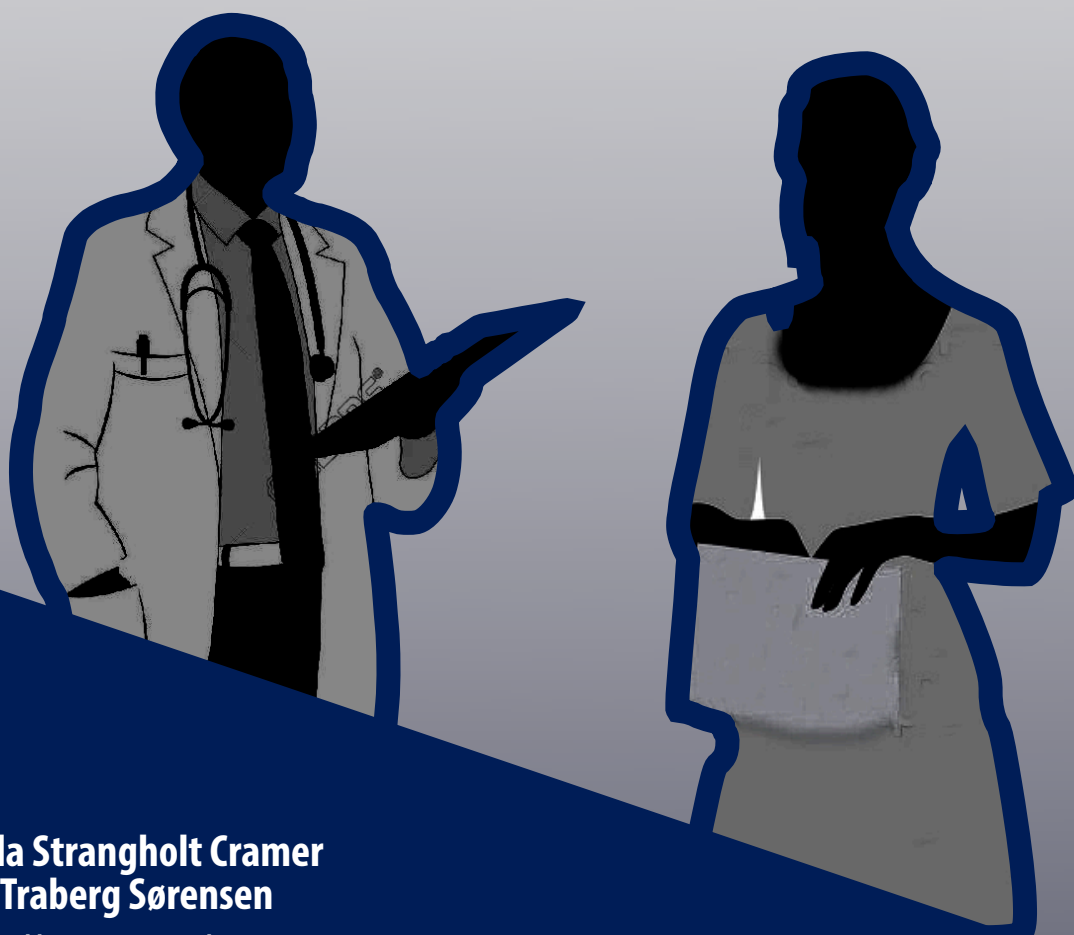


KOMMUNIKATION & KONTAKT I MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET

En hermeneutisk kommunikationsanalyse af samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers



Camilla Strangholt Cramer
Gitte Traberg Sørensen

Aalborg Universitet - Juni 2015

Speciale i Kommunikation
Kandidatuddannelse ved Aalborg Universitet

Vejleder
Helle Alrø, Institut for Kommunikation



AALBORG UNIVERSITET

Titelblad

Uddannelsessted: Aalborg Universitet
Studie: Kommunikation
Semester: 10. semester
Udarbejdet af: Gitte Traberg Sørensen og Camilla Strangholt Cramer
Samarbejdspartner: Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers
Dato: 1. juni 2015
Vejleder: Helle Alrø
Titel på speciale: Kommunikation og kontakt i mødet med sundhedsvæsenet – En hermeneutisk kommunikationsanalyse af samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers
Anslag: 325.837, 135,8 normalsider
Sideantal: 157

Underskrift:

Gitte Traberg Sørensen _____ Dato: _____

Camilla Strangholt Cramer _____ Dato: _____

Abstract

This thesis studies the communication and the contact between health professionals and patients at the Urologic outpatient clinic at the Regional Hospital Randers. The study is based on participatory observations where we, as observers, partially participated alongside health professionals and patients in specific consultations. Furthermore, the study is based on qualitative interviews, which were conducted with the same patients and health professionals that were present during the specific consultations.

Through a hermeneutic approach the participants' voices and the quality of contact between the participants in specific conversations are analysed and interpreted. Working with the empirical data, mainly three selected observations, we gain an understanding of the communication and contact between health professionals and patients.

Our interpretations in our tripartite analysis have led us to the conclusive points in terms of the characteristics of the communication, which are that the health professionals use three kinds of voices, which are defined by Marisa Cordella (2004): the Doctor voice, the Educator voice and the Fellow Human voice. The use of the voices is determined by the purpose of the message from the health professional. Therefore the health professionals will use a Doctor voice and an Educator voice to advise and inform patients about treatment and care. In addition to this the health professionals will use a Fellow Human Voice to show interest in the patients' stories and wellbeing.

In connection to the three voices the health professionals use, the patients use four kinds of voices, which are defined by Cordella (2004): the voice of Health-related storytelling, the voice of Competence with the functions as the Complier, the Apologizer and the Challenger, the voice of Social Communicator and the voice of Initiator. Furthermore, we have also interpreted the presence and use of two other undefined voices. These two voices are the voice of reversed Health-related storytelling and the voice of Storytelling. The uses of these voices are determined by the content of the patients' utterances and the way they express it.

The voices affect and relate to one another in the conversation, and by understanding how the health professionals and patients talk to one another by the use of the voice, we are able to gain an understanding of the characteristics of the communication. It is from this understanding that we can gain another understanding involving the contact between health professionals and patients. By using Carl Rogers' (1957 & 1962) six conditions for quality of contact, we can interpret which significance the characteristics of the communication have for the quality of contact. Our interpretations have led us to the conclusive points that the six conditions and their presence in the consultations are affected by the different voices in either a positive or negative direction. This means that there may be poor or good quality of the contact, which is determined by the different voices.

Based on our reflections we discuss a range of aspects involving our use of the qualitative interviews, our participation in the observations, our subjective choices and their impact on our understanding of theoretical truth. Additionally, we discuss strengths and limitations in connection to the applied theory.

Resumé

Dette speciale undersøger kommunikationen og kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Specialeundersøgelsen er baseret på deltagende observationer, hvor vi, som observatører, var til stede under specifikke konsultationer sammen med sundhedsprofessionelle og patienter. Derudover er specialeundersøgelsen også baseret på kvalitative interviews med de pågældende patienter og sundhedsprofessionelle fra de specifikke konsultationer.

Gennem en hermeneutisk tilgang analyseres og fortolkes de sundhedsprofessionelles og patienternes stemmer samt kvaliteten af kontakten ud fra specifikke samtaler. Gennem vores bearbejdning af det empiriske materiale, som hovedsagelig er tre udvalgte observationer, opnår vi en forståelse af kommunikationen og kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter.

Ud fra vores fortolkninger i vores tredelte analyse kan vi konkludere, at kommunikationens karakteristika i de specifikke samtaler består af tre typer af stemmer, som de sundhedsprofessionelle anvender. Disse stemmer er defineret af Marisa Cordella (2004): doktor-stemmen, uddanner-stemmen og medmenneske-stemmen. Brugen af disse stemmer determineres af, hvad og hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerer til patienterne. Derfor vil en sundhedsprofessionel benytte sin doktor-stemme og sin uddanner-stemme for at rådgive og informere i forbindelse med behandling og pleje. Hertil benytter de sundhedsprofessionelle en medmenneske-stemme for at vise interesse for patienternes historie og velbefindende. I forbindelse med de tre stemmer, som de sundhedsprofessionelle anvender, benytter patienterne blandt andet fire stemmer, som også er defineret af Cordella (2004): den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, kompetence-stemmen med funktionerne *indvilgeren*, *undskylderen* og *udfordreren*, social kommunikator-stemmen og initiator-stemmen. Dertil anvendes to andre, udefinerede, stemmer. Disse to stemmer er en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme og en historiefortæller-stemme. Brugen af disse stemmer er determineret af, hvad og hvordan patienterne ytrer sig til de sundhedsprofessionelle i samtalerne.

Alle de pågældende stemmer påvirker og forholder sig til hinanden i samtalen og ved at skabe forståelse for kommunikationens karakteristika, værende de anvendte stemmer, at vi kan opnå videre forståelse for karakteristikaenes betydning for kontakten. I denne sammenhæng anvendes Carl Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvalitet af kontakt. Ud fra vores fortolkninger kan vi konkludere, at de seks betingelser og deres tilstedeværelse i samtalerne påvirkes af de forskellige typer af stemmer i enten en positiv eller negativ retning. Der kan således være dårlig kvalitet eller god kvalitet, som er determineret af de forskellige stemmer.

På baggrund af diverse refleksioner diskuterer vi en række aspekter, der omhandler vores brug af kvalitative interviews, vores deltagelse i observationerne og vores subjektive valg og disses konsekvenser for vores forståelse af den teoretiske sandhed. Derudover diskuterer vi styrker og begrænsninger i forbindelse med den anvendte teori.

Forord

Dette speciale er udformet med henblik på at skabe en forståelse for begreberne; kommunikation og kontakt i en sundhedsrelateret kontekst. Arbejdsprocessen med vores speciale afslutter vores uddannelsesforløb på kandidatuddannelsen i Kommunikation på Aalborg Universitet. Derfor vil vi også benytte lejligheden til at takke de personer, som har givet os støtte og kritik i forbindelse med vores arbejde.

Vi vil gerne takke vores vejleder, Helle Alrø, for hendes motivation og vejledning undervejs i hele denne arbejdsproces. Det er med hendes udfordrende og konstruktive kritik, at vi forbedrede vores evne til at holde fokus under specialeprocessen.

Dertil vil vi også takke personalet på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers for at være imødekommende og interesserede i vores arbejde og speciale. På baggrund af deres engagement og vejvilje har vores undersøgelse har været mulig.

En sidste tak til bekendte, venner og familie for deres tålmodighed, opmuntring og støtte de sidste seks måneder.

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Case-beskrivelse	5
Strukturering af speciale	6
Metode	10
Deltagende observation	10
Grader af deltagelse og feltroller	11
Valg og fravalg af ressourcer under observationer	13
Beskrivelse af observationer og vores hermeneutiske forståelsesprocesser	14
Interviewteknikker	18
Meningskondensering	22
Udskrift af lydoptaget tale i forbindelse med specialets analyse	22
Ethiske overvejelser i forhold til deltagende observation og interviews	23
Teori	25
Interpersonel kommunikation i en sundhedsrelateret kontekst	25
Typer af stemmer i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient	29
Kontakt i den interpersonelle kommunikation	37
En rammesætning for specialets analyse	41
Analyse	43
Del 1: Samtale mellem sygeplejerske og patient; sygeplejerskeprogram	45
Del 2: Samtale mellem patient og læge; lægeprogram	64
Del 3: Samtale mellem læge, patient, pårørende og sygeplejerske; lægeprogram	78
Refleksion	98
Vores anvendelse af interviews	98
Vores subjektive valg og disses konsekvenser	104
Et kritisk blik på den anvendte teori	107
Perspektivering	111
Konklusion	112
Litteraturliste	116
Bilag 1 – Journaler over observationer	120
Bilag 2 – Interviewguides	132
Bilag 3 – Meningskondensering	136
Bilag 4 – Empiri der inddrages i analyse	153
Bilag 5 – Empiri der <i>ikke</i> inddrages i analyse	153

Indledning

Dette speciale beskæftiger sig med samtalen, der finder sted mellem patienter og sundhedsprofessionelle og disse parter kontakt med hinanden.

Inspirationen til dette speciale kommer fra vores egen personlige interesse for kommunikation og dette felts mangfoldighed, som har præget de to foregående år af vores kandidatuddannelse i Kommunikation på Aalborg Universitet. Derudover er inspirationen ligeledes udsprunget af vores egne oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet.

På uddannelsens ottende semester, hvor vi ligeledes arbejdede med en problemstilling inden for sundhedsvæsenet, blev vi bevidste om, hvor betydningsfuld kommunikationen er, for at de mange arbejdsprocesser på et hospital forløber optimalt. Derudover har vi selv oplevet miskommunikation på nært hold i forbindelse med en indlæggelse af et familiemedlem. Miskommunikationen kom til udtryk ved, at kommunikationen mellem sundhedspersonale og den indlagte patient bestod af misforståelser og uklarheder vedrørende specifikke undersøgelser. Det samme var gældende for kommunikationen internt mellem sundhedsprofessionelle samt kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og pårørende. Disse problematikker repræsenterer et udsnit af de førnævnte arbejdsprocesser, hvor kommunikationen er nødvendig.

I dette speciale er der fokus på kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Vi er dog bevidste om, at øvrige kommunikationssituationer værende kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og pårørende samt kommunikationen internt mellem sundhedsprofessionelle ligeledes kan være relevante at undersøge. Vi har valgt at fokusere på én af kommunikationssituationerne, fordi dette speciale ikke har kapacitet til at undersøge de andre kommunikationssituationer nærmere på grund af praktiske retningslinjer tilknyttet specialet. Vores baggrund og bevæggrunde for vores valg af fokus bliver uddybet i det følgende.

Vi, som kommunikations- og specialestuderende, har en grundlæggende interesse for interpersonel kommunikation, idet vi er optagede af kommunikationens betydning for menneskers relationer i hverdagen. Med hverdagen mener vi, at kommunikationens betydning ikke kun er forbeholdt specifikke situationelle aspekter af livet, men kommer til udtryk i alle henseender, hvor der foregår en mellem-menneskelig relation. Interessen for den kommunikative proces i mellem-menneskelige relationer udspringer af en antagelse om, at kommunikation er en dynamisk proces, samt at den er en forudsætning for adfærd i sociale sammenhænge (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 3). Vi anser generelt kommunikation for at være dynamisk og kompleks, idet den former sig afhængigt af dens kontekst og kommunikatører. Vi finder det interessant, at den mellem-menneskelige kommunikation er dynamisk, idet to samtaler aldrig vil være ens, fordi samtalsens specifikke deltagere vil være varierende. Særligt interessant er det, når denne dynamik i kommunikationen medfører komplikationer, som udfordrer det sociale sammenspil. Vores interesse er ikke effektiviteten af kommunikationens bevægelse mellem kommunikatørerne, men detaljerne i og betydningen af det kommunikerede indhold og de mellem-menneskelige relationer (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 3).

Vi er særligt nysgerrige omkring den interpersonelle kommunikation, som finder sted i en sundhedsrelateret kontekst. Kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient er et aktuelt em-

ne, som har opnået øget opmærksomhed over hele verden gennem de sidste 30 år (Thompson et al, 2008, s. 6) (Dahl, 2010, s. 17).

Som borgere i Danmark og generelt i verden er vi alle potentielle patienter, og vi kommer med stor sandsynlighed til at befinde os i en situation, hvor vi skal have kontakt med en sundhedsprofessionel. Det kan have store konsekvenser for patienten, hvis kommunikationen ikke er problemfri. Kommunikation spiller en afgørende rolle i forbindelse med hospitalers primære fokus, som er behandling af patienter (Hildebrandt et al., 2003, s. 15). Dette kommer til udtryk, idet der er påvist sammenhænge mellem kommunikation og patienttilfredshed samt behandlingsresultater (Dahl, 2010, s. 17). Hvis kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient ikke forløber problemfrit, kan det blandt andet være en medvirkende faktor til ineffektiv behandling (Cordella, 2004, s. 1). Hermed kan der argumenteres for, at kommunikationen er essentiel for sundhedsvæsenet og for bevarelsen af sundhedsvæsenets primære fokus; patienterne og deres helbred.

Dertil kommer kommunikationens rolle ligeledes til udtryk i Patientombuddets fordeling af hændelsestyper efter WHO's Internationale Klassifikation for Patientsikkerhed, idet antallet af afsluttede sager vedrørende patientklager i 2013, som udelukkende omhandler hændelsestypen 'kommunikation og dokumentation', udgjorde 17,97 procent af klagerne (DPSD Årsberetning, 2013, s. 10). Dette finder vi interessant, idet en patient sandsynligvis befinder sig i en sårbar situation grundet sin helbredsmæssige tilstand. Derfor er patienten afhængig af kontakten til den sundhedsprofessionelle og af den sundhedsprofessionelles bestræbelse efter den bedst mulige behandling for patienten. I vores optik er det altså særligt vigtigt, at kommunikationen forløber problemfrit i denne kontekst, da patientens helbred er på spil.

Kommunikationens dynamik og kompleksitet kommer ligeledes til udtryk i samtalen mellem en patient og en sundhedsprofessionel, idet sundhedsprofessionelle og patienter kan have forskellige behov og mål (Kreps, 2010, s. xxviii). Dette har en indvirkning på parternes kontakt med hinanden i samtalen, hvilket kommer til udtryk, idet patienter har, ifølge et stigende antal undersøgelser, et ønske om at blive velinformeret omkring deres helbredstilstand (Thompson et al, 2008, s. 18). Patienters mulighed for at kunne blive oplyst omkring helbredskomplikationer og for at kunne identificere den bedste behandling afhænger helt enkelt af kommunikationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Dette er ligeledes gældende i forhold til patienternes evner til at tage beslutninger baseret på kvaliteten af den information, de får givet af den eller de sundhedsprofessionelle. På denne måde er patienten afhængig af kommunikation (Kreps, 2010, s. xxviii). Fra den sundhedsprofessionelles synspunkt er kommunikationen ligeledes en afgørende faktor for, at de kan opbygge et godt forhold til patienten, indsamle relevant information, levere information, støtte patienten og koordinere med andet sundhedspersonale i forhold til et videre patientforløb (Kreps, 2010, s. xxviii). Dog kan der opstå utilfredshed i kontakten mellem patienter og sundhedsprofessionelle, idet patienter kan have en forventning omkring modtagelsen af bestemte informationer, hvor den eller de sundhedsprofessionelle ikke lever op til denne forventning (Thompson et al, 2008, s. 18). Dertil kan patienters mangel på samarbejde medvirke til en utilfredshed hos de sundhedsprofessionelle (Korsch & Negrete, 2010, s. 1). Dette kan skyldes, at kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient ikke lever op til forventningerne fra de to parter. Således viser kommunikationen sig som værende kompleks og dynamisk.

Vi har en antagelse om, at der er noget på spil i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, som kan have en betydning for kontakten mellem de to parter. Denne antagelse repræsenterer vores nuværende forståelse af emnet, som kommer til udtryk i de perspektiver, der allerede er blevet gennemgået i dette afsnit. Denne forståelse er opstået på baggrund af en forforståelse, vi har skabt gennem vores egne erfaringer med og oplevelser af sundhedsvæsenet. Derudover er denne forforståelse også blevet skabt via artikler, som har omhandlet mediernes betydning for menneskets opfattelse af det enkelte hospital. Mediernes betydning består blandt andet i, at hospitaler og sundhedsprofessionelles omdømme bliver påvirket af mediernes. Mediernes måde at fremstille eller udstille hospitaler og sundhedsprofessionelle bliver set, hørt og/eller læst af patienter og potentielle patienter. Det er disse parter syn på hospitalerne og de sundhedsprofessionelle, som har en indvirkning på hospitalernes omdømme og de sundhedsprofessionelles omdømme (Horsbøl, 2010, s. 182) (Bentsen & Juhl, 2003, s. 31).

I forlængelse af vores antagelse undrer vi os over, om en forståelse for kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient kan skabe en forståelse for kommunikationens betydning for kontakt mellem disse to parter i samtalen. Denne undren leder videre til dette speciales problemformulering:

Hvad karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, og hvilken betydning har disse karakteristika for den sundhedsprofessionelle og patientens kontakt med hinanden i samtalen?

Vi arbejder i dette speciale med et hermeneutisk afsæt, hvilket kommer til udtryk i foregående afsnit med vores antagelse, som repræsenterer vores nuværende forståelse af emnet. Denne forståelse danner grundlag for den nye forforståelse, vi tilstræber at opnå gennem vores undersøgelse af, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Vores nye forforståelse af de karakteristika, der findes i kommunikationen danner ligeledes grundlag for den forståelse, vi opnår i undersøgelsen af, hvilken betydning disse karakteristika har for kontakten mellem parterne. Vi må altså forstå delene for at forstå helheden.

Vi afgrænser os i dette speciale til at arbejde udelukkende med Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Dette valg vil vi redegøre for i den kommende case-beskrivelse. Vi har tidligere beskrevet den dynamiske proces i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient. Med viden om denne anerkender vi, at der er flere forhold i samtalen, der gør sig interessante og kan have betydning for kommunikationens karakteristika. Vi afviser dermed ikke, at der er andre aspekter i spil, men vi vælger at holde fokus på betydningen af kontakt. Dette er tilfældet, idet vi på baggrund af specialets omfang ikke har mulighed for at inkludere alle aspekter. Endvidere finder vi kontakten mellem den sundhedsprofessionelle og patienten særligt interessant, idet vi har en antagelse om, at det, der

er på spil i kommunikationen, er afgørende for kvaliteten af kontakten. Derfor undersøger vi, hvad det helt præcist er i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, der har betydning for kontakten mellem parterne. Med andre ord undersøger vi, hvilke karakteristika der er med til at styrke kontakten, og hvilke karakteristika der er med til at forværre kontakten.

Case-beskrivelse

Som udgangspunkt for dette speciale ønskede vi at undersøge kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient på et hospital i Danmark. Vi havde ikke nogen præferencer i forbindelse med type af afdeling. Vores eneste kriterium var, at der skulle foregå samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter på afdelingen.

Vi havde en åbenlys mulighed for kontakt med Regionshospitalet Randers i form af en bekendt, der er ansat som sygeplejerske på hospitalet. Herigennem havde vi mulighed for komme i kontakt med relevante interessenter, og i den forbindelse blev der etableret kontakt med Urologisk Ambulatorium, som var interesserede i et samarbejde.

Regionshospitalet Randers er en organisation med over 1.800 medarbejdere, hvor disse fordeles sig på forskellige afdelinger, afsnit, klinikker og køkkener med flere (link 1). På hospitalets egen hjemmeside, regionshospitalet-randers.dk, nævnes der, at organisationen er i konstant udvikling. Denne udvikling består blandt andet af udviklingen af kvaliteten på hospitalet i forhold til at bibeholde en optimal pleje af og behandling til den enkelte patient. Måden, hvorved hospitalet vil sikre, at plejen og behandlingen og hermed kvaliteten af hospitalet er optimal, er ved at sørge for, at patienten i behandlingsforløbet er i sikre og trygge rammer. I den forbindelse ses patienten som en partner til hospitalet. Ved at Regionshospitalet Randers gør patienten til partner menes der, at hospitalet har den opfattelse, at inddragelsen af patienter og eventuelle pårørende har stor værdi for patienterne, behandlingen og de sundhedsprofessionelle. Det kan endvidere have en afgørende positiv effekt på behandlingen (link 2) (link 3).

I sammenhæng med udviklingen af kvaliteten har Regionshospitalet Randers opstillet en mission og vision, som også er fremvist på hospitalets hjemmeside, der danner grund for den konstante udvikling, der sker og skal ske på hospitalet. Missionen for Regionshospitalet Randers består blandt andet i, at "hospitalet skal fremme borgernes muligheder for sundhed ved at levere sundhedsydelser, som lever op til internationalt anerkendte faglige standarder" (link 2). Hospitalets vision er at være "et af landets mest attraktive hospitaler for både patienter, borgere og medarbejdere" (link 2).

Urologisk Ambulatorium er en afdeling tilhørende Regionshospitalet Randers, hvor patienter med lidelser i nyre, urinveje samt mandlige patienter med lidelser i deres kønsorganer bliver tilset og behandlet. Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers undersøger årligt cirka 8.000 patienter (link 4), og der er både tilknyttet læger, sygeplejersker, sygeplejerskestuderende og en speciale-sygeplejerske. De forskellige konsultationer, der finder sted på afdelingen, inddeles i læge- og sygeplejerskeprogrammer. Således er et lægeprogram en konsultation, hvor der er en læge og muligvis en

sygeplejerske til stede. Et sygeplejerskeprogram er en konsultation, hvor der kun er en eller flere sygeplejersker tilstede.

Gennem en telefonisk samtale med afdelingens specialesygeplejerske, som var vores kontaktperson i forbindelse med vores empiriindsamling, planlagde vi en specifik dag, hvor vi skulle udføre de første observationer og interviews. Dette blev fastsat til den 18. marts 2015. Da vi havde udført de første observationer og interviews den dag aftalte vi med specialesygeplejersken at komme tilbage på afdelingen for at udføre de sidste observationer og interviews ugen efter, den 25. marts 2015.

Idet Urologisk Ambulatorium har indvilget i at indgå i et samarbejde, har de også udtrykt, at de gerne vil se det færdige resultat. Hermed er det blevet aftalt mellem os, som specialestuderende, og specialesygeplejersken, at vi vender tilbage til Urologisk Ambulatorium, efter specialet er blevet færdigskrevet og afleveret den 1. juni for at fremlægge vores speciale for de sundhedsprofessionelle.

De medvirkende i forbindelse med indsamlingen af empiri er tilfældige patienter, som havde aftaler på Urologisk Ambulatorium de specifikke dage. Derudover er det de pågældende sundhedsprofessionelle, som var på arbejde de pågældende dage. Vi har altså ikke haft nogen medvirken i forbindelse med de deltagende patienter og sundhedsprofessionelle.

Strukturering af speciale

Dette afsnit har til formål at introducere specialets indhold og strukturering. Den indledende del af specialet består først af en kort og generel introduktion til emnet; kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient. Efterfølgende redegør og argumenterer vi for vores bevæggrunde for valg af emne samt hvilken problematik, vi finder relevant og aktuel at undersøge nærmere. Dette inkluderer dermed vores undren i forbindelse med, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, og hvilken betydning dette har for kontakten mellem parterne.

Vi præsenterer herefter specialeundersøgelsens samarbejdspartner i en case-beskrivelse af Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Dertil klargør vi for den type af samarbejde, der gør sig gældende mellem os, som kommunikations- og specialestuderende, og sundhedspersonalet på Urologisk Ambulatorium.

Det sidste led i specialets samlede indledning er denne redegørelse for specialets struktur. Som opsummering til den samlede indledning og især til struktureringen af specialet har vi udformet nedenstående figur, som er dette speciales design.

Specialets metodeafsnit anskueliggør specialets metodologiske rammesætning, som består af en præsentation af de metodiske valg; deltagende observation og interviewteknikker. Derudover indeholder metodeafsnittet også en beskrivelse af vores forståelsesprocesser i forhold til vores empiriindsamling og i forhold til hele specialeprocessen. Disse forståelsesprocesser henviser til vores anvendelse af en hermeneutisk tilgang. Dertil opstiller vi diverse kriterier for opnåelsen af sandhed i forbindelse med vores samlede erkendelsesproces. Endvidere fremviser vi vores praktiske tilgang til bearbejdningen af det empiriske materiale med inddragelse af meningskondensering og retningslinjer for udskrift af talesprog. Metodeafsnittet afsluttes med en gennemgang af vores etiske overvejelser i forbindelse med anvendelsen af deltagende observation og interviewteknikker.

Efter vores metodeafsnit præsenteres de teorier, som anvendes i analysen til at tilgå empirien. Dermed skabes der forståelse for, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, samt hvilken betydningen disse karakteristika har for den sundhedsprofessionelle og patientens kontakt med hinanden i samtalen.

Analysen vil blive segmenteret i tre dele, hvor delene repræsenterer konsultationer med forskellige sundhedsprofessionelle; en samtale mellem en sygeplejerske og en patient som er et sygeplejerskeprogram, en samtale mellem en læge og en patient som er et lægeprogram, og en samtale mellem en læge, en patient, en pårørende og en sygeplejerske som er et lægeprogram. Disse analysedele vil belyse, hvad der karakteriserer netop disse samtaler mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, og hvilken betydningen samtalerne karakteristika har for sundhedsprofessionelle og patienters kontakt med hinanden i den enkelte samtale.

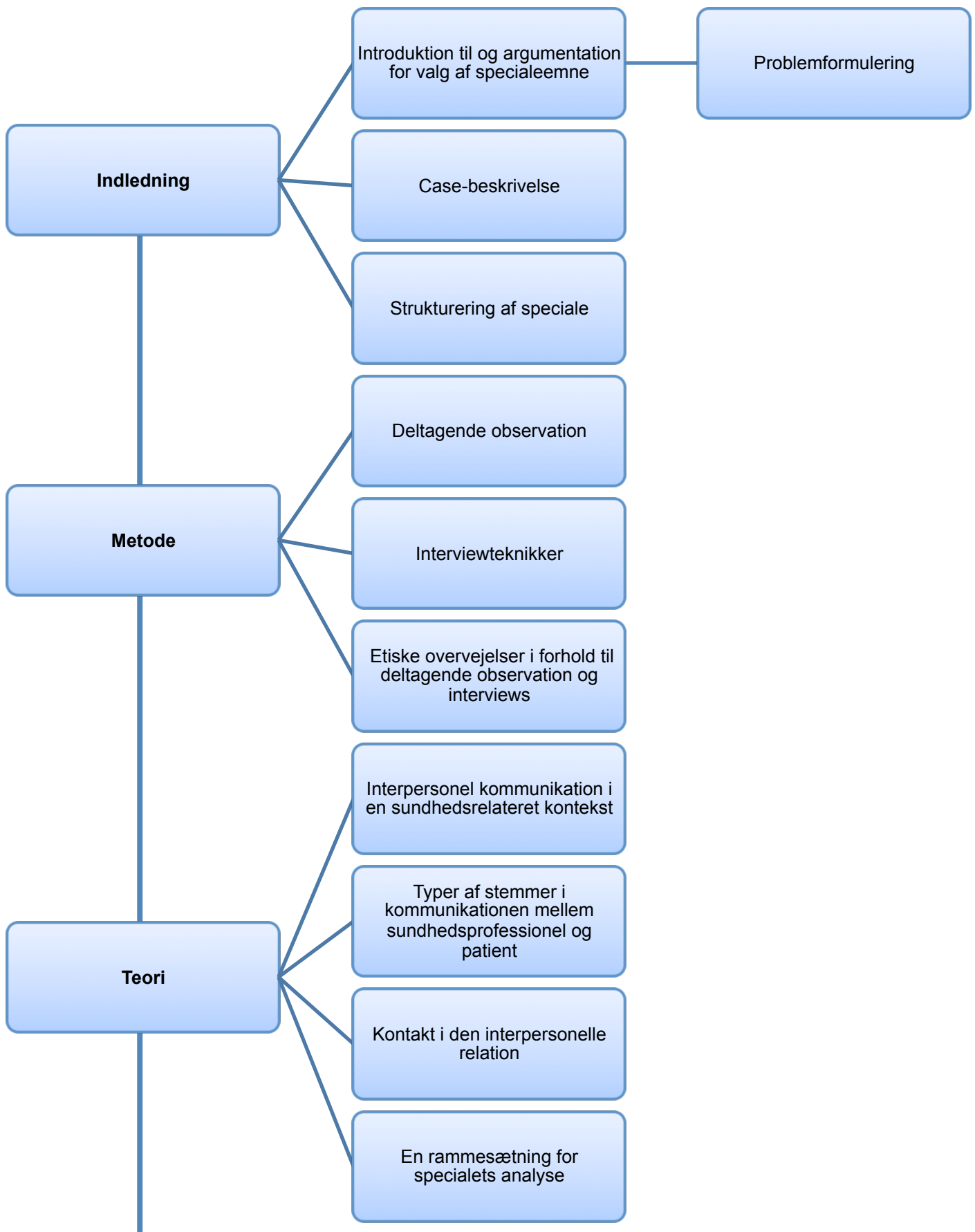
Efter den samlede analyse vil specialet bevæge sig over i et refleksionsafsnit, hvori vi reflekterer over vores brug af interviews. Dertil reflekterer vi også vores subjektive valg i forbindelse med empiriindsamlingen og vores analyse. Endvidere reflekterer vi over den anvendte teoris styrker og begrænsninger.

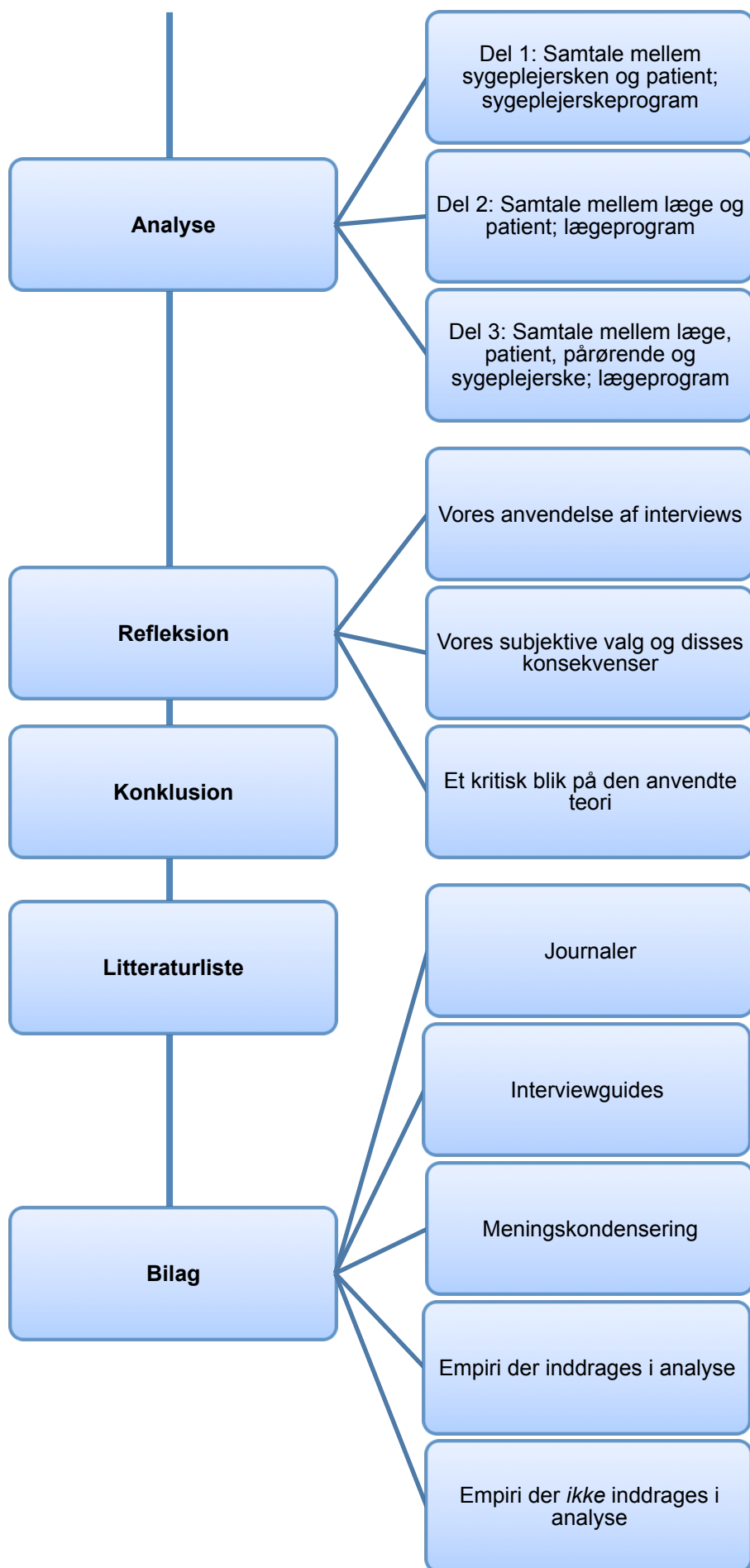
Specialets konklusion opsummerer de analytiske resultater og besvarer specialets overordnede problemformulering samt opsummerer diverse refleksioner, der er opstået i sammenhæng med hele specialeforløbet.

Specialets videnskabsteoretiske perspektiv kommer til udtryk løbende i det skrevne speciale og den praktiske empiriindsamling, da dette videnskabsteoretiske perspektiv er gennemgående for hele specialeprocessen.

Afslutningsvist i dette speciale optræder den samlede litteraturliste samt de bilag, som er relevante for denne undersøgelse af kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient. Disse bilag inkluderer blandt andet vores journaler over observationerne, interviewguides, meningskondensering af interviews og observationer, samt CD'er med specialet i PDF-format og lydfiler med interviewene og observationerne.

På de følgende sider fremviser vi et design af specialets opbygning (figur 1). Det er udformet med henblik på at give et overblik over de forskellige indholdsmæssige segmenter, der er i specialet.





Figur 1. Specialedesign. Illustration af specialets struktur og indhold.

Metode

I dette afsnit gør vi rede for valget af anvendte metoder i specialet. Først præsenterer og beskriver vi metoden deltagende observation. Vi anvender deltagende observation, fordi vi mener, at det er nødvendigt for os at observere de specifikke samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter i den pågældende kontekst, hvori samtalerne finder sted. Dernæst beskriver vi vores feltrolle og grader af deltagelse samt vores valg og fravalg af ressourcer under observationerne. Endvidere skaber vi et overblik over de udførte observationer og interviews samt vores hermeneutiske forståelsesprocesser.

I sammenhæng med deltagende observation anvender vi kvalitative forskningsinterviews. Dette gør vi, fordi vi finder det væsentligt at få både den sundhedsprofessionelle og patientens opfattelse af samtalen. Vi gennemgår vores valg i forbindelse med vores strukturering af interviewene, hvortil vi inddrager vores interviewguides, som vi har udformet til både interviewene med sundhedsprofessionelle og patienter. I forlængelse af denne strukturering fremviser vi de forskellige interviewspørgsmål, som gør sig gældende i de forskellige interviewguides.

Efterfølgende inddrages der afsnit omhandlende den praktiske tilgang til vores bearbejdning af den indsamlede empiri i form af meningskondensering og udskrift af talesprog. Denne bearbejdning anvendes i specialets kommende analyse af kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Afslutningsvis inddrager vi etiske overvejelser i forhold til anvendelsen af deltagende observation og interviews.

Deltagende observation

Deltagende observation kan defineres som: "en undersøgelsesmetode, hvorved en forsker forstår en hændelse eller flere hændelsers mening gennem observation og deltagelse i den eller de kontekster, hvor personer sætter disse hændelser i værk" (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012, s. 17).

I denne metodebeskrivelse er det relevant at inddrage overvejelser omkring betydningen af observatørens¹ tilstedeværelse i de omgivelser, der bliver observeret. Dette skyldes, at deltagende observation er en metode, der fremtvinger ændringer i feltet, alene ved observatørens tilstedeværelse. Observatøren kan påvirke, konstruere eller iscenesætte den virkelighed, som bliver studeret. I forlængelse af dette betyder det, at vi, som observatører, således skal være bevidste om, hvordan vi påvirker, konstruerer og/eller iscenesætter den pågældende virkelighed og de gældende omgivelser, som netop er Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 7). Således kan deltagende observation defineres som en type af forskning, der er præget af en eller flere sociale interaktioner, der foregår mellem observatøren og de individer, som netop bliver studeret af observatøren i de givne rammer og dermed sociale miljø.

Ved at anvende deltagende observation som metode udtrykker observatøren, som netop interagerer med det enkelte individ i den givne virkelighed, at der ønskes en større forståelse af de individer og det sociale miljø, hvori observationerne finder sted. Ved at observatøren befinder sig i dette

¹ Forskeren påtager sig rollen som observatør i forbindelse med observationsstudiet. Fremover i dette afsnit nævnes dermed både rollen som forsker og observatør, hvor der er tale om den samme person.

sociale miljø sammen med de individer, der observeres, skabes muligheden for, at observatøren kan vurdere de dynamikker og kræfter, som kommer til udtryk ved for eksempel konflikter, forandringer og generelt ved dialog (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 7).

Det, som observatøren skal huske ved anvendelsen af deltagende observation, er, at det er en dataindsamlingsmetode, som adskiller sig fra hverdagens observationer, der bliver gjort af den opmærksomme iagttager. Forskellene ligger blandt andet i, at observationerne sker i sociale miljøer, hvor forskeren ikke selv er personligt involveret på forhånd. Dertil har forskeren som regel også mulighed for at bruge mere tid, når disse observationer udøves i feltet og ikke i denne generelle hverdag. Dette skyldes, at observationerne i den generelle hverdag netop kan være observationer af personer, forskeren går forbi på gaden eller lignende. Derudover adskiller hverdagsobservationer og metoden deltagende observation sig også fra hinanden ved, at observatøren er mere systematisk og således grundig i gennemførelsen af de specifikke observationer. Det er blandt andet gældende ved udarbejdelsen af feltnoter og anvendelse af video og/eller diktafon under observationen (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 10).

I bogen, *Deltagerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*, nævner Martin Pedersen, Jacob Klitmøller og Klaus Nielsen, at observation enten kan defineres som teknik eller som design (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012, s. 15). Da det er observation som design, der henviser til den type af observation, vi anvender som metode i dette speciale (deltagende observation), redegør vi ikke nærmere for observation som teknik.

I observation som design struktureres observation med udgangspunkt i de "naturlige" omgivelser, hvor disse omgivelser er den kontekst, der observeres (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012, s. 15). Det vil sige, at i dette speciale er det således Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, som er de naturlige omgivelser, der strukturerer observationerne.

Grader af deltagelse og feltroller

Der findes forskellige grader af deltagelse fra observatørens side i den givne situation, der observeres. Pedersen, Klitmøller og Nielsen (2012) nævner fuld deltagelse og passiv deltagelse, som er den praksis, observation som design ligeledes opererer ud fra (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012, s. 18-20). I bogen, *Deltagerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*, indgår et uddrag af James P. Spradleys bog *Deltagerobservation*. Her nævner Spradley (2012) ligeledes type af deltagelse, hvori fuld og passiv deltagelse også indgår. Fuld deltagelse er, når der observeres situationer, hvor observatøren indgår som almindelig deltager og på forhånd har kendskab til procedurerne i den pågældende situation (Spradley, 2012, s. 59-60). Passiv deltagelse er, når observatørerne er til stede i situationen, der observeres, men de interagerer ikke med deltagerne, og de agerer derfor heller ikke deltagere på samme måde som de egentlige deltagere, der bliver observeret. Derfor vil feltrollen, passiv deltagelse, typisk være tilskuer eller iagttager. Dog skal det pointeres, at observatøren stadigvæk bliver bemærket af deltagerne, og de er bevidste om dennes tilstedeværelse. Vores bestræbelse er, at kun passiv deltagelse kommer til udtryk i vores anvendelse af deltagende observation. Dette er tilfældet, idet vi tilstræber at være tilskuere i situationen og således ikke deltagere i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient (Spradley, 2012, s. 57).

Udover fuld og passiv deltagelse er der også aktiv og moderat deltagelse samt ikke-deltagelse. Ved aktiv deltagelse stræber observatøren efter at gøre det, som menneskene, der bliver observeret gør. Dette gør observatøren både for at opnå accept fra de observerede og for at lære deres adfærdsmønstre. Således kan aktiv deltagelse begynde med observation, men i takt med at observatøren opnår en viden omkring de observeredes adfærd, vil observatøren forsøge at udvise samme adfærd (Spradley, 2012, s. 58). Moderat deltagelse er, hvor observatøren tilstræber en balance mellem at være deltager og være observatør. Det vil sige, at observatøren både agerer tilskuer og deltager i situationen (Ibid.). Ikke-deltagelse betyder, at observatøren ikke på nogen måde er involveret i de aktiviteter, der observeres (Spradley, 2012, s. 56-57). I sammenhæng med disse typer af deltagelse, opereres der også med grader af involvering. Graden af involvering illustrerer observatørens involvering med mennesker i den situation, der bliver observeret. Disse grader af involvering og typer af deltagelse er opstillet i nedenstående skala for at give et tydeligt overblik over de forskellige grader og typer, der kan være aktuelle ved anvendelse af deltagende observation som metode (Spradley, 2012, s. 56).

Grad af involvering	Type af deltagelse
Høj	Fuld
	Aktiv
	Moderat
Lav	Passiv
(ingen involvering)	Ikke-deltagelse

Skala 1. Ingen titel. Fra Spradley, J. P., 2012, Deltagerobservation, i *Deltagerobservation*, s. 56.

I forbindelse med de foregående typer af deltagelse taler Kristiansen og Krogstrup (2008) om en anden type af deltagelse samt en specifik feltrolle i bogen: *Deltagende observation – Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. Først og fremmest deler Kristiansen og Krogstrup (2008) deltagende observation op i total deltagelse eller partiel deltagelse. Da vi ikke er i det specifikke miljø, dermed på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, over en længere tidsperiode, svarer vores deltagelse til at være partiel. Dermed er det kun nogle af aktiviteterne i miljøet på Urologisk Ambulatorium, vi deltager i og får kendskab til (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 54). Endvidere giver vi os til kende som observatører både over for de sundhedsprofessionelle og de pågældende patienter. Dermed gør vi, de forskellige aktører bevidste om, hvad vores hensigter med denne deltagende observation er. Vi indgår således i et samarbejde med personalet på Urologisk Ambulatorium på Regionshos-

pitalet Randers, og dermed udfører vi ikke en fortrolig undersøgelse, som de sundhedsprofessionelle ikke får indblik i (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 54).

For at undgå at vi, som observatører og deltagere på samme tid, bliver for subjektive i vores tolkninger af det, der kommer til udtryk i de givne situationer, har vi valgt at påtage os rollen som den "fremmede". Ved at vi påtager os rollen som den "fremmede", skaber vi en balance mellem nærhed og distance fra vores side og til det og de personer, vi observerer (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 72). Kristiansen og Krogstrup (2008) nævner, at den "fremmede" er både til stede som deltager i situationen og er samtidig bevidst om, at en "fremmede" netop ikke altid er til stede i de "naturlige" omgivelser, der bliver observeret. Derfor er observatøren både til stede i og en del af situationen, men stadigvæk uden for de "naturlige" omgivelser (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 73). Det er for eksempel aktuelt, når vi, som observatører, påtager os rollen som passiv deltager, og vi dermed agerer tilskuer. Således vil patienten og den sundhedsprofessionelle være en del af omgivelserne i den kontekst, der observeres, men vi er, som observatører, ikke en del af den samtale, patienten og den sundhedsprofessionelle måtte have.

Roller som den "fremmede" fremmer observatørens tilstræbte objektivitet. Vi tilstræber objektivitet i rollen som observatører for at få et troværdigt billede af, hvad der sker i samtalen. Dette gør vi ved at undgå at påvirke situationen med eventuel subjektivitet under samtalen. Med andre ord er vi til stede i situationen, men vi inddrager først vores subjektivitet, i form af fortolkning, i den kommende analyse.

Observatøren har som den "fremmede" en særlig form for interaktion i den givne situation med specifikke individer, idet den "fremmede" netop både er 'inden for' og 'uden for' i situationen. Med disse faktorer opstår denne balance mellem nærhed og distance, som den "fremmede" besidder (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 73). Balancen mellem nærhed og distance samt opnåelsen af den tilstræbte objektivitet sker også ved, at den "fremmede" har tilfældig kontakt med de individer, der observeres, men har samtidig ikke personlige eller private relationer til nogen af dem. Dog er observatøren alligevel til stede som en tilskuer i en situation, hvor private emner omhandler patientens helbred kan opstå (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 73).

For at opsummere dette afsnit, påtager vi os til observationerne rollen som den "fremmede", og graden af involvering fra vores side som observatører stemmer overens med den 'passive deltagelse'. Derudover opererer vi ud fra partiel deltagelse ved kun at være til stede på Urologisk Ambulatorium inden for en begrænset tidsperiode.

Valg og fravalg af ressourcer under observationer

Som led i vores empiriindsamling besluttede vi at gøre brug af en diktafon og feltnoter, da vi ikke ønskede at gøre deltagerne mere end højst nødvendigt opmærksomme på, at de blev observeret. Med brugen af videokamera kunne både den sundhedsprofessionelle og patienten med større sandsynlighed blive yderligere opmærksomme på observatørerne. Dertil havde vi en antagelse (som under empiriindsamlingen blev verificeret af de sundhedsprofessionelle) om, at det ville være nemmere at få deltagerens accept af vores tilstedeværelse, hvis der ikke indgik videooptagelser. Deltagerne var na-

turligvis alligevel bevidste om, at vi, som observatører, var til stede i deres sociale verden, idet vi var til stede som tilskuere, selvom der ikke blev anvendt videokamera.

Deltagernes bevidsthed omkring observatørernes tilstedeværelse henviser til den kritik, deltagende observation har modtaget. Kritikken omhandler, at deltagende observation kan påvirke forskningseffekten. Forskningseffekten er, når de observerede opfører sig anderledes, fordi de ved, at de bliver observeret. Med andre ord kan forskningen blive forringet, idet den deltagende observatør påvirker det felt og de deltagere, der observeres og omvendt. Denne gensidige påvirkning kan variere på baggrund af forskellige variabler såsom forskerens alder, køn, etnicitet med videre. Dette skyldes, at disse variabler kan betyde noget for relationen mellem aktører og forsker (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 118-122). Hermed er vi bevidste om, at vi har indflydelse på de sundhedsprofessionelle og de patienter, som vi observerer, og ved at vi er bevidste om det, kan vi således inddrage denne bevidsthed i analysen, hvor empirien bliver fortolket.

Som led i udarbejdelsen af dette speciale, accepterer vi, at den sociale verden, hvor denne er de givne situationer på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, er bygget op af sundhedsprofessionelle og patienters meninger og forståelser. Disse meninger og forståelser er konstrueret gennem social interaktion, hvilket vil sige den pågældende samtale mellem patient og sundhedsprofessionel i den givne situation (Kristiansen & Krogstrup, 2008, s. 100). Herved ser vi nødvendigheden i at forstå og fortolke de meninger, der kommer til udtryk i samtalen. For at vi kan opnå en forståelse for samtalen, finder vi det nødvendigt, at vi er til stede i den sociale verden, hvori samtalen foregår. Således finder vi det nødvendigt og relevant at anvende deltagende observation.

Beskrivelse af observationer og vores hermeneutiske forståelsesprocesser

Som optakt til planlægningen af empiriindsamlingen havde vi et telefonisk møde med en specialesygeplejerske, der er tilknyttet Urologisk Ambulatorium. I samråd med hende blev det besluttet, at vi skulle møde op på Urologisk Ambulatorium den 18. marts 2015. Inden den pågældende dag var det ikke blevet planlagt, hvor mange observationer og interviews vi skulle udføre, da vores deltagelse måtte tilpasses afdelingens sociale verden. Da vi mødte op på afdelingen den 18. marts, blev vi præsenteret for dagens forløb. Som udgangspunkt, havde vi forestillet os, at vi sammen ville deltage i de samme observationer og interviews. Dog foreslog specialesygeplejersken, at vi delte os op for at kunne få indsamlet mest muligt empiri, og samtidigt undgå at optage for meget plads på den enkelte stue.

Ved de første observationer, vi skulle have udført den 18. marts, opstod der nogle komplikationer, idet de to første patienter ikke dukkede op. Dette var under sygeplejerskeprogrammet, hvor der var tilknyttet en sygeplejerske og en sygeplejerskestuderende. Dette medførte ventetid for både os, som observatører, og de to sundhedsprofessionelle. Efter de to udeblivende patienter blev den ene observatør flyttet hen på et andet sygeplejerskeprogram med to sygeplejersker. På lægeprogrammet, hvor der var en læge og sygeplejerske tilknyttet, oplevede vi travlhed, idet tiden mellem hver patient var minimal. Derfor var det vanskeligt at lave aftaler med lægen og sygeplejersken forinden i forhold til observatørens deltagelse.

Det generelle forløb i forbindelse med empiriindsamlingen, både den 18. marts og den 25. marts, blev struktureret således, at der først blev udført en observation af en samtale mellem sundhedsprofessionel(le) og patient. Dernæst blev både patienten og de involverede sundhedsprofessionelle interviewet individuelt. Efter vi begge havde udført den sidste omgang af observationer med dertilhørende interviews, afholdt vi et evaluerende møde med specialesygeplejersken. Til dette møde blev der aftalt en ny dato, hvor vi skulle foretage nye observationer og udføre nye interviews. Datoen blev den 25. marts. Observationerne og interviewene den 25. marts forløb uden komplikationer, og det generelle forløb den 25. marts havde den samme struktur som den 18. marts.

I vores journaler i bilag 1 uddyber vi handlingsforløbet i forhold til den enkelte observation, og disse uddybninger består blandt andet af de feltnoter, vi nedskrev under observationen. Vores journaler fremviser 11 observationer, hvoraf de første seks blev udført den 18. marts 2015, og de resterende fem blev udført den 25. marts 2015.

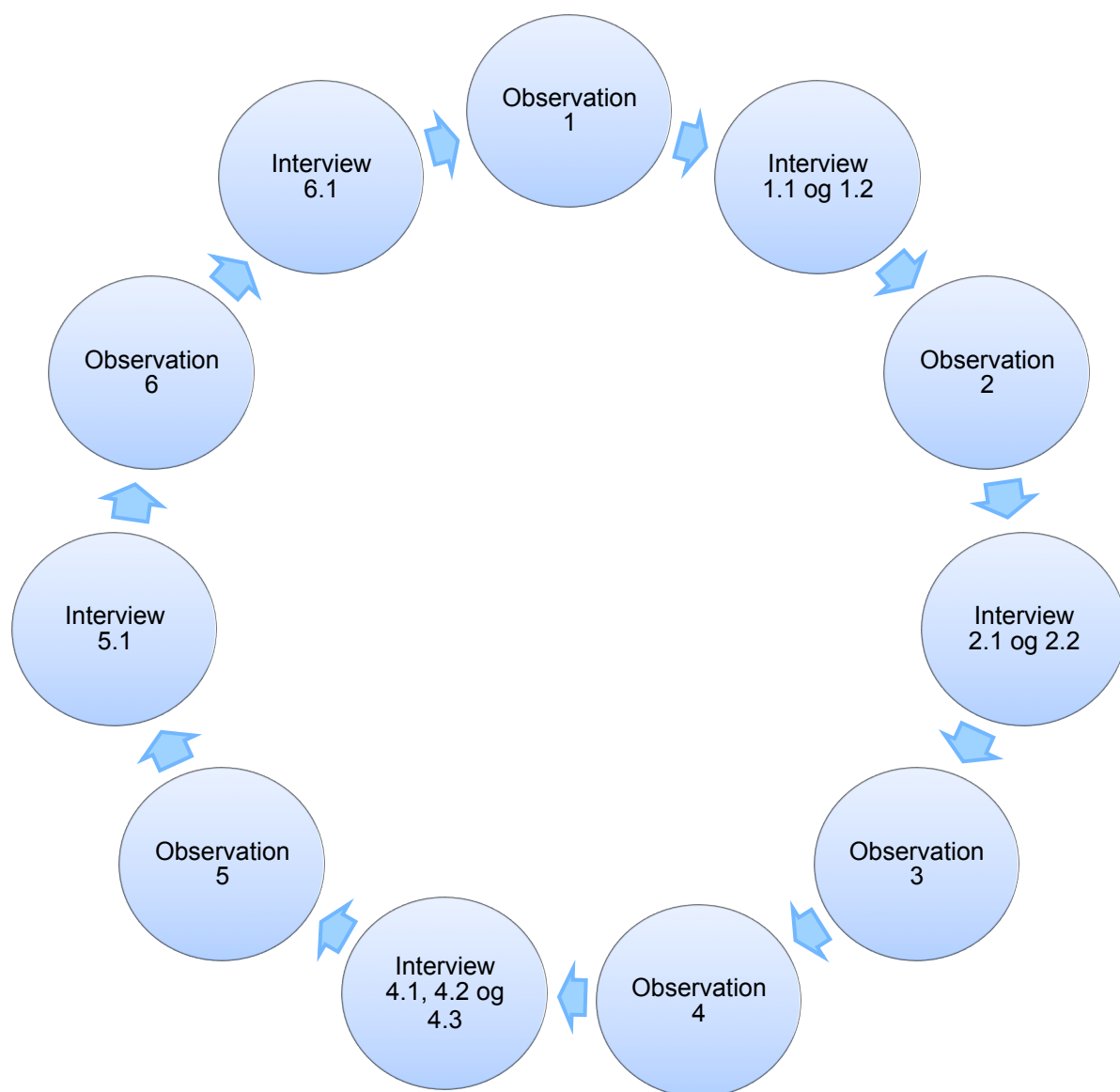
I sammenhæng med vores empiriindsamling finder vi det relevant at inddrage nedenstående figurer, som illustrerer den forståelsesproces, vi har været igennem i forbindelse med udførelsen af observationer og interviews (Jonasson, 2012, s. 61-62). Vores forståelsesproces henleder endvidere til princippet inden for hermeneutikken og den hermeneutiske cirkel, hvor delene skal forstås ud fra helheden, og helheden kun kan forstås ud fra de pågældende dele (Kjørup, 2008, s. 67-69). For at vi kan forstå helheden, som er kommunikationen og kommunikations betydning for kontakten mellem de involverede parter i samtalen, er det nødvendigt, at vi forstår delene. Disse dele inkluderer vores samarbejdspartner, indsamlingen af empiri og anvendelsen af teoretiske perspektiver. Det vil sige, at vi blandt andet skal forstå den anvendte teori og dens relevans i forbindelse med specialeemnet, før vi kan forstå, hvad der karakteriserer kommunikationen, samt hvilken betydning kommunikationens karakteristika har for kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient i samtalen.

Nedenstående figurer indeholder implicit elementerne forforståelse, forståelse og fortolkning, og figurerne sættes i dette afsnit helt specifikt i forbindelse med vores empiriindsamling. Pilene i begge figurer illustrerer både fortolkningen, der er foregået mellem observationerne og interviewene i forståelsesprocessen og henvisningen til det næste element i processen. Figur 2 henviser til opnåelsen af en forforståelse og forståelse gennem fortolkning mellem observationer og interviews udført den samme dag.

Figur 2 viser den cirkulære proces i forhold til observationer og interviews udført den 18. marts 2015, dog skal det ekspliciteres, at processen også er gældende for de observationer og interviews, der blev udført den 25. marts. Dermed fortsætter processen efter interview 6.1 videre til den første observation, der blev udført den 25. marts (observation 7) og ikke tilbage til observation 1. Dertil fortsætter processen med interviewene 7.1 og 7.2, observation 8 og så videre. Således gør den cirkulære proces sig gældende i forhold til den samlede empiriindsamling. Derudover er den cirkulære proces også aktuel i forhold til den empiri, der blev indsamlet de to særskilte dage; den 18. marts og den 25. marts. Forinden den første dag (den 18. marts) (som ses i figur 2) havde vi en forforståelse, som vi havde opnået gennem det forberedende arbejde og diverse overvejelser i forbindelse med den praktiske udførelse af observationer og interviews. Disse overvejelser inkluderer blandt andet vores be-

vidsthed omkring vores egen rolle i observationen. Dermed havde vi en klar forventning om og forforståelse for, hvordan observationerne og interviewene skulle foregå. Vi opnåede en forståelse i udførelsen af den første observation, som blandt andet bestod af overvejelser om, hvorvidt vi havde anvendt de feltroller, som vi forinden observationen havde planlagt at anvende. Forståelsen under første observation skulle også anvendes til forståelsen af interviewene, der blev udført i forlængelse af observationen, idet vores fortolkninger af observationen ledte os videre til nye spørgsmål, der skulle inkluderes i de efterfølgende interviews (se figur 2).

Foruden at forme de efterfølgende interviews tilhørende den specifikke observation, fungerede forståelsen opnået i en observation ligeledes som forforståelse for den kommende observation og de tilknyttede interviews. Denne proces gjorde sig gældende i den samlede empiriindsamling.

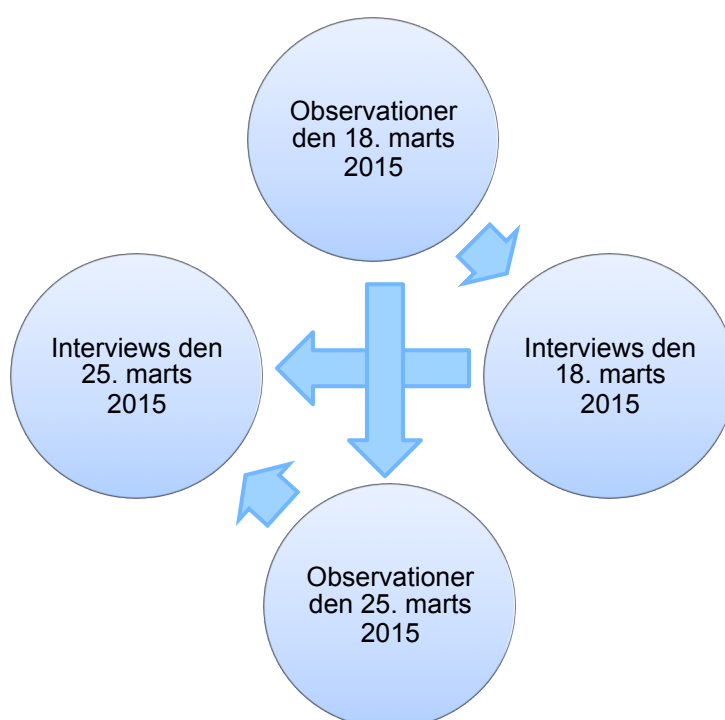


Figur 2. Forståelsesproces I. Illustration af forståelsesproces i forhold til empiri indsamlet samme dag.

Figur 3 viser den samlede forståelsesproces, vi har været igennem. Forståelsesprocessen henviser til vores opnåelse af forforståelse og forståelse gennem fortolkning i forhold til processen mellem observationerne, der blev udført begge dage, processen mellem observationer og interviews udført den samme dag, og processen mellem interviews udført begge dage

Efter vi udførte de første observationer og interviews den 18. marts, evaluerede vi forløbet, hvor vores forståelse og fortolkning af observationerne og interviewene blev inddraget. Dette var med henblik på at skabe en ny forforståelse forud for de næste observationer, der skulle udføres den 25. marts. Således blev planlægningen af de næste observationer determineret af forståelsen af de observationer og interviews, der blev udført den 18. marts. Denne forståelse blev skabt gennem vores fortolkninger af den praktiske udførelse af de pågældende observationer og interviews. Med forståelsen af observationerne den 25. marts har vi kunne opnå forståelse, gennem fortolkning, for de interviews, vi ligeledes skulle udføre den 25. marts.

Mellem interviewene udført den 18. marts og interviewene udført den 25. marts har vi ligeledes anvendt fortolkning. Dette kommer til udtryk, idet interviewguiden til patientinterviewene skulle ændres. Med de nye spørgsmål opnåede vi en ny forståelse på baggrund af patienternes besvarelser.

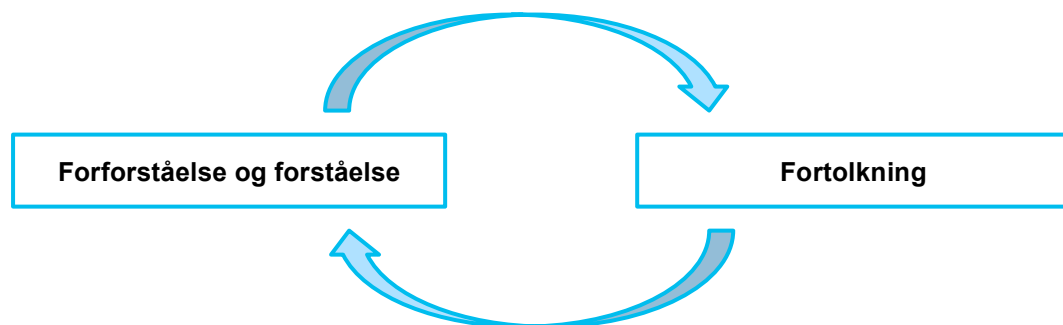


Figur 3. Forståelsesproces II. Illustration af forståelsesproces i forhold til den samlede empiriindsamling

Vi tilstræber en videnskabelig undersøgelse, hvor vi er bevidste om vores egne subjektive valg, netop vores fortolkninger. Som vi beskriver og argumenterer for i ovenstående afsnit blandt andet omhandlende vores feltrolle som den "fremmede", tilstræber vi objektivitet i feltet, fordi vi ikke indgår i samtalen mellem patient og sundhedsprofessionel. Hermed ønsker vi ikke at påvirke samtalen ved eksempelvis at stille spørgsmål undervejs i samtalen eller forsøge at dreje samtalen i en bestemt retning.

Således søger vi mod, at empirien bliver indsamlet på et så objektivt grundlag som muligt, hvor subjektiviteten efterfølgende kommer til udtryk i analysen. Dog er vi bevidste om, at vi allerede under observationerne lader vores subjektivitet komme til udtryk, idet vi nedskriver feltnoter. Disse feltnoter afspejler vores holdning til, hvad vi finder relevant at notere. Vores feltnoter er skrevet ind i vores journaler i bilag 1. En nærmere refleksion over vores erkendelse af subjektive valg og disses konsekvenser i feltet finder sted i vores kommende refleksionsafsnit.

I forbindelse med vores hermeneutiske tilgang til specialet, som er illustreret i figur 4, har vi ligeledes gjort os overvejelser omkring, hvilken erkendelse vi opnår med denne tilgang. Vi anerkender, at sandhedskriterier, der gør sig gældende inden for naturvidenskaben, ikke er anvendelig i forbindelse med menneskelige handlinger (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 83). Vi kan ikke måle, hvad der er sandheden i de udsagn, der kommer til udtryk i vores empiriindsamling, da dette er et fortolkningsspørgsmål. Det, der umiddelbart kommer til udtryk eller viser sig i bevidstheden, er altså ikke nødvendigvis sandheden (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 86-88). Med den hermeneutiske cirkel stræber vi imod løbende at forbinde fortolkningen af undersøgelsens delelementer, som vi er kommet frem til i vores undersøgelse, med den større helhed og omvendt. På den måde forsøger vi at afgøre fortolkningens sandhedsværdi (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 87). Ved hjælp af denne proces opnår vi sandhedskriteriet, som Kristiansen og Bloch-Poulsen (1997) kalder den for tiden mest sammenhængende indsigt. Med andre ord opnås denne indsigt med forklaring, forståelse og fortolkning (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 98). Det vil sige, at den teoretiske sandhed (for os) opnås ved hensigtsmæssige fortolkninger (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 22), som kommer til udtryk gennem den hermeneutiske cirkel. Ved hjælp af denne bevidstgørelse kan der ligeledes nås en praktisk sandhed for deltagerne (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1997, s. 86).



Figur 4. Den hermeneutiske tilgang i specialet. Illustration af det videnskabsteoretiske perspektiv gældende i hele specialet.

Interviewteknikker

I sammenhæng med vores anvendelse af deltagende observation inddrager vi det kvalitative forskningsinterview. Derfor har dette afsnit til formål at klargøre for brugen af specialets anvendte interviewteknikker. Foruden en redegørelse for diverse interviewteknikker vil dette afsnit ligeledes argumentere for valget af disse, samt en begrundelse for hvordan de vil blive benyttet i dette speciale.

Steiner Kvale og Svend Brinkmann (2009) forklarer, at interviewet er en samtale, som både har en struktur og et formål. Hermed er det ikke en vilkårlig samtale, som for eksempel kan være tilfældet i hverdagssamtaler. Det kvalitative forskningsinterview er i stedet en "udspørgende og lyttende metode" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 19). Det vil sige, at interviewet er en professionel samtale, og målet for samtalen er at skabe viden omkring et specifikt emne (Brinkmann, 2014, s. 177). Hertil skal det fremhæves, at interviewet ikke er en samtale, hvor de involverede parter er ligestillede, da det er interviewerens, der kontrollerer, opstiller og definerer interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 19). Med andre ord er det os, der fremsætter interviewemnet. Denne forskel mellem interviewer og den interviewede kommer også til udtryk ved, at forskningsinterviewet henviser til en envejsdialog. Dette skyldes, at det kun er interviewerens, som stiller spørgsmål, og det er kun den interviewede, der svarer på spørgsmålene. Således har den interviewede og interviewerens nogle klare roller, som bevares gennem hele dialogen (Brinkmann, 2014, s. 177).

Brinkmann (2014) nævner, at interviews kan have forskellige grader af struktur. De interviews, som er mest struktureret, minder om spørgeskemaer, som er blevet lavet om til mundtlige spørgsmål frem for skriftlige. Modsætningen til disse er selvfølgelig de interviews, som er mindst strukturerede. Det er for eksempel gældende ved livshistorieinterviews, hvor interviewerens skal være åben over for den interviewede og stille spørgsmål for at skabe forståelse for den interviewedes biografi. Imellem de mindst og mest strukturerede interviews findes der de semistrukturerede interviews (Brinkmann, 2014, s. 178).

I dette speciale anvendes det semistrukturerede forskningsinterview, idet vi forinden de pågældende interviews havde udformet en interviewguide til både interviewsituationen med den sundhedsprofessionelle og til interviewsituationen med patienten (se interviewguides i bilag 2). Kvale og Brinkmann (2009) nævner, at det semistrukturerede interview har til formål at skabe forståelse for de interviewedes (her patienter og sundhedsprofessionelles) meningsdannelser. Denne forståelse skabes gennem fortolkning af den betydning, som de interviewede pålægger de temaer, meningsdannelser og betydningsdannelser, som bliver udtrykt gennem beskrivelser i interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 19).

Brinkmann (2014) nævner i forlængelse af ovenstående, at selvom interviewguiden er formuleret forud for interviewsituationen, er der plads til fleksibilitet under interviewet. Derfor kan spørgsmål, som ikke er en del af interviewguiden, godt blive inddraget, såfremt de er relevante (Brinkmann, 2014, s. 178). Dette er tilfældet i forbindelse med dette speciales brug af det kvalitative forskningsinterview, idet interviewet har til formål at få de interviewedes meningsdannelser i forhold til specifikke emner, der er bestemt forud for interviewet. Dog foregår interviewet også som en opfølgning til den foregående observation, og hvis der opstår spørgsmål under observationsstudiet, skaber fleksibiliteten ved semistrukturerede interviews mulighed for at inddrage disse spørgsmål i interviewsituationen.

I forbindelse med udformningen af vores spørgsmål til vores semistrukturerede interviews af både patienten og den sundhedsprofessionelle anvender vi Kvale og Brinkmanns (2009) liste over interviewspørgsmål. Først og fremmest tilstræber vi med de forskellige interviewspørgsmål at anvende enkle og korte spørgsmål i interviewsituationen for ikke at forvirre den interviewede (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 154). Det første interviewspørgsmål, der gør sig gældende i de specifikke inter-

viewsituationer i forbindelse med dette speciale, er indledende spørgsmål. Vi anvender både indledende spørgsmål i interviewsituationen med den sundhedsprofessionelle og i interviewsituationen med patienten.

Indledende spørgsmål er åbningsspørgsmål og kan henvise til en konkret situation. Indledende spørgsmål udløser en spontan beskrivelse af denne situation, og den interviewede beskriver sin oplevelse af situationen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 154-155). Denne type af interviewspørgsmål kommer til udtryk i vores første spørgsmål i vores interviewguides: "i forbindelse med den samtale, du lige har haft: hvad handlede samtalen om?" (bilag 2). Dette indledende spørgsmål blev både stillet til den sundhedsprofessionelle og patienten for at kæde interviewsituationen sammen med den foregående konsultation og observation. Efter patientinterviewene udført den 18. marts ændrede vi den indledende del i de patientinterviews, vi udførte den 25. marts. Det indledende spørgsmål blev omformuleret, men den samme mening som i det indledende i den forrige interviewguide kommer stadig til udtryk: "hvad var formålet med den samtale, du lige har haft med lægen/sygeplejersken?" (bilag 2). Dertil besluttede vi at tilføje en indledende passage, før det indledende spørgsmål, der handler vores specialeundersøgelse. Dermed startede vi patientinterviewene den 25. marts med en beskrivelse af vores specialeemne og en begrundelse for, hvorfor vi ville udføre interviewene. Dette har medført, at de interviewede patienter den 25. marts først fik præsenteret formålet med spørgsmålene fremfor bare at få stillet det første spørgsmål. Dette skyldtes, at vi oplevede under patientinterviewene den 18. marts, at patienterne manglede en kontekst for spørgsmålene. Patienterne havde svært ved besvare spørgsmålene, fordi de ikke kendte til vores formål med dem.

Udover indledende spørgsmål anvender vi også opfølgende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 155). Opfølgende spørgsmål stilles i forlængelse af de spørgsmål, hvor interviewer ønsker at få udvidet den interviewedes svar. Vi anvender opfølgende spørgsmål til det indledende spørgsmål, og til de spørgsmål der omhandler et tidligere fokus, som vi ikke undersøger alligevel i dette speciale. Dette fokus blev ændret, efter interviewene blev udført, hvilket også har resulteret i, at flere af spørgsmålene i interviewene ikke har en relevans i forhold til dette speciales aktuelle fokus; kommunikationens karakteristika samt disse karakteristikas betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. I vores kommende refleksion reflekterer vi nærmere over vores brug af interviews i dette speciale især med henblik på det ændrede fokus og betydningen af dette i forbindelse med de udførte interviews.

Et af de opfølgende spørgsmål, vi stiller de sundhedsprofessionelle efter det indledende spørgsmål, er: "hvordan opfattede du patientens deltagelse i samtalen?" (bilag 2). Formålet med dette spørgsmål er at få den sundhedsprofessionelle til at tale om patientens deltagelse i samtalen, og for at få den sundhedsprofessionelles italesættelser og meninger af deltagelsen.

Ligesom med det indledende spørgsmål til patientinterviewet er de opfølgende interviewspørgsmål både til stede i interviewene udført den 18. og den 25. marts. Dog er også disse opfølgende spørgsmål blevet ændret undervejs. Dermed har patienterne den 18. marts eksempelvis fået et opfølgende spørgsmål såsom: "hvordan opfattede du mængden og kvaliteten af den information, du fik under samtalen? Var det tilstrækkeligt?" (bilag 2). Her var formålet med spørgsmålet at få patienten til at tale om den information, som den sundhedsprofessionelle havde givet patienten under den

foregående samtale. Vi har inkluderet dette spørgsmål med henblik på at kunne undersøge, om patienten har været tilfreds med samtalen i forhold til den information, der er blevet givet af den sundhedsprofessionelle. Et opfølgende spørgsmål, vi stillede under patientinterviewene den 25. marts, var: "hvad kunne sygeplejersken/lægen have gjort anderledes i samtalen?" (bilag 2). Vi ændrede spørgsmålet efter den 18. marts, fordi vi oplevede under de første patientinterviews, at patienterne hovedsagelig gav de samme besvarelser, der bestod af, at mængden og kvaliteten af information var fyldestgørende. Vi ønskede hermed at udfordre patienten til at give en besvarelse, der fokuserede på, hvad den sundhedsprofessionelle kunne have gjort anderledes i samtalen. Således var spørgsmålet ikke kun begrænset i forhold til information, men var i stedet mere åbent. I forlængelse af dette opfølgende spørgsmål stillede vi yderligere opfølgende spørgsmål for at få patientens besvarelse udvidet: "hvordan kan det være?" og "oplevede du, at der blev brugt fagbegreber og/eller medicinsk sprog?" (bilag 2).

Andre interviewspørgsmål, vi har anvendt, har været direkte og strukturerede spørgsmål (bilag 2), og i forbindelse med de spørgsmål, der opstod under observationen, har vi også anvendt fortolkende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 156-157). Ved direkte spørgsmål præsenterer interviewerens nogle emner direkte, hvilket stemmer overens med det afsluttende spørgsmål, vi stiller både den sundhedsprofessionelle og patienten. Spørgsmålet til den sundhedsprofessionelle: "hvor længe har du været uddannet læge/sygeplejerske?" (bilag 2). Spørgsmålet til patienten: "hvad er din senest afsluttede uddannelse?" (bilag 2). Vi stillede disse direkte spørgsmål for at få konkrete svar, som ikke krævede spontane beskrivelser fra nogen af de interviewede. Således var det ikke spørgsmål, der skulle diskuteres eller uddybes nærmere i interviewsituationen. Vi valgte at inkludere spørgsmålene i vores interviewguide og i de udførte interviews, fordi oplysningerne muligvis kan inddrages i den kommende analyse.

Strukturerede spørgsmål bygger på interviewerens ansvar for, hvordan interviewet forløber. Det vil sige, at hvis et emne i interviewet bliver udtømt, er det interviewerens ansvar at præsentere et nyt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 156-157). Dette kommer til udtryk i vores interviewguides ved vores præsentation af det fokus, som ikke længere er relevant i specialet. Denne præsentation af fokuset kommer til udtryk i de interviewguides, vi udførte den 25. marts, men ikke den 18. marts: "nu kommer der nogle lidt anderledes spørgsmål" (bilag 2). Dog valgte vi, som interviewere, i interviewsituationerne begge dage at give en præsentation af emneskiftet, hvilket også kommer til udtryk i vores lydoptagelser af interviewene (bilag 2).

Fortolkende spørgsmål henviser til, at interviewerens kan vælge at omformulere et svar, hvilket kan ændre ved graden af fortolkning. Derudover kan fortolkende spørgsmål også være en direkte fortolkning af et tidligere svar, eller være et forsøg på en afklaring (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 157). Under observationerne opstod der nogle spørgsmål, som vi efterfølgende inddragede i interviewsituationen, og disse spørgsmål omhandler således vores grad af fortolkning af den samtale, der har foregået mellem patient og sundhedsprofessionel. Det vil sige, at vi med spørgsmålene forsøger at opnå en afklaring af, hvad der skete under samtalen, og hvorfor det skete. I interviewsituationerne med de sundhedsprofessionelle vil dette omhandle deres måde at tale til og med patienten på. Dette er ek-

sempelvis gældende i observation 2 i forbindelse med det dertilhørende interview med sygeplejersken (bilag 4, interview 2.2). Dette uddybes nærmere i den kommende analyse.

Meningskondensering

Som redskab til at organisere vores indsamlede empiri i form af lydfiler fra henholdsvis observationer og interviews anvender vi metoden meningskondensering af Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2009). Denne metode hjælper os til udvælgelsen af den empiri, der har relevans for vores specialeundersøgelse.

Helt konkret gælder det for meningskondensering, at indholdet i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient sammendrages til kortere udsagn, hvor den primære betydning og de primære meningsdannelser kommer til udtryk (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 227). Altså forkortes samtalsindhold, hvor samtals hovedbetydning formuleres. På denne måde vil det være lettere at identificere de egentlige meningsdannelser i samtalen.

Det empiriske materiale, som bliver udformet på baggrund af meningskondensering, vil være placeret i bilag 3. Vi har yderligere valgt at inddrage udskrifter af talesprog til at belyse bestemte aspekter i den kommende analyse, hvilket ses i det kommende afsnit.

Udskrift af lydoptaget tale i forbindelse med specialets analyse

Dette afsnit introducerer kort metoden, der anvendes til udskrift af udvalgte og relevante eksempler fra tre udvalgte observationer (og samtaler).

Metoden, vi anvender, er *Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog*. Denne metode er et tillæg og hæfte til nyhedsbrevet *SNAK*, som er udgivet i 1992 af styringsgruppen for initiativområdet: "Dansk tale i dets variationer", som hører under Statens Humanistiske Forskningsråd (Styringsgruppen for initiativområde Dansk tale i dets variationer, Statens Humanistiske Forskningsråd, 1992, s. 2-3).

Formålet med udarbejdelsen af *Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog* er at udforme nogle fælles retningslinjer for udskrifter og konventioner for notation, som skal give en ensartethed blandt de tekster, der anvender udskrifter. Dog er der selvfølgelig forskel på graden af fonetisk nøjagtighed afhængig af, hvad det er, der skal laves et skriftligt udskrift på, samt i hvilken slags undersøgelse udskriften skal anvendes (Ibid.).

Vi arbejder i dette speciale ud fra det, der kaldes minimale udskriftskonventioner, som bliver beskrevet og gennemgået i *Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog*. Udskriftskonventioner omhandler nogle mindstekrav for, hvordan lydoptaget tale skal omsættes til skrift, og hermed hvad udskriften bør indeholde. Dertil er der også opstillet nogle mindstekrav for konventioner til notation (Ibid.).

Nogle af udskriftskonventionerne anvendes ikke i dette speciale, og det er således kun de punkter, som gør sig gældende i specialet, der bliver fremvist herunder²:

1. I den pågældende skriftlige udskrift skal der anvendes normal ortografi, hvor normal her skal forstås som den gældende Retskrivningsordbog. Store begyndelsesbogstaver anvendes ved *proprier*³, og forkortelser, tal og tegn skrives med bogstaver. Det vil sige, at tallet 23 skrives som *treogtyve*, og tegnet % skrives som *procent* (Styringsgruppen for initiativområde Dansk tale i dets variationer, Statens Humanistiske Forskningsråd, 1992, s. 4).

2. Rækkefølgen af ordene skal være den samme på udskriften som på den optaget tale på den enkelte lydfil (Ibid.).

3. Hvis der forefindes uforståelige lydsekvenser og/eller ord, skal disse markeres med "(uf)", der står for uforståelig (Ibid.).

4. Sekvenser og ord, som kan være vanskelige at forstå, men hvor vi stadig mener med en mindre grad af usikkerhed at kunne høre, hvad der bliver sagt, skal skrives inden for en parentes med et spørgsmålstegn uden for hver side af parentesens. Det vil se således ud i udskriften: "(livskvalitet)?" (Ibid.).

Da vi anvender specifikke eksempler til en nærmere fortolkning af kommunikationens karakteristika og disse karakteristikas betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient i den pågældende samtale i den kommende analyse, finder vi det relevant at inddrage dette ovenstående afsnit. Dette skyldes, at det er et videnskabeligt krav i forbindelse med den kommende analyse og fortolkning, at både vi, som kommunikations- og specialestuderende, og specialets pågældende interessenter har en klar viden omkring, hvordan udskriften af de specifikke eksempler er foretaget.

Etiske overvejelser i forhold til deltagende observation og interviews

Ved anvendelsen af deltagende observation og interviews opstår der typisk nogle etiske udfordringer, der skal løses mellem de involverede parter, inden empiriindsamlingen kan påbegyndes. Disse etiske

² I vores kommende analyseeksempler anvendes der tegnsætning, hvilket ikke er medskrevet i de minimale udskriftskonventioner. Vi anvender punktum, komma og spørgsmålstegn, fordi der er et behov for dette, idet flere af vores analyseeksempler er længere ytringer og ikke kun én (kort) sætning. Derudover anvender vi tegnsætningen: (...) for at fremvise, at der er noget, som er blevet udeladt fra citatet/eksemplet. Endvidere illustrerer vi med brugen af bindestreg, at ytringen kortvarig bliver afbrudt af en anden aktør. Brugen af bindestreg og (...) fremviser vi på følgende måde (nedenstående er vores eget eksempel):

Læge: "det, du ser her, er din blære" -

Patient: "ja"

Læge: - "og den viser, at du har nogle polypper. Det, vi kan gøre, er at planlægge en operation"

Patient: "hvordan vil det komme til at foregå?"

(...)

Læge: "så det er det, vi gør?"

³ Stort begyndelsesbogstav anvendes også efter punktum i samme ytring.

overvejelser blev bragt frem i forbindelse med vores indledende møde, der, som nævnt i indledningen, var et telefonisk møde med specialesygeplejersken, som er tilkøbt Urologisk Ambulatorium, for at kunne forventningsafstemme i forbindelse med det kommende forløb.

Som specialestuderende må vores opførsel naturligvis afspejle vores professionalismisme og stræbe efter at undgå at forringe vilkårene for dem, vi samarbejder med. Vores tilstedeværelse må altså ikke forværre arbejdssituationen for de sundhedsprofessionelle eller vilkårene for patienterne. Vores færden i feltet må afspejle, at vi administrerer vores tilegnede viden på en ansvarlig måde, og på en måde, der stemmer overens med de etiske principper, som reflekterer vores og alle involveredes bedste interesser. Disse etiske principper vil blive uddybet i det følgende.

Først og fremmest skal deltagerne blandt andet sikres anonymitet (Kristiansen, 2012, s. 218-220) (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 91). Dette er aktuelt, da deltagernes navne ikke bliver nedskrevet nogen steder i dette speciale. Ligeledes fjernes navne og andre personlige oplysninger fra vores lydfiler. Da det netop er de meninger, som bliver konstrueret af deltagerne i den sociale interaktion, der bliver bragt frem i analysen, vil fokuset heller ikke være på deltagernes identitet. For at sikre deltagerne anonymitet har vi en mundtligt aftale med alle de deltagende parter, patienter såvel som sundhedsprofessionelle, og alle de deltagende parter er bevidste om denne aftale. Kristiansen (2012) samt Kvale & Brinkmann (2009) nævner, at deltagerne skal kunne garanteres fortrolighed (Kristiansen, 2012, s. 218-220) (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 91). Dog har vi ikke mulighed for dette, da pointen med dette speciale er at dele forståelsen for, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, samt dele forståelsen for den betydning disse karakteristika har for kontakten mellem parterne i samtalen på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Dermed har vi ikke mulighed for at gøre specialet fortroligt, men ved at oplyse om denne problemstilling, inden vi udfører observationerne og interviewene, gør vi de sundhedsprofessionelle og patienterne opmærksom på dette. Således sikrer vi de sundhedsprofessionelles accept på forhånd, og vi får muligheden for at opnå accept fra patienten umiddelbart inden den pågældende konsultation.

I forbindelse med anonymitetsaftalen vil vi ligeledes sikre, hvad det overordnede formål er med observationerne og interviewene. Dog finder vi det især relevant at nævne, at vi er bevidste om, hvor meget vi skal informere deltagerne om vores formål med undersøgelsen. Vi skal netop være opmærksomme på ikke at give dem for mange informationer, da det kan medføre, at parterne føler sig "for studeret" (Kristiansen, 2012, s. 223-224). Dertil er der selvfølgelig også forskel på, hvem det er, der bliver informeret, og især til dette er vi bevidste om, at vi i nogen grad informerer patienterne, og vi i høj grad informerer de sundhedsprofessionelle. Dette skyldes, at vi er nødt til at etablere et samarbejde med hospitalet for at få adgang til hospitalet og den specifikke afdeling for at kunne udføre vores observationer og interviews. Vi anser ikke graden af samarbejde med patienterne for at være ligeså ligeligt balanceret som med de sundhedsprofessionelle, men vi samarbejder stadig med patienterne for at kunne få deres tilladelse til at lydoptage dem, være til stede under en privat samtale mellem dem og en (eller flere) sundhedsprofessionel(le), samt interviewe dem omkring samtalen efterfølgende.

Teori

Dette afsnit har til formål at præsentere specialets anvendte teori. Metaforisk set er følgende afsnit opstillet som en tragt. Først starter vi med et bredere perspektiv, hvor vi redegør for interpersonel kommunikation med henblik på at opnå en fundamental forståelse for mellemmenneskelig kommunikation. Hertil inddrages en definition af sundhedskommunikation, der har til formål at placere den interpersonelle kommunikation i den kontekst, der gør sig gældende i denne specialeundersøgelse; et hospital. Vi inddrager teori vedrørende interpersonel kommunikation fordi dette speciale beskæftiger sig med samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient. Hertil mener vi, at det er essentielt at besidde denne fundamentale forståelse for derefter at kunne skabe forståelse for, hvad der karakteriserer den interpersonelle kommunikation.

I bunden af vores metaforiske tragt, hvor den er smallest, snævres specialets fokus yderligere ind. Dette sker med inddragelsen af Marisa Cordellas (2004) stemme-begreb, som har til formål at afklare første del i specialets problemformulering. Denne del involverer identifikationen af kommunikationens karakteristika. Vi anvender Cordellas (2004) stemme-begreb fordi teorien giver os mulighed for at undersøge, hvordan en sundhedsprofessionel og patient vælger at tale med hinanden i en sundhedsrelateret kontekst. Stemme-begrebet gør sig gældende, fordi stemmerne gensidigt påvirker og skaber samspillet mellem sundhedsprofessionel og patient. Derudover indsnævres specialets fokus med inddragelsen af Carl Rogers (1957 & 1962) og hans teori omhandlende kvalitet af kontakt. Dette teoretiske perspektiv har til formål at afklare anden del i specialets problemformulering. Denne anden del involverer kommunikationens betydning for de sundhedsprofessionelle og patienters kontakt i samtalen. Vi anvender Rogers' (1957 & 1962) teori, fordi han mener, at kontakten i relationen er essentiel og afhænger af seks betingelser. Disse seks betingelser kan således inddrages i vurderingen af kommunikationens betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter i samtaler på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Afslutningsvis i dette samlede teori-afsnit inddrages en beskrivelse af vores tilgang til vores kommende analyse, hvor denne er en sprogbrugsanalytisk tilgang. Det er i forbindelse med denne rammesætning, at Cordellas (2004) stemme-begreb og Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser indgår som analytiske redskaber, der gør sig gældende i vores kommende sprogbrugsanalyse.

Interpersonel kommunikation i en sundhedsrelateret kontekst

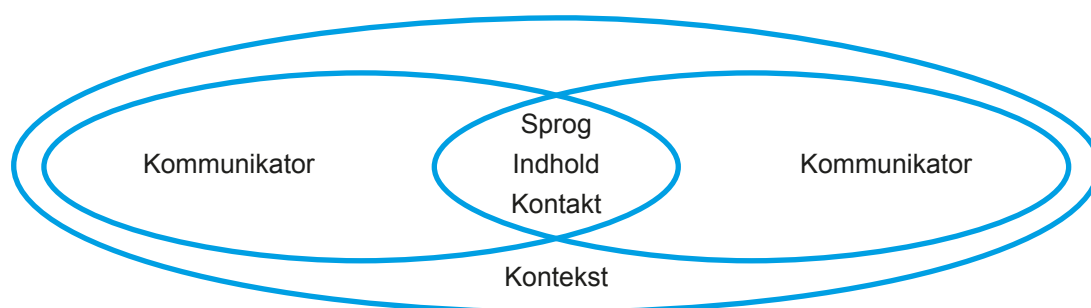
For at kunne opnå en forståelse af den interpersonelle kommunikation med henblik på at søge forklaringer på, hvordan kommunikationen forløber i samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter, finder vi det væsentligt at etablere en fundamental forståelse for, hvad der er på spil i den interpersonelle interaktion.

Helle Alrø og Marianne Kristiansen (1988) udtrykker i deres bog, *Kan du se, hvad jeg sagde?*, at interpersonel kommunikation, overordnet set, handler om produktionen af betydning og mening mellem to eller flere parter, der gensidigt påvirker hinanden (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 4). Ydermere udtrykker de, at der må være tale om en ansigt-til-ansigts kommunikation. Den fysiske kontakt, som de to parter har, betyder, at deltagerne har fælles sansning. De kan altså høre, se og føle hinanden

(Alrø & Kristiansen, 1988, s. 11). Alrø og Kristiansen (1988) kalder parterne i kommunikationen for kommunikatorer. Disse skiftes til at være afsender og modtager i samtalen. Dette er ikke ens betydende med, at de skal sige lige meget, men at de begge to har mulighed for at reagere på hinandens udsagn (Ibid.).

Alrø og Kristiansen (1988) fremstiller en række grundlæggende antagelser omkring kommunikation, som hjælper os i forståelsen af denne. En af disse antagelser er, at kommunikation giver os identitet og er med til at identificere os som personer. En anden antagelse er, at kommunikation er konstant i bevægelse og udgør fundamentet for al aktivitet mellem mennesker og former vores sociale adfærd. En tredje antagelse er, at kommunikation enten er tilsigtet, utilsigtet, bevidst eller ubevidst, og en fjerde antagelse er, at kommunikativ adfærd kan ændres over tid ved bevidstgørelse og træning (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 3).

I sammenhæng med ovenstående kommunikationsforståelse af interpersonel kommunikation er det relevant at inddrage kapitlet "Et dialogisk perspektiv" fra bogen: *Perspektiver på kommunikationen i sundhedsfaglige professioner*. Kapitlet er udformet af Helle Alrø og Marianne Kristiansen (2006), og det er deres forståelse af interpersonel kommunikation (hvilket også kommer til udtryk i ovenstående), som anvendes i dette speciale. I kapitlet har Alrø og Kristiansen (2006) udformet en kommunikationsmodel, der præsenterer diverse elementer, som gør sig gældende i interpersonel kommunikation (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 212). Alrø og Kristiansens (2006) model ses herunder:



Model 1. Kommunikationsmodel. Fra Alrø, H. & Kristiansen, M., 2006, Et dialogisk perspektiv, i *Perspektiver på kommunikationen i sundhedsfaglige professioner*, s. 212.

Kommunikationsmodellen⁴ består af elementerne: kommunikator, sprog, indhold, kontakt og kontekst (Ibid.). Alrø og Kristiansen (2006) nævner, at de to kommunikatorer i modellen henviser til de parter, der skaber samtalen, som netop er den interpersonelle kommunikation. Det er disse kommunikatorer, der skaber en tovejskommunikation. Alrø og Kristiansen (2006) argumenterer for, at kommunikation som information svarer til en envejskommunikation, og en tovejskommunikation er der-

⁴ Ovenstående model er ikke en identisk kopi af Alrø og Kristiansens (2006) model, idet den ydre ellipse i den originale model er mere rektanglet med runde hjørner. Dertil overlapper de to indre ellipser hinanden, dog er denne overlappning i den originale model fremvist ved stiplede linjer. På trods af disse mindre afvigelser fra den originale model kommer Alrø og Kristiansens (2006) kommunikationsforståelse til udtryk i ovenstående model.

imod en udvekslingsproces mellem mindst to parter. I envejskommunikation er der stadig en afsender og en modtager til stede i kommunikationen. Alrø og Kristiansen (1988) argumenterer dog for, at parterne ikke er i direkte kontakt (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 17). Der findes dog grænsetilfælde i forbindelse med dette. Nogle former for kommunikation kan betegnes som både interpersonel kommunikation og envejskommunikation. Dette er eksempelvis tilfældet, hvis modtageren blot optræder som lyttende, men stadig har muligheden for at stille spørgsmål og kommentarer (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 18-19). Dermed spiller afsenderen den vigtigste rolle i kommunikationen, idet denne bestemmer kommunikationens form og indhold. Modtagerens rolle bliver at forstå og forholde sig til budskabet, eller undlade at modtage det. Således opfattes envejskommunikation som en overførsel af information (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 17). Denne argumentation anvendes også af Lone Jørgensen (2014) i kapitlet, *Kommunikation i sundhedssektoren – en udfordring i korte kontakter?*, som er fra bogen: *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle*. Jørgensen (2014) nævner, at den sundhedsprofessionelle kan informere patienten om noget og at informere kan betyde, at der bliver givet viden eller oplysninger videre til andre. Det, der er gældende for begge disse betydninger af "at informere", er netop, at det er en envejskommunikation. I uddybning til ovenstående beskriver Jørgensen (2014) en envejskommunikation og relation som en lineær proces, hvor afsenderen (den sundhedsprofessionelle) har en formodning om, at dennes ansvar, som formidler af et budskab, bliver afsluttet, så snart informationen er blevet givet til modtageren (patienten) (Jørgensen, 2014, s. 71). Hertil argumenterer Jørgensen (2014), at den sundhedsprofessionelle således taler *til* patienten, og ikke *med* patienten. I sådanne tilfælde forsøger den sundhedsprofessionelle ikke at opnå forståelse for eller få indsigt i patientens situation (Jørgensen, 2014, s. 70). I modsætning til processen i envejskommunikation resulterer tovejskommunikation i, at den sundhedsprofessionelle taler *med* patienten. Her mener Jørgensen (2014), at der er tale om en interaktionsproces, og interaktionen mellem de involverede parter bliver først afsluttet, når afsenderen modtager feedback omhandlende den information, der er blevet givet. Denne feedback kan bestå af, hvordan informationen er blevet fortolket og forstået (Jørgensen, 2014, s. 71).

Elementerne sprog, indhold og kontakt i kommunikationsmodellen kommer til udtryk i relationen og hermed samtalen mellem de to kommunikatorer. Dette kommer til udtryk ved, at de tre elementer er placeret der, hvor de to kommunikatorers ellipser overlapper hinanden. Alrø og Kristiansen (2006) nævner, at kommunikatorernes sprogbrug har en væsentlig rolle i forhold til kommunikationsforståelsen. Dette skyldes, at samtalen mellem de to kommunikatorer bliver forstået ud fra det forhold, der er mellem kommunikation, kontekst og relation. De to kommunikatorer i dette speciale er den sundhedsprofessionelle og patienten. Sprogbrug er både de konkrete ord og måden, hvorpå ordene bliver ytret på af de specifikke parter i den givne kontekst (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 213).

Det er gennem sproget, at indholdet i samtalen kommer til udtryk. Indholdet (se kommunikationsmodellen) er det, som kommunikatorerne kommunikerer i samtalen, og det kan således være en sag eller emne. Dertil kan det også være den kontekst, hvori samtalen foregår, idet konteksten kan danne grundlaget for samtaleens indhold (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 214). I forbindelse med dette er det relevant at henvise til Birgitte Hansson og hendes kapitel: Den professionelle relation fra bogen: *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle*. Hansson (2014) nævner, at kommunikation består af et

indholdsniveau og et forholdsniveau, og kommunikationen er et dynamisk samspil mellem disse to niveauer. Indholdsniveauet svarer til elementet indhold i ovenstående kommunikationsmodel, idet niveauet er de budskaber, der bliver formidlet i både nonverbal og verbal kommunikation (Hansson, 2014, s. 123). Forholdsniveauet inddrages i forbindelse med elementet kontekst fra kommunikationsmodellen senere i dette afsnit.

Udover elementerne sprog og indhold er der også elementet kontakt, som gør i gældende mellem de to kommunikatorer i den interpersonelle kommunikation. Alrø og Kristiansen (2006) argumenterer, at kontakten er en forudsætning for samtalen (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 214). Kontaktens betydning uddybes i kommende teoriafsnit omhandlende kontakt i den interpersonelle relation.

Det sidste element i ovenstående kommunikationsmodel af Alrø og Kristiansen (2006) er kontekst. Den givne samtale vil altid indgå i en bestemt kontekst eller sammenhæng. Hertil pointerer Alrø og Kristiansen (2006), at der er tale om flere samtidige kontekster, som kommunikatorerne indgår i sammen. Det er flere kontekster, idet der er tale om den fysiske kontekst, som er rummet, hvori samtalen foregår, derudover er der også den specifikke dato og tidspunktet på dagen, hvor samtalen finder sted (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 216). I den enkelte kontekst kan det være forudbestemt, hvad der overordnet skal ske. Dette vil være gældende for samtalen mellem patient og sundhedsprofessionel, idet samtalen foregår på hospitalet og omhandler patientens helbred. Dog kan både den sundhedsprofessionelle og patienten vælge i situationen at inddrage udefrakommende emner, der ikke har en direkte tilknytning til konteksten. Således kan konteksten ikke forudbestemme helt konkret, hvad der skal ske (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 216). Alrø og Kristiansen (2006) understreger, at kommunikation og kontekst er indbyrdes afhængig af hinanden, idet kommunikationen har en indvirkning på den specifikke kontekst samtidig med, at konteksten både er medskaber af kommunikationen og sætter rammen for kommunikationen (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 216).

I forbindelse med dette er det relevant at inddrage begrebet forholdsniveau. Forholdsniveau er den interpersonelle relation mellem de involverede parter i den givne kontekst (Hansson, 2014, s. 123). Hansson (2014) understreger, at den professionelle kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient inden for sundhedsvæsenet adskiller sig fra hverdags interpersonelle relationer. Dette skyldes, at indholdsniveauet generelt set er forudbestemt i forhold til at involvere patienten, og således er indholdsniveauet på et generelt niveau forudbestemt af forholdsniveauet; netop denne interpersonelle relation mellem sundhedsprofessionel og patient (Hansson, 2014, s. 123).

Dette speciale tager udgangspunkt i en sundhedskommunikativ kontekst. Sundhedskommunikation defineres som kommunikation, der omhandler emner såsom sundhed, omsorg, behandling og pleje (Horsbøl & Sørensen, 2010, s. 7). Ifølge Thompson, Robinson, Anderson & Federowicz (2008) består sundhedskommunikation af de sammensatte definitioner på ordene: sundhed og kommunikation. Sundhed opnås, når et individ trives fysisk, psykisk og socialt (Thompson et al, 2008, s. 4). Udover sundhed består selve ordet sundhedskommunikation af begrebet kommunikation. Dette kan forstås som dét at udveksle og danne betydninger imellem aktører (Horsbøl & Sørensen, 2010, s. 8). Ifølge Thompson et al (2008) er både sundhed og kommunikation humanistiske processer, som er relevante for det enkelte menneske (Thompson et al, 2008, s. 3). Således kan begrebet sundhedskommunikation siges at dække over udvekslingen af betydninger mellem aktører i en sund-

hedsrelateret kontekst. Dette er netop tilfældet i dette speciale i forbindelse med samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Vores forståelse af interpersonel kommunikation kan, på baggrund af ovenstående, opsummeres som en tovejskommunikation mellem kommunikatorer, som består af elementer som sprog, indhold, kontakt og kontekst. Hertil er der visse kriterier, som gør sig gældende for, at kommunikationsprocessen er velfungerende eller problematisk. Denne forståelse inddrages i den kommende analyse, hvor vi undersøger, hvad der karakteriserer den interpersonelle kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient. Derudover undersøger vi disse karakteristikas betydning for den kontakt, der er mellem de involverede parter i samtalen. Denne undersøgelse af kontakten henviser både til ovenstående kommunikationsmodel af Alrø og Kristiansen (2006), og relevansen af det kommende teoriafsnit omhandlende kontakt i den interpersonelle relation.

Typen af stemmer i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient

Dette teoriafsnit præsenterer kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient, hvor denne kan karakteriseres ud fra patienter og sundhedsprofessionelles brug af forskellige typer af stemmer. Disse stemmer er blevet udviklet og anvendt af Marisa Cordella (2004) i forbindelse med hendes undersøgelse af læge-patient kommunikation på et specifikt hospital i Chile i Sydamerika (Cordella, 2004, s. 1-2). Derudover anvender Poul Nørgård Dahl (2010) i sin artikel og undersøgelse, *Læge-patient kommunikation*, også Cordellas (2004) stemme-begreb. Derfor anvendes Dahls (2010) artikel i dette afsnit som supplement til Cordellas (2004) undersøgelse; *The Dynamic Consultation. A discourse analytical study of doctor-patient communication*. Begge undersøgelser anvendes for at skabe en forståelse for typer af stemmer, som sundhedsprofessionelle og patienter gør brug af. Derfor vil dette teoriafsnit præsentere de forskellige typer af stemmer, hvorefter vi argumenterer for stemmernes relevans i dette speciale, samt hvorledes de anvendes i den kommende analyse.

Cordellas (2004) forskellige typer af stemmer henviser til forskellige typer af 'tale', som sundhedsprofessionelle og patienter anvender under en konsultation eller lignende. Cordella (2004) navngiver disse typer af 'tale' som forskellige typer af stemmer. Dahl (2010) supplerer ved at nævne, at alle de forskellige typer af stemmer optræder i forskelligt omfang. Dette skyldes, at den sundhedsprofessionelle og patientens stemmer forholder sig til hinanden og påvirker hinanden. Stemmer kan således ses som udtryk for det perspektiv eller de perspektiver, som lægen og patienten taler ud fra (Dahl, 2010, s. 24).

Dahl (2010) fremsiger i sin artikel, at Cordella (2004) hverken kommer med en egentlig definition af stemme-begrebet eller oplyser referencer, som kan henvise til, hvor hun selv har begrebet fra. I den forbindelse udtrykker Dahl (2010), at Bakhtin og hans polyfonibegreb omhandlende flerstemmighed i tekst/tale kan være en sandsynlig reference (Ibid.).

Derudover nævner Dahl (2010) også, at "stemmer realiseres i syntaks, pragmatik og grammatik" (Ibid.). Denne realisering af stemmerne er også måden, hvorpå stemme-begrebet gør sig gældende i dette speciales kommende analyse af kommunikationens karakteristika og kommunikationens betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter i den specifikke samtale. Ifølge

Cordella (2004) kan nogle ytringer nemmere klassificeres i forhold til stemme-begrebet end andre. Dette gør sig for eksempel gældende ved spørgsmål, der bliver stillet med henblik på at få information (Cordella, 2004, s. 61) (Dahl, 2010, s. 24). Derudover nævner Cordella (2004), at klassifikationen af andre ytringer kræver en funktionel og kontekstuel fortolkning for at kunne identificere de specifikke stemmer, der gør sig gældende i ytringen. Der kan for eksempel være tale om spørgsmål, som indirekte kommer til udtryk i patientens fortælling (Cordella, 2004, s. 61) (Dahl, 2010, s. 24)

Den sundhedsprofessionelle kan anvende tre typer af stemmer under en samtale/konsultation med en patient (Cordella, 2004, s. 58). Disse tre stemmer er doktor-stemmen (Doctor voice), uddanner-stemmen (Educator voice) og medmenneskestemmen (Fellow Human voice). Brugen af disse forskellige stemmer giver mulighed for at skabe en større forståelse for den relation, der er mellem en bestemt stemme og det, som brugen af stemmen medfører i interaktionen (Ibid.). Den sundhedsprofessionelles tre stemmer har hver især et mål for den givne samtale med patienten. Doktor-stemmen tilstræber en indsamling af information om patientens helbred. Uddanner-stemmen ønsker at under vise patienter for således at få dem til at holde sig til den medicinske anbefaling. Hvis patienter gør dette, udviser de compliance⁵. Medmenneske-stemmen anvendes til at give støtte til patienten og fremvise forståelse for patienten (Ibid.).

Med doktor-stemmen handler det om selve sygdommen, der skal forklares og oplyses om til patienten. Den har tre funktioner tilknyttet; 1. søge information, 2. evaluering og gennemgang (meddele testresultater til patienten, vurdere behandlingen samt patientens vilje til at udføre og overholde behandlingen) og 3. tilpasning af autoritet (fremvise patienten den lægelige autoritet som den sundhedsprofessionelle besidder) (Cordella, 2004, s. 63) (Dahl, 2010, s. 24-25).

Den første funktion, doktor-stemmen besidder, er at søge information. Det vil sige, at den sundhedsprofessionelle påtager sig doktor-stemmen for at få informativ data fra patienten om patientens helbred. Dette kan medføre, at den sundhedsprofessionelle kan komme med en diagnose og/eller vurdere ændringer, som har opstået siden den sidste konsultation, såfremt dette er relevant (Cordella, 2004, s. 63). Cordella (2004) nævner, at det er med brugen af doktor-stemmen, at der bliver stillet en betydelig mængde spørgsmål til patienten, som består i denne søgning af informationer om patientens helbred med henblik på at kunne opstille en diagnose (Cordella, 2004, s. 58).

Den anden funktion, evaluering og gennemgang, handler om, at den sundhedsprofessionelle studerer patientens testresultater, som forekommer på baggrund af tests, der er blevet foretaget under en tidligere konsultation. Herefter vurderes der, hvorvidt det er nødvendigt at lave flere tests og

⁵ Peter Elsass (1997) nævner i sit kapitel, Compliance, fra bogen *Kommunikation og forståelse – Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren*, at compliance (i kapitlet: compliance) er et begreb, der henviser til, hvorvidt patienten efterlever den sundhedsprofessionelles anvisninger eller ej. Compliance er opstået fra ordet "complier", hvilket betyder efterrettelighed. Hvis patienten ikke følger den sundhedsprofessionelles råd, kaldes det for non-compliance (Elsass, 1997, s. 51-52). Ifølge Elsass indbefatter compliance-begrebet samarbejde og respekt. Dette skyldes, at non-compliance opstår som følge af patientens manglende forståelse af den sundhedsprofessionelle og med den sundhedsprofessionelles manglende forståelse af patienten (Elsass, 1997, s. 52). Dette kan også sættes i forbindelse med Steen Wackerhausen (1997) og hans kapitel: Kommunikation, forståelse og handling – et filosofisk perspektiv fra samme førnævnte bog. Wackerhausen (1997) understreger, at patienten kan opnå forståelse af kommunikationen (og den sundhedsprofessionelle), såfremt den sundhedsprofessionelle selv gør sig forståelig. Den sundhedsprofessionelle må således undgå medicinske termer og faglige begreber i samtalen med patienten. Dertil er en forudsætning for patientens forståelse, at den sundhedsprofessionelle ligeledes har en forståelse af patienten og dennes livsstil (Wackerhausen, 1997, s. 17).

give yderligere behandling til patienten. Dertil vurderes der også, om patienten har udvist compliance eller non-compliance i forbindelse med tidligere instruktioner (Ibid.).

Tilpasning af autoritet er den tredje funktion, som doktor-stemmen kan have. Her gælder det for den sundhedsprofessionelle om at vurdere, hvilken rolle der er forventet, at han eller hun påtager sig, samt hvilke obligationer den sundhedsprofessionelle har (Cordella, 2004, s. 58). Cordella (2004) nævner eksempelvis, at brugen af "jeg" kan forstærke den sundhedsprofessionelles autoritet over for patienten. Dertil kan brugen af "dem" om tidligere sundhedsprofessionelle, der har haft med patienten at gøre, fremvise, at det er dem, der bærer ansvaret og autoriteten (Cordella, 2004, s. 86). Derudover udtrykker brugen af "vi", at de sundhedsprofessionelle går sammen og taler med én stemme, som giver dem autoritet over for patienten (Ibid.).

Uddanner-stemmen ytrer viden indenfor det medicinske felt, hvor denne viden er blevet opnået gennem flere års studie og praktisering af emnet (Cordella, 2004, s. 87). Cordella (2004) nævner, at uddanner-stemmen har til formål at dele information med patienterne for at kunne hjælpe patienterne til at få en bedre forståelse for deres sundhedssituation. Samtidig har uddanner-stemmen også til formål at få patienterne til at sætte pris på de fordele, der er ved den anbefalede behandling. Dette betyder, at uddanner-stemmen stræber mod at promovere principperne bag præventiv medicin, og samtidig opfordrer uddanner-stemmen til compliance fra den enkelte patients side (Ibid.) (Dahl, 2010, s. 25). Uddanner-stemmens primære funktion er at kommunikere medicinsk information. Dette kommer hovedsagelig til udtryk i håndteringen af behandling og selve behandlingsrutinen under konsultationen. Denne funktion fokuserer på at informere patienten om diverse aspekter; præsentation af helbredsproblem, problemer med typen af livsstil, hvad sygdommen går ud på samt meningen med diverse tests, procedurer og medicin (Cordella, 2004, s. 87).

Doktor-stemmen samarbejder med uddanner-stemmen om at tilpasse sig den medicinske praksis. Samarbejdet mellem de to typer af stemmer kommer til udtryk ved, at doktor-stemmen søger mod at finde information om en patients nuværende helbreds-situation, undersøge en patients compliance og aflæse testresultater. En uddanner-stemme opstår, når testresultaterne skal forklares til en patient, hvor disse skal diskuteres yderligere i forhold til håndteringen af sygdommen og behandlingen. Således er doktor-stemmen og uddanner-stemmen begge forbeholdt det medicinske og kliniske miljø på et sygehus eller hospital (Cordella, 2004, s. 119).

Dette kan sættes op imod den tredje stemme, som en sundhedsprofessionel kan anvende under en samtale med en patient; medmenneske-stemmen. Medmenneske-stemmen placeres uden for det medicinske felt, og medmenneske-stemmen har karakteristika, som kan lokaliseres i hverdags-samtaler (Cordella, 2004, s. 87 og 119). Selvom medmenneske-stemmen adskiller sig fra doktor-stemmen og uddanner-stemmen, så komplementerer medmenneske-stemmen de to andre stemmer ved at undersøge et samlet billede af patienten. Dette samlede billede anvendes for at kunne forstå helbredsproblemet (Cordella, 2004, s. 121).

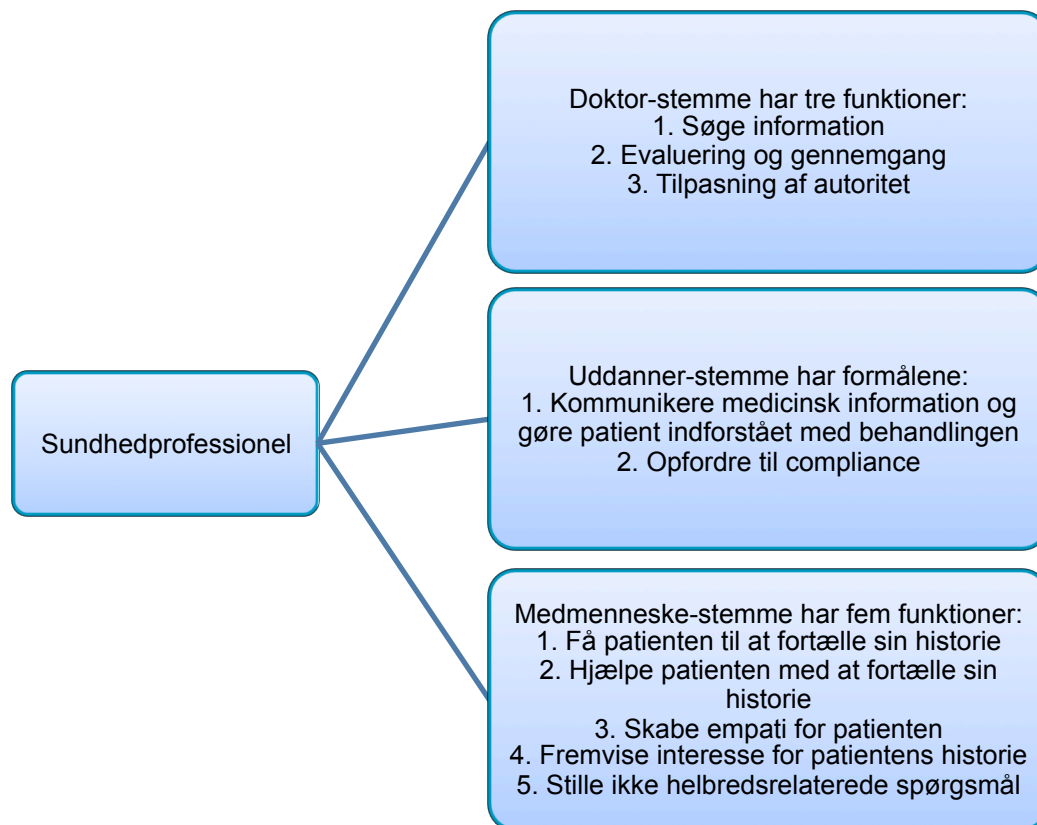
Cordella (2004) nævner, at medmenneske-stemmen ikke søger information omhandlende medicinske symptomer, tests eller compliance, som doktor-stemmen gør. Samtidig vil medmenneske-stemmen heller ikke uddanne patienten ved at præsentere helbredsproblemet og håndteringen af problemet, som uddanner-stemmen gør. Medmenneske-stemmens funktion er i stedet at fremvise

forståelse samt opfordre patienter til at fortælle deres historie. I forbindelse med medicinske og kliniske omgivelser kan denne historie så fremvise, om en patients tilstand skyldes sociale faktorer, der påvirker helbredet, for eksempel problemer i familien eller på arbejdet (Ibid.).

Cordella (2004) tildeler medmenneske-stemmen fem funktioner, og disse funktioner har lighedstegn med Carl Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser i forbindelse med kontakt. Disse betingelser uddybes i et kommende teorignsnit. Den første af Cordellas (2004) fem funktioner er at få patienter til at fortælle deres historie. Den anden er at hjælpe med fortællingen af patienters historie. Dette sker ved, at den sundhedsprofessionelle viser patienten, at der ikke kommer til at ske afbrydelser, fordi den sundhedsprofessionelle ikke er interesseret i at "tage ordet" fra patienten. Den tredje funktion er at skabe empati for patienten, og den fjerde er at fremvise en specifik interesse i og opmærksomhed for patientens historier. Den sidste og femte funktion er at stille spørgsmål, som ikke er relateret til patientens helbred (Ibid.). Med brugen af medmenneske-stemmens fem funktioner kan den sundhedsprofessionelle og patienten udvikle en personlig relation til hinanden gennem for eksempel den specifikke historie fortalt af patienten (Cordella, 2004, s. 147).

Cordella (2004) beskriver tilstedeværelsen af medmenneske-stemmen som fundamental for konsultationen, idet den netop fremstiller patienten som en person og ikke som et medicinsk problem, der skal løses (Cordella, 2004, s. 147). Når patienter føler, at de bliver lyttet til af den sundhedsprofessionelle, bliver konsultationen og samtalen til et mere sikkert sted, hvor patienter således har lyst til at dele deres personlige og måske svære historier (Ibid.).

Til at opsummere de forskellige typer af stemmer, som en sundhedsprofessionel kan benytte under en samtale med en patient, er nedenstående figur blevet udformet:



Figur 5. Den sundhedsprofessionelles typer af stemmer. Illustration af Cordellas (2004) stemmer, som den sundhedsprofessionelle kan tale ud fra i samtalen med den pågældende patient.

Ligesom Cordella (2004) opstiller typer af stemmer, som sundhedsprofessionelle kan anvende i den givne samtale med en patient, opstiller Cordella (2004) også patientstemmer. Med inddragelsen af patientstemmer skabes der en større forståelse for alle de stemmer, der kan være inden for sundhedsvæsenet i forbindelse med den enkelte samtale mellem sundhedsprofessionel og patient. Dermed gives der et mere troværdigt perspektiv fremfor kun at skabe forståelse for de sundhedsprofessionelles typer af stemmer (Cordella, 2004, s. 149).

Cordella (2004) nævner fire patientstemmer: 1. Den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme (The voice of Health-related Storytelling), 2. Kompetence-stemmen (The voice of Competence), 3. Social kommunikator-stemmen (The voice of Social Communicator) og 4. Initiator-stemmen (The voice of Initiator) (Ibid.) (Dahl, 2010, s. 25-26).

Den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme gør sig gældende i samtalen, hvis den præsenterer et helbredsproblem eller symptomer, som skal afhjælpes. En helbredsrelateret historiefortæller fremstiller sig selv som en person, der søger hjælp til et personligt problem, som han ikke selv kan løse på grund manglende evner og viden. Denne indrømmelse af manglende evner til at passe på sig selv kan henvise til en patients frygt for at miste ansigt over for den sundhedsprofessionelle. Derfor kan stemmen blive undertrykt, hvis patienten enten føler sig flov eller utilpas ved at give de oplysninger, som den sundhedsprofessionelle skal bruge. Fra den sundhedsprofessionelles syns-

punkt kan det tolkes som om, at patienten sender signaler, hvor disse skaber tvivl hos den sundhedsprofessionelle om graden af patientens engagement i sygdomsforløbet (Cordella, 2004, s. 152-154).

Dermed kan der opstå en ubalance mellem sundhedsprofessionel og patient, hvilket kan medføre, at den enkelte patient bringer andre stemmer frem for at kompensere for den asymmetri, der kan opstå. Derfor påpeger Cordella (2004), at den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme ikke vil blive anvendt alene i interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionel. Den vil i stedet samarbejde med en eller flere af de andre tre patientstemmer i den givne situation (Cordella, 2004, s. 153-154).

En anden patientstemme er kompetence-stemmen. Denne stemme anvendes, når patienten kan kaldes for kompetent. Dette henviser til, at patienten har en viden og er bekendt med sundhedsvæsenet og medicinske termer. En patient kan for eksempel være uddannet sygeplejerske, hvilket vil medføre, at patienten har forståelse for fagsproget, der anvendes af sundhedsprofessionelle (Cordella, 2004, s. 157).

Cordella (2004) inddeler kompetence-stemmen i tre undersegmenter, som består af *indvilgeren* (compliers), *undskylderen* (apologizers) og *udfordrer* (challengers). *Indvilgeren* forstår de instruktioner, de får givet af den sundhedsprofessionelle, samt deres eget ansvar for at kunne give besked til den sundhedsprofessionelle om at instruktionerne er blevet succesfuldt ført ud i praksis (Cordella, 2004, s. 157) (Dahl, 2010, s. 26). *Indvilgeren* følger de anbefalinger, som den sundhedsprofessionelle har givet. Dette demonstrerer, at *indvilgeren* underkaster sig den sundhedsprofessionelles autoritet. Det kan antages, at patienten og den sundhedsprofessionelle i fællesskab er kommet frem til disse anbefalinger under tidligere konsultationer, så der har været en gensidig forhandlingssituation mellem to kompetente individer (Cordella, 2004, s. 158).

Undskylderen forstår, ligesom *indvilgeren*, også de instruktioner, som denne får givet af den sundhedsprofessionelle. Dog er der noget, der fejler mellem patientens gode intentioner om at efterkomme de instruktioner og rent faktisk at udføre instruktionerne i praksis. Derfor bliver instruktionerne ikke realiseret (Cordella, 2004, s. 157). Således har *undskylderen* forstået, hvad der bliver krævet, og hvad aftalen mellem patient og sundhedsprofessionel er, men *undskylderen* lever i praksis ikke op til kravene, og aftalen bliver brudt. Dette kan medføre, at patienten "taber ansigt" over for den sundhedsprofessionelle, idet patienten stadig er kompetent, men får det ikke udtrykt tilstrækkeligt (Cordella, 2004, s. 160-161). Dette henviser også til non-compliance, hvor patienten her "undskylder" for denne non-compliance. Dette adskiller ligeledes *undskylderen* fra de andre kompetence-stemmer, da det ikke er alle kompetente patienter, der vil indrømme deres "fejl" og dermed indrømme, at de har "tabt ansigt" (Cordella, 2004, s. 162).

Udfordrer har noget ekspertise i forhold til at være kompetent og samtidig være ansvarlig for eget helbred. *Udfordrer* mener, at denne har mere ekspertise end den sundhedsprofessionelle. Derfor vil *udfordrer* heller ikke følge de instruktioner eller anbefalinger, der er blevet givet (Cordella, 2004, s. 157). Cordella (2004) nævner, at *udfordrer* sætter spørgsmålstejn ved den sundhedsprofessionelles autoritet, hvilket kan give anledning til konflikter, der netop udspringer af patientens medicinske viden eller lignende. Dette kan medføre non-compliance, hvor denne er bevidst fra patientens side, idet patienten ikke mener, at den sundhedsprofessionelles instruktioner eller anbefalinger er kor-

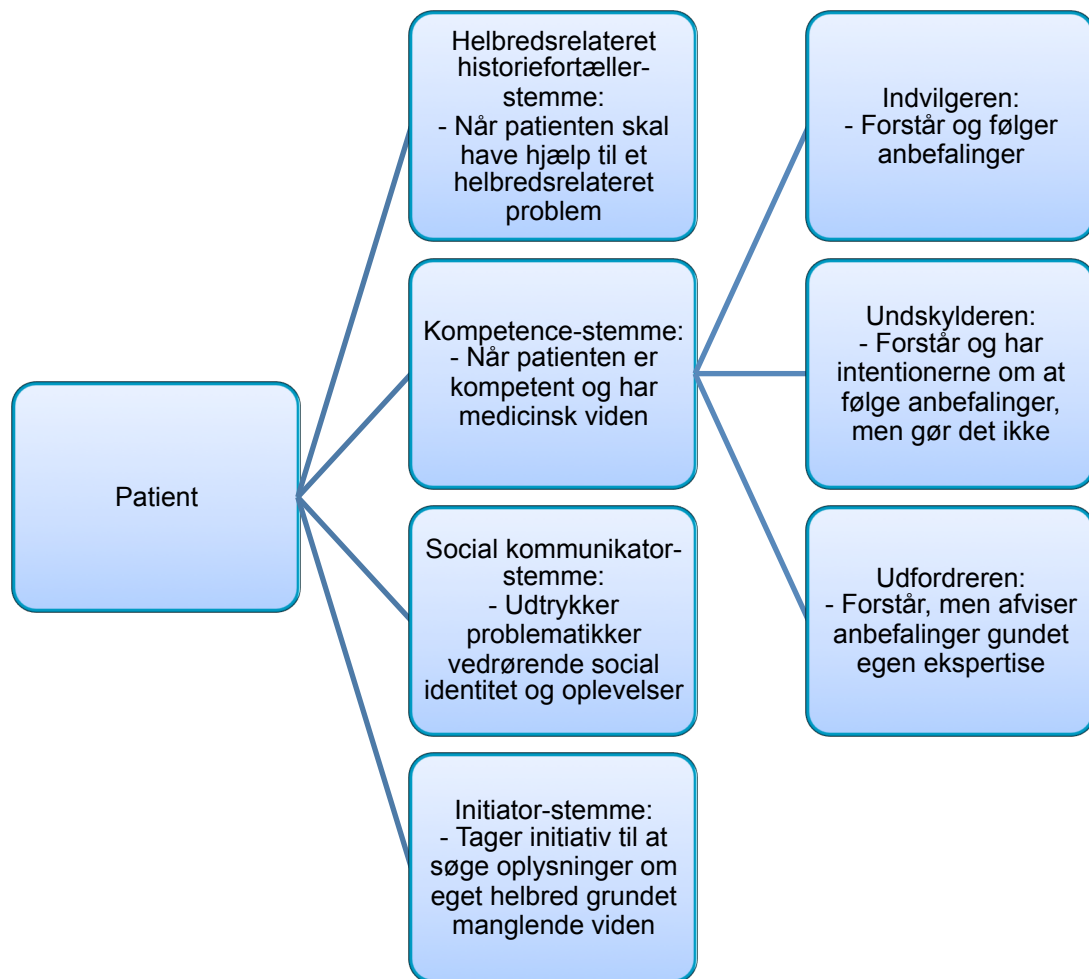
rette eller tilstrækkelige for behandlingen. Således vil *udfordreren* hellere selv tage affære og ændre i behandlingen. Det kan medføre konflikter, da behandlingen kan vise sig at være ineffektiv og problematisk (Cordella, 2004, s. 162). *Udfordreren* under kompetence-stemmen sætter sig op imod uddanner-stemmen og trænger nærmest ind på den sundhedsprofessionelles domæne. Dette sker, når patienten prøver på at belære den sundhedsprofessionelle om, hvordan denne bedst kan udføre sit arbejde (Cordella, 2004, s. 164) (Dahl, 2010, s. 26).

Den tredje patientstemme er social kommunikator-stemmen, og denne type af patientstemme kommer til udtryk, når patienter i situationen med den sundhedsprofessionelle fremstiller problematikker, som relaterer til patientens sociale identitet og oplevelser. Det kan for eksempel være, når patienten udtrykker en bekymring for familien, hvor denne bekymring opstår på grund af sygdommen. Et eksempel på dette er, at patienten kan være bekymret for, hvordan familien skal kunne klare sig, nu hvor sygdommen er kommet ind i billedet (Cordella, 2004, s. 165).

Muligheden, for at den sociale kommunikator-stemme bliver anvendt, opstår, når der i samtalen opstilles et forum, hvor patienten kan diskutere personlige og følelsesladede emner. Disse emner kan være med til at påvirke patientens fysiske helbred (Cordella, 2004, s. 170). Dog påpeger Cordella (2004), at der kan være begrænsninger på den sundhedsprofessionelles empati. Derfor kan den sundhedsprofessionelle måske kun udvise forståelse for, at forummet, hvori emnerne bringes frem, skal være til stede under konsultationen. Dermed skal den sundhedsprofessionelle, ifølge Cordella (2004) kun skabe rammerne for, at patienten kan tale med den sociale kommunikator-stemme (Ibid.). Dahl (2010) supplerer med, at denne stemme svarer til den sundhedsprofessionelles medmenneske-stemme (Dahl, 2010, s. 26).

Initiator-stemmen er den fjerde patientstemme, og med brugen af denne type af stemme søger patienten information omhandlende sin helbredstilstand (Cordella, 2004, s. 171). Med brugen af initiator-stemmen tilstræber patienten at få den sundhedsprofessionelles doktor-stemme eller uddanner-stemme i tale. Dette skyldes, at patienten anerkender, at denne mangler viden, ekspertise og information for selv at kunne varetage og gøre noget ved det pågældende sundhedsproblem (Ibid.) (Dahl, 2010, s. 26-27). En patient, der anvender initiator-stemmen, er en potentiel *indvilger*, som hører under kompetence-stemmen. Dette skyldes, at initiatoren ønsker at forstå mere om dennes helbred for således selv at kunne varetage det. Dog har initiatoren ikke den viden, som en kompetence-stemme (*indvilgeren*) vil have (Cordella, 2004, s. 171).

Så for at opsummere de forskellige typer af patientstemmer, der er blevet redegjort for i dette teorignsnit, er nedenstående figur blevet udformet:



Figur 6. De forskellige patientstemmer. Illustration af Cordellas (2004) typer af stemmer, som patienter kan anvende i samtalen med sundhedsprofessionelle.

Cordella (2004) fremhæver, at det er muligt for patienter og sundhedsprofessionelle at anvende flere typer af stemmer i løbet af den enkelte konsultation. Brugen af stemmerne afhænger af formålet med samtalen, hvor dette formål vurderes ud fra begge parter synspunkt, da formålet kan afvige mellem parterne. En patient kan være interesseret i at give faktuel information, som er relateret til dennes helbredsproblem og/eller komme med indikationer på graden af kompetence og compliance (Cordella, 2004, s. 181). Dertil kan patientstemmerne endvidere komme spontant til udtryk under samtalen og netop være en konsekvens af den sundhedsprofessionelles spørgsmål og dennes brug af stemmer (Ibid.).

I den kommende analyse anvendes Cordellas (2004) forskellige typer af stemmer i forbindelse med kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient til at opnå en dybere forståelse af, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem de to parter. Kommunikationens karakteristika er, som det kommer til udtryk i ovenstående, de forskellige stemmer, som bliver anvendt i samtalen af patienten og den sundhedsprofessionelle. Med en forståelse af stemmerne (og hermed kommunikationens

karakteristika) kan vi opnå forståelse for, om den sundhedsprofessionelle anvender de forskellige stemmer til at se, høre og møde patienten. Det er således med stemmerne, at vi skaber en forståelse for kommunikationens betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Kontakt i den interpersonelle kommunikation

Dette afsnit har til formål at præsentere den humanistiske psykolog, Carl Rogers (1957 & 1962) og hans teori omhandlende kvaliteten af kontakt i den interpersonelle relation. Afsnittet anvender to af Rogers' artikler, idet Rogers (1957 & 1962) fremsætter de seks betingelser på forskellige måder. Således sammenfattes Rogers' beskrivelse af og argumentation for de seks betingelsers relevans, der fremføres i *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change* (1957) med beskrivelsen af betingelserne i artiklen: *The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance* (1962). Som supplement til Rogers anvendes Helle Alrø og Marianne Kristiansens (2006) tekst, Et dialogisk perspektiv, som er fra bogen *Perspektiver på kommunikation - i sundhedsfaglige professioner*. Som fremvist i ovenstående afsnit omhandlende interpersonel kommunikation i en sundhedsrelateret kontekst, indgår elementet kontakt i kommunikationsmodellen (model 1, side 27). Som vi nævnte i ovenstående afsnit er kontakten en forudsætning for samtalen. Derfor vil vi, i henhold til vores kommunikationsforståelse af interpersonel kommunikation, anvende Rogers (1957 & 1962) samt Alrø og Kristiansens (2006) perspektiver til at skabe et teoretisk fundament for forståelsen af, hvilken betydning kontakten har i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter. De følgende seks punkter, som præsenteres som betingelser for at opnå god kontakt i forbindelse med hjælperelationer, vil fungere som et værktøj til at identificere, hvorledes de bedste betingelser for god kontakt etableres. Dette skal endvidere hjælpe os til at identificere, hvilken betydning de forskellige karakteristika i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient har for kontakten imellem disse. Dette gøres ved, at vi anvender ovenstående stemmer til at analysere og vurdere, hvorvidt de seks betingelser er til stede i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient. Hvis de seks betingelser er til stede, kan vi argumentere for, at stemmerne har betydning for kvaliteten af kontakten mellem parterne.

I sit arbejde som blandt andet vejleder, terapeut og underviser, er Rogers (1957 & 1962) blevet bevidst om, at kvaliteten af det interpersonelle forhold, med andre ord kontakten, mellem ham selv og patienterne, har en stor betydning. Han mente, at dette er tilfældet i flere professioner, som for eksempel psykoterapeut, socialarbejder og klinisk psykolog (Rogers, 1962, s. 416). Hermed finder vi det relevant for sundhedsprofessionelle generelt. Den store betydning for kvaliteten af kontakten mellem parterne er gældende uanset, om de sundhedsprofessionelle har været i kontakt med patienterne over en længere periode, og derfor har opbygget et nært forhold til dem, eller om de kun har kendt dem kortvarigt. I begge tilfælde er kvaliteten af kontakten dét, der bestemmer, hvorvidt relationen mellem sundhedsprofessionel og patient fører til udvikling og vækst på længere sigt (Ibid.). På trods af at Rogers havde fokus på effektivitet, forandring og vækst hos patienten, hvilket ikke er tilfældet i dette speciale, finder vi hans teori relevant, idet disse fokusområder, som sagt, kræver en god kontakt mel-

lem den sundhedsprofessionelle og patienten. Derfor sættes teorien i sammenhæng med relationen mellem sundhedsprofessionel og patient fremadrettet i dette afsnit.

Rogers uddyber med, at han mener, at kvaliteten af det interpersonelle forhold er vigtigere på sigt end den sundhedsprofessionelles videnskabelige viden og professionelle træning. Dette udtrykker han således:

I suspect that for a guidance worker also the relationship he forms with each student – brief or continuing – is more important than his knowledge of tests and measurements, the adequacy of his record keeping, the theories he holds, the accuracy with which he is able to predict academic success, or the school in which he received his training. (Rogers, 1962, s. 416-417)

I forbindelse med den opnåede viden omkring kvaliteten af den interpersonelle relation har Rogers løbende udarbejdet seks betingelser. Disse finder han essentielle for at opnå en god kontakt i den interpersonelle relation samt mest mulig effektivitet i den interpersonelle relation (Rogers, 1962, s. 417) (Rogers, 1957, s. 95).

Den første betingelse er kontakt. Forud for de næste fem betingelser må der etableres en form for interpersonel kontakt, idet der ikke kan opnås en god kontakt, hvis der ikke først og fremmest er kontakt mellem terapeut og klient (Rogers, 1957, s. 96) (i dette speciale fremadrettet: sundhedsprofessionel og patient). Derudover understreger Alrø & Kristiansen (2006), at det er den sundhedsprofessionelles ansvar at etablere kontakten (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 214). Dette kan eksempelvis gøres ved, at den sundhedsprofessionelle gør sig parat til at være til stede for patienten. Om der opstår kontakt afhænger ligeledes af, om patienten er klar til at være i kontakt med den sundhedsprofessionelle (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 215).

Den første betingelse adskiller sig fra de øvrige fem betingelser, idet betingelserne to, tre, fire, fem og seks alle definerer de karakteristika, som gør sig gældende i kontakten. Den første betingelse specificerer kun, at de specifikke personer er i en eller anden form for kontakt med hinanden (Rogers, 1957, s. 96). De øvrige fem betingelser defineres af Rogers (1957) som essentielle, idet deres karakteristika determinerer kvaliteten af kontakten. Måden, hvorpå denne determination sker, er gennem de involverede parter karakteristika, som netop udtrykkes i betingelserne to, tre, fire, fem og seks. Det er således den sundhedsprofessionelle og patientens egenskaber, som determinerer kontakten mellem disse, hvilket Rogers (1957) også fremsætter med sine øvrige fem betingelser (Rogers, 1957, s. 96).

Den anden betingelse er, ifølge Rogers (1957), patientens tilstand i relationen og hermed kontakten. Denne tilstand kalder Rogers (1957) for inkongruens (Rogers, 1957, s. 95). Inkongruens fremsætter, at patienten oplever at være sårbar og ængstelig. Således har patienten et behov for hjælp for netop ikke at forblive i denne tilstand (Rogers, 1957, s. 95-97). Inkongruens henviser endvidere til en uoverensstemmelse mellem den faktiske oplevelse og patientens måde at opfatte sig selv på. For at give en dybere forståelse af inkongruens og hermed en patients behov for hjælp fremlægger Rogers (1957) følgende eksempel: en studerende oplever, at han er bange for universitetet og de eksamener, som foregår på tredje sal af en specifik universitetsbygning. Han frygter eksamen, idet denne muligvis

kan tydeliggøre en fundamental utilstrækkelighed i ham selv. Da frygten for hans egen utilstrækkelighed er i modstrid med hans opfattelse af sig selv, fremstår denne erfaring i hans bevidsthed som en frygt for at opholde sig inde i selve universitetsbygningen. Der er således en fundamental uoverensstemmelse imellem hans oplevelse af situationen og den symbolske repræsentation af samme oplevelse. Den symbolske repræsentation af oplevelsen placerer sig i hans bevidsthed som frygten for at opholde sig på universitetet, idet dette ikke strider imod det billede, han har af sig selv. Det vil sige, at dét at indrømme en frygt for utilstrækkelighed vil modsige det billede, han har af sig selv. Dog vil det ikke modsige hans selvforståelse at indrømme en uforståelig frygt såsom at opholde sig i universitetsbygningen (Rogers, 1957, s. 96-97).

Ifølge Rogers (1957 & 1962) består den tredje betingelse af den sundhedsprofessionelles evne til at udvise kongruens mellem den person, som den sundhedsprofessionelle giver udtryk for at være, og den person som den sundhedsprofessionelle oprigtigt er. Med andre ord betyder det, at den sundhedsprofessionelle, i relationen til patienten, må være oprigtig og ikke have opsat en facade. Den sundhedsprofessionelle må udtrykke de følelser og tanker, der fylder denne i øjeblikket (Rogers, 1962, s. 417). Således må den sundhedsprofessionelle være i kontakt med sine egne følelser for at vedkommende kan inddrage dem i forholdet og være i stand til at formidle dem, hvis det er nødvendigt. Udviser den sundhedsprofessionelle ikke kongruens kan dette opfattes som forførelse og manipulation (Alrø og Kristiansen, 2006, s. 215). Rogers (1962) forklarer, at hvis patienten ikke oplever kongruens i mødet med de sundhedsprofessionelle, vil der være større sandsynlighed for, at patienten ikke er lige så imødekommende overfor denne person. Modsat stoler patienten i højere grad på sundhedsprofessionelle, der eksempelvis ikke har en professionel og forceret høflig facade. Dermed antages det, at jo mere oprigtig og kongruent den sundhedsprofessionelle er i relationen, jo bedre kontakt er der. Dette har Rogers (1962) oplevet i sit tidligere arbejde, hvor de terapeuter, der var humane og oprigtige og viste dette overfor patienten, var mest succesfulde i deres arbejde (Rogers, 1962, s. 417-418).

Dog kan der stilles spørgsmål ved, om det altid er mest hensigtsmæssigt at være oprigtig. Hvis den naturlige følelse, der opstår hos den sundhedsprofessionelle, eksempelvis er negativ, foreslår Rogers (1962), at vedkommende holder fast i at udtrykke sine oprigtige følelser. Der menes ikke, at vedkommende impulsivt skal udtrykke enhver gennemgående følelse. Derimod skal den sundhedsprofessionelle være opmærksom på, at det, denne føler, er en kompleks oplevelsesstrøm, der er under konstant forandring. Det vil sige, at den sundhedsprofessionelle må anerkende, at den negative følelse, er noget, denne føler i nuet. Det er således ikke nødvendigvis et faktum omkring patienten. Altså må den sundhedsprofessionelle huske at udtrykke, at det er hans/hendes egen opfattelse og ikke nødvendigvis sandheden. Derudover er det ikke nødvendigvis det mest hensigtsmæssige for den sundhedsprofessionelle at udtrykke alle sine følelser og tanker, men kun dem der er relevante for relationen. Mens disse følelser udtrykkes, ændrer de sig også. For eksempel er det muligt, at mens den negative følelse forklares, er den ikke længere til stede (Rogers, 1962, s. 418).

Dette punkt vedrørende kongruens er afgørende for de kommende betingelser. Rogers (1962) forklarer, at han til tider har funderet over, om dette element i virkeligheden er det mest betydnings-

fulde i forbindelse med succesfuld kontakt i den interpersonelle relation (Rogers, 1962, s. 419). Et centralt ord i denne sammenhæng er transparens, hvilket begrundes således:

If everything going on in me which is relevant to the relationship can be seen by my client, if he can see 'clear through me', and if I am willing for this realness to show through in the relationship, then I can be almost certain that this will be a meaningful encounter in which we both learn and develop. (Rogers, 1962, s.419)

I den fjerde betingelse fremfører Rogers (1957 & 1962) ubetinget positivt hensyn. I Rogers' tekst fra 1962 skelner han imellem henholdsvis positivt og ubetinget hensyn. Dog deler begreberne et fælles perspektiv på betydningen af hensyn fra den sundhedsprofessionelle i relationen. Derfor præsenteres betingelserne i sammenhæng med hinanden i dette afsnit, hvilket Rogers ligeledes gør i sin artikel fra 1957. Rogers (1957 & 1962) ekspliciterer, at hans antagelse er, at vækst og udvikling med højere sandsynlighed opstår, når den sundhedsprofessionelle oplever en varm, positiv og accepterende attitude over for patientens personlighed (Rogers, 1962, s. 420). Hermed må den sundhedsprofessionelle have en forståelse af og en respekt for patienten som person (Ibid.). Dette karakteriseres som positivt hensyn. Udover positivt hensyn supplerer Rogers (1957 & 1962) med, at hensynet må være ubetinget. Ved ubetinget hensyn argumenterer Rogers (1957 & 1962), at det positive hensyn er mest effektivt, når dette er ubetinget. Ubetinget hensyn kommer til udtryk, når patientens følelser ikke bliver differentieret ved, at nogle følelser bliver accepteret, og andre følelser ikke bliver accepteret. Alle patientens følelser må altså tages i betragtning uden forbehold og evalueringer fra den sundhedsprofessionelle (Rogers, 1962, s. 421).

Den femte betingelse er empati (Rogers, 1962, 419). Her må den sundhedsprofessionelle opleve en forståelse af patientens private verden og være i stand til at udtrykke nogle af de betydningsfulde brudstykker af denne forståelse gennem kommunikationen (Ibid.). Således må den sundhedsprofessionelle sætte sig i patientens sted og indleve sig i patientens situation, som var det sin egen. Dog skal den sundhedsprofessionelle være bevidst om, at denne sætter sig i patientens sted, men opretholdelsen af en vis distance er nødvendig for, at den sundhedsprofessionelle ikke taber sig i patientens meninger og gør dem til sine egne. Dertil må den sundhedsprofessionelle distancere sig for at bevare den professionelle mulighed for at kunne hjælpe patienten (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 215).

Denne kvalitet kan, ifølge Rogers (1962), være vanskelig at besidde. I modsætning til empati er det ofte en anden form for forståelse, vi, som mennesker, giver den anden eller selv modtager. Det er en forståelse af den andens reaktion eller tilstand, og denne forståelse kalder Rogers (1962) for en evaluerende forståelse. En evaluerende forståelse er en forståelse, som kommer udefra, idet vi, som mennesker, netop anskuer andre mennesker udefra (Rogers, 1962, s. 419). Rogers argumenterer, at det er forståeligt, at mennesket er tilbageholdende i forbindelse med empati. Hengiver den sundhedsprofessionelle sig fuld ud til forståelsen af patienten, løber vedkommende en risiko. Risikoen er, at den sundhedsprofessionelle kommer til at se verden gennem patientens øjne, og den sundhedsprofessionelle kan dermed blive forandret. For at undgå dette vil den sundhedsprofessionelle automatisk

anskue patientens verden på egne præmisser. Hertil vil den sundhedsprofessionelle analysere og evaluere patientens verden fremfor at forstå den. Først når den sundhedsprofessionelle forstår, hvordan det føles at være den pågældende patient uden at analysere og dømme vedkommende, vil det styrke kontakten i samtalen (Rogers, 1962, s. 420).

Den sjette og sidste betingelse for god kontakt i kommunikationen er patientens perception af den sundhedsprofessionelle og de fem foregående betingelser (Rogers, 1957, s. 99). Betingelse et til fem har indtil nu omhandlet den sundhedsprofessionelles oplevelse af betingelserne for god kontakt i den interpersonelle relation. Dog må der fra patientens side være én betingelse, som bliver opfyldt. Hvis ikke de foregående fem betingelser til en vis grad er blevet udtrykt overfor og opfattet af patienten eksisterer de ikke i dennes verden, og kan derfor ikke effektiviseres. Hvis dette er aktuelt, er det nødvendigt at henvise til endnu en betingelse, som er, at patienten må anerkende den foregående accept og empati, den sundhedsprofessionelle har vist i relationen. Det betyder, at det, den sundhedsprofessionelle har gjort og sagt, bliver opfattet af patienten. Derfor må den sundhedsprofessionelle være opmærksom på, hvordan patienten modtager det, der kommunikeres (Rogers, 1962, s. 421).

I den kommende analyse undersøger vi, hvorvidt kommunikationen har betydning for, om der er kvalitet af kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient. Dette gør vi på baggrund af vores analyse af de sundhedsprofessionelle og patienters brug af forskellige stemmer i samtalen, hvor patientstemmerne og de sundhedsprofessionelles stemmer således er et udtryk for kommunikationen. Vi undersøger kontakten med anvendelsen af de seks betingelser, idet vi analyserer, om betingelserne er til stede eller ej i den enkelte samtale. Ud fra betingelserne undersøger vi, om kontakten indebærer, om patienten bliver set, hørt og mødt af den sundhedsprofessionelle, samt om den sundhedsprofessionelle bliver set, hørt og mødt af patienten.

Hvis betingelserne er til stede (eller ikke til stede), kan vi vurdere kvaliteten af kontakten og sætte den i forbindelse med, hvad kvaliteten af kontakten gør for samtalen. Dette er aktuelt, fordi kvaliteten af kontakten kan være god, selvom patienten enten får dårlige nyheder eller ikke oplever fremskridt i forhold til det helbredsrelaterede problem. Ligegyldigt om det helbredsrelaterede problem bliver løst eller ej, kan der være kvalitet i kontakten mellem de involverede parter. Hertil er det vores argumentation, at eksempelvis den femte betingelse kan medvirke til, at der kan være kvalitet i kontakten, selvom samtalen omhandler et uløseligt helbredsrelateret problem. Dette skyldes, den sundhedsprofessionelle fremviser en empatisk forståelse for patienten og det pågældende problem.

En rammesætning for specialets analyse

Der findes ikke én overordnet metode eller model til at analysere kommunikation, og derfor må vores egen kommunikationsanalytiske tilgang skræddersys. Dette skyldes, at der kan sættes fokus på bestemte dele af kommunikationen, afhængig af hvilke spørgsmål der skal besvares og det faglige udgangspunkt. I den kommende kommunikationsanalyse anvendes der en sprogbrugsanalytisk tilgang. Ud fra vores problemformulering, samt Cordellas (2004) stemme-begreb og Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvaliteten af kontakt, bliver dette analytiske greb skræddersyet til vores speciale.

Målet med dette speciale er at benytte et overordnet analytisk greb værende en forklaringsramme til at belyse og få forståelse for de kommunikationsmønstre og -karakteristika, som kommer til udtryk igennem samtalen. Derfor vil vores fokus være på den pragmatiske del af sprogbrugsanalysen (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 28-29). Herunder introducerer vi kort sprogbrugsanalysen, og derefter udspecificeres vores analytiske tilgang ved, at vi inddrager en redegørelse af den pragmatiske del i en sprogbrugsanalyse.

Formålet med sprogbrugsanalysen er at få en forklaring på, hvordan betydning og mening skabes og udveksles i den interpersonelle kommunikation. Som det ligeledes blev nævnt i det tidligere afsnit, Interpersonel kommunikation i en sundhedsrelateret kontekst, studeres betydningsdannelsen i samspillet mellem sprog, kommunikatorerne og den kontekst, hvori sproget bruges (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 29). Sprogbrugsanalysen arbejder på to niveauer; det manifeste og det latente. Det manifeste niveau er det direkte sagte og tilsigtede, hvor det latente niveau er de skjulte og utilsigtede budskaber i kommunikationen (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 28). Vores fokus er på det manifeste niveau, idet vi analyserer det sagte og tilsigtede, samt hvilken betydning dette har. Med den hermeneutiske tilgang, er der, som nævnt i metodeafsnittet, fokus på tolkning af det empiriske materiale. Derfor må vi benytte os af et analyseredskab, der lægger vægt på indholdet i materialet samt den kontekst, materialet er en del af. Vi har derfor behov for den pragmatiske tilgang til sprogbrugsanalysen, som rent sprogligt kan dokumentere de data, der efterfølgende fortolkes.

Den pragmatiske del af sprogbrugsanalysen vil blive brugt til at fastlægge, hvordan sproget bruges i samtalen. Heri indgår det sproglige udtryk, betydningen af indholdet samt kommunikationens kontekst. Det er således patientstemmerne og de sundhedsprofessionelles stemmer, der bliver undersøgt, idet vi analyserer, hvordan de anvendes i samtalen af den sundhedsprofessionelle og patienten. Således har vi fokus på sprogbrugen (stemmerne), hvilket også gør sig gældende i pragmatikken (Alrø & Kristiansen, 1988, s. 31). Det er endvidere ud fra vores pragmatiske sprogbrugsanalyse af de sundhedsprofessionelle og patienters brug af stemmer, at vi analyserer tilstedeværelsen af de seks betingelser for kvaliteten af kontakt mellem sundhedsprofessionel og patient. Vi finder derfor pragmatikken anvendelig i vores analyse, fordi vi med den pragmatiske analytiske tilgang først kan undersøge, hvad der karakteriserer specifikke samtaler (ud fra stemmerne), hvorefter vi anvender stemmerne til at vurdere kontakten og kvaliteten af kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Således anvender vi sprogbrugsanalysen og hermed den pragmatiske sprogbrugsanalyse som en rammesætning for vores samlede analyse.

Analyse

I denne analyse undersøger vi, som speciale- og kommunikationsstuderende, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. I forlængelse af dette analyserer og vurderer vi disse karakteristikas betydning for kontakten og kvaliteten af kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient.

Analysen er segmenteret i tre overordnede dele, og de forskellige analysedele er determineret af tre specifikke observationer med dertilhørende interviews. Disse tre observationer er observation 2, observation 5 og observation 8 (se bilag 1 og 3). Således er denne analyse struktureret, at vi i første analysedel undersøger observation 2 med dertilhørende interviews af henholdsvis en sygeplejerske og en patient. Herefter undersøger vi observation 5 med et dertilhørende interview af en patient i anden analysedel. Efterfølgende i den tredje og sidste analysedel undersøger vi observation 8 med dertilhørende interviews af henholdsvis en læge, en sygeplejerske samt en patient og pårørende.

Som det fremgår af bilag 1, 4 og 5, har vi udført flere observationer og interviews end dem, vi inddrager i denne analyse. Som nævnt tidligere i vores metodeafsnit har vi ubevidst ladet vores subjektivitet komme til udtryk i de feltnoter, vi nedskrev under observationerne. I forlængelse af dette erkender vi, at vi ubevidst også har ladet vores subjektivitet komme til udtryk på anden vis under observationerne. Dette er gældende, fordi vi under observationerne allerede ubevidst havde påbegyndt spontanfortolkninger af samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient med henblik på at opnå en forståelse af, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem disse to parter. Dette fremgår ligeledes af vores feltnoter i form af, hvad vi valgte at nedskrive, og hvad vi ubevidst fravalgte at nedskrive.

Vores spontanfortolkninger består blandt andet af, at vi i observation 2 lagde mærke til, at sygeplejersken og patienten havde forskellige formål med samtalen. Derudover oplevede vi, at patienten ikke havde nogen forståelse for, hvorfor han skulle til konsultationen (uddybes i analysedel 1). I observation 5 lagde vi mærke til, at lægen og patienten ikke var enige, samt at de ikke havde samme formål med samtalen (uddybes i analysedel 2). I observation 8 lagde vi mærke til, at den pårørende tog styringen over samtalen eller talte på patientens vegne. Desuden oplevede vi, at lægen og sygeplejersken samt patienten og den pårørende alle havde forskellige formål med samtalen, idet den pårørende ønskede noget, patienten ønskede muligvis noget andet, og de to sundhedsprofessionelle havde forskellige opfattelser af disse ønsker (uddybes i analysedel 3).

I forbindelse med de tre observationer er det ligeledes gældende, at det er forskellige aktører, som er en del af den specifikke samtale. I observation 2 var der kun en sygeplejerske og en patient, hvilket gjorde det til et sygeplejerskeprogram. I observation 5 var der kun en læge og en patient, og derfor hørte samtalen under et lægeprogram. I observation 8 var der både en sygeplejerske og læge samt en patient og en pårørende til stede, hvilket gjorde det til et lægeprogram med flere aktører.

Vi har udvalgt de tre observationer til en nærmere analyse på baggrund af vores spontanfortolkninger, aktørerne og typen af program. Dette skyldes, at vi med vores spontanfortolkninger har opnået en forforståelse. Vores forforståelse er, at det er særligt i disse tre observationer, at kommunikationens karakteristika har en betydning for kvaliteten af kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient. I forbindelse med de forskellige aktører og programmer fremviser de forskellige situationer og samtaler. Derfor kan stemmerne og kvaliteten af kontakt varierer på baggrund af disse faktorer, og

det er ligeledes en af vores bevæggrunde for at udvælge observation 2, 5 og 8. Vores valg og fravalg af empiri er foretaget på baggrund af den hermeneutiske tilgang, vi anvender i specialet. Denne tilgang omhandler netop fortolkning, forståelse og forforståelse. I forbindelse med vores valg og fravalg af observationer udvælger og inddrager vi ligeledes specifikke eksempler fra observation 2, 5 og 8 i analysen. Det er ud fra disse udvalgte eksempler, at vi analyserer og fortolker de stemmer, der gør sig gældende i de tre samtaler. De eksempler, vi har udvalgt, fremviser de forskellige typer af stemmer, der bliver anvendt af både den sundhedsprofessionelle og patienten i den specifikke samtale. Dermed tjener eksemplerne det formål at give et generelt, men fyldestgørende billede af alle de typer af stemmer, som aktørerne vælger at tale ud fra i de tre samtaler.

I de tre analysedele anvender vi den kommunikationsforståelse, vi har gennemgået i foregående teori-afsnit. Hertil anvender vi kommunikationsmodellen (se model 1 på side 27) med det formål at ud-specificere og fremvise den kommunikative proces mellem de aktører, der er til stede under observation 2, 5 og 8.

Ud fra modellen etablerer vi først kommunikatorerne og konteksten, hvorefter vi bevæger os videre til vores undersøgelse af kommunikationens karakteristika. Vi analyserer, hvad der karakteriserer kommunikationen med inddragelsen og anvendelsen af Cordellas (2004) typer af stemmer, som sundhedsprofessionelle og patienter anvender til at kommunikere med hinanden under en given konsultation. Det er med de sundhedsprofessionelle og patienters brug af forskellige stemmer, at vi skaber en forståelse for kommunikationen og kommunikationens karakteristika mellem de to parter. Vi opnår denne forståelse ved at analysere, hvilke stemmer der gør sig gældende i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient.

Efter vi har skabt en forståelse for kommunikationens karakteristika, anvender vi stemmerne og samspillet mellem stemmerne til at undersøge kontakten og kvaliteten af kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient. De forskellige typer af stemmer påvirker og forholder sig til hinanden i samtalen. Ved at analysere sammenspillet mellem stemmerne kan vi opnå forståelse for, hvorvidt Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvalitet af kontakt er til stede i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient. Vi analyserer kontakten mellem parterne på baggrund af Cordellas (2004) stemme-begreb, fordi vi må opnå en forståelse af, hvilke stemmer de sundhedsprofessionelle og patienter anvender til at ytre sig. Hvis vi ikke opnår denne forståelse for stemmerne (og kommunikationens karakteristika), kan vi ikke undersøge, hvad formålet og betydningen af det sagte er. Og kender vi ikke betydningen af det sagte, kan vi ikke undersøge og vurdere, hvorvidt den sundhedsprofessionelle for eksempel udviser kongruens, ubetinget positivt hensyn og empati.

Men hensyn til Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser er vi bevidste om, at han opstiller dem i forbindelse med hjælperelationer. Dette er som nævnt tidligere ikke tilfældet i dette speciale. De samtaler, vi undersøger, vil typisk omhandle et sundhedsrelateret problem, som patienten søger information om og rådgivning til. Således er vi bevidste om, at selvom kvaliteten af kontakten i samtalen både kan være god og dårlig, så ændrer kvaliteten ikke ved det fysiske helbredsrelaterede problem. Patienten vil stadig være "syg" uanset kvaliteten af kontakten. Dog mener vi, at Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser stadig er gældende og relevante at inddrage i samtalen mellem sundhedsprofessionel og

patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, fordi betingelserne stadig kan være til stede i samtalen. Det vil sige, at den sundhedsprofessionelle eksempelvis kan udvise en empatisk forståelse for patienten, hvilket kan fremvise, at den sundhedsprofessionelle ser, hører og møder patienten. Dette kan medvirke, at selvom patienten ikke kan blive erklæret rask, så kan den specifikke samtale stadig blive oplevet som fyldestgørende, fordi patienten er blevet set, hørt og mødt af den sundhedsprofessionelle. Det er ligeledes tilfældet med den sundhedsprofessionelle, som kan opleve at blive set, hørt og mødt af patienten. Dette henviser eksempelvis også til patientens compliance og non-compliance.

Del 1: Samtale mellem sygeplejerske og patient; sygeplejerskeprogram

I henhold til kommunikationsmodellen af Alrø og Kristiansen (2006) (model 1) er de to kommunikatorer i observation 2 en kvindelig sygeplejerske og en mandlig patient. Konteksten for den interpersonelle kommunikationsproces er stue fire på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers i Randers. Datoen er den 18. marts 2015, og samtalen finder sted ved middagstid (bilag 1). Formålet med konsultationen er, at patienten skal have nogle indsprøjtninger samt have svar på en tidligere blodprøve (bilag 1 og 3). Derudover nævner sygeplejersken i interviewet, at formålet med konsultationen også er at høre patienten om, hvordan han har det (se meningskondensering af interview 2.2 i bilag 3).

Udover de to kommunikatorer og konteksten inddrager vi også elementerne sprog, indhold og kontakt. Det er elementerne sprog og indhold, som vi undersøger først. Herefter undersøger vi elementet kontakt.

Det første eksempel, vi finder relevant, at inddrage i analysen, er fra starten af samtalen. Sygeplejersken indleder konsultationen ved at stille et generelt spørgsmål, som relaterer til patientens helbred (se også bilag 3, meningskondensering af observation 2, afsnit 1).

I eksempel 1 anvender sygeplejersken først en doktor-stemme, idet hun søger efter information om patientens helbred: "hvordan har du det?" (eksempel 1). Det lader ikke til, at sygeplejersken stiller spørgsmålet med henblik på at opstille en diagnose, men i stedet for at evaluere hvordan patienten har det. Typen af spørgsmål giver også patienten mulighed for at give et mere åbent svar, idet sygeplejersken med sin doktor-stemme ikke spørger ind til noget konkret i forhold til patientens helbred. Dog opfanger patienten meningen med spørgsmålet ved at sige, at han har det godt. Dette kommer til udtryk med patientens brug af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Således lægger patienten op til at fortælle en historie, der er relateret til hans helbred. Dog er vores fortolkning, at han ikke anvender den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme med det formål at fokusere på et problem vedrørende sit helbred. Dette tolker vi ud fra hans svar: "jeg har det sgu da godt" (eksempel 1). Derfor er patientens stemme i dette tilfælde i stedet en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme, idet han ikke fortæller en historie, fordi han skal have hjælp til et personligt problem. Det er i stedet omvendt. Han har ikke brug for hjælp, men han påbegynder alligevel en helbredsrelateret historie.

Sygeplejerske: "hvordan har du det?"

Patient: "jeg har det sgu da godt (uf)"

Sygeplejerske: "ja, du ser fantastisk godt ud ja"

Patient: "så det har jeg. Synes ikke, jeg har problemer"

Sygeplejerske: "nej, vandladningsgener?"

Patient: "ikke mere end, du ved altså, alder, alder, alder" -

Sygeplejerske: "ja, der er ikke så (uf)"

Patient: - "alle gamle hønisser, du ved, de skal op to tre gange om natten ikke, og der hører jeg jo så til" -

Sygeplejerske: "ja"

Patient: - "men jeg har ingen problemer med vandet"

Sygeplejerske: "nej, nej. Det er slap stråle?"

Patient: "det er sådan, det. Jeg kan ikke se nogen forskel hverken fra tidligere"

Sygeplejerske: "det er ikke noget. Der er ikke noget, der generer dig?"

Patient: "nej"

Sygeplejerske: "det der med at komme op om natten, generer det dig?"

Patient: "nej, det ved jeg sgu ikke. Nej, det gør det ikke. (uf) Jeg kan bare lade være med at drikke så meget om aftenen" -

Sygeplejerske: "så du er slem til at drikke meget om aftenen"

Patient: - "det har jeg også fundet ud af"

Sygeplejerske: "Ja"

Patient: - "men for fanden, hvis man nu er tørstig" -

Sygeplejerske: "ja"

Patient: - "så, ej det tager jeg sgu i stiv arm"

Sygeplejerske: "det er jo sådan, at det man indtager efter klokken atten, det skal man af med om natten"

Patient: "nå, ja, den var god"

Sygeplejerske: "øh, men nogen gange er det også et spørgsmål om livskvalitet. Så øh, der er nogen, der nyder at få den kop te eller den kop kaffe om aftenen. Men det der kommer ind, det skal jo ud igen"

Patient: "det skal ud igen" -

Sygeplejerske: "ja"

Patient: - "nej, det er godt nok, det"

Sygeplejerske: "er det noget, du ønsker at blive udredt for?" -

Patient: "nej"

Figur 7. Eksempel 1 (bilag 4, observation 2, 00.00.06-00.01.16)

Patientens svar og brugen af en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme medfører, at sygeplejersken taler med sin medmenneske-stemme, hvor hun således fremviser en interesse for patienten og patientens historie: "ja, du ser fantastisk godt ud ja" (eksempel 1). Sygeplejerske opfor-

drer ikke patienten til at uddybe eller fortsætte sin fortælling, men hun viser interesse for samtalen og det, som patienten vælger at fortælle. Hertil forsøger sygeplejerske heller ikke at stoppe patientens fortælling, hvilket medfører, at patienten fortsætter sit brug af den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Dette fremgår, idet patienten igen fremsætter, at han ikke har nogen problemer, og han har således ikke brug for sygeplejerskens hjælp: "så det har jeg. Synes ikke, jeg har problemer" (eksempel 1). I forbindelse med dette forsøger sygeplejerske dog alligevel at få bekræftet, at patienten ikke har nogen problemer, hvilket medfører, at sygeplejersken igen påtager sig doktor-stemmen: "nej, vandladningsgener?" (eksempel 1). Sygeplejerske forsøger igen at søge information, og i dette tilfælde er det i forhold til at undersøge, om patienten muligvis har brug for at få noget udredt, såsom eventuelle vandladningsproblemer. I tilfælde af, at patienten oplever vandladningsproblemer, vil sygeplejersken kunne stille flere relaterede spørgsmål med henblik på at opstille en diagnose eller planlægge diverse tests.

Sygeplejerskens brug af doktor-stemmen medvirker, at patienten påtager sig en reel helbredsrelateret historiefortæller-stemme, idet patienten nu får fremsagt, at han alligevel oplever et helbredsrelateret problem: "ikke mere end, du ved altså, alder, alder, alder" (eksempel 1). Dog vælger patienten selv med det samme at afvise dette som et egentligt problem, idet han giver sin alder skylden. Og alderen er ikke noget, som patienten kan blive udredt for. På grund af patientens svar anvender sygeplejersken sin medmenneske-stemme til at fremvise forståelse for problemet samt årsagen til problemet. Sygeplejerskens medmenneske-stemme kommer til udtryk ved en slags indskudt bemærkning fra sygeplejerskens side: "ja, der er ikke så (uf)" (eksempel 1). Med sin medmenneske-stemme forsøger sygeplejersken at udvise empati for patienten, idet hun forsøger at sætte sig i patientens sted. Det er dog kun et forsøg fra sygeplejerskens side, fordi sygeplejersken har for eksempel ikke samme alder, og som patienten udtrykker, er det alderen, som er skyld i de gener, han har. Dertil fremgår det ikke tydeligt, om sygeplejersken selv har oplevet de gener, eller om hun trækker på sin erfaring med andre patienter med samme gener. Hvis sygeplejerske trækker på sin erfaring med andre patienter, bliver sygeplejerskens forsøg på empati kun et forsøg, idet sygeplejersken ligestiller patienten med andre patienter. Dette fremviser en overfladisk forståelse for patienten. Patientens fortsætter sin fortælling efter sygeplejerskens indskudte bemærkning med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme: "alle gamle hønisser, du ved, de skal op to tre gange om natten ikke, og der hører jeg jo så til" (eksempel 1). Patientens afslutter historien med en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme: "men jeg har ingen problemer med vandet" (eksempel 1). Denne afslutning medvirker, at sygeplejersken igen anvender sin doktor-stemme til at opnå mere konkret information fra patienten: "nej, nej. Det er slap stråle?" (eksempel 1). Sygeplejerskens brug af doktor-stemmen i eksempel 1 søger efter information for derefter at kunne rådgive patienten om en videre behandling, og i den forbindelse er patientens helbredsrelaterede historiefortæller-stemme ideel, idet denne stemme kan give informationen gennem fortællinger.

Samspillet mellem patientens brug af en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme og sygeplejerskens brug af doktor-stemmen fortsætter: "nej, nej. Det er slap stråle?" og "det er ikke noget. Der er ikke noget, der generer dig?" (eksempel 1). Sygeplejersken fortsætter sine spørgsmål til patienten for at kunne indsamle information, så hun kan opnå en forståelse for, om der er et problem,

hvad problemet er, og hvilke anbefalinger hun så vil give patienten. Patientens svar til de to ytringer er: "det er sådan, det. Jeg kan ikke se nogen forskel hverken fra tidligere" og "nej" (eksempel 1). Patienten fortæller igen om sit helbred, men igen opstiller patienten ikke noget problem. Dette samspil mellem de to typer af stemmer fortsætter, indtil sygeplejersken skifter til at tale med sin uddanner-stemme: "det er jo sådan, at det man indtager efter klokken atten, det skal man af med om natten" (eksempel 1). Sygeplejersken giver patienten en huskeregel, og hun forsøger at undervise patienten og gøre patienten indforstået med, hvad han skal gøre for at modvirke sine vandladningsproblemer. Hertil forsøger sygeplejersken også med huskereglen at opfordre patienten til compliance. Hermed bliver sygeplejerskens anbefaling, at patienten skal lade være med at drikke så meget efter klokken 18. Sygeplejersken uddyber herefter sin anbefaling med brugen af sin medmenneske-stemme: "øh, men nogen gange er det også et spørgsmål om livskvalitet. Så øh, der er nogen, der nyder at få den kop te eller den kop kaffe om aftenen. Men det der kommer ind, det skal jo ud igen" (eksempel 1). Sygeplejersken taler med sin medmenneske-stemme, fordi hun udviser en forståelse for patienten og hans behov for at drikke væske om aftenen. Hertil nævner hun, at livskvalitet også kan spille en rolle. Hvis dette er tilfældet med patienten, har hun en forståelse for, hvis patienten ikke følger sygeplejerskens anbefaling fuldt ud, men i stedet følger den moderat.

I slutningen af eksempel 1 spørger sygeplejersken, om patienten ønsker at blive udredt for de vandladningsgener, han oplever i form af natlige toiletbesøg: "er det noget, du ønsker at blive udredt for?". Her anvender sygeplejersken igen sin doktor-stemme, hvor hun forsøger at tilpasse sin autoritet. Dette sker ved, at sygeplejersken forsøger at få klarhed over, hvilken rolle patienten gerne vil have, at hun påtager sig. Dette kommer til udtryk, idet sygeplejersken kan starte et udredningsforløb, men hun kan også lade være. Med spørgsmålet giver sygeplejersken patienten ansvaret for at tage en beslutning, og hermed træder hun selv og generelt afdelingen og hospitalet i baggrunden. Patientens svar (og beslutning) fremviser, at han selv mener, at han er kompetent, idet han anvender kompetence-stemmen med funktionen *udfordrer*: "nej" (eksempel 1). Patienten ønsker ikke at blive udredt for de gener, som han oplever, men som han bagatelliserer på grund af sin alder. Hermed mener patienten selv, at hans ekspertise overgår sygeplejerskens. Således mener patienten, at det er ham selv, som bedst kan vurdere, hvad der vil være mest optimalt for hans eget helbred.

Det andet eksempel, vi finder relevant at inddrage i denne analysedel, er ligeledes fra starten af konsultationen. Eksemplet omhandler, at patienten fortæller, at han er træt og doven, og patienten vil gerne vide, om medicinen bevirker denne træthed (bilag 3, meningskondensering af observation 2, afsnit 2).

Patient: "men jeg er træt. Altså, det snakkede vi også om sidste gang" -
Sygeplejerske: "det snakkede vi om sidste gang"
Patient: - "(uf) man er doven" -
Sygeplejerske: "ja"
Patient: - "men altså okay, størrelse og vægtmæssigt gør selvfølgelig også noget ikke, og så sidder man i solen og aer katten ikke, og, ja ja, så går man ud i køkkenet og tager sig en smøg, og så går man ud og sætter sig igen" -
Sygeplejerske: "ja"
Patient: - "så, ej det er sgu da min egen skyld. Jeg kan jo bare gå mig en tur og lave lidt motion, det gider jeg ikke. Jeg har det udmærket, som jeg har det"
Sygeplejerske: "er det noget, som der kan få dig ud, tror du?"
Patient: "nej"
Sygeplejerske: "nej, hvad så nu når det begynder at blive forår?"
Patient: "ja det er jeg sgu ligeglad med"

Figur 8. Eksempel 2 (bilag 4, observation 2, 00.01.36-00.02.11)

I eksempel 2 nævner patienten et personligt problem, som han gerne vil have hjælp til af sygeplejersken. Problemet involverer hans helbred, og derfor taler patienten med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme: "men jeg er træt. Altså, det snakkede vi også om sidste gang". Sygeplejersken udtrykker med sin doktor-stemme (selvom patienten selv nævner det), at det også var noget, de talte sammen om til forrige konsultation: "det snakkede vi om sidste gang" (eksempel 2). Doktorstemmen kommer til udtryk med denne ytring, idet sygeplejersken begynder at henvise til en forrige konsultation. Således begynder sygeplejersken at evaluere patientens træthed, idet den også var et problem sidste gang, og det er hermed ikke et problem, der er blevet løst endnu.

Patienten fortsætter sin fortælling ved at uddybe, at han er doven, og selvom det er den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, der kommer til udtryk, er der også henvisninger til den sociale kommunikator-stemme: "(uf) man er doven" (eksempel 2). Dette skyldes, at sygeplejersken enten bevidst eller ubevidst har gjort det muligt for patienten at tale om denne personlige problematik i dette specifikke forum. Dette understreges også af sygeplejerskens efterfølgende medmenneske-stemme, hvor hun fremviser interesse for patientens fortælling i dette forum. Hertil viser hun en forståelse for patientens situation: "ja" (eksempel 2). Endvidere afbryder hun heller ikke patienten. Dog vil vi igen (ligesom i eksempel 1) påpege, at det ikke er tydeligt, hvilken type forståelse sygeplejersken viser patienten. Dette skyldes, at det ikke kommer klart til udtryk, hvorvidt sygeplejersken udviser empati eller i stedet en påtaget og overfladisk forståelse. Efter sygeplejersken har udvist interesse for patienten, anvender patienten igen en helbredsrelateret historiefortæller-stemme:

men altså okay, størrelse og vægtmæssigt gør selvfølgelig også noget ikke, og så sidder man i solen og aer katten ikke, og, ja ja, så går man ud i køkkenet og tager sig en smøg, og så går man ud og sætter sig igen (eksempel 2)

I ytringen fortsætter patienten sin fortælling over for sygeplejersken. Dog kan denne ytring også betegnes som en kompetence-stemme, idet patienten selv fremviser forståelse for, hvad der skaber dovenskaben og trætheden. Således fremviser han en kompetent viden om sit eget helbred, uden det egentlig fremstår, hvorvidt han har denne viden eller ej. Hertil tillægger vi igen patienten funktionen *udfordrer*, idet det fremgår, at patienten forstår problematikken, og hvad der skal gøres ved denne. Dog vælger patienten bevidst ikke at gøre det, fordi han ikke virker interesseret i de tiltag, der skal til for at løse problematikken. Denne fortolkning bliver også understøttet af patientens næste ytring i eksemplet: "så, ej det er sgu da min egen skyld. Jeg kan jo bare gå mig en tur og lave lidt motion, det gider jeg ikke. Jeg har det udmærket, som jeg har det" (eksempel 2). I ytringen er det i høj grad *udfordrer*, som patienten anvender til at udtrykke sig med, idet han nævner, at han er klar over, hvad anbefalingen er, og hvad han kan gøre for at følge anbefalingen. Dog er patienten ikke interesseret i at gøre det, fordi han igen udtrykker, at han selv mener, hvad der er bedst for ham selv. Patienten udtrykker, at han har det udmærket, som han har det. Dette er til trods for, at han i starten af eksemplet får nævnt, at trætheden og dovenskaben er et problem for ham. Så vores fortolkning er, at patienten er interesseret i at få løst problematikken, men han er ikke interesseret i at følge anbefalingen. Derfor vælger han i stedet problemet frem for anbefalingen.

Patientens kompetence-stemme medfører i denne sammenhæng, at sygeplejersken anvender en doktor-stemme: "er det noget, som der kan få dig ud, tror du?" (eksempel 2). Doktor-stemmen gør sig gældende, fordi sygeplejersken søger efter informativt data om patienten. Hermed forsøger sygeplejersken at opnå en viden om patientens helbred for efterfølgende at kunne komme med nogle anbefalinger. Således må sygeplejersken vide, om patienten overhovedet vil være interesseret i hendes anbefalinger eller ej, og om han i så fald også vil følge dem. I denne ytring forsøger sygeplejersken endvidere at tilpasse sin autoritet til patienten i kraft af, at han forinden havde anvendt en kompetence-stemme med funktionen *udfordrer*. Dette kan betyde, at sygeplejerske forsøger at undersøge, hvilken rolle der vil være mest optimal at påtage sig. I forhold til patienten tyder det nemlig på, at patienten ikke lader sig påvirke af den autoritære rolle, som fremsætter reglerne og anbefalingerne, som patienten skal følge. Således forsøger sygeplejersken at finde ud af, hvor langt hendes ansvar som sygeplejerske går i forhold til en forbedring og pleje af patientens helbred. I eksempel 2: "er det noget, som der kan få dig ud tror du?" fremgår det også, at sygeplejersken ligeledes anvender doktor-stemmen med henblik på at undersøge, om der er noget, patienten kan gøre, som vil medføre, at han følger anbefalingerne. Således undersøger sygeplejersken, hvordan hun eventuelt kan få patienten til selv at tage ansvar for sit eget helbred.

Patienten fortsætter samtalen som en udfordrer, hvilket især kommer til udtryk med den sidste ytring i eksemplet: "ja det er jeg sgu ligeglad med" (eksempel 2). Ud fra denne ytring fremgår det, at der er intet, som kan få patienten til at følge en anbefaling, der lyder på, at patienten skal udenfor og dyrke lidt motion. Igen kommer det til udtryk, at patienten selv mener, at han besidder en ekspertise, som gør ham i stand til at vurdere, at han har en større viden omkring sit eget behov for motion end sygeplejersken. Dette er på trods af, at det var patienten selv i starten af eksemplet, der bragte problemet frem i samtalen.

Det tredje eksempel, vi inddrager i denne analysedel, fremviser sygeplejerskens forsøg for at forklare patientens træthed ud fra et medicinsk standpunkt. Hvis der ønskes en nærmere uddybning til dette eksempel, henviser vi til vores meningskondensering af observation 2, afsnit 2 i bilag 3.

Sygeplejerske: "du kender godt de der, når man medicinsk kastrer, eller når man kastrer de der katte" -
Patient: "Ja" -
Sygeplejerske: - "kender du det?"
Patient: - "de skærer jo kuglerne af dem"
Sygeplejerske: "så bliver de jo, ja, så bliver de også sådan lidt, lidt magelige og lidt trætte"
Patient: "ja det ved jeg sgu ikke. Ham der, vi havde en, han gjorde i hvert fald ikke da" -
Sygeplejerske: "ej. Gjorde han ikke?"
Patient: - "nej for helvede, han var sgu halvvild sådan set, så"
Sygeplejerske: "ja. Men det er lidt det samme, vi gør. Vi fjerner jo det mandlige kønshormon" -
Patient: "ja, jeg ved det godt, jeg ved det godt"
Sygeplejerske: - "det kan altså godt give bivirkninger"
Patient: "ja, nu virker det, jeg får, altså ikke hundrede procent"
Sygeplejerske: "nej okay. Du har stadigvæk"
Patient: "ej. Følelserne kan altså godt stadigvæk komme"
Sygeplejerske: "nå, kan de godt?"
Patient: "ja ja, jeg bruger det så ikke, det er så en hel anden ting" -
Sygeplejerske: "nej nej"
Patient: - "fordi det er jeg ikke engang sikker på" -
Sygeplejerske: "nej"
Patient: - "jeg kan finde ud af at fuldføre, men altså, der kan godt være"
Sygeplejerske: "har du lidt rejsning?"
Patient: "hvad?"
Sygeplejerske: "har du lidt rejsning?"
Patient: "det kan lade sig gøre ja"
Sygeplejerske: "kan det det?"
Patient: "ja det kan det godt"
Sygeplejerske: "hold da op"

Figur 9. Eksempel 3 (bilag 4, observation 2, 00.02.59-00.03.51)

I starten af eksempel 3 anvender sygeplejersken en form for uddanner-stemme: "du kender godt de der, når man medicinsk kastrer, eller når man kastrer de der katte". Sygeplejersken anvender et eksempel for at gøre patienten indforstået med, hvilke bivirkninger der kan opstå på grund af de indsprøjtninger, han får. Sygeplejersken forsøger at undervise og belære patienten om, hvad behandlingen medfører for ham og hans helbred. Sygeplejersken fortsætter med at tale med en uddanner-

stemme, mens hun anvender analogien om hankatte, og hvad der sker, når de bliver kastreret. Det lader ikke til, at patienten opfanger sygeplejerskens pointe med eksemplet, idet patienten vælger at svare: "de skærer jo kuglerne af dem" (eksempel 3). Sygeplejersken fortsætter med eksemplet og forklarer med uddanner-stemmen, hvorfor hun netop anvender eksemplet: "så bliver de jo, ja, så bliver de også sådan lidt, lidt magelige og lidt trætte" og "ja. Men det er lidt det samme, vi gør. Vi fjerner jo det mandlige kønshormon" (eksempel 3). Hermed forsøger sygeplejerske at undervise patienten i, at den medicin, han får, fjerner det mandlige kønshormon, og derfor kan patienten opleve de samme bivirkninger ligesom hankatte. Fremfor at forstå analogien og sygeplejerskens pointe med at inddrage denne vælger patienten at fortælle en personlig historie, som ikke har noget at gøre med patientens helbred: "ja det ved jeg sgu ikke. Ham der, vi havde en, han gjorde i hvert fald ikke da" (eksempel 3). I modsætning til at definere den stemme, som patienten anvender til at fortælle sin historie, som en helbredsrelateret historiefortæller-stemme, klassificerer vi den som blot en historiefortæller-stemme. Dette skyldes, at patienten begynder at fortælle en historie i forlængelse af analogien, fordi han højst sandsynligt ikke har forstået, at det var en analogi, som sygeplejersken havde fremsagt.

En historiefortæller-stemme er ikke en stemme, som Cordella (2004) har defineret. Det er i stedet vores fortolkning, som vi bygger på patientens personlige fortælling, hvor denne ikke har noget som helst at gøre med hverken konteksten, indholdet eller kommunikatoren (sygeplejersken). Dog bliver vores fortolkning understøttet af Cordellas (2004) definition af medmenneske-stemmen. Dette skyldes, at medmenneske-stemmen skal få patienten til at fortælle sin historie. Derudover fremviser stemmen også interesse for historien, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved spørgsmål, som ikke er helbredsrelaterede. Det er nøjagtig det, der gør sig gældende i sygeplejerskens brug af medmenneske-stemmen: "ej. Gjorde han ikke?" (eksempel 3). Spørgsmålet er ikke helbredsrelateret, idet det henviser tilbage til patientens fortælling, som heller ikke er helbredsrelateret. Hermed fremgår det, at det ikke er patientens helbred, som sygeplejersken i dette øjeblik viser interesse for. Det er i stedet patientens personlige fortælling om sin kat. Ved at stille spørgsmålet fremviser sygeplejersken både en interesse for fortællingen, idet spørgsmålet opfordrer patienten til at svare og hermed fortsætte historien. Dertil oplyser spørgsmålet også patienten om, at sygeplejersken lytter til ham. Sygeplejerskens brug af analogien omkring katte og den mandlige patient er helbredsrelateret, hvorimod patientens fortællinger om sin kat ikke er helbredsrelateret. Dette skyldes, at patienten ikke opfanger analogien og tager i stedet sygeplejerskens eksempel med hankatte helt bogstavelig. Med medmenneske-stemmen har Cordella (2004) således skabt rammerne for en femte patientstemme. Denne femte patientstemme, som er denne historiefortæller-stemme, anvender patienten ligeledes til at fortsætte sin personlige fortælling: "nej for helvede, han var sgu halvvild sådan set, så" (eksempel 3). Vi reflekterer nærmere over stemme-begrebet i vores kommende refleksion.

Samtalen mellem patienten og sygeplejersken fortsætter, og i sygeplejerskens næste ytring anvender hun en uddanner-stemme for at understrege, at hans type af behandling kan give bivirkninger: "det kan altså godt give bivirkninger" (eksempel 3). De bivirkninger, hun hentyder til, henviser til hendes analogi: "så bliver de jo, ja, så bliver de også sådan lidt, lidt magelige og lidt trætte" (eksempel 3). I forlængelse af sygeplejerskens anvendelse af uddanner-stemmen, som underviser patienten i diverse bivirkninger, taler patienten med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrer*: "ja, nu

virker det, jeg får, altså ikke hundrede procent" (eksempel 3). Patienten udfordrer sygeplejerskens ytring og hermed også hendes viden, idet patienten direkte vælger at informere og belære sygeplejersken om, at hun tager fejl med hensyn til den medicin, han får. Efter patientens ytring taler sygeplejerskens med sin doktor-stemme: "du har stadigvæk" og "nå, kan de godt?" (eksempel 3). Sygeplejersken vælger med doktor-stemmen at få flere informationer fra patienten ved at stille uddybende spørgsmål fremfor at lade sig udfordre af patientens kompetence-stemme. Patienten fortsætter samtalen med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme: "ej. Følelserne kan altså godt stadigvæk komme", "fordi det er jeg ikke engang sikker på" og "jeg kan finde ud af at fuldføre, men altså, der kan godt være" (eksempel 3). Således giver han sygeplejersken flere informationer gennem sin uddybende fortælling. En af karakteristikaene ved doktor-stemmen er, at den sundhedsprofessionelle anvender denne type af stemme for at få informativ data fra patienten. Således er det informationer, som sygeplejersken tilstræber med brugen af sin doktor-stemme, og det er informationer, sygeplejersken får givet af patienten med hans brug af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Dette samspil mellem doktor-stemmen og den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme er gældende for resten af eksemplet.

Det fjerde eksempel fra observation 2 fremviser, at sygeplejersken forsøger at bringe konsultationen videre fra emnerne: træthed, dovenskab, hankatte og kemisk kastration (eksempel et til tre). I stedet for spørger sygeplejerske videre ind til patientens helbred: "smerter? Rygsmerter eller, har du ondt nogen steder?" (eksempel 4). Dette kan henvise helt tilbage til konsultationens første spørgsmål: "hvordan har du det?" (eksempel 1). Helt konkret omhandler eksemplet smerter, og om patienten har smerter (se også vores meningskondensering af observation 2, afsnit 3 i bilag 3).

Sygeplejerske: "smerter? Rygsmerter eller, har du ondt nogen steder?"

Patient: "nej ikke mere end, det ved jeg ikke, ej altså, altså nej, det har jeg ikke. Nej, jeg har ikke konstant smerter. Nej. Nu er jeg ikke klar over lige, hvad det er for nogle smerter sådan lige, du decideret tænker på"

Sygeplejerske: "nej, har du ondt i ryggen? Eller noget (uf)"

Patient: "(uf) det har jeg sommetider, hvis jeg går og laver for meget og bukker for meget, men altså, det er da ikke, det har jeg sgu altid haft"

Sygeplejerske: "så der er ikke noget, der er" -

Patient: "nej"

Sygeplejerske: - "kommet til?"

Patient: "nej"

Figur 10. Eksempel 4 (bilag 4, observation 2, 00.04.22-00.04.55)

I den første ytring taler sygeplejersken med sin doktor-stemme. Dette kommer til udtryk ved, at hun stiller spørgsmål med henblik på at få information fra patienten. Med information fra patienten, der omhandler patientens helbred, har sygeplejersken mulighed for at vurdere, hvilken behandling der

muligvis skal iværksættes. Patienten anvender en form for initiator-stemme til at besvare sygeplejerskens spørgsmål:

nej ikke mere end, det ved jeg ikke, ej altså, altså nej, det har jeg ikke. Nej, jeg har ikke konstant smerter. Nej. Nu er jeg ikke klar over lige, hvad det er for nogle smerter sådan lige, du decideret tænker på (eksempel 4)

Det er en form for initiator-stemme, fordi patienten både besvarer spørgsmålet, og samtidig giver patienten også udtryk for, at han egentlig ikke forstår, hvad sygeplejersken efterspørger. Dog får denne forvirring ikke patienten til at virke afvisende over for sygeplejersken, men i stedet tager patienten initiativ til at få sygeplejerskens doktor-stemme i tale igen. Således ønsker patienten med denne slags initiator-stemme at få uddybet spørgsmålet nærmere med nogle flere informationer og eventuelle spørgsmål fra sygeplejerskes side. Patienten opnår dette ved, at sygeplejersken igen taler med sin doktor-stemme: "nej, har du ondt i ryggen? Eller noget (uf)" (eksempel 4). Nu forstår patienten spørgsmålet, og dette får en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme i tale: "(uf) det har jeg sommetider, hvis jeg går og laver for meget og bukker for meget, men altså, det er da ikke, det har jeg sgu altid haft" (eksempel 4). Patienten fortæller en helbredsrelateret historie, men det er ikke med henblik på at få hjælp. Patienten fortæller i stedet sammen med historien, at han *ikke* har problemer. Dermed har han heller ikke et behov for hjælp. Sygeplejersken forsøger at spørge mere ind til dette med sin doktor-stemme: "så der er ikke noget, der er" og "kommet til?" (eksempel 4), men patienten udspecificerer med den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, at det ikke er et problem: "nej" og "nej" (eksempel 4).

Nedenstående eksempel er det femte og sidste eksempel, vi inddrager i denne analysedel. Dette uddrag fra samtalen udspiller sig, mens patienten får de forskellige indsprøjtninger. Patienten nævner selv igen, at han bliver træt, efter han har fået dem, hvortil sygeplejersken igen omtaler motion (se bilag 3, meningskondensering af observation 2, afsnit 7).

Sygeplejerske: "men det sagde jeg også sidste gang. Det er vigtigt, du kommer ud og får brugt dine muskler"

Patient: "dem har jeg sgu ikke mere af. Der var" -

Sygeplejerske: "nej"

Patient: - "nej, der var en gang"

Sygeplejerske: "ja, men det er jo også ude i" -

(...)

Patient: "nej, jeg har det sgu godt nok, som jeg har det. Jeg ønsker ikke at få det anderledes"

Sygeplejerske: "nej. Det ville ellers være godt. Nu har jeg sagt det. Med at du skal ud og"

Patient: "jeg har det udmærket med mig selv og mine smøger og så min øl. Så, har jeg det godt"

Sygeplejerske: "men det er rigtigt, så bliver man, som du selv siger, så bliver man også træt, ikke?"

Patient: "jo, men jeg skal jo ikke nå noget bestemt, så jeg klarer den"

Figur 11. Eksempel 5 (bilag 4, observation 2, 00.09.01-00.09.38)

I eksempel 5 taler sygeplejersken først med sin uddanner-stemme, hvor hun opfordrer patienten til at udvise compliance i forhold til hendes anbefalinger om at dyrke mere motion. Sygeplejerske udspecificerer for patienten, hvor vigtigt det er, han føler hendes anbefalinger: "men det sagde jeg også sidste gang. Det er vigtigt, du kommer ud og får brugt dine muskler" (eksempel 5). Dog svarer patienten med en kompetence-stemme, der udfordrer sygeplejerskens uddanner-stemme: "dem har jeg sgu ikke mere af. Der var" (eksempel 5). Patienten siger direkte, at han ikke har tænkt sig at følge anbefalingerne (fordi han ikke har nogen muskler), og hermed udviser han non-compliance. Dog lader det til, at patienten bevæger sig væk fra funktionen *udfordrer* og anvender i stedet funktionen *undskylder*. Det er gældende både i foregående citat og i følgende citat: "nej, der var en gang" (eksempel 5). Patienten udtrykker hermed, at han førhen godt kunne have fulgt anbefalingerne (og dermed have brugt sine muskler), men det er ikke længere muligt (muligvis på grund af alderen). Derfor forstår patienten de anbefalinger, han får givet, og hvis omstændighederne havde været anderledes, påstår han, at han ville have fulgt dem.

Dog vælger patienten igen at tale med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrer*, idet sygeplejersken nævner anbefalingerne igen, og samtidig udspecificerer, at hun nu har nævnt de anbefalinger for ham. Sygeplejerskens ytring er her både en doktor-stemme og en uddanner-stemme: "nej. Det ville ellers være godt. Nu har jeg sagt det. Med at du skal ud og" (eksempel 5). Det er en doktor-stemme, fordi sygeplejersken tilpasser sin autoritet, hvilket især kommer til udtryk med sætningen: "Nu har jeg sagt det". Her udtrykker sygeplejersken klart, hvilken holdning hun har, hvilken anbefaling hun giver patienten, og at hun nu har afsendt sit budskab til patienten. I denne forbindelse kommer det til udtryk, at sygeplejersken godt ved, at patienten ikke vil tage imod budskabet (og hermed udvise non-compliance). Dog understreger sygeplejersken, at hun nu har givet beskeden, og derfor er der ikke mere, hun kan gøre for at hjælpe patienten i forhold til hans dovenskab og træthed. Sygeplejerskens ytring er en uddanner-stemme, fordi hun igen opfordrer patienten til compliance, og

hun igen henviser til, hvilken anbefaling hun, som sundhedsprofessionel, giver patienten i forbindelse med hans træthedsproblemer.

Med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordreren* vælger patienten at afvise den besked, som sygeplejersken netop forinden havde understreget, at hun havde afsendt til ham: "nej, jeg har det sgu godt nok, som jeg har det. Jeg ønsker ikke at få det anderledes" og "jeg har det udmærket med mig selv og mine smøger og så min øl. Så, har jeg det godt" (eksempel 5). Patienten udfordrer sygeplejerskens autoritet og viden, og han fremviser, at hans egen ekspertise i forhold til sit helbred overgår sygeplejerskens ekspertise. Patienten mener, at han har det udmærket, som han har det. Hermed beslutter patienten, hvilke anbefalinger han vil rette sig efter, og hvilke han ikke vil rette sig efter. Patienten mener, at det er ham selv, som ved bedst i forhold til hans eget helbred, fordi han har det godt nok, som han har det.

I forhold til sygeplejerskens ytring, "men det er rigtigt, så bliver man, som du selv siger, så bliver man også træt, ikke?" (eksempel 5), lader hun patienten vide, hvilken konsekvens hans non-compliance vil have for ham. Sygeplejersken nævner, at hvis patienten ikke følger hendes anbefaling, så kan konsekvensen være, at han bliver ved med at være træt. Således er patienten gjort opmærksom på konsekvensen ved ikke at følge anbefalingen, men han vælger stadigvæk at tale med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordreren*: "jo, men jeg skal jo ikke nå noget bestemt, så jeg klarer den" (eksempel 5). Dermed lader det ikke til, at konsekvensen bekymrer patienten så længe, at anbefalingen er, at han skal dyrke mere motion. Hvis anbefalingen havde været en anden, som patienten havde billigt, kunne patienten måske have valgt den fremfor problemet.

Ud fra vores fortolkninger karakteriseres denne samtale af sygeplejerskens brug af doktor-stemmen, uddanner-stemmen og medmenneske-stemmen, samt patientens brug af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, initiator-stemmen, kompetence-stemmen og historiefortæller-stemmen.

Sygeplejerskens brug af de tre stemmer skaber muligheden for, at patienten ligeledes anvender sine fire patientstemmer, idet de forskellige stemmer forholder sig til hinanden og påvirker hinanden. Således er det ud fra sygeplejersken og patientens brug af stemmer, at vi skaber forståelse for, om patienten fremviser, at han bliver set, hørt og mødt af sygeplejersken. Det er ligeledes gældende for sygeplejersken, og om hun udtrykker, at hun bliver set, hørt og mødt af patienten. Med stemmerne kan der skabes en større forståelse for det, som stemmen udtrykker, og det som brugen af stemmen medfører. Det vil sige, at sygeplejersken anvender doktor-stemmen i samtalen med henblik på at søge information om patientens helbred blandt andet i form af helbredsrelaterede spørgsmål. Sygeplejersken stiller disse spørgsmål for at kunne give den mest optimale behandling og pleje til patienten. Derudover anvender sygeplejersken også sin doktor-stemme for at tilpasse sin autoritet til patienten. Dette kommer til udtryk ved, at sygeplejersken forsøger at skabe klarhed omkring, hvilken rolle patienten gerne vil have, at hun påtager sig.

Sygeplejersken anvender sin uddanner-stemme, fordi hun underviser patienten i, hvilke bivirkninger medicinen kan give ham. I den forbindelse fremviser sygeplejersken sin medicinske viden.

Dertil anvender sygeplejersken sin uddanner-stemme til at opfordre patienten til at udvise compliance og dermed følge hendes anbefalinger.

Den tredje stemme, medmenneske-stemmen, anvender sygeplejersken, når hun udviser interesse og forståelse for patientens problemer og fortællinger. Med medmenneske-stemmen viser sygeplejersken, at hun selv er menneskelig, og hun ligeledes ser patienten for at være et menneske. Dog er det overvejende doktor-stemmen og uddanner-stemmen, som sygeplejersken anvender, hvilket kan henvise til, at sygeplejersken med de to stemmer rådgiver og informerer patienten. Dette kan antages at være i patientens interesse, idet han er til stede i denne specifikke kontekst; en konsultation på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Således kan det antages, at patienten vil være interesseret i at få rådgivning og information fremfor at have en hverdagssamtale med sygeplejerskens medmenneske-stemme. Dog medfører sygeplejerskens minimale brug af medmenneske-stemmen, at hun ser patienten som et problem, der skal løses fremfor et menneske, der har et behov for hjælp. Ved at sygeplejersken gør dette, kan det medføre, at patienten ikke føler sig set, hørt og mødt af sygeplejersken, hvilket kan være en forklarende faktor for patientens brug af kompetence-stemmen med funktionen *udfordrer*.

Patienten anvender i størstedelen af samtalen sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrer* samt den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrer* udfordrer patienten sygeplejersken ved at udvise non-compliance. Patienten siger direkte i samtalen flere gange, at han ikke har tænkt sig at følge den anbefaling, som sygeplejersken giver ham. Dette kan skyldes, at patienten selv mener, at han ved bedst i forhold til sit helbred, og han underminerer hermed sygeplejerskens autoritet og anbefaling.

En anden stemme, patienten anvender, er initiator-stemmen. Den anvender patienten for at få sygeplejerskens doktor-stemme og uddanner-stemme i tale. Hermed viser patienten med sin initiator-stemme, at han er interesseret i rådgivning og informationer fra sygeplejerskens side.

De tidspunkter, hvor patienten taler med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, er der, hvor patienten kan føle, at han bliver set, hørt og mødt af sygeplejersken. Dette skyldes, at patienten viser en lyst til at dele historier om sit helbred med sygeplejersken. Patienten anvender sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, når han fortæller helbredsrelaterede historier med henblik på at få hjælp af sygeplejersken. Når patienten anvender, hvad vi definerer som, en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme, deler han stadigvæk en helbredsrelateret historie, men han deler den ikke med henblik på at få hjælp. Tværtimod afviser han i stedet sygeplejerskens hjælp flere gange. Derfor afviser han den også på de tidspunkter, hvor hun spørger med sin doktor-stemme, om det er noget, patienten ønsker at blive udredt for. I denne forbindelse mister sygeplejerskens doktor-stemme sin relevans, fordi patienten ikke vælger at frembringe et helbredsrelateret problem med sin omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Derfor kan det diskuteres ud fra patientens brug af den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, om patienten faktisk er interesseret i rådgivning og informationer.

Patienten anvender historiefortæller-stemmen, når han vælger at inddrage personlige fortællinger, som ikke har relevans til samtalens formål og kontekst. Medmenneske-stemmen skaber ram-

merne for en femte patientstemme ved, at medmenneske-stemmen skal få patienten til at dele sin historie ved at fremvise en interesse for patienten. Dette er tilfældet i samtalen, hvor patienten vælger at inddrage en personlig fortælling og sygeplejersken tilskynder patienten til at fortælle videre.

Den resterende del af denne første analysedel omhandler vores analyse og fortolkning af kommunikationens betydning for kvaliteten af kontakten mellem sygeplejerske og patient i denne specifikke samtale (observation 2). Vi analyserer og fortolker på Rogers' (1957 & 1962) seks betingelsers tilstedeværelse i samtalen. I denne sammenhæng benytter vi de fem foregående eksempler til at fortolke kvaliteten af kontakten mellem sygeplejersken og patienten samt bilag 3, som er vores meningskondensering af samtalen og de dertilhørende interviews (interview 2.1 og 2.2).

Den første betingelse er selve den interpersonelle kontakt, og denne gør sig gældende i samtalen, idet sygeplejersken og patient netop har en interpersonel relation. Denne kontakt er blevet skabt på baggrund af konteksten for samtalen. Patienten har indgået en aftale med Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers om, at han den 18. marts 2015 skal have nogle indsprøjtninger, som hører til hans overordnede patientforløb. Disse indsprøjtninger bliver givet af en sygeplejerske, og derfor er den fysiske interpersonelle kontakt mellem parterne nødvendig. Således er både patienten og sygeplejersken bevidste om, at de skal være i kontakt med hinanden. Udover den fysiske interpersonelle kontakt skaber sygeplejersken også rammerne for den videre kontakt under konsultationen mellem hende selv og patienten. Dette kommer til udtryk i eksempel 1 ved sygeplejerskens første spørgsmål: "hvordan har du det?". Hermed fremviser sygeplejersken, at hun er parat til at være til stede for patienten. Dette fremgår også af sygeplejerskens besvarelse af det første spørgsmål, "hvad handlede samtalen om?", som vi stillede i det interview, vi udførte efter konsultationen (bilag 3, vores meningskondensering af interview 2.2, afsnit 1). Her nævner sygeplejersken, at samtalen handlede om at konkretisere, hvordan patienten havde det, og om der var noget, som hun, som sygeplejerske, kunne hjælpe patienten med. Således demonstrerer samtalens emne, at sygeplejersken har fokus på patienten og på kontakten med patienten ved, at hun er parat til at lytte og hjælpe patienten med eventuelle problemer (bilag 3, vores meningskondensering af interview 2.2, afsnit 1).

I forbindelse med dette udtrykker patienten i samtalen, at han er klar til at indgå i nærmere kontakt med sygeplejersken, idet han både besvarer hendes spørgsmål: "jeg har det sgu da godt (uf)" (eksempel 1) og generelt deltager i samtalen. Som det fremgår af sygeplejerskens besvarelse af vores spørgsmål omhandler patientens deltagelse, har sygeplejersken dog ikke den opfattelse, at patienten var klar til at indgå i kontakt med hende: "[patientens deltagelse] var ikke nem, synes jeg. Han, hvordan skal jeg forklare det? Han kørte lidt sit eget løb. Han, han. Jeg havde svært ved at, det var som om, han ikke rigtig lige lyttede til mig, men selvom jeg forsøgte at komme ind til ham" (bilag 4, interview 2.2, 00.00.39-00.01.02). Sygeplejersken nævner, at patienten var interesseret i tale til hende, men han var ikke interesseret i at lytte efter, hvad hun prøvede at sige til ham.

Det vil sige, at der er opnået kontakt mellem sygeplejerske og patient, dog tyder det på, at patientens vilje til at indgå i kontakt med sygeplejersken bliver mindsket i takt med samtalens forløb. Dette skyldes, at patienten (ud fra sygeplejerskens opfattelse) ikke lyttede til hende, men som det fremgår af ovenstående eksempler talte han til hende. Således er vores fortolkning, at kommunikationen

startede som en tovejskommunikation, men den fik løbende karakter som en envejskommunikation på grund af forskellen mellem at tale til og tale med. Dette medfører, at kontakten og hermed den første betingelse kun er tilnærmelsesvis opnået, idet den fysiske kontakt er etableret, og der bliver tilnærmelsesvis etableret en videre interpersonel kontakt mellem sygeplejersken og patienten, idet sygeplejersken selv føler (se forrige citat), at patienten ikke lyttede til hende, selvom hun lyttede til ham.

Den anden betingelse, som er patientens inkongruens og behov for hjælp, kommer omskifteligt til udtryk i samtalen. Med dette mener vi, at patienten starter med at udtrykke indirekte, at han har brug for hjælp, fordi han er træt og føler sig doven (se eksempel 2 og 3). Dog vælger patienten at bruge en kompetence-stemme med funktionen *udfordrerer*, hvor han afviser sygeplejerskens anbefaling og hermed også hendes hjælp. Det samme er gældende i eksempel 1, hvor patienten starter med at fortælle, at han skal op om natten for at gå på toilettet, men det er samtidig ikke noget, han ønsker at blive udredt for. De eneste tidspunkter, hvor patienten fremviser, at han har brug for hjælp og tager imod hjælpen fra sygeplejersken, er, hvor han får de forskellige indsprøjtninger. Det er ikke indsprøjtninger, han kan give sig selv, og det fremgår, at patienten forstår og accepterer, hvorfor han får dem (bilag 3, meningskondensering af observation 2). Et andet tidspunkt i samtalen fremviser patienten ikke et egentlig behov for hjælp, men han godtager alligevel den hjælp, han får tilbudt. Dette sker i forbindelse med, at han skal komme tilbage på Urologisk Ambulatorium efter tre måneder til en ny samtale om, hvordan det går. Denne samtale skal foregå på baggrund af en blodprøve, han skal have taget inden (bilag 3, meningskondensering af observation 2). På tidspunktet, hvor sygeplejersken fremsætter denne nye aftale, udviser patienten forvirring, men han vælger at følge sygeplejerskens anbefaling. Patienten vælger hermed at acceptere ud fra sygeplejerskens anbefaling og ytringer, at han har et behov for hjælp, selvom han måske ikke selv mener det.

Ud fra alt dette fortolker vi, at den anden betingelse reelt set ikke er til stede i samtalen, fordi patienten ikke udtrykker et behov for hjælp og viser dermed heller ikke inkongruens. Denne specifikke samtale er en del af et videre patientløb, hvilket kommer til udtryk i samtalen (bilag 1 og 3). Forud for samtalen er der selvfølgelig foregået noget i forløbet, som har medvirket til, at patienten har fået en tid til en konsultation på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. Det, der er foregået i patientforløbet inden denne samtale, kan henvise til patientens inkongruens (og behov for hjælp). Dog er det ikke noget, som kommer til udtryk i denne specifikke samtale.

Rogers' (1957 & 1962) tredje betingelse er sygeplejerskens evne til at udvise oprigtighed fremfor at opstille en facade. I ovenstående eksempler kommer det til udtryk, at sygeplejersken tilstræber at fremvise sin oprigtighed og ærlighed over for patienten. Med sygeplejerskens udtalelse: "det ville ellers være godt. Nu har jeg sagt det" i eksempel 5 kommer sygeplejerskens oprigtighed og ærlighed til udtryk. På trods af, at patienten forinden har udtalt, at han ikke har tænkt sig at følge anbefalingerne fra sygeplejerskes side, nævner sygeplejersken dem igen. Hertil understreger hun, at det er hendes anbefaling, og hun står ved sin anbefaling, selvom patienten ikke har tænkt sig at følge den. Det samme er også gældende ved sygeplejerskens ytring, "men det er rigtigt, så bliver man, som du selv siger, så bliver man også træt, ikke?", hvilket også kommer til udtryk i eksempel 5.

Selvom patienten hovedsagelig taler med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrerer* i samtalen, lader sygeplejersken sig ikke påvirke af dette ved at opstille en facade. I stedet lader hun

sine følelser og tanker komme til udtryk, selvom de måske ikke falder i god jord hos patienten. Sygeplejerskens oprigtighed kan være medvirkende til, at patienten ligeledes er ærlig, selvom han ikke er imødekommende over for de anbefalinger, han får givet. Patienten vælger at være oprigtig, når han siger direkte, at han ikke har tænkt sig at følge anbefalingen, og at han i stedet har det udmærket med sig selv. Den tredje betingelse er til stede i samtalen ved, at sygeplejersken udviser kongruens, og hendes oprigtighed medfører, at patienten udtrykker sine følelser og tanker.

Ubetinget positivt hensyn er den fjerde betingelse, og denne betingelse kommer ikke til udtryk i samtalen mellem sygeplejerske og patient. Dette skyldes, at sygeplejersken ikke viser en varm, positiv og accepterende attitude over for patientens personlighed: "nej. Det ville ellers være godt. Nu har jeg sagt det. Med at du skal ud og" (eksempel 5). I citatet fremviser sygeplejersken, at hun ikke har nogen forståelse for, at patienten ikke vil følge hendes anbefalinger. I stedet påpeger hun flere gange, at han har brug for at røre sig noget mere, ellers vil han sidde og blive mere træt og doven (bilag 4, observation 2 og ovenstående eksempler). Dette kommer også til udtryk ved, at sygeplejersken hovedsageligt taler med sin doktor- og uddanner-stemme og i mindre grad med sin medmenneske-stemme. Sygeplejersken forsøger at få information fra patienten samt opfordre patienten til compliance, og hun har svært ved at acceptere patientens non-compliance og hans attitude i forhold til de tidspunkter, hvor han udviser non-compliance. Sygeplejersken henviser gentagne gange i samtalen til anbefalingen (eksempel 2, 3 og 5), og som det fremgår af eksempel 6, udviser patienten non-compliance. Når patienten gør det, vælger sygeplejersken at understrege, at hun nu har givet patienten anbefalingen, og hvis patienten ikke følger anbefalingen, vil det få konsekvenser: "men det er rigtigt, så bliver man, som du selv siger, så bliver man også træt, ikke?" (eksempel 6). Sygeplejersken gør et sidste forsøg for at overtale patienten til at udvise compliance ved at fortælle om konsekvensen af hans inaktivitet. Dermed frasiger hun sig ansvaret for, at patienten bliver ved med at være træt. Det vil patienten være, så længe han ikke følger anbefalingen, fordi inaktivitet og medicinen begge medfører øget træthed.

Patient: "nej, jeg har det sgu godt nok, som jeg har det. Jeg ønsker ikke at få det anderledes"
Sygeplejerske: "nej. Det ville ellers være godt. Nu har jeg sagt det. Med at du skal ud og"
Patient: "jeg har det udmærket med mig selv og mine smøger og så min øl. Så, har jeg det godt"
Sygeplejerske: "men det er rigtigt, så bliver man, som du selv siger, så bliver man også træt, ikke?"

Figur 12. Eksempel 6 (bilag 4, observation 2, 00.09.16-00.09.35)

Sygeplejersken vælger dog, på trods af patientens attitude og non-compliance, at udtrykke forståelse for, at patienten er træt, hvor trætheden kan være en bivirkning af den medicin og de indsprøjtninger, patienten får. Ud fra dette fremgår det, at sygeplejersken uden forbehold tager patientens følelser med i betragtning, idet hun både accepterer og er forstående over for, at patienten føler sig træt som bivirkning af medicinen. Dog tager hun samtidig ikke patientens følelser med i betragtning uden forbehold og evalueringer, idet hun ikke accepterer patientens attitude og non-compliance, fordi anbefalingerne netop skal modvirke den træthed, patienten oplever.

Rogers' (1957 & 1962) femte betingelse, som er empati, er ikke til stede i samtalen. Dette skyldes, at sygeplejersken ikke udviser en empatisk forståelse af patientens private verden, fordi hun ikke sætter sig i patientens sted. Sygeplejersken forsøger at udvise forståelse for patienten på nogle tidspunkter i samtalen, hvilket kommer til udtryk med hendes brug af medmenneske-stemmen. Dog virker denne forståelse mere, som det Rogers (1957 & 1962) kalder for en evaluerende forståelse. Sygeplejersken anskuer patienten, og den forståelse, hun opnår af patienten, kommer udefra. Dette er gældende i eksempel 1 og 2, idet det ikke fremgår tydeligt, om sygeplejersken føler empati for patienten, eller om hun i stedet fremviser en overfladisk forståelse for patienten.

I eksempel 1 kan sygeplejerskens forståelse stamme fra hende eget kendskab til problemet på grund af det felt, hun arbejder inden for. Det vil sige, at hun kender til problemerne fra andre patienters vandladningsgener og natlige toiletbesøg. Dog medfører sygeplejerskens kendskab til problemerne ikke, at hun har en empatisk forståelse. Det er i stedet en evaluerende forståelse, som sygeplejerske skaber for patienten og hans situation. I eksempel 2 kan sygeplejerskens forståelse ligeledes stamme fra andre patienter, som har oplevet samme bivirkninger som patienten (øget træthed). Det er således ikke noget, sygeplejersken giver udtryk for, at hun personligt selv har oplevet. Hermed virker det igen til, at det er en påtaget og overfladisk forståelse for patientens problemer. Det er derfor en evaluerende forståelse og ikke en empatisk forståelse. Dette bliver også understøttet af sygeplejerskens gentagne forsøg på at få patienten til at udvise compliance. Sygeplejersken sætter sig ikke i patientens sted, når patienten udtaler med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordrer*, at han har det godt, som han har det. I stedet analyserer og evaluerer sygeplejersken patientens verden fremfor at forstå den.

Sygeplejerskens manglende empathiske forståelse for patienten kommer også til udtryk under interviewet, der blev udført efter konsultationen. Som det fremgår af meningskondenseringen (bilag 3, meningskondensering af Interview 2.2) nævner sygeplejersken, at hun anvendte eksemplet med hankatte (eksempel 3), fordi patienten under en tidligere konsultation havde givet udtryk for, at han godt kunne lide katte. Dermed benyttede sygeplejersken eksemplet for at nå ind til patienten (bilag 3, meningskondensering af Interview 2.2, afsnit 3).

Derudover nævner sygeplejersken også, at hun ikke mener, at patienten forstod noget af den information, hun gav ham. Hun er i stedet af den opfattelse, at patienten slet ikke forsøgte at forstå informationen. Hermed udtrykker sygeplejersken, at for hun kan nå ind til patienten og hermed få patienten til at forstå hendes anbefaling og andre informationer, er hun nødt til at inddrage emner i samtalen såsom katte. Dog, ifølge Rogers (1957 & 1962), skal sygeplejersken ikke nå ind til patienten. Sygeplejersken skal ikke få patienten til at indse noget. Sygeplejersken skal i stedet skabe en empatisk forståelse for patienten og sætte sig i hans sted. Denne empathiske forståelse opnår sygeplejersken ikke ved at forsøge at overtale patienten til at udvise compliance ved at appellere til hans kærlighed for katte. Derudover udtrykker sygeplejersken i interviewet (og meningskondenseringen), at det er patienten, der ikke er samarbejdsvillig:

Jeg tror ikke, han ville [forstå, hvad der blev sagt]. Jeg tror egentlig ikke, han vil. Han er ikke interesseret, fordi jeg havde ham også sidste gang, og der snakkede vi også om, hvor vigtigt det

er at komme ud og bevæge sig og sådan noget, og han startede med at sige, at jeg bevæger mig overhovedet ikke, jeg sidder og ryger smøger, og det er jeg glad for, og det er jeg tilfreds med. Færdig slut. Så min fornemmelse var, at jeg ikke skulle komme og pådutte ham noget. (bilag 4, interview 2.2, 00.01.55-00.02.13) (bilag 3, vores meningskondensering af interview 2.2, afsnit 4)

Derfor er det også patienten selv, som er skyld i, at han ikke forstod den information, han fik givet. Det mener sygeplejersken, idet hun udtrykker, at det ikke virker til, at han var interesseret i at forstå den.

Hermed er vores fortolkning, at sygeplejersken ikke udviser en empatisk forståelse. I stedet fremviser sygeplejersken en evaluerende forståelse, og dette medfører, at denne femte betingelse for kvaliteten af kontakten ikke er til stede i denne specifikke samtale. Således forstår sygeplejersken ikke, hvordan det føles at være som patienten, og dette hæmmer kontakten i samtalen mellem parterne.

Patientens perception af sygeplejersken og de foregående betingelser er den sjette betingelse, og som det fremgår af vores analyse af kommunikationens karakteristika, så anvender patienten hovedsagelig den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og kompetence-stemmen med funktionen *udfordreren*. Patienten udfordrer sygeplejerskens autoritet og hendes anbefalinger, og han udviser non-compliance. Hertil fremgår det fra interviewet med patienten, at han ikke er klar over, hvad samtalen mellem ham selv og sygeplejersken reelt set handlede om. Dette kommer til udtryk med interviewspørgsmålet: "hvad handlede samtalen om?". Hertil svarer patienten: "det kan jeg ikke give dig et svar på, nej" (bilag 4, interview 2.1, 00.00.33-00.00.43). Derfor tyder det ikke på, at patienten har opfattelsen af, at de fem foregående betingelser har været til stede i samtalen. Hvis patienten havde oplevet en empatisk forståelse fra sygeplejerskens side, kunne det måske have medført, at han ikke havde talt med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordreren*.

Ud fra ovenstående lader det ikke til, at sygeplejersken har udvist empati og accept for patienten i samtalen, og derfor kan patienten heller ikke anerkende dette. Derfor lader det heller ikke til, hvilket både bliver understøttet af sygeplejersken og patienten selv i interviewene, at patienten har opfattet, hvad sygeplejersken har sagt til ham under konsultationen. Sygeplejersken mener ikke, at patienten lyttede til det, hun sagde, og patienten kan ikke gengive, hvad samtalen handlede om. Derfor kunne det tyde på, at sygeplejersken ikke har kommunikeret det tydeligt nok, samtidig med at patienten har været for afvisende og udfordrerende, hvilket kommer til udtryk med brugen af kompetence-stemmen med funktionen *udfordreren*.

Den første betingelse er kun tilnærmelsesvis opnået, idet der er interpersonel kontakt mellem sygeplejersken og patienten, fordi parterne har en samtale med hinanden. Dog er der ikke en dybere kontakt mellem parterne, hvilket sygeplejersken selv udtrykker er, fordi patienten ikke lyttede til hende. Dette fremgår også af patientens brug af kompetence-stemmen med funktionen *udfordreren*, idet patienten gentagne gange udfordrede sygeplejersken og hendes autoritet samt afviste hendes anbefalinger. Når patienten udviste non-compliance, fremgik det, at han ikke var interesseret i at se, høre og

møde sygeplejersken, dog havde patienten med sine forskellige historiefortæller-stemmer en forventning om at blive set, hørt og mødt af sygeplejersken.

Den anden betingelse, patientens inkongruens, er omskifteligt til stede. Patienten vælger både at udvise et behov for hjælp og samtidig afvise sygeplejerskens hjælp i samtalen. Patienten skal have hjælp til de indsprøjtninger, han skal have, og derfor udviser han et behov for hjælp. Dertil søger patienten efter informationer om og hjælp til hans træthed med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Dog afviser han sygeplejerskens hjælp, idet han får viden om, hvad hjælpen indbefatter. Dette gør patienten med sin omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og kompetence-stemme med funktionen *udfordreren*. Patienten er hermed interesseret i at få hjælp, så længe det er på patientens egne præmisser. Hvis det ikke sker på patientens præmisser, afviser han hjælpen og dermed også sit eget behov for hjælp.

Sygeplejerskens evne til at udvise kongruens kommer til udtryk, idet sygeplejersken virker op-rigtig over for patienten på trods af hans brug af kompetence-stemmen med funktionen *udfordreren*. Dette gør sig gældende, idet sygeplejersken vælger at bruge sin doktor-stemme og uddanner-stemme til at stå ved sin anbefaling i stedet for at føje patienten. Det er selvom, sygeplejersken godt ved, at patienten konsekvent afviser den og udviser non-compliance.

Den fjerde betingelse, ubetinget positivt hensyn, kommer ikke til udtryk i samtalen mellem sygeplejersken og patienten. Sygeplejersken viser ikke en positiv og accepterende attitude over for patienten, hvilket kan hænge sammen med sygeplejerskens minimale brug af medmenneske-stemmen. Ved at sygeplejersken hovedsagelig taler med sin doktor-stemme og uddanner-stemme, vælger hun at henvise til sin anbefaling og opfordre patienten til compliance frem for at acceptere, at patienten ikke er interesseret i hendes anbefaling.

Sygeplejerskens evne til at udvise en empatisk forståelse for patienten er heller ikke til stede samtalen. Sygeplejersken forsøger at udvise en empatisk forståelse for patienten med brugen af sin medmenneske-stemme. Dog bliver forståelsen til en evaluerende forståelse fremfor en empatisk forståelse. Sygeplejerskens manglende empathiske forståelse henviser til, at patienten overvejende taler med sin kompetence-stemme med funktionen *udfordreren*, og hertil taler sygeplejersken med sin doktor-stemme og uddanner-stemme. Således kan sygeplejersken være modvillig til at sætte sig i patientens sted, fordi han udfordrer hendes autoritet og hendes anbefaling. I stedet vælger sygeplejersken at analysere og evaluere patienten ud fra, hvad han fortæller hende med brugen af de forskellige historiefortæller-stemmer.

I forbindelse med den sjette og sidste betingelse, som er patientens perception af de foregående betingelser, fremgår det, at patienten ikke selv var klar over, hvad samtalen mellem ham selv og sygeplejersken handlede om (bilag 4, interview 2.1). Dette er på trods af, at han anvendte diverse historiefortæller-stemmer til at dele både helbredsrelaterede og ikke helbredsrelaterede historier. Hertil udfordrede han også sygeplejersken med brugen af sin kompetence-stemme med funktionen *udfordreren*. Ud fra dette tyder det på, at patienten ikke har en opfattelse af, at de fem foregående betingelser har været til stede i samtalen. Dog kan vi, ud fra vores fortolkninger, fremvise, at sygeplejerskens evne til at udvise kongruens var til stede, hvilket har medført, at patienten ligeledes har været oprigtig og ærlig.

I samtalen er det kun betingelsen: sygeplejerskens evne til at udvise kongruens, som bliver opfyldt. De resterende fem betingelser bliver kun tilnærmelsesvis eller slet ikke opfyldt. Derfor er vores fortolkning, at stemmerne har den betydning, at de kan påvirke kvaliteten af kontakten. Denne påvirkning er, at der ikke bliver opnået høj kvalitet af kontakten i denne specifikke samtale mellem sygeplejerske og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Denne kvalitet af kontakt ændrer ikke ved patientens fysiske helbredsproblem, men den påvirker samtalen, og i dette tilfælde har det medført, at kvaliteten af kontakten i samtalen ikke har været god. Sygeplejersken mener, at det er patienten, som bærer skylden. Dette kommer til udtryk i interviewet og foregående eksempel: "Han kørte lidt sit eget løb. Han, han. Jeg havde svært ved at, det var som om, han ikke rigtig lige lyttede til mig, men selvom jeg forsøgte at komme ind til ham" (bilag 4, interview 2.2, 00.00.49-00.01.02). Selv mener patienten, at samtalen var sjov. Dog kunne patienten på trods af, at det var en sjov samtale, ikke gengive, hvad samtalen handlede om (bilag 3, vores meningskondensering af interview 2.1).

Del 2: Samtale mellem patient og læge; lægeprogram

Denne samtale fandt sted på stue syv på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. De tilstedeværende kommunikatorer var en mandlig læge og en 67-årig mandlig patient. Den mandlige læge har en anden etnisk baggrund end dansk, hvilket vi blev opmærksomme på under observationen, og hvilket også fremgår af lydfilen (bilag 4, observation 5). Dette kommer til udtryk i hans udtale og dermed også i nedenstående eksempler. For et uddybende resumé af samtalen henvises der til journalen over observation 5 i bilag 1 og meningskondenseringen af observation 5 i bilag 3. For at identificere hvilke stemmer, der bliver brugt af den pågældende læge og patient under denne samtale, inddrager vi en række eksempler fra samtalen.

Det første eksempel, vi inddrager, er et eksempel på lægens brug af doktor-stemmen og uddanner-stemmen:

Læge: "det, som man forventer, det blæren, det kan ikke, det kan ikke trække sammen"
Patient: "nej"
Læge: "det kan man se her"
Patient: "ja"
Læge: "og det er også, når jeg læser, at du har haft to og halv liter i blæren, to halv liter det er"
Patient: "ja det er meget"

Figur 13. Eksempel 1 (bilag 4, observation 5, 00.00.10-00.00.23)

Lægen har forud for dette eksempel fået bekræftet, at patienten var til trykmåling dagen forinden, og lægen fremlægger i eksemplet resultaterne fra den pågældende trykmåling. Her taler lægen med doktor-stemmens anden funktion, som er *evaluerende og gennemgang*. Dette kommer til udtryk, idet det antages, at lægen har undersøgt patientens testresultater, der blev foretaget under en tidligere kon-

sultation. Lægen videregiver altså testresultatet til patienten, hvilket illustrerer, at uddanner-stemmen tages i brug. Dette er tilfældet, idet lægen fokuserer på at informere patienten ved at præsentere helbredsproblemet. I eksempel 1 kommer dette til udtryk i følgende citat: "det, som man forventer, det blæren, det kan ikke, det kan ikke trække sammen". Dermed videregiver han medicinsk information. Derudover belyser han undersøgelsens formål og vurderer testresultatet: "og det er også, når jeg læser, at du har haft to og halv liter i blæren, to halv liter det er" (eksempel 1). På den måde forsøger lægen at hjælpe patienten til en forståelse af hans helbredstilstand.

Afslutningsvis i dette eksempel udtrykker patienten, at to og en halv liter væske i blæren er meget. Patienten fremviser her en viden omkring det faktum, at hans blære har indeholdt en stor mængde væske, hvilket kan henvise til kompetence-stemmen. Dog adskiller ytringen sig på samme tid fra kompetence-stemmen, idet det ikke kommer til udtryk, hvorvidt patienten faktisk har medicinsk viden omkring problematikken på trods af, at han udtrykker viden omkring sin egen helbredstilstand

Der findes i denne samtale flere eksempler på, at lægen taler med en uddanner-stemme. Dette er tilfældet i følgende eksempel:

Læge: "(uf) jeg har ikke i min karriere, jeg har ikke set en, som man skulle have liter blæren, og så den alligevel kan fungere, det tror" -

Patient: "ja"

Læge: - "meget sjældent, selvfølgelig man kan altid undersøge og så se, det skal ikke være ligesom pessimistisk, men" -

Patient: "nej nej nej nej"

Figur 14. Eksempel 2 (bilag 4, observation 5, 00.00.30-00.00.48)

Lægens brug af uddanner-stemmen kommer til udtryk i følgende citat: "(uf) jeg har ikke i min karriere, jeg har ikke set en, som man skulle have liter blæren, og så den alligevel kan fungere, det tror" (eksempel 2). Her inddrager lægen sine tidligere erfaringer med henblik på at informere patienten om hans helbredstilstand. Lægen ytrer sin viden inden for det medicinske felt, idet han udtrykker, at han ikke tidligere i sin karriere har oplevet en forbedring af en blære, der er i samme tilstand som patientens. Det vil sige, at han har opnået denne viden gennem tidligere faglige erfaringer, hvilket er et kendetegn for uddanner-stemmen.

Foruden uddanner-stemmen kommer doktor-stemmen og dennes funktion *tilpasning af autoritet* til udtryk i samme citat fra eksempel 2. Dette er tilfældet, idet lægen omtaler sig selv og bruger ordet "jeg" i første ytring. Med denne anvendelse forstærker han sin egen autoritet over for patienten.

I eksempel 3 anvender patienten igen kompetence-stemmen, men denne gang med funktionen *udfordrer*:

Læge: "men jeg kan forstå i hvert fald (uf) notater, du havde et kateter i længere tid"
Patient: "ja"
Læge: "og så, men du fik lært op i det her at lægge kateter selv op, er det ikke det?"
Patient: "nej, jeg går stadigvæk med"
Læge: "men øh hvad, fik du ikke lært op? Du blev ikke oplært?"
Patient: "jo øh, oplært? Nej nej nej nej, det var, hvis jeg skulle have engangskateter"
Læge: "ja, det er det"
Patient: "men det har jeg ikke, jeg går stadigvæk med"
Læge: "men øh, hvorfor?"
Patient: "ah, men fordi, øh, skal jo selv til at proppe det op og flere gange om dagen og sådan noget"
Læge: "det er kun tre gange om dagen"
Patient: "ja, men jeg har overvejet det, men jeg vil godt lige (uf)"

Figur 15. Eksempel 3 (bilag 4, observation 5, 00.00.50-00.01.32)

Patienten har et helbredsmæssigt problem, idet hans blære ikke fungerer optimalt, og derfor har han på nuværende tidspunkt permanent kateter. Det kommer til udtryk i lægens ytringer: "det, som man forventer, det blæren, det kan ikke, det kan ikke trække sammen" (eksempel 1) og "men jeg kan forstå i hvert fald (uf) notater, du havde et kateter i længere tid" (eksempel 3). Hertil svarer patienten: "ja" (eksempel 3). Dog giver patienten udtryk for, at det permanente kateter ikke er et problem i forbindelse med hans helbredstilstand. Dette tolker vi ud fra patientens modvillighed for at skifte katetertype, samt det faktum at han endnu ikke er blevet oplært i at bruge engangskateter. Dette kommer til udtryk i lægens spørgsmål: "men øh, hvad fik du ikke lært op? Du blev ikke oplært?" (eksempel 3), samt patientens svar hertil: "jo øh, oplært? Nej nej nej nej, det var, hvis jeg skulle have engangskateter" (eksempel 3). Dermed fremstiller patienten ikke sig selv som en person, der søger hjælp i forbindelse med at skifte til en ny type af kateter. Det vil sige, at *udfordrer* kommer til udtryk i eksempel 3 i følgende citat: "men det har jeg ikke, jeg går stadigvæk med". Her udfordrer patienten lægen ved at vise, at han ikke har fulgt sundhedspersonalets anvisninger. Han udviser ansvarlighed for sit eget helbred ved at sige, at han kun skulle oplæres i tilfælde af, at han gerne vil skifte katetertype: "jo øh, oplært? Nej nej nej nej, det var, hvis jeg skulle have engangskateter" (eksempel 3). Patienten understreger, at han vil vente og se tiden an. Patienten mener ikke nødvendigvis, at han har mere ekspertise end lægen, han er dog bevidst om sine egne valg og fravalg i forbindelse med behandlingen. Med brugen af denne stemme udviser patienten non-compliance, da han ikke har fulgt sundhedspersonalets tidligere instruktioner. Dette uddybes yderligere i forbindelse med eksempel 7.

I eksempel 3 taler lægen med doktor-stemmen og uddanner-stemmen. Lægens doktor-stemme kommer til udtryk i følgende citat: "og så, men du fik lært op i det her at lægge kateter selv op, er det

ikke det?", og da patienten svarer nej, spørger lægen: "med øh, hvorfor?" (eksempel 3). Dette er en anvendelse af doktor-stemmen, fordi lægen søger efter informationer omkring patientens helbred. Da patienten svarer på disse spørgsmål, anvender han den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme: "ah, men fordi, øh, skal jo selv til at proppe det op og flere gange om dagen og sådan noget" (eksempel 3). Med denne stemme konstaterer patienten, at han oplever et problem med at skifte kateter selv. Hertil svarer lægen med uddanner-stemmen: "det er kun tre gange om dagen" (eksempel 3). Denne stemme benytter lægen med henblik på at fremhæve fordelene ved et engangskateter (og hermed fordelene ved anbefalingen af engangskateter).

Læge: "du har en blære, som kan ikke fungere, der findes ikke nogen"
Patient: "så det vil sige, at jeg ikke kan opereres for?"
Læge: "nej"
Patient: "nej"
Læge: "det kan du kan godt blive opereret, men jeg ved, at der står med samme problem"
Patient: "(uf)"
Læge: "det vil sige, man kan stadig ikke komme af med vandet"
Patient: "nåh okay, nej, men så er der jo ingen grund til det"
Læge: "ej det er derfor, at vi har lavet de her undersøgelser"
Patient: "ja ja"
(...)
Læge: "så nytter det alligevel ikke noget"
Patient: "nå okay"

Figur 16. Eksempel 4 (bilag 4, observation 5, 00.02.26-00.03.01)

I ovenstående eksempel kommer lægens uddanner-stemme til udtryk, idet han opsummerer situationen vedrørende patientens tilstand: "du har en blære, som kan ikke fungere, der findes ikke nogen" (eksempel 4). Dette er med henblik på at informere patienten, så han opnår forståelse af sin helbredstilstand. Patienten anvender herefter sin initiator-stemme: "så det vil sige, at jeg ikke kan opereres for?" (eksempel 4). På den måde søger patienten information omhandlende sin helbredstilstand. Med denne stemme tilstræber patienten at få lægens doktor-stemme eller uddanner-stemme i tale. Lægens anvendelse af uddanner-stemmen kommer til udtryk i følgende citat: "ej det er derfor, at vi har lavet de her undersøgelser" (eksempel 4). Her forklarer lægen, hvorfor undersøgelsen med trykmåling er foretaget. På den måde hjælper han patienten med at opnå forståelse omkring dette. Patienten viser forståelse med anvendelsen af kompetence-stemmens funktion *indvilgeren* ved, at han viser forståelse for, at en operation ikke vil gavne hans tilstand. Dermed følger han lægens anvisning om at undgå at lade sig operere: "nåh okay, nej, men så er der jo ingen grund til det" (eksempel 4). På den måde underkaster patienten sig lægens autoritet.

Læge: "så løsningen er i dit tilfælde, det er en anden kateter" -
 Patient: "ja ja"
 Læge: - "end hvis du skal gå rundt med permanent kateter, som du har nu, som jeg synes ikke, at du skal have i det alderen, du har"
 Patient: "nej"
 Læge: "det påvirker på sexliv, det påvirker på" -
 Patient: "ja, det er rigtigt"
 Læge: - "det påvirker erektion, og sådan noget, man kan ikke have sex, når man har et kateter i penis"
 Patient: "nej nej, men det kan man godt med det andet?"
 Læge: "ja ja, du fungerer som normalt"
 (...)
 Læge: "men jeg skal sige, at der er mange mænd, yngre end dig, som de har også fremragende job, chef, et eller andet kontor og sådan noget, men de bruger også kateter"
 Patient: "ja"
 Læge: "fordi de kan ikke komme af med vandet" -
 Patient: "nej"
 Læge: - "og vi kan ikke operere dem fordi" -
 Patient: "nej"
 Læge: - "(uf)"

Figur 17. Eksempel 5 (bilag 4, observation 5, 00.04.08-00.05.18)

Eksempel 5 er et eksempel på lægens anvendelse af doktor-stemmen med funktionen *evaluering og gennemgang*: "så løsningen er i dit tilfælde, det er en anden kateter". Lægen konkluderer således, at patientens behandling er at skifte til en anden type kateter, end det permanente han har på nuværende tidspunkt. Lægen tager også uddanner-stemmen i brug, idet han forsøger at opfordre patienten til at udvise compliance og dermed overbevise patienten om, at det vil være fordelagtigt at have engangskateter: "end hvis du skal gå rundt med permanent kateter, som du har nu, som jeg synes ikke, at du skal have i det alderen, du har" og "men jeg skal sige, at der er mange mænd, yngre end dig, som de har også fremragende job, chef, et eller andet kontor og sådan noget, men de bruger også kateter" (eksempel 5). Lægen ytrer ligeledes: "det påvirker erektion, og sådan noget, man kan ikke have sex, når man har et kateter i penis" (eksempel 5). Dette understreger, at patienten ikke kan gennemføre samleje og få erektion med et permanent kateter. Disse ytringer demonstrerer lægens præsentation af problemer med et permanent kateter i forbindelse med patientens livsstil. Dermed forsøger lægen at fremhæve fordelene ved engangskateter. Med dette kan lægen gøre sig forhåbninger om, at patienten vil blive overbevist om fordelene og udvise compliance ved at holde sig til lægens anbefaling.

Til lægens forklaring af de seksuelle komplikationer ved at have permanent kateter, svarer patienten med kompetence-stemmen: "ja, det er rigtigt" (eksempel 5). Her kommer det til udtryk, at patienten har viden omkring emnet. Til kompetence-stemmen anvender patienten dog ikke nogle af

stemmens funktioner, idet han ikke udtrykker, hvorvidt han vil handle på baggrund af denne viden, som enten *indvilgeren*, *undskylder* eller *udfordrer*. I eksempel 5 anvender patienten desuden initiator-stemmen: "nej nej, men det kan man godt med det andet?". Denne stemme anvendes, da patienten søger at få lægens uddanner-stemme i tale. Lægen svarer med uddanner-stemmen og fremhæver på samme tid yderligere en fordel ved at skifte katetertype: "ja ja, du fungerer som normalt" (eksempel 5). Han tilføjer endnu en fordel: "men jeg skal sige, at der er mange mænd, yngre end dig, som de har også fremragende job, chef, et eller andet kontor og sådan noget, men de bruger også kateter" (eksempel 5). Med dette forsøger han at fremhæve, at det ikke nødvendigvis påvirker patientens dagligdag og livsførelse at have kateter.

Patientens initiator-stemme kommer ligeledes til udtryk i følgende eksempel:

Patient: "men jeg kan også ringe til min egen læge, øh, og få lagt kateter, ikke, altså?"
Læge: "nej, øh, hvad tænker du på?"
Patient: "altså, at få skiftet"
Læge: "skiftet, det kan også egen læge gøre det. Det er ikke nogen problem, egen læge, det kan godt gøre det, den skal skiftes hver tre måned"
Patient: "det vil i stadig gerne gøre heroppe?"
Læge: "nej, at skifte det, det skal være egen læge, du behøver ikke komme herop"
Patient: "næh, nej nej"

Figur 18. Eksempel 6 (bilag 4, observation 5, 00.06.14-00.06.35)

Idet patienten søger information om sin helbredstilstand med spørgsmålet, "men jeg kan også ringe til min egen læge, øh, og få lagt kateter, ikke, altså?" (eksempel 6), forsøger patienten med initiator-stemmen at få lægens doktor- eller uddanner-stemme i tale. Ydermere spørger patienten: "det vil i stadig gerne gøre heroppe?" (eksempel 6), hvilket fremviser patientens brug af sin initiator-stemme. Derudover illustrerer eksemplet også en sproglig barriere mellem lægen og patienten. Lægens ytring, "skiftet, det kan også egen læge gøre det. Det er ikke nogen problem, egen læge, det kan godt gøre det, den skal skiftes hver tre måned" (eksempel 6), er uklar for patienten, og derfor spørger han, om det stadigvæk kan gøres på afdelingen. Lægens baggrund, som er af anden etnicitet end dansk, kommer her til udtryk som en faktor i forhold til forståelsesproblemer. Vi er bevidste om, at denne faktor også kan have en betydning for kommunikationen og samspillet mellem patientens og lægens stemmer.

Læge: "jeg kan godt se, at sygeplejerskerne har nævnt et par gange eller flere gange over, at du skal lære selv at lægge kateter"

Patient: "ja ja ja. Men det var også mig, der sagde det, og så giver jeg så besked, hvis jeg har bestemt mig for det (uf)"

Læge: "det er lidt et problem, for så er jeg nødt til at afslutte dig. Så bliver du afsluttet, altså din læge opgav så at sende henvisningen, medmindre du siger, jeg vil gerne, og så bestiller jeg en tid, så du kommer ind og får lært, jeg kan ikke" -

(...)

Læge: "så skal du snakke med din egen læge, så skal du, så skal din læge sende en henvisning igen"

Patient: "herop til?"

Læge: "ja, for jeg afslutter dig"

Patient: "ja ja"

Læge: "medmindre du siger, du gerne lære op nu"

Patient: "ja, nej, men det, jeg venter lige lidt"

Læge: "ja jeg kan godt se, at du er ligesom lidt tilbageholdende"

Patient: "ja altså pt. har jeg ingen pige vel, så det der med sex, det er, det er ikke sådan lige aktuelt"

Læge: "det er ikke kun sex, det er, ja, det er ikke vores anbefaling"

Patient: "nej"

Figur 19. Eksempel 7 (Bilag 4, observation 5, 00.05.40-00.07.30)

Eksempel 7 belyser, hvordan patienten udviser non-compliance. Eksemplet påbegyndes med lægens anvendelse af doktor-stemmen med funktionen *evaluering og gennemgang*. Dette er tilfældet, idet lægen forsøger at indsamle informationer vedrørende patientens efterlevelse af tidligere instruktioner: "jeg kan godt se, at sygeplejerskerne har nævnt et par gange eller flere gange over, at du skal lære selv at lægge kateter" (eksempel 7). Ved at eksplicitere at han kan se, at sygeplejersken har noteret, at patienten skal lære at lægge kateter, opfordrer lægen patienten til at svare på, hvorvidt han er blevet oplært eller ej. Hertil svarer patienten: "ja ja ja. Men det var også mig, der sagde det, og så giver jeg så besked, hvis jeg har bestemt mig for det (uf)" (eksempel 7). Dette demonstrerer, at patienten udfordrer lægen og på samme tid sætter grænser for sin egen mulighed for at blive helbredt. Patienten taler dermed til en vis grad med kompetence-stemmens funktion *udfordreren*. Patienten taler kun delvist med denne stemme, fordi han ikke decideret forsøger at belære lægen, og han udtrykker ikke, at han nødvendigvis har mere ekspertise end lægen. Til gengæld fremstiller han sig selv som værende bevidst omkring sin egen helbredstilstand og tager ansvar for sin egen helbredstilstand. Patienten udtrykker, at han ikke vil følge de instruktioner og anbefalinger, lægen giver, som netop er at skifte fra permanent kateter til engangskateter for at forbedre hans helbredstilstand.

Patientens non-compliance kommer til udtryk i den sidste del af eksemplet, hvor patienten bekræfter, at han ikke vil skifte katetertype: "ja, nej, men det, jeg venter lige lidt" (eksempel 7). I slutningen af dette eksempel anvender lægen medmenneske-stemmen: "ja jeg kan godt se, at du er ligesom

lidt tilbageholdende" (eksempel 7). Lægen udviser i citatet forståelse over for patienten. Denne ytring opfordrer på samme tid patienten til at fortælle sin historie. Denne historie kan fremvise om patientens tilstand (modvillighed mod brugen af engangskateter) har noget at gøre med eksempelvis sociale faktorer. Dette er netop tilfældet, idet patienten svarer på lægens medmenneske-stemme: "ja altså pt. har jeg ingen pige vel, så det der med sex, det er, det er ikke sådan lige aktuelt" (eksempel 7). Patienten tager altså imod medmenneske-stemmens opfordring til at dele sine tanker omhandlende valget om at beholde det permanente kateter.

Som det netop er fremvist, skaber medmenneske-stemmen mulighed for, at patienten kan dele sin historie. Lægen skifter efterfølgende til uddanner-stemmen: "det er ikke kun sex, det er, ja, det er ikke vores anbefaling" (eksempel 7). Citatet eksemplificerer, at lægen afslutter med at understrege sin autoritet i samarbejde med hans kollegaer ved at tale med en doktor-stemme med funktionen *tilpasning af autoritet*. Denne kommer til udtryk, idet lægen afslutningsvist i citatet siger, at det ikke er "vores" anbefaling, at patienten beholder sit permanente kateter. Han taler altså på vegne af sig selv og sine kollegaer. Dette kan ydermere ses som et modsvar til patientens non-compliance, hvor patienten sætter spørgsmålstegn ved lægens autoritet.

Under denne samtale benytter lægen doktor-stemmen, uddanner-stemmen og medmenneske-stemmen, men doktor-stemmen og uddanner-stemmen er repræsenteret i flest tilfælde. Få gange anvendes patientens initator-stemme, som forsøger at få doktor-stemmen eller uddanner-stemmen i tale. Derudover anvender patienten kompetence-stemmens funktion *indvilgeren* og *udfordrereren*. *Indvilgeren* kommer til udtryk, idet patienten ofte virker forstående over for lægens ytringer vedrørende patientens helbred. Dog bliver denne stemme suppleret af *udfordrereren*, idet patienten ikke vælger at følge lægens anvisning ved at indvilge i at lære at bruge et engangskateter. Ifølge Cordella (2004) forudsætter brugen af disse funktioner til kompetence-stemmen, at patienten har en vis kompetence og har medicinsk viden. Det vides ikke med sikkerhed, om dette er tilfældet. Patienten giver dog udtryk for, at han har forståelse for de ytringer, lægen fremsiger med sin uddanner-stemme. En enkelt gang anvender lægen medmenneske-stemmen. Han fuldfører dog ikke brugen af denne stemme, da han skifter tilbage til anvendelsen af uddanner-stemmen igen. Dermed afsluttes samtalen uden patienten og lægen er blevet enige omkring, hvad der er det bedste valg i forbindelse med patientens videre behandlingsforløb. Patienten bliver informeret om konsekvensen ved, at han ikke tager imod tilbuddet om at blive oplært i at bruge engangskateter. Til trods for dette vælger han at afslutte sit patientforløb og beholde det permanente kateter (bilag 1 og 3).

Vi har nu fastslået, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem den pågældende læge og patient ud fra ovenstående eksempler med anvendelsen af Cordellas (2004) stemme-begreb. For at undersøge, hvilken betydning disse karakteristika har for kontakten mellem lægen og patienten, inddrages Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvaliteten af kontakten. Dermed vil det udtrages fra stemmerne hvilke betingelser, der er opfyldes i samtalen. Der henvises til ovenstående eksempler, og derudover inddrages aspekter og eksempler fra interview 5.1 med den pågældende patient.

Den første af betingelserne for kvaliteten af kontakt i samtalen er, at der må være interpersonel kontakt. Der er i den pågældende samtale interpersonel kontakt mellem lægen og patienten. Dette er tilfældet, idet der, for at en samtale kan finde sted, må være kontakt mellem parterne. Dette er en samtale, der er opstået på baggrund af patientens aftale om en konsultation med Regionshospitalet Randers. Patienten har valgt at møde op til konsultationen, og dermed opstår der interpersonel kontakt mellem de to parter. Lægen etablerer i dette tilfælde kontakten ved at påbegynde samtalen og lave en opfølgning på patientens trykmåling dagen forinden. Lægen indleder ikke kontakten gradvist, men påbegynder kontakten til patienten ved at gå direkte til samtalens formål. Da patienten er til stede i samtalen og svarer på det indledende spørgsmål, må det antages, at patienten indvilger i kontakten. Dette kommer til udtryk i følgende eksempel:

Læge: "jeg kan godt se, du har været til det her, man kalder trykmåling eller" -
Patient: "ja"
Lægen: - "eller urodynamisk undersøgelse, var det i går?"
Patient: "det var i går, ja."
Læge: "ja"

Figur 20. Eksempel 8. (Bilag 4, observation 5, 00.00.00-00.00.10)

Den anden betingelse omhandler patientens tilstand, hvor denne må være præget af inkongruens. Dette vil sige, at patienten skal have et behov for lægens hjælp. Som vi tidligere har slået fast, har patienten et helbredsmæssigt problem i form af, at hans blære ikke længere kan trække sig sammen. Derfor har patienten behov for at have kateter. Patienten er mødt op til konsultationen, idet han havde et behov for hjælp til en udredning af dette. Som det ses i eksempel 11, var patientens forventning, at hans kateter skulle fjernes, så han ville blive helt fri for dette: "og planen var jo, at jeg skulle helt af med det, ikke også, men det kan så åbenbart ikke lade sig gøre" (eksempel 11). Det var altså patientens opfattelse, at han skulle have hjælp til at få helbredt sin blære. Dette har patienten behov for hjælp til, hvilket repræsenterer patientens inkongruens. Dog tilbyder lægen ham hjælp til at lære at anvende en anden type kateter. Patienten ser ikke det permanente kateter som et problem i forbindelse med hans helbredstilstand, idet han udtrykker, at han ikke har lyst til at skifte katetertype. Dermed fremstiller patienten ikke sig selv som en person, der søger hjælp i den forbindelse. Det vil sige, at han undertrykker sine helbredsmæssige problemer. Dette gør han med henblik på ikke at tydeliggøre en utilstrækkelighed i ham selv. Denne utilstrækkelighed kan eksempelvis være, at han ikke er tilpas ved at skulle skifte sit eget kateter. Dette medfører, at han under konsultationen udtrykker tilfredshed med det permanente kateter. Der er således en fundamental uoverensstemmelse mellem hans oplevelse af situationen, som er bekymringen omkring det, at han selv skal udskifte sit kateter, og den symbolske repræsentation af samme oplevelse, som er frykten for at skifte fra en type kateter til en anden. Således har patienten brug for hjælp for ikke at forblive i denne tilstand. Denne inkongruens kommer til udtryk i patientens anvendelse af kompetence-stemmens funktioner *udfordrer* og *indvilger*. *Indvilgeren* viser forståelse for, at et permanent kateter ikke er en holdbar behandling.

Dog holder patienten, med *udfordreren*, fast i, at han på nuværende tidspunkt ikke vil ændre sin nuværende katetertype til en anden (eksempel 3 og 6). Dermed er patienten i en tilstand af inkongruens, men udtrykker ikke selv behov for lægens hjælp.

Den tredje betingelse er lægens kongruens. Som udgangspunkt mener vi, at lægen udviser kongruens. Argumentationen for, at lægen udviser kongruens er, at han ikke forsøger at give udtryk for at være en anden, end den han er. Han forsøger heller ikke at agere på baggrund af en facade. Dette vurderer vi på baggrund af analysen af lægens stemmer, hvor vi har påvist at lægen hovedsageligt taler med sin uddanner-stemme og doktor-stemme. Disse stemmer er forbeholdt det medicinske aspekt vedrørende patienten. Derfor kan det antages, at lægens primære fokus og opmærksomhed er på patientens helbredstilstand og ikke er på en forståelse af patienten som menneske. Dermed kommer lægens kongruens til udtryk i hans ytringer, der eksempelvis uddanner patienten ved at informere ham om hans helbredstilstand: "det, som man forventer, det blæren, det kan ikke, det kan ikke trække sammen" (eksempel 1) og "(uf) jeg har ikke i min karriere, jeg har ikke set en, som man skulle have liter blæren og så den alligevel kan fungere, det tror" (eksempel 2). Derudover kommer lægens uddanner-stemme (og dermed kongruens) også til udtryk ved, at han informerer patienten om den medicinske anbefaling: "det er kun tre gange om dagen" (eksempel 3). I form af doktor-stemmen fremgår lægens kongruens også: "men øh hvad, fik du ikke lært op? Du blev ikke oplært?" (eksempel 3). Lægen udviser kongruens, fordi patientens medicinske tilstand, ifølge analysen af stemmerne, er det, der optager lægen i øjeblikket. Eksempelvis i lægens søgen efter svar på, hvorfor patienten endnu ikke er blevet oplært i at bruge engangskateter, stiller han spørgsmål, som udtrykker hans nysgerighed omkring netop dette: "men øh hvad, fik du ikke lært op? Du blev ikke oplært?" og "men øh, hvorfor?" (eksempel 3). Det antages, at lægen stiller disse spørgsmål for at opnå viden om omkring det, der optager ham i øjeblikket. Lægens kongruens kommer dog også til udtryk i form af hans kortvarige brug af medmenneske-stemmen i eksempel 7: "ja jeg kan godt se, at du er ligesom lidt tilbageholdende". Såfremt lægen faktisk oplever patienten som værende tilbageholdende, viser dette lægens kongruens, idet han udtrykker dette eksplicit over for patienten.

Havde lægen derimod anvendt medmenneske-stemmen og forsøgt at vise mere forståelse for patienten som menneske i modsætning til kun at udvise en forståelse for patientens helbredstilstand, ville der være tale om, at lægen ikke udviste kongruens, idet dette ville have været en forceret høflig facade. Det, at lægen ser sygdommen fremfor patienten og fremviser interesse for sygdommen fremfor at opstille en høflig facade i forhold til patienten, betyder, at lægen udviser kongruens. Det er dog vigtigt at understrege, at Rogers (1957 & 1962) nævner, at såfremt patienten opfatter lægens kongruens, vil patienten stole mere på lægen og åbne sig for ham. Patienter udtrykker ikke, at han stoler på lægen, og han indvier ikke lægen i hans helbredsmæssige bekymringer. Det kan altså argumenteres, at patienten ikke opfatter lægens kongruens. Det er muligt, at patienten ikke opfatter lægens kongruens, idet lægens oprigtighed er, at han er mere opmærksom på helbredsproblemet end på patienten selv.

Den næste betingelse er, at lægen skal udvise ubetinget positivt hensyn. Her må lægen vise accept over for patienten og være positiv. Dette er ikke tilfældet i den pågældende samtale, hvilket kommer til udtryk i følgende eksempel:

Læge: "det er ikke så tit, vi har en mand på 67 år" -
 Patient: "nej"
 Læge: - "der går rundt med kateter" -
 Patient: "nej nej"
 Læge: - "permanent, det har vi ikke"
 Patient: "nej, men det, nej men, jeg er heller ikke sikker på, det bliver permanent, men jeg vil da godt lige tænke over det"
 Læge: "hvad tænker du på, det bliver ikke permanent, det er permanent"
 Patient: "altså, ja det er permanent, men jeg mener med at skifte fra det, jeg har nu, og så over til et engangs"
 Læge: "ja ja"
 Patient: "ikke?"
 Læge: "hvis man skal se, hvad er situationen nu, hvor står vi til, du har en blære, som kan ikke fungere, der findes ikke nogen"
 Patient: "så det vil sige, at jeg ikke kan opereres for?"
 Læge: "nej"
 Patient: "nej"

Figur 21. Eksempel 9 (Bilag 5, observation 5, 00.01.55-00.02.33)

Eksempel 9 understreger, at lægen med doktor- og uddanner-stemmen ikke viser forståelse og hermed heller ikke positivt hensyn over for patienten i forbindelse med dennes beslutning. Patienten forklarer: "nej, men det, nej med, jeg er heller ikke sikker på, det bliver permanent, men jeg vil da godt lige tænke over det" (eksempel 9). Til dette svarer lægen ikke med positivitet: "hvad tænker du på, det bliver ikke permanent, det er permanent" (eksempel 9). Lægen understreger i stedet, at patientens tilstand er permanent. Her opstår der nogle forståelsesproblemer, idet vi oplever, at lægen forstår patientens ytring, som om patienten er i tvivl om, hvorvidt hans blæres tilstand er permanent. Dertil svarer lægen så, at tilstanden er permanent. Lægen udviser heller ikke positivitet efterfølgende, idet han blot skifter emne frem for at tage hensyn til patienten. Med doktor-stemmen og uddanner-stemmen forholder lægen sig dermed i højere grad til helbredssituationen end til patienten. Dette kan opfattes som værende mere negativt end positivt hensyn over for patienten.

Han skifter emne, hvilket ikke udtrykker forståelse og positivitet. Da patienten spørger ind til, hvorvidt der er muligt for ham at få en operation, afviser lægen dette kortfattet. Som det ses i eksempel 4, uddyber lægen dog ved at forklare, at patienten godt kunne opereres, men det ville ikke gavne hans situation: "det kan du kan godt blive opereret, men jeg ved, at der står med samme problem". Hermed konkluderer lægen, at en operation ikke er mulig (bilag 3, vores meningskondensering af observation 5, afsnit 3).

Lægen respekterer ikke patientens beslutning om at beholde det permanente kateter, hvilket kommer til udtryk i eksempel 7: "det er ikke kun sex, det er, ja, det er ikke vores anbefaling". Ligeledes ses det i eksempel 3, hvori patienten udtrykker, at han ikke vil skifte kateter flere gange om da-

gen. Her svarer lægen blot: "det er kun tre gange om dagen" (eksempel 3). Denne udmelding er ikke en opmuntring til patienten, men information vedrørende patientens mulige behandling. I eksempel 2 udtrykker lægen, at han aldrig har oplevet en blære i samme tilstand som patientens, der vil komme til at fungere igen. Dermed kan det konkluderes, at lægen ikke viser positivt hensyn i forbindelse med patientens valg og fravalg. Således kan lægen reelt set godt anerkende patienten som person, men dette fremgår ikke af ovenstående.

I forbindelse med manglen på positivt hensyn kan der heller ikke være ubetinget positivt hensyn til stede, idet positivt hensyn er en forudsætning for ubetinget positivt hensyn. Ubetinget hensyn udgøres af lægens evne til at forholde sig til alle patientens udtrykte følelser uden at være evaluerede. Lægen er netop evaluerende over for patientens ytringer, hvilket kommer til udtryk i ovennævnte eksempler.

Den næste betingelse er empati. Lægen udviser ikke empati, da han ikke udtrykker en forståelse for patientens private verden. Dette er tilfældet, idet lægen næsten udelukkende anvender doktor-stemmen og uddanner-stemmen fremfor medmenneske-stemmen. Dog betyder det ikke nødvendigvis, at det er en ulempe at benytte doktor- og uddanner-stemmen. Disse stemmer opfylder det primære formål i konteksten, som er at informere patienten om dennes helbred og behandlingsmuligheder. Dog er medmenneske-stemmen et godt supplement til de to stemmer, idet denne stemme kan bidrage til, at patienten åbner sig op og indvier lægen i sin helbredsrelaterede historie. Patientens fortælling kan bidrage til, at lægen får den information, han behøver for at kunne vurdere den helbredsrelaterede tilstand. Vi argumenterer tidligere i analysen for, at lægen anvender medmenneske-stemmen i eksempel 7: "jeg kan godt se, du er ligesom lidt tilbageholdende". Dette stemmer dog ikke overens med det at være empatisk. Som Rogers (1957 & 1962) belyser, er det kompliceret at udvise empati. Dette kommer ligeledes til udtryk i eksempel 7, hvor lægen i stedet anskuer patienten udefra. Denne anskuelse bliver til en evaluerende forståelse af det, som lægen oplever. Dette skyldes, at lægen analyserer og evaluerer patientens verden. Dermed er dette ikke en forståelse af patienten som person, men i stedet en observation af patientens reaktion. Lægen anvender ofte sin uddanner-stemme og doktor-stemme, hvilket medvirker til, at han ikke sætter sig i patientens sted, som var det ham selv. Dette ses blandt andet i eksempel 3: "ah, men fordi, øh, skal jo selv til at proppe det op og flere gange om dagen og sådan noget". I modsætning til at vise forståelse og sætte sig i patientens sted med brug af medmenneske-stemmen svarer lægen med uddanner-stemmen: "det er kun tre gange om dagen" (eksempel 3). Ligeledes ses det i eksempel 7, at lægen ikke sætter sig i patientens sted. Patienten udtrykker: "ja ja ja. Men det var også mig, der sagde det, og så giver jeg så besked, hvis jeg har bestemt mig for det (uf)". Dertil siger lægen, at det er et problem:

det er lidt et problem, for så er jeg nødt til at afslutte dig. Så bliver du afsluttet, altså din læge opgav så at sende henvisningen, medmindre du siger, jeg vil gerne, og så bestiller jeg en tid, så du kommer ind og får lært, jeg kan ikke (eksempel 7)

Lægen ser dermed ikke patienten som en person, der har et personligt problem med at skulle skifte kateter. Derimod ser han patienten som et individ med en sygdom, der skal behandles. Dette er en

fordel i forbindelse med at behandle patientens helbredsproblemer. Dog medvirker empati, at lægen opnår en større forståelse af patienten, hvilket eksempelvis kan resultere i, at patienten i højere grad udviser compliance, idet patienten føler sig set, hørt og mødt af lægen.

Den sidste betingelse er patientens egen opfattelse af lægens brug af betingelserne for kvalitet af kontakten. Da lægens ubetingede positive hensyn samt empati ikke var til stede i samtalen, har patienten naturligvis ikke haft en oplevelse af disse betingelser. Som vi nævner i forbindelse med den tredje betingelse, opfatter patienten heller ikke lægens evne til at udvise kongruens. Dette er tilfældet, idet patienten ikke giver udtryk for at have tillid til lægen, og han åbner sig heller ikke for ham. Vi tolker, at patienten har manglende tillid til lægen, fordi han ikke følger lægens anbefaling: "ja, nej, men det, jeg venter lige lidt" (eksempel 10). Derudover illustrerer eksemplet også, at patienten ikke imødekommer lægen ved at uddybe sine bevæggrunde for ikke at ville følge lægens anbefaling.

Læge: "så skal du snakke med din egen læge, så skal du, så skal din læge sende en henvisning igen"
Patient: "herop til?"
Læge: "ja, for jeg afslutter dig"
Patient: "ja ja"
Læge: "medmindre du siger, du gerne lære op nu"
Patient: "ja, nej, men det, jeg venter lige lidt"

Figur 22. Eksempel 10 (Bilag 4, observation 5, 00.06.52-00.07.09)

Lægen understreger, at hvis patienten ikke vil følge hans anbefaling, er han nødt til at afslutte patientens forløb på afdelingen: "ja, for jeg afslutter dig" (eksempel 10). Lægen forsøger dog at få patienten til at fortsætte forløbet: "medmindre du siger, at du gerne lære op nu" (eksempel 10). Dette kan af patienten blive opfattet som lægens forførende forsøg på at få patienten til at udvise compliance. Ved at patienten kan opfatte lægens overtalelsesforsøg som forførende, kan det medføre, at patienten ikke stoler på lægen. Dette henviser til, at patienten muligvis ikke har opfattelsen af, at lægen udviser kongruens, idet patienten udtrykker: "ja, nej, men det, jeg venter lige lidt" (eksempel 10). Patientens mulige mistillid til lægen bevirker at han ikke vil følge lægens anvisning.

Patient: "jamen, det er jo kateteret, ikke?" -
Interviewer: "ja"
Patient: - "som øh, jeg går rundt med" -
Interviewer: "og så, det skulle skiftes måske?"
Patient: - "og planen var jo, at jeg skulle helt af med det, ikke også, men det kan så åbenbart ikke lade sig gøre"

Figur 23. Eksempel 11 (Bilag 4, interview 5.1, 00.00.14-00.00.26)

I henhold til patientens opfattelse af ubetinget positivt hensyn og empati fremgår det, at patienten ikke har opfattet disse betingelser. Dette kan henvise til, at betingelserne ikke har været til stede i samtalen. Derimod kan patienten have opfattet, at betingelserne ikke var til stede. I eksempel 4 spørger patienten, hvorvidt han kan blive opereret. Her svarer lægen nej. Dog kommer det til udtryk i eksempel 11, at patienten havde en forventning om, at han skulle stoppe med at gå med kateter: "og planen var jo, at jeg skulle helt af med det, ikke også, men det kan så åbenbart ikke lade sig gøre". Der opstår dermed en uoverensstemmelse i forhold til den forventning, patienten havde, og den realitet der udspillede sig under samtalen. Ud fra dette er der mulighed for, at patienten kan have opfattet lægens hensyn som værende negativ i modsætning til positiv. Havde lægen benyttet medmenneskestemmen og udvist empati, kunne lægen muligvis have opnået en forståelse af patientens forventning omkring at undgå at have et kateter fuldstændigt.

Som det fremgår af interviewet med patienten, havde denne en forventning om, at han skulle stoppe med at bruge kateter. Dog udtrykker lægen: "(uf) jeg har ikke i min karriere, jeg har ikke set en, som man skulle have liter blæren, og så den alligevel kan fungere, det tror" (eksempel 2). Ud fra lægens udtalelse kan patienten have oplevet lægens mangel på ubetinget positivt hensyn og empati, idet patienten kan have opfattet udtalelsen som værende negativ i forbindelse med patientens egen forventning til en forbedring af dennes helbredstilstand. Patienten oplevede ligeledes en mangel på empati i eksempel 4, hvor lægen anvendte uddanner-stemmen ved at udtrykke, at patienten ikke kan blive opereret.

Ud fra ovenstående kan det konkluderes, at patienten ikke har opfattet den tilstedeværende betingelse; kongruens. Derudover kan patienten have opfattet den manglende tilstedeværelse af de resterende betingelser.

De seks betingelser for kvalitet af kontakten mellem patienten og lægen bliver ikke opnået i denne specifikke samtale. Derfor er vores vurdering, at samtalens karakteristika i form af de anvendte stemmer har en betydning for kvaliteten af kontakten mellem lægen og patienten.

På trods af at det ikke er alle betingelserne, der bliver opfyldt for høj kvalitet af kontakten, er der stadigvæk en form for kontakt i denne samtale. Som tidligere nævnt vil kvalitet af kontakt ikke nødvendigvis være direkte sammenhængende med, at patienten bliver helbredt. Dog har kvaliteten af kontakten i denne samtale en påvirkning på patientens helbredstilstand, idet kvaliteten af kontakten medvirker til, at patienten fravælger lægens anbefalede behandling. Kontaktens kvalitet har mulighed for at forbedre omstændighederne vedrørende patientens helbredstilstand. Dermed betyder det ikke nødvendigvis, at samtalen er dårlig, fordi der ikke er ubetinget positivt hensyn eller empati til stede. Dette skyldes, at lægen stadigvæk informerer patienten om dennes helbredstilstand samt om konsekvenserne ved valg og fravalg af behandlingstilbud. Dog kan tilstedeværelsen af ubetinget positivt hensyn og empati give lægen forståelse for, hvorfor patienten ikke ønsker at skifte katetertype på trods af, at lægen har oplyst patienten om konsekvensen ved ikke at skifte kateter.

Del 3: Samtale mellem læge, patient, pårørende og sygeplejerske; lægeprogram

Denne samtale fandt sted på stue seks på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 25. marts 2015. De tilstedeværende kommunikatorer var en 82-årig mandlig patient, dennes pårørende, en kvindelig læge samt en kvindelig sygeplejerske.

Da den pårørende ofte taler på vegne af patienten, medregnes den pårørendes stemme som en forlængelse af patientens. Hermed fortolker vi den pårørendes stemmer som værende patientstemmer. I den forbindelse inddrager vi spørgsmålet om, hvorvidt patienten og den pårørendes ytringer stemmer overens eller ej.

For et uddybende resumé af samtalen henvises der til journalen over observation 8 i bilag 1 eller meningskondenseringen af observation 8 i bilag 3. For at identificere, hvilke stemmer der bliver brugt af de pågældende aktører under denne samtale inddrages en række eksempler.

Det første eksempel, vi har valgt at inddrage i denne analysedel, belyser blandt andet lægens brug af sin doktor-stemme: "du har jo været her i nogle omgange" (eksempel 1). I denne ytring kommer doktor-stemmens funktion *evaluering og gennemgang* til udtryk ved, at lægen gennemgår patientens tidligere undersøgelser og behandlinger på afdelingen. Dette kommer ydermere til udtryk i følgende citat: "og sidste gang i starten af marts, hvor man prøvede at fjerne dit kateter" (eksempel 1).

Lægen forklarer endvidere resultatet af de tidligere undersøgelser, hvormed hun ligeledes anvender doktor-stemmen: "ja, og det gik jo desværre ikke ligesom, vi havde håbet" (eksempel 1). Patienten udtrykker, at han har viden omkring dette testresultat: "dette ville jo ikke løbet vandet, nej" (eksempel 1). I et vist omfang henviser dette til patientens kompetence-stemme, da han udtrykker viden omkring dette testresultat, og han udtrykker, at han er klar over, at vandet ikke vil løbe. Dog fremviser dette kun, at patienten har en viden omkring sin egen helbredstilstand, og vi ved således ikke, om patienten har generel medicinsk viden og medicinske kompetencer, hvilket blandt andet kendetegner kompetence-stemmen.

Lægen fortsætter med sin doktor-stemme og dertil også sin medmenneske-stemme: "nej, det var ærgerligt. Og det er jo i forbindelse med, at du var indlagt her i januar, hvor man fandt en stor blære, hvor der stod en masse urin, der ikke kunne komme ud" (eksempel 1). Den første del af dette eksempel henviser til medmenneske-stemmen, idet lægen udtrykker empati og forståelse for patientens situation: "nej det var ærgerligt" (eksempel 1). Den anden del af eksemplet henviser til doktor-stemmen med funktionen *evaluering og gennemgang*: "Og det var jo i forbindelse med, at du var indlagt her i januar, hvor man fandt en stor blære, hvor der stod en masse urin, der ikke kunne komme ud" (eksempel 1). Med denne ytring følger lægen dermed op på tidligere undersøgelser eller behandling.

Læge: "du har været her i nogle omgange"

Patient: "ja"

Læge: "og sidste gang i starten af marts, hvor man prøvede at fjerne dit kateter"

Patient: "ja"

Læge: "ja, og det gik det desværre ikke ligesom, vi havde håbet"

Patient: "det ville jo ikke løbe vandet, nej"

Læge: "nej, det var ærgerligt. Og det er jo i forbindelse med, at du var indlagt her i januar, hvor man fandt en stor blære, hvor der stod en masse urin, der ikke kunne komme ud"

Patient: "ja, men jeg blev jo indlagt den niende igen"

Læge: "nu her? I den her måned?"

Patient: "i marts. Ja"

Læge: "ja"

Patient: "men det var noget andet"

Læge: "det var noget andet. Hvad var det for noget?"

Patient: "det var, ja, det var" -

Læge: "det var maven"

Patient: - "tarmene. Ja, hele maven"

Pårørende: "ja, det er rigtigt, men du blev da alligevel indlagt, far, den tyvende januar og den otteogtyvende for det samme. For smerter i den region her, ikke også?"

Læge: "ja"

Læge: "men, nu ved vi så, at du kan komme af med vandet, fordi du har et kateter"

(...)

Pårørende: "altså årsagen til indlæggelsen og, at min mor til sidst ringede hundredeogtolv var de samme smerter"

Læge: "ja"

Pårørende: "sidste gang var de værre end første gang, så det skal du lige have med i billedet"

Læge: "ja"

Patient: "ja, men øh"

Læge: "jeg regner med, at de fik lavet det, de skulle i forbindelse med det, og har lavet nogle skanninger og"

Patient: "ikke sidste gang"

Læge: "ikke sidste gang"

Patient: "jeg kom ind med nogle frygtelige smerter" -

Læge: "ja"

Patient: - "og så kom jeg ind på en stue, og så fik jeg et par indsprøjtninger. Så, ja så ved et uheld kom jeg til at rykke i den røde snor, og så kom der en og kiggede, ellers havde der ikke ligget nogen, og der var en læge, der spurgte om lidt, og så gik han igen. Og så kom de næste formiddag, du skal hjem, retur, du fejler ingenting, du er rask. Men se, der ligger en fejl i det, synes jeg, for jeg har det sådan godt med blodtryk og halvfjerds og det der. Og så fejlede jeg jo ingenting. Men de får aldrig (uf) på det, og det er tre gange, jeg er bleven indlagt med"

Figur 24. Eksempel 1 (bilag 4, observation 8, 00.00.35-00.02.57)

Patienten anvender efterfølgende i eksempel 1 den helbredsrelaterede historiefortællerstemme: "ja, men jeg blev jo indlagt den niende igen" og "men det var noget andet" (eksempel 1). Lægen spørger med doktor-stemmen ind til det, patienten fortæller: "nu her? I den her måned?" og "det var noget andet. Hvad var det for noget?" (eksempel 1). Disse citater er eksempler på doktor-stemmen med funktionen *at søge information*. Lægen stiller spørgsmålene med henblik på at få informationer fra patienten om dennes helbred. Med disse informationer har lægen mulighed for eventuelt at vurdere ændringer i behandling på baggrund af patientens helbredshistorie.

Den pårørende fortsætter samtalen med anvendelse af sin helbredsrelaterede historiefortællerstemme ved blandt andet at informere lægen om patientens tidligere indlæggelser: "ja, det er rigtigt, men du blev da alligevel indlagt, far, den tyvende januar og otteogtyvende for det samme. For smerter i den her region her, ikke også?" og "altså årsagen til indlæggelsen og, at min mor til sidst ringede hundredeogtolv var de samme smerter" (eksempel 1). Den pårørende fortsætter med at tale med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme for at informere lægen om patientens helbredstilstand og helbredsrelaterede problemer: "sidste gang var de værre end første gang, så det skal du lige have med i billedet" (eksempel 1). Patienten fortsætter herefter sin fortælling, og således samarbejder den pårørende og patienten om at fortælle samme fortælling til lægen. Patienten anvender ligeledes sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, idet fortællingen stadig omhandler det samme helbredsrelaterede problem: "jeg kom ind med nogle frygtelige smerter" og

og så kom jeg ind på en stue, og så fik jeg et par indsprøjtninger. Så, ja så ved et uheld kom jeg til at rykke i den røde snor, og så kom der en og kiggede, ellers havde der ikke ligget nogen, og der var en læge der spurgte om lidt og så gik han igen. Og så kom de næste formiddag, du skal hjem, retur, du fejler ingenting, du er rask. Men se, der ligger en fejl i det, synes jeg, for jeg har det sådan godt med blodtryk og halvfjerds og det der. Og så fejlede jeg jo ingenting. Men de får aldrig (uf) på det, og det er tre gange, jeg er bleven indlagt med. (eksempel 1)

Det helbredsrelaterede problem, som patienten og den pårørende deler med lægen, er mavesmerter. Dog omhandler det helbredsrelaterede problem også en personlig oplevelse vedrørende tidligere indlæggelser. Dette henviser til social kommunikator-stemmen, fordi lægen skaber et forum, hvor patienten har mulighed for at fortælle om denne oplevelse, som han føler behov for at dele. Lægen skaber rammerne for, at patienten kan anvende sin social kommunikator-stemme, idet hun udtrykker, at hun lytter til patienten i form af ytringer såsom: "ja", og ved at gentage, hvad patienten siger: "ikke sidste gang" (eksempel 1).

Pårørende: "uden at bruge for meget af din tid, så ganske kort, så sker der det, at da far er inde i januar, skriver hun noget i journalen. Da han så kommer ind igen her i marts, så siger den læge, som oppe på akutafdelingen, det var hjertelægen, det var der, han røg ind, fordi de troede, det var hjertet. Så siger han, jamen du har jo fået tilbud om en mave-tarm undersøgelse i januar, men det har du afslået. Og så siger jeg, at det passer ikke. Jamen det står i journalen. Så sagde jeg prøv at høre unge mand, det kan ikke hjælpe noget, fordi det gør det ikke. Og hvor ved du det fra, siger han. Ja jeg var her også, siger jeg. Okay, siger han, beklager. Nej, da gik han. Så kom han igen fem minutter efter, og så sagde han undskyld. Det er en fejl fra vores side, og så sagde jeg, så må i altså gøre noget. Og det har de så gjort"

Læge: "(uf)"

Pårørende: "så det er der styr på, skal du vide"

Læge: "ja, det er godt at vide"

Patient: "nej jeg har ikke noget godt forhold til akutafdelingen mere"

Læge: "nej"

Patient: "for sidste år, der røg jeg også pludselig ind"

Læge: "ja, men det er"

Patient: "der havde jeg været ude og spise sammen med nogle pensionister, og så blev jeg så dårlig om aftenen. Og så kom jeg også ind, og så kom der også næste formiddag en læge (uf) lige foran mig og sagde, du fejler ingenting, du skal hjem. Og jeg har stadig ondt. Så måtte jeg ringe til egen læge, så siger han, kan du komme med det samme. Det kunne jeg. Så tog han en blodprøve, og de undersøgte. Der er en infektion, sagde han. Og det var blevet overset. Ja, det er tre gange, jeg har fået den besked. Du fejler ikke noget"

Læge: "ja, det er nogle gange, at der er nogle patienter, som falder mellem to stole, fordi det er akutafdelingen, og fordi det er, de skal være så brede, og så taber man nogle gange nogen på gulvet"

Figur 25. Eksempel 2 (bilag 4, observation 8, 00.03.35-00.05.15)

I eksempel 2 kommer den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme ligeledes til udtryk i sammenhæng med social kommunikator-stemmen under den pårørendes fortælling:

uden at bruge for meget af din tid, så ganske kort, så sker der det, at da far er inde i januar, skriver hun noget i journalen. Da han så kommer ind igen her i marts, så siger den læge, som oppe på akutafdelingen, det var hjertelægen, det var der, han røg ind, fordi de troede, det var hjertet. Så siger han, jamen du har jo fået tilbud om en mave-tarm undersøgelse i januar, men det har du afslået. Og så siger jeg, at det passer ikke. Jamen det står i journalen. Så sagde jeg prøv at høre unge mand, det kan ikke hjælpe noget, fordi det gør det ikke. Og hvor ved du det fra, siger han. Ja jeg var her også, siger jeg. Okay, siger han, beklager. Nej, da gik han. Så kom han igen fem minutter efter, og så sagde han undskyld. Det er en fejl fra vores side, og så sagde jeg, så må i altså gøre noget. Og det har vi så gjort. (eksempel 2)

Det er altså en historie, der er relateret til patientens helbred, men historien belyser også et problem i forbindelse med sygehusets undersøgelser af patientens helbred. Patienten tilslutter sig den pårørendes fortælling: "nej jeg har ikke noget godt forhold til akutafdelingen mere" (eksempel 2). Under den pårørende og patientens fortælling afbryder lægen ikke, og hun anvender sin medmenneske-stemme i sin besvarelse: "ja, det er godt at vide" (eksempel 2). Med dette støtter lægen op om fortællingen, og derfor forhindrer hun ikke den pårørende og patienten i at dele deres historie. Med ovenstående citat fremviser lægen ligeledes en interesse i historien. Hun afslutter med et forsøg på at oplyse patienten omkring en mulig årsag til hans dårlige oplevelse på akutafdelingen: "ja, det er nogle gange, at der er nogle patienter, som falder mellem to stole, fordi det er akutafdelingen, og fordi det er, de skal være så brede, og så taber man nogle gange nogen på gulvet" (eksempel 2). Dette citat opfatter vi som en blanding mellem lægens medmenneske-stemme og uddanner-stemme. Dette kommer til udtryk ved, at lægen forsøger at støtte patienten og vise forståelse for patientens fortælling ved at besvare hans bekymring omkring hans dårlige oplevelser med akutafdelingen, og forklare den mulige årsag hertil. Derudover forsøger lægen ligeledes at informere om årsagen til hændelserne, hvilket til en vis grad henviser til uddanner-stemmen. Lægen forsøger i dette tilfælde ikke at kommunikere medicinsk information, men at hjælpe patienten til at opnå en forståelse, der ikke har direkte sammenhæng med hans helbredstilstand.

Læge: "nu har du et kateter, og hvordan går det med det?"

Patient: "det går godt, synes jeg"

Læge: "ja. Er du generet af det i dagligdagen?"

Patient: "nej"

Læge: "nej. Det står her i et notat fra tidligere, at du egentlig var en meget aktiv mand, og du var meget ude i haven og sådan noget, og du egentlig havde det sådan lidt, at du synes, det var i vejen"

Patient: "ja, men det, nej det synes jeg ikke"

Læge: "nej. Jeg ved også, at der er mange, der kommer op i din alder, der faktisk bliver glad for sit kateter, fordi det gør, at de ikke skal rende på toilettet hele tiden, og at det sådan tømmer sig selv. Men nu ved jeg også fra et journalnotat, at du fik lavet sådan en skrælning af din prostata her for ti år siden (uf) nu kan jeg også se, at da du var indlagt med stor blære første gang, da du fik anlagt kateter, så havde du ikke rigtig følelsen af, at du havde en stor blære"

Patient: "nej"

Læge: "det kan så lede ens tanker lidt hen på om din blærefunktion, altså din muskel deroppe, er blevet lidt slap, at du måske har gået med en stor blære mange gange, og at den muskel måske ikke responderer ligesom den skal"

Patient: "ja det kan jeg så ikke huske"

Læge: "nej. Derfor ved jeg ikke, om du vil have gavn af endnu en skrælning af din prostata, fordi skal man nemlig have en god blærefunktion. Det vi kunne gøre er at undersøge din blærefunktion og dit blæretryk, og på hvor meget din blære skal fyldes, før du får vandladningstrang"

Patient: "ja"

Sygeplejerske: "medmindre, han er blevet så glad for sit kateter"

Læge: "ja, medmindre, du er blevet så glad for dit kateter, at vi beholder det, som det er"

Patient: "ja"

Læge: "det er lidt noget, du skal afgøre"

Pårørende: "altså, du, hvis du kan komme af med det, vil du da helst det"

Patient: "det vil jeg"

Figur 26. Eksempel 3 (bilag 4, observation 8, 00.06.00-00.07.50)

Eksempel 3 demonstrerer først og fremmest lægens anvendelse af doktor-stemmen med funktionen *at søge information*: "nu har du et kateter, og hvordan går det med det?" og "ja. Er du generet af det i dagligdagen?". Med disse spørgsmål forsøger lægen at få viden omkring patientens nuværende helbredstilstand, og hvordan patienten påvirkes af sit kateter. Sideløbende med lægens søgen efter informationer, inddrages også doktor-stemmens funktion *evaluering og gennemgang*: "nej. Det står her i et notat fra tidligere at du egentlig var en meget aktiv mand og du var meget ude i haven og sådan noget, og du egentlig havde det lidt, du synes det var i vejen" (eksempel 3). Denne stemme kommer til udtryk, idet lægen med din ytring søger informationer om, hvorvidt kateteret generer patienten. Med spørgsmålet henviser hun til et notat fra tidligere, hvor patienten har udtrykt, at han var generet af ka-

teteret. Det er altså en gennemgang af en udtalelse fra den forrige konsultation. På baggrund af dette kan lægen vurdere, om det er nødvendigt at give yderligere behandling til patienten.

Patienten modsiger sin egen udtalelse, der fremgik af lægens notater, ved at udtrykke, at hans kateter ikke generer ham: "nej" og "ja, men det, nej det synes jeg ikke" (eksempel 3). Denne stemme henviser til vores definition af en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme. Patienten giver ikke udtryk for en problematik i forbindelse med sit helbred. Han udtrykker i stedet for, at der ikke er et problem i forbindelse med hans helbred. Lægen fortsætter samtalen med en ytring, der anvender både uddanner-stemmen og doktor-stemmen:

nej. Jeg ved også, at der er mange, der kommer op i din alder, der faktisk bliver glad for sit kateter, fordi det gør, at de ikke skal rende på toilettet hele tiden, og at det sådan tømmer sig selv. Men nu ved jeg også fra et journalnotat, at du fik lavet sådan en skrælning af din prostata her for ti år siden (uf) nu kan jeg også se, at da du var indlagt med stor blære første gang da du fik anlagt kateter, så havde du ikke rigtig følelsen af, at du havde en stor blære (eksempel 3)

Lægens uddanner-stemme kommer til udtryk i ovenstående citat, eftersom hun informerer patienten på baggrund af sine erfaringer med andre patienters brug af kateter. Det kendetegner uddanner-stemmen, at den sundhedsprofessionelle formidler viden, hun har opnået på baggrund studie eller praktisering af emnet. Lægens uddanner-stemme informerer ligeledes patienten om en fordel ved at have kateter: "(...) der bliver glad for sit kateter, fordi det gør, at de ikke skal rende på toilettet hele tiden, og at det sådan tømmer sig selv (...)" (eksempel 3). Lægens doktor-stemme kommer til udtryk med funktionen *evaluering og gennemgang* i form af lægens henvisning til og gennemgang af patientens tidligere undersøgelser: "(...) Men nu ved jeg også fra et journalnotat, at du fik lavet sådan en skrælning af din prostata her for ti år siden (...)" (eksempel 3). Lægen afslutter citatet med doktor-stemmens funktion *at søge information*: "(...) nu kan jeg også se, at da du var indlagt med stor blære første gang, da du fik anlagt kateter, så havde du ikke rigtig følelsen af, at du havde en stor blære (...)" (eksempel 3). Her søger lægen en bekræftelse på denne påstand.

Lægens uddanner-stemme kommer til udtryk i følgende citater: "det kan så lede ens tanker hen på om din blærefunktion, altså din muskel deroppe, er blevet lidt slap, at du måske har gået med en stor blære mange gange, og den muskel ikke responderer ligesom den skal" og

nej. Derfor ved jeg ikke, om du vil have gavn af endnu en skrælning af din prostata, fordi skal man nemlig have en god blærefunktion. Det vi kunne gøre er at undersøge din blærefunktion og dit blæretryk, og på hvor meget din blære skal fyldes, før du får vandladningstrang (eksempel 3)

Med disse ytringer forsøger lægen med sin uddanner-stemme at videregive medicinsk information til patienten. Hun informerer og uddanner patienten for at gøre ham opmærksom på, hvorfor en prostaskrælning ikke vil være en fordel for ham. Hermed kortlægger lægen patientens helbredssituation

for ham, så han opnår en bedre forståelse for, hvilke muligheder han har, og hvilke muligheder han ikke har i forbindelse med behandling.

Som tidligere nævnt søger lægen efter information omkring patienten: "nu har du et kateter, og hvordan går det med det?" (eksempel 3). Patienten er ikke generet af sit kateter: "det går godt, synes jeg" (eksempel 3). Med sin viden omkring patientens tilstand kan lægen opstille en diagnose og/eller vurdere videre behandling. På trods af, at patienten udtrykker, at han er tilfreds med sit kateter, tilbyder lægen ham muligheden for videre behandling: "(...) Det vi kunne gøre er at undersøge din blærefunktion og dit blæretryk, og på hvor meget din blære skal fyldes, før du får vandladningstrang" (eksempel 3). I forlængelse af dette ytrer sygeplejersken sig for første gang i samtalen: "medmindre, han er blevet så glad for sit kateter" (eksempel 3). Her anvender sygeplejersken medmenneske-stemmen over for patienten og den pårørende, fordi hun udviser en forståelse for, at patienten tidligere udtrykte, at han var tilfreds med sit kateter. Patienten har således ikke givet direkte udtryk for, at han er interesseret i en undersøgelse af sin blærefunktion. Dette viser sygeplejersken i sin ytring interesse for, og hun vælger at sætte fokus på dette. På den måde hjælper hun ligeledes patienten med sin fortælling, da hun giver ham mulighed for endnu en gang at understrege, at han er glad for sit kateter. Sygeplejerskens ytring henviser dog også til uddanner-stemmen, idet sygeplejersken til en vis grad informerer lægen om et faktum vedrørende patientens helbredstilstand. Derved udtrykker sygeplejersken dette med henblik på at hjælpe lægen med at opnå en bedre forståelse for patientens situation. Sygeplejersken ekspliciterer dermed, at der er et alternativ til en urodynamisk undersøgelse. Således sørger sygeplejersken for at fokusere på at informere patienten om hans muligheder for til- og fravalg af behandling. Lægen tilslutter sig sygeplejerskens indskydelse: "ja, medmindre, du er blevet så glad for dit kateter, at vi beholder det, som det er" (eksempel 3). Her anvender lægen sin medmenneske-stemme, idet hun udviser forståelse for patienten og dennes situation. Dog uddyber lægen: "det er lige noget, du skal afgøre" (eksempel 3). Dette afspejler lægens brug af sin doktor-stemme med funktionen *tilpasning af autoritet*. Lægen understreger ikke sin egen autoritet, men fralægger sin autoritet ved brug af ordet "du". Det vil sige, at hun informerer patienten om, at han selv har muligheden for at tage et valg vedrørende hans videre behandling. Det er altså patientens egen vurdering, hvorvidt der skal laves yderligere undersøgelser af hans blære. Den pårørende kommer dog patienten i forkøbet: "altså, du, hvis du kan komme af med det, vil du da helst det" (eksempel 3). Patienten svarer hertil: "det vil jeg" (eksempel 3). I starten af konsultationen udtrykker patienten, at han er glad for sit kateter og, at han er ugeneret af det. Han vurderer dog, på trods af dette, at han gerne vil have undersøgt, om kateteret kan fjernes. Patienten forklarer dette på den pårørendes opfordring. Det er dermed vores vurdering, at det er muligt, at det i dette tilfælde er den pårørendes mening, der kommer til udtryk, og ikke patientens. Det er muligt, at patienten er glad for sit kateter og ikke har et behov for at få lavet yderligere undersøgelser. Det er dog ligeledes muligt, at patienten både er glad for sit kateter, men også gerne vil have muligheden for at undersøge om hans blære fungerer, og dermed om han kan stoppe med at have kateter. Både sygeplejersken og lægen udtrykker, at de oplevede, at det var den pårørendes ønske, at kateteret skulle fjernes og ikke nødvendigvis patientens: "det var måske mere sønnen, der pressede lidt på for, at han skulle videre i forløbet" (sygeplejersken) (bilag 4, interview

8.2, 00.02.30 – 00.02.35), og "jeg havde dog mest et indtryk af, at hans søn måske gerne ville slippe af med det kateter" (lægen) (bilag 4, interview 8.3, 00.01.04 – 00.01.10).

Patient: "nej, så er der lige en ting mere, jeg vil spørge om nu, med afføring"
Læge: "ja"
Patient: "jeg ved ikke, om der er nogle hæmorider på vej, fordi det er snævert"
Læge: "det er snævert"
Patient: "men det tror jeg, det kan jeg finde ud af, fordi der er noget, der hedder ac3, kender du den?"
Læge: "ja, noget creme"
(...)
Patient: "så det har jeg tænkt, om jeg skulle prøve igen"
Læge: "ja, hvis det virker for dig, så synes jeg helt sikkert, at du skal prøve det. Det sker der ikke noget ved"

Figur 27. Eksempel 4 (bilag 4, observation 8, 00.10.28-00.11.14)

I eksempel 4 anvender patienten sin initiator-stemme: "nej, så er der lige en ting mere, jeg vil spørge om nu, med afføring". Patienten spørger lægen om et helbredsrelateret problem, og patienten søger hermed information omhandlende et specifikt emne vedrørende hans helbred. Med brugen af initiator-stemmen forsøger patienten at få lægens doktor- eller uddanner-stemme i tale. Med disse stemmer vil patienten kunne få svar på sit spørgsmål: "jeg ved ikke, om der er nogle hæmorider på vej, fordi det er snævert" (eksempel 4). Med denne ytring udtrykker patienten, at han ikke har nok viden eller ekspertise til selv at kunne varetage mulige komplikationer vedrørende hæmorider. Derfor udtrykker han blandt andet: "så det har jeg tænkt, om jeg skulle prøve igen" (eksempel 4). Patienten udtrykker, at han ikke selv er bevidst om, hvorvidt det er en mulighed at bruge hans hæmoridecreme igen, og derfor spørger han indirekte lægen. Lægen svarer med sin uddanner-stemme: "ja, hvis det virker for dig, så synes jeg helt sikkert, at du skal prøve det. Det sker der ikke noget ved" (eksempel 4). Her tolker vi også, at patienten er en potentiel indvilger, idet han søger lægens råd og derfor med stor sandsynlighed følger hendes anvisninger.

Pårørende: "hvad med at få det set efter? Hvor tit skal det? Jeg spørger lidt uvidende"
Læge: "ja, kateteret?"
Pårørende: "ja"
Læge: "er det ikke hver anden måned det skiftes?"
Sygeplejerske: "nej, hver tredje måned"
Læge: "hver tredje måned"
Pårørende: "okay"
Læge: "ja"
Pårørende: "ja, men jeg spørger bare"
Læge: "det er også helt i orden, det skal du endelig gøre"
Pårørende: "godt"

Figur 28. Eksempel 5 (bilag 4, observation 8, 00.17.17-00.17.34)

Den pårørende anvender ligeledes initiator-stemmen: "hvad med at få det set efter? Hvor tit skal det? Jeg spørger lidt uvidende" (eksempel 5). Den pårørende siger direkte, at han ikke har viden omkring, hvor ofte patientens kateter skal efterses, og derfor søger han efter at få information og rådgivning omkring dette fra lægen. Den pårørende ønsker hermed at få lægens uddanner-stemme i tale. Lægen svarer dog med en form for initiator-stemme: "er det ikke hver anden måned det skiftes?" (eksempel 5). Dermed søger lægen efter information fra sygeplejersken ved at forsøge at få hendes uddanner-stemme i brug og dermed få svar på både lægens og den pårørendes spørgsmål. Sygeplejersken anvender sin uddanner-stemme til at svare lægen: "nej, hver tredje måned" (eksempel 5). Dog er dette med henblik på, at lægen skal videreformidle dette til den pårørende ved at anvende sin uddanner-stemme til at informere den pårørende: "hver tredje måned" (eksempel 5). Den pårørende svarer med: "okay" (eksempel 5). Med dette udtrykker han ikke direkte, at de vil følge lægens anvisninger. Dog afviser han heller ikke dette. Vi kan ud fra vores fortolkninger argumentere for, at der er sandsynlighed for, at patienten vil følge denne anvisning og således udvise compliance.

Patient: "jamen jeg var også tidlig oppe"

Pårørende: "ja ja"

Patient: "det har jo altid været"

Pårørende: "ja"

Læge: "hvad har du arbejdet som?"

Patient: "jeg arbejdede ved landbrug. jeg har haft (uf) som maskiningeniør og entreprenør. Til ryggen var ødelagt"

Læge: "ja"

Patient: "og det var i øvrigt sygehuset, der ødelagde den"

Læge: "det var sygehuset, der ødelagde den?"

Patient: "en læge ja"

Læge: "nå"

Patient: "jeg skulle have taget en (uf)"

Læge: "ja"

Patient: "så bøjede de ryggen fuldstændig sammen med, at de skulle have det ind, og så gav det et knæk"

Læge: "nå"

Patient: "ja, så var jeg færdig med at gå ret meget"

Læge: "ja"

Patient: "men det var jo først i firserne. Der kunne vi jo ikke røre ved nogen ting. For det var jo et tabu det hele"

(...)

Læge: "det lyder til, at du ikke har haft det største held med dig og dine besøg med sygehusvæsenet"

Figur 29. Eksempel 6 (bilag 4, observation 8, 00.20.57-00.23.10)

Det sidste eksempel, vi har valgt at inddrage i denne analysedel belyser patientens brug af det, vi kalder historiefortæller-stemmen. Denne stemme har forbindelse til den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, dog omhandler historiefortællingen i dette tilfælde ikke noget helbredsrelateret. Dette kommer til udtryk i følgende citater: "jamen jeg var også tidlig oppe" og "det har jo altid været" (eksempel 6). Patienten indskyder noget omkring sine vaner, hvortil lægen anvender medmenneske-stemmen til at skabe mulighed for, at patienten kan fortsætte sin fortælling omkring dette emne: "hvad har du arbejdet som?" (eksempel 6). Lægen hjælper dermed patienten med sin fortælling ved at stille spørgsmål til det, han siger. Dermed viser lægen interesse for fortællingen og for patienten.

Patientens uddybning af historien starter med at være en historiefortæller-stemme, idet ytringen ikke omhandler noget helbredsrelateret: "jeg arbejdede ved landbrug. jeg har haft (uf) som maskiningeniør og entreprenør. Til ryggen var ødelagt" (eksempel 6). Dog bliver fokuset flyttet hen på en problematik vedrørende patientens helbred i slutningen af ytringen ved, at patienten tilføjer, at han kun arbejdede med landbrug, indtil hans ryg blev ødelagt. Dermed kommer patientens social kommunika-

tor-stemme også til udtryk i ytringen. Der bliver opstillet et forum, hvor patienten kan fortælle om et personligt emne vedrørende hans manglende mulighed for at arbejde efter hans ryg blev ødelagt. Som det netop er tilfældet med denne stemme, afspejler dette emne et helbredsrelateret problem, som kan have haft indvirkning på patientens sociale identitet. Dertil er det ligeledes en oplevelse, der har påvirket patienten: "og det var i øvrigt sygehuset, der ødelagde den" (eksempel 6). Patienten adresserer et emne i ytringen vedrørende det faktum, at det er sygehuset, der har ødelagt hans ryg. Lægen fortsætter med medmenneske-stemmen, idet hun hjælper patienten med at fortælle historien ved at spørge ind til fortællingen og vise interesse: "det var sygehuset, der ødelagde den?" (eksempel 6).

Patienten fortsætter sin fortælling med sin social kommunikator-stemme: "så bøjede de ryggen fuldstændig sammen med, at de skulle have det ind, og så gav det et knæk", "ja, så var jeg færdig med at gå ret meget" og "men det var jo først i firserne. Der kunne vi jo ikke røre ved nogen ting. For det var jo et tabu det hele" (eksempel 6). Dette illustrerer et følsomt emne for patienten, som han kan dele med lægen, fordi hun har opstillet et forum, hvor patienten har mulighed for at fortælle og dele denne historie vedrørende dårlig behandling i sundhedsvæsenet.

Lægen afslutter dette eksempel ved at respondere til patientens historiefortælling: "det lyder til, at du ikke har haft det største held med dig og dine besøg med sygehusvæsenet" (eksempel 6). Her anvender lægen sin medmenneske-stemme, fordi hun viser forståelse for det, patienten har været igennem. I ovenstående eksempel afbryder lægen ikke patientens fortælling, og lægen viser med ytringer såsom "ja" og "nå", at hun hjælper patienten med at fortælle, og at hun ikke vil afbryde patienten i hans fortælling. Lægen forsøger således ikke at tage ordet fra patienten.

Kommunikationen i samtalen mellem lægen, sygeplejersken, patienten og den pårørende karakteriseres ved, at lægen benytter sin doktor-stemme, sin uddanner-stemme og sin medmenneske-stemme. Således anvender lægen alle tre stemmer i samtalen med patienten og den pårørende i forbindelse med formålet med samtalen, som er at planlægge et videre forløb i forbindelse med patientens katter.

Som Cordella (2004) argumenterer, så er samspillet mellem stemmerne væsentlig for samtalen. Doktor-stemmen og uddanner-stemmen tilhører begge den medicinske praksis. Det er med disse stemmer, at lægen kan indhente viden omkring patientens helbred og informere og rådgive patienten. Med inddragelse af medmenneske-stemmen kan lægen skabe en dybere relation til patienten, idet medmenneske-stemmen netop repræsenterer en hverdagsstemme. Endvidere medfører brugen af medmenneske-stemmen, at lægen anser patienten som en person og ikke blot et medicinsk problem, der skal løses. Med medmenneske-stemmen kan lægen fremvise, at hun ser, hører og møder patienten, hvilket kan medføre, at patienten tager imod denne rådgivning og information, som han får givet af lægen. I samspillet mellem alle stemmerne kan lægen undersøge et samlet billede af patienten.

Derudover har vi i et enkelt tilfælde tildelt lægen en patientstemme; initiator-stemmen. Vi er bevidste om, at denne stemme er forbeholdt patienten, men da lægen søger information fra sygeplejersken, får denne stemme relevans i interaktionen mellem lægen og sygeplejersken. Dette reflekterer vi yderligere over i refleksionsafsnittet. I denne interaktion med lægen anvender sygeplejersken uddan-

ner-stemmen og medmenneske-stemmen i samme ytring. Hun anvender uddanner-stemmen over for lægen, men i samme ytring anvender hun medmenneske-stemmen over for patienten. Det er sygeplejersken, der sørger for, at lægen informerer patienten om hans muligheder for behandling. Endvidere er det på sygeplejerskens opfordring, at lægen ekspliciterer, at det er patientens eget valg, hvorvidt han vil fortsætte med sit kateter, eller om han vil have lavet en urodynamisk undersøgelse.

Patienten og den pårørende anvender i høj grad den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme i sammenspil med social kommunikator-stemmen. Det kommer til udtryk ved, at patienten (og til dels den pårørende) er påvirkede af den tidligere behandling, de har fået indenfor sundhedsvæsenet. Begge parter har et behov for at dele dette med lægen. Dette oplever vi, at lægen forstår, og derfor giver hun mulighed for, at patienten kan betro sig til hende. Patienten og den pårørende anvender ydermere initiativ-stemmen, som forsøger at få doktor-stemmen eller uddanner-stemmen i tale. Kompetence-stemmen kommer til udtryk fra patientens side en enkelt gang, hvor han udtrykker viden omkring sin egen tilstand. Som det ligeledes blev nævnt i de to øvrige analysedele, forudsætter brugen af kompetence-stemmen, at patienten har en vis kompetence og har medicinsk viden. Det vides ikke med sikkerhed, om dette er tilfældet.

Patienten bliver til dels informeret om mulighederne for til- og fravalg af behandling i forbindelse med hans kateter. Det er dog blandt andet sygeplejersken, der gør lægen opmærksom på at nævne dette for patienten. På trods af, at patienten fortæller, at han er tilfreds med sit kateter, vælger han at få foretaget en urodynamisk undersøgelse (til en kommende konsultation). Vi kan ikke vide med sikkerhed, om dette var patientens oprigtige ønske, eller om han blev påvirket af den pårørende.

Vi har nu fastslået, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem den pågældende læge, sygeplejerske, patient og pårørende ud fra ovenstående eksempler med anvendelsen af Cordellas (2004) stemme-begreb. For at undersøge hvilken betydning disse karakteristika har for kontakten mellem lægen og patienten, inddrager vi Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvaliteten af kontakt. Dermed vil det uddrages fra stemmerne, hvilke betingelser der opfyldes i samtalen. Der henvises til ovenstående eksempler, og derudover inddrages aspekter og eksempler fra interview 8.1, 8.2 og (8.3) 10.2 (bilag 3 og bilag 4).

Den første betingelse for kvalitet i kontakten mellem lægen, patienten, den pårørende og sygeplejersken, er, at der må være en interpersonel kontakt mellem disse. I den pågældende samtale er der interpersonel kontakt mellem lægen, den pårørende og patienten. Samtalen er opstået på baggrund af patientens aftale om en konsultation på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Patienten har valgt at møde op til konsultationen sammen med en pårørende, og dermed opstår der interpersonel kontakt mellem parterne. Lægen etablerer i dette tilfælde kontakten ved at hilse på patienten og den pårørende. Den pårørende indvilger i kontakten med lægen ved at præsentere sig selv og præcisere sin relation til patienten. Patienten indvilger ligeledes i kontakten ved at svare på lægens hilsen. Dette kommer til udtryk i følgende eksempel:

Læge: "goddag"
Pårørende: "goddag. Jeg er sønnike."
Læge: "ja"
Pårørende: "det siger jeg så lige for at præcisere det
(...)"
Læge: "ja, goddag"
Patient: "goddag"

Figur 30. Eksempel 7 (bilag 4, observation 8, 00.00.00-00.00.23)

Sygeplejerskens kontakt til patienten og den pårørende kommer ikke til udtryk på dette tidspunkt i konsultationen. På dette tidspunkt i samtalen har der ikke været nogen auditive markører, der giver udtryk for sygeplejerskens tilstedeværelse, og det fremgår af journalen, at hun som udgangspunkt holder sig i baggrunden (bilag 1, observation 8). Derfor fremgår det ikke, hvorvidt hun har kontakt med patienten og den pårørende på dette tidspunkt. Det fremgår af lydfilen (bilag 4), at sygeplejersken første gang har direkte kontakt med patienten og den pårørende, da hun skal finde en tid til den kommende urodynamiske undersøgelse: "har du et mobilnummer?" (bilag 4, observation 8, 00.17.38 – 00.17.40) og

jeg har en tid mandag den fjerde april, men jeg skulle lige, hvis du skal med, altså det tager to timer sådan en undersøgelse, og jeg skal lige se, om vi kan finde et svar samme dag, for hvis vi kan det, så ville det nok være smartest, hvis du skal med (bilag 4, observation 8, 00.17.48-00.18.08)

Den anden betingelse omhandler patientens tilstand, hvor denne må være præget af inkongruens, og patienten må have behov for hjælp. Dette behov for hjælp må således være grunden til, at patienten (og den pårørende) er til stede på Urologisk Ambulatorium. Patienten udtrykker i starten af konsultationen, at han ikke umiddelbart har et behov for hjælp i forbindelse med sit kateter. Dette kommer til udtryk, idet lægen spørger, hvordan det går med kateteret, og patienten hertil svarer: "det går godt, synes jeg" (eksempel 3). Dog nævner lægen herefter en undersøgelse, som kan afklare blærens funktionelle tilstand, og på vegne af patienten siger den pårørende: "altså, du, hvis du kan komme af med det, vil du da helst det" (eksempel 3). Dette erklærer patienten sig enig i: "det vil jeg" (eksempel 3). Med denne ytring fremviser patienten alligevel et behov for hjælp, selvom han forinden lige havde udtalt, at der ikke var nogen problemer med kateteret. Patientens behov for hjælp henviser til, at patienten har brug for lægens hjælp til at få klarlagt blærens funktion for derefter at kunne finde ud af, om patienten kan undvære sit kateter. Som tidligere nævnt er det muligt, at der er en uoverensstemmelse mellem patienten og den pårørende i forhold til, hvem der i højest grad har et ønske om at få lavet den urodynamiske undersøgelse.

Patientens behov for hjælp kommer også til udtryk under interviewet med patienten og den pårørende, idet patientens selv forklarer, hvad formålet med konsultationen var: "det var jo det med ka-

teteret (uf) og få det til at virke igen. Det var jo det, der var lagt op til" (bilag 4, interview 8.1, 00.00.55-00.01.07). Patienten udtrykker hermed selv et behov for lægens hjælp til at få planlagt et videre forløb i forbindelse med sit kateter. Dette kommer ligeledes til udtryk, da sygeplejersken og lægen bliver stillet det samme spørgsmål vedrørende konsultationens formål:

(...) vi havde en patient der havde kateter, hvor han havde fået forsøgt at få fjernet kateteret, og det havde ikke lykkedes af flere omgange, og han er interesseret i at komme af med det, men sønnen er nok også interesseret i at komme af med det (sygeplejersken) (bilag 4, interview 8.2, 00.00.16-00.00.38)

og "jamen han kom med henblik på videre plan fordi han havde haft et kateter, han havde håbet, han kunne slippe af med" (lægen) (bilag 4, interview 8.2, 00.00.55-00.01.04).

Den næste betingelse er lægens kongruens. Vi mener, at lægen i denne samtale udviser kongruens.

Læge: "jeg kan se, at der også har stået, at du har haft sådan cirka fem til seks vandladning i løbet af en dag. Og en gang om natten, fordi du havde den her episode. Det er fuldstændig normalt, det er, som det skal være. Fem til seks vandladninger, og så måske en til to gange om natten. Det ville også være helt normalt for en mand i din alder (...) og jeg tænker, vi kan godt gøre noget for dig, hvis du gerne vil af med det kateter"

Patient: "ja"

Læge: "jeg kan ikke love dig, at du kommer af med det, det kan jeg ikke, men vi kan da undersøge, om det er muligt"

Figur 31. Eksempel 8 (bilag 4, observation 8, 00.08.20-00.09.00)

Lægens kongruens kommer blandt andet til udtryk i eksempel 8: "(...) og jeg tænker, vi kan godt gøre noget for dig, hvis du gerne vil af med det kateter". Lægen siger direkte, at hun tænker, at afdelingen godt kan hjælpe patienten af med sit kateter, hvilket udtrykker, at der er kongruens mellem det hun tænker, og det hun udtrykker over for patienten. Dette er endvidere tilfældet, idet lægen udtrykker hendes umiddelbare forventning i forbindelse med patientens tidligere indlæggelse: "jeg regner med, at de fik lavet det, de skulle i forbindelse med det, og har lavet nogle skanninger og" (eksempel 1). Her udviser lægen kongruens, fordi hun eksplicit udtrykker, hvad hendes forventning var i forbindelse med patientens tidligere indlæggelse. Lægens kongruens kommer endvidere til udtryk ved, at hun udtrykker oprigtighed: "jeg kan ikke love dig, at du kommer af med det, det kan jeg ikke, men vi kan da undersøge, om det er muligt" (eksempel 8). Med dette informerer lægen patienten om muligheden for, at undersøgelsen ikke frembringer et positivt resultat. Således giver lægen ikke patienten falske forhåbninger for eksempel med henblik på at glæde patienten.

Flere gange under samtalen udtrykker patienten og den pårørende, at de har haft problemer med indlæggelser på akutafdelingen i forbindelse med patientens mavesmerter: "nej jeg har ikke noget godt forhold til akutafdelingen mere" (eksempel 2). I forbindelse med patientens fortælling vedrø-

rende dette udviser lægen kongruens, idet hun vælger at svare patienten uden at tage særligt hensyn til ham og kun tilgodese hans oplevelse: "ja, det er nogle gange, at der er nogle patienter, som falder mellem to stole, fordi det er akutafdelingen, og fordi det er, de skal være så brede, og så taber man nogle gange nogen på gulvet" (eksempel 2) og

nu ved jeg, nu har jeg også arbejdet på en mave-tarm kirurgisk afdeling selv, og jeg ved også, at 90 procent af dem, der kommer ind med ondt i maven, de kommer også ud, altså hjem igen uden en forklaring. Det er rigtig svært fordi, det er et område, hvor rigtig mange ting kan sætte sig. Så det er rigtig svært, men selvfølgelig har alle et krav på en udredning, og når man har haft så mange episoder som du har haft, så er jeg rigtig glad for at høre, at der er sat i gang en fornