, må diabetikerne selv stå for denne behandling i dagligdagen, ligesom de grundet sygdommens kroniske karakter må finde en måde at implementere sygdommen i deres hverdag. Her kommer patient empowerment ind i billedet som en måde at sætte patienterne i stand til den daglige varetagelse af sygdommen. I forbindelse med min empiriindsamling til dette speciale afholdt jeg kvalitative interviews med tre af de fire diabetessygeplejersker på AUH, og her fortæller sygeplejerskerne blandt andet om, hvordan de forsøger at empower type 1 diabetes-patienterne. De forklarer, at de i deres daglige virke ikke arbejder med patient empowerment som decideret strategi, men beskriver det snarere som en måde at tænke på, der ligger dybt i baghovedet og i alt, hvad de gør. Denne beskrivelse af patient

¹⁹ Syreforgiftning kan ske, når blodsukkeret er for højt og insulinmængden ikke stor nok til, at cellerne kan optage glukose. I stedet får cellerne energi ved at nedbryde fedt, hvorved der dannes ketonstoffer, som påvirker kroppens PH-værdi og som således kan være årsag til en syreforgiftning (Novo Nordisk, 2010).

²⁰ En insulinpumpe er et apparat, som monteres på diabetikerens krop og konstant pumper en lille mængde insulin ind gennem diabetikerens maveskind.

²¹ Organiseringen af Endokrinologisk Afdeling på AUH er beskrevet på baggrund af et interview med Helle, som er diabetessygeplejerske på AUH. Se bilag 18 (på CD): Interview med Helle

empowerment som naturlig tankegang trækker paralleller til Funnell og Andersons beskrivelse af patient empowerment som filosofi: noget, der er den naturlige måde at agere på. Netop Funnell og Anderson og deres perspektiv på patient empowerment er sygeplejerskerne blevet bekendt med på en kongres for år tilbage, men de nævner også andre perspektiver som eksempelvis Vibeke Zoffmans Guidet Egenbeslutning, coaching, den motiverende samtale og patientinvolvering i bred forstand. I deres daglige arbejde blandes elementer fra alle disse tilgange sammen som en del af den naturlige arbejdsform, men alle tilgange opfattes af sygeplejerskerne som udspringere af patient empowerment som fælles klangbund og dermed udgangspunkt for arbejdet.²²

²² Bilag 17 (på CD): Interview med Anna, bilag 18 (på CD): Interview med Helle, og bilag 19 (på CD): Interview med Lone.

Bilag 2: Tematisering af interviews med patienter og sygeplejersker

Tematisering, patienter

- a. Hvad rører sig i patienterne i forhold til at leve med diabetes – oplevelsen af livet med diabetes – udfordringer i det daglige – håndtering
- b. Forståelse/oplevelse af kontakten til de sundhedsprofessionelle og af den empowerment, patienterne har oplevet – af behandling og undervisning fra de sundhedsprofessionelles side – af det skriftlige materiale – af forløbet – bliver de mødt, hvordan/hvordan ikke?
- c. Er den empowerment, patienterne har modtaget, fyldestgørende – hvad kunne være bedre, hvad er godt?
- d. Hvordan oplever patienterne egen rolle/identitet og hvordan sygeplejerskernes? Hvem gør hvad, bestemmer hvad, ved hvad? Hvad er det, der gør, at de har den opfattelse af rollerne/identiteterne?
- e. Hvordan mener patienterne, at den ideelle rollefordeling ser ud og hvorfor? Hvem skal gøre hvad, bestemme hvad og vide hvad?

Tematisering, sygeplejersker

- a. Opfattelse af empowerment
- b. Opfattelse af egen empowerment-indsats i forhold til type 1-diabetikere
- c. Udførsel af empowerment-indsatsen i forhold til type 1-diabetikere – hvordan tilrettelægges den – hvad gør sygeplejerskerne konkret for at 'empower' patienterne? (Hvorfor)? Hvordan er kontakten til patienterne?
- d. Hvordan oplever sygeplejerskerne, at empowerment-indsatsen tages imod?
- e. Hvordan opfatter sygeplejerskerne deres egen rolle/identitet – og patienternes? Hvad er det der gør, at de har den opfattelse af rollerne? Hvordan mener de, den ideelle rollefordeling ser ud (og hvorfor)?
- f. Opfattelse af livet med diabetes – hvilken opfattelse har sygeplejerskerne af, hvordan det er at leve med diabetes?

Bilag 3: Interviewguide for patienter

Tema 1: Oplevelse af livet med diabetes

- a. Alder og alder ved diagnosticering
- b. Kan du fortælle om, da du blev diagnosticeret? Hvad var det for en tid? Hvad er historien? Oplevelsen, tankerne, reaktionen?
- c. Hvad var svært at vænne sig til?
- d. Hvad tænker du i dag om din diabetes? Hvad er dit forhold til den? Hvad betyder den for dig i hverdagen? Prøv at sætte ord på. Hvad er i dag svært ved at leve med diabetes?
- e. Hvordan håndterer du udfordringerne? Har du et eksempel?
- f. Har diabetes medført ændringer i din livsstil? I din indre tankeverden/livsfilosofi? I din adfærd? Hvilke? Hvordan/hvornår oplever du ændringerne? Hvad synes du om de ændringer?
- g. Har diabetes betydet noget for din opfattelse af dig selv? Hvad? Hvordan?
- h. Er der noget ved diabetes, der gør dig utryk? Hvad? Hvornår mærker du det? Har du et eksempel?
- i. Er der noget positivt ved diabetes? Hvad? Hvornår mærker du det?
- j. Er du medlem af et fællesskab for diabetikere? Hvilket – eks. facebook? Hvad får du ud af det?
- k. Hvilken rolle spiller dine pårørende? Venner/veninder/familie. Er de en hjælp – hvordan? Hvordan har du det med deres hjælp?

Tema 2: Indsats/forløb på Aalborg Universitetshospital

- a. Beskrivelse af forløb i tilknytning til Aalborg Sygehus. Hvornår har du haft kontakt med sygehuset? Hvordan blev du taget imod? Lagde du mærke til noget særligt ved personalet eller forløbet – noget positivt eller negativt?
- b. Hvilke tilbud har du fået fra sygehuset? Hvordan har du brugt sygehusets tilbud? Hvad har de betydet for dig? Hvornår har du haft/har du brug for råd, vejledning, undervisning? Fik du det? Hvordan oplevede du det?
- c. Hvad står du selv for i forhold til kontrol og pleje af din diabetes? Hvordan har du det med selv at stå for målinger, medicinering mv.? Hvordan havde du det med det i starten? Hvad var svært at lære? Er der noget interessant ved at lære det? Hvad synes du om, at diabetikere står for meget selv?

- d. Hvordan oplever du kontakten til sygehuset og til sygeplejerskerne? Er den tilstrækkelig? Er den forståelig? Er den nem at få? Føler du, at du er i gode hænder? Hvordan/hvordan ikke?
- e. Når du er sammen med sygeplejerskerne, hvordan er kontakten mellem jer så? Føler du dig hørt? Mødt? Føler du, at du selv har indflydelse på samtalens indhold? På de beslutninger, der bliver taget?
- f. Hvad synes du er din egen opgave i forhold til din sygdom? Hvad er sygeplejerskernes?
- g. Hvilket skriftligt materiale har du fået fra sygehuset – eks. hvilke foldere? Hvordan har du oplevet det skriftlige materiale, du har fået udleveret af sygehuset? Var det informativt, tilstrækkeligt? Hvordan oplevede du skrivestilen? Billederne? Har du selv søgt yderligere oplysninger andre steder? Om hvad? Hvor?
- h. Kender du til begrebet patient empowerment? Hvad vil du mene, patient empowerment er?

Interviewpersonen bedes læse tekst om patient empowerment. Hvad tænker du om det? Synes du, at det er det, du har oplevet? Hvordan/hvordan ikke? Er det dette, du ønsker at opleve? Hvorfor/hvorfor ikke?

Bilag 4: Interviewguide for sygeplejersker

- a) Alder. Antal år som diabetessygeplejerske.

Tema 1: Livet med diabetes

- b) Hvad er din opfattelse af livet med diabetes? Hvordan tror du, det er at være diabetiker? Hvad er dit indtryk af, hvad der er på spil hos patienterne – hvad er vigtigt for dem, hvad er svært for dem? Svært at leve med, svært at lære? Oplever de utryghed? Oplever de noget positivt som følge af diabetesen? Eksempler.

Tema 2: Indsats/forløb for patienterne

- c) Beskrivelse af et typisk forløb. Hvad tilbyder afdelingen patienterne? Hvem og hvor mange sundhedsprofessionelle er patienterne i kontakt med? Har de en fast sygeplejerske? En fast læge?
- d) Hvornår har I på afdelingen samtaler med patienterne? Hvilke samtaler har I med patienterne? – hvad handler de om? Hvad er det vigtigt for dig at vide noget om, når du skal vejlede en patient? Hvordan prøver du at få den viden, du har brug for, for at rådgive patienten om en god levevis i forhold til diabetesen? Hvad hvis en patient gerne vil fortsætte med at gøre noget eller ikke gøre noget, som er dårligt i forhold til diabetesen – for eksempel fortsætte med at ryge eller nægter at dyrke motion?
- e) Har patienten selv indflydelse på samtalerne indhold og på de beslutninger, der bliver taget? Hvordan?
- f) Hvordan tilrettelægger I undervisning og hvem står for det? Hvilke principper underviser I efter? Hvorfor? Er det dit indtryk, at det virker?
- g) Inddrager I pårørende i undervisningen/samtalerne? Hvordan? Hvorfor gør I det? Virker det efter hensigten? Hvad er de pårørendes rolle? Tror du, de pårørende er vigtige for patienten? Betyder de pårørende noget for, i hvor høj grad patienterne kan empoweres?
- h) Hvad for noget skriftligt materiale giver I til patienterne? Er det dit indtryk, at det gør det, det skal?
- i) Hvad vil du mene, empowerment er? Prøv at forklare det. Hvad synes du om den tilgang? Hvorfor?
- j) Hvordan mener du, at I udfører empowerment her på stedet? Eksempler. Inger og Ulla nævnte guidet egenbeslutning?

- k) Hvordan oplever du, at patienterne tager imod denne empowerment? Har du et eksempel?
- l) Hvordan oplever du kontakten til patienterne? Når du er sammen med patienterne, hvordan er kontakten mellem jer så? Er det nemt for dig at få de informationer, du skal bruge? Føler du, at patienterne tager imod det, du siger? Tror du, der er forskel på at være sygeplejerske og læge, når man skal kommunikere med patienterne?
- m) Hvordan vil du beskrive din rolle i forhold til patienterne – er du eksempelvis lærer, motivator?
- n) Hvordan vil du beskrive patienternes egne opgaver i forhold til at mestre livet med diabetes? Hvad bør de gøre? Hvad bør ikke gøre? Hvad bør de vide? Er det din opfattelse, at patienterne gør og ved dette? Har du eksempler? Er de motiverede for det? Hvis/hvis ikke, hvorfor tror du så det er?

Interviewpersonen bedes læse tekst om patient empowerment. Hvad tænker du om det? Har du oplevet at arbejde med den tilgang? Hvordan/hvordan ikke? Hvordan var det?

Bilag 5: Tekst om patient empowerment

Patient empowerment

De sundhedsprofessionelle skal fralægge sig dele af deres ekspertrolle, mens patienterne derimod skal hjælpes til at indtage rollen som ekspert på eget liv og helbred. Således bliver patienterne i stand til at have større medbestemmelse i beslutninger vedrørende eget helbred, og der skabes et ligeværdigt samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelles biomedicinske ekspertise og patientens ekspertise på eget liv tilsammen giver det bedste behandlingsresultat. Der er altså tale om et ligeværdigt samarbejde, hvor begge parter lytter til hinanden.

For at fremme patientens erkendelse og udfoldelse af viden om egne helbredsressourcer og ønsker for det gode liv, fører patienten og den sundhedsprofessionelle en dialog, hvor den sundhedsprofessionelle er nærværende og nysgerrighed på patientens perspektiv.

Bilag 6: Transskriptionssystem

Mit transskriptionssystem er inspireret af Potter og Wetherell (1987, s. 187) samt Mie Femø Nielsen og Søren Beck Nielsen i bogen *Samtaleanalyse* (2010, s. 244)²³. Fra disse kilder har jeg udvalgt de fokuspunkter for transskriptionen, der dækker mit behov, og herefter enten selv givet dem et symbol på baggrund af min tidligere erfaring med transskription, eller anvendt det samme symbol som kilderne. Mit transskriptionssystem ser således ud:

(uf)	ved uforståelig tale
()	når taleren eksempelvis griner eller ved andre lyde, eksempelvis (griner) eller (fnyser)
[red.]	ved eksplicit viden
(.)	ved pauser, som er kortere end 3 sekunder
(pause)	ved pauser, som er længere end 3 sekunder
[]	ved overlap mellem tale: det stykke af to ytringer, som overlapper hinanden, er sat i firkantet parentes. Ligeledes er den nederste af de to ytringer indrykket og placeret under det stykke af den øverste ytring, som overlappes ²⁴
=	Ved to ytringer, som udtales af to forskellige talere, hvor der ikke kan registreres en pause mellem de to ytringer. Tegnet sættes umiddelbart efter den første ytring og igen umiddelbart før den næste ²⁵
::	ved forlængelse af vokaler, eksempelvis "o::g så gik jeg videre..."
—	understegning, når taleren lægger tryk på et ord
STORT	når taleren udtrykker sig i et betydeligt højere toneleje end den øvrige tale
[...]	Dette symbol forekommer i analysen og betyder, at en del af en taletur – enten én eller flere sætninger eller dele af en sætning – er udeladt.

²³ Nielsen, M. F. & Nielsen, S. B. (2010). *Samtaleanalyse*. Forlaget Samfundslitteratur.

²⁴ Dette gælder kun for transskriptionsklippene i analysen. I det øvrige transskriptionsmateriale, som findes i bilag 8-13 (på CD), er kun den nederste af de to overlappende ytringer sat i firkantet parentes. Her er heller ikke indryk.

²⁵ Symbolet forekommer kun i analysen og altså ikke i det øvrige transskriptionsmateriale i bilag.

Ligesom Potter og Wetherell anvender jeg desuden almindelig tegnsætning, det vil sige komma efter gældende regler og punktum ved afsluttede sætninger. I de fleste tilfælde har jeg for overskuelighedens skyld undladt at transskribere interviewpersonernes sproglige genstartere. Eksempelvis bliver udtalelsen "**Jeg har, jeg har ikke**, jeg har kun sjældent oplevet, at..." til "**Jeg har** kun sjældent oplevet, at..."

Tallet angivet i parentes efter hvert transskriptionsklip i analysen angiver den side i transskriptionen af det pågældende interview, som klippet findes på.

Bilag 7: Oversigt over sproglige begreber anvendt i analysen

Her følger en oversigt over almindelige sproglige begreber, jeg har anvendt i analysen ved siden af diskurspsykologien:

Begreb	Forklaring
Ordvalg	Først og fremmest har jeg set på ordvalget i bred forstand – det gælder alle klasser og typer af ord og handler om de perspektiver, som ligger i et bestemt ordvalg.
Adverbier	Adverbier er biord. De kan nedtone, tale op eller på anden vis moderere og tilskrive betydning. Eksempler fra analysen er "bare", "lidt" og "næsten", som nedtoner og dermed moderer et udsagn og dets kraft, og "jo", som er et udtryk for selvfølgelighed og dermed øger udsagnskraften.
Hyperbel	En hyperbel er en overdrivelse, som gør et udsagn mere kraftfuldt. Et eksempel fra empirien er "hele tiden".
Adjektiver	Adjektiver er tillægsord. Brugen af tillægsord analyserer jeg med øje for de vurderinger, de er udtryk for, og de deraf følgende betydningstilskrivninger. Eksempler fra empirien er "rigtige" og "fornuftige".
Personlige pronominer	Personlige pronominer er stedord, som refererer til personer. I analysen ser jeg blandt andet pronominerne "vi", "jeg", "man", "han" og "de". Brugen af personlige pronominer siger noget om, hvem noget drejer sig om, og kan på den måde fungere ekskluderende, inkluderende eller generaliserende alt efter talerens formål med det pågældende udsagn.
Analogi	En analogi er en sammenligning af ét med noget andet, hvor sammenligningen beror på væsentlige lighedspunkter, der gør det ene forklarligt ved sammenligningen med det andet. I empirien støder jeg på en analogi, da læger sammenlignes med robotter. Denne analogi bærer en vis betydningstilskrivning med sig jf. de associationer, som ordet "robot" bringer med sig, og som gennem analogien overføres til kategorien "læger".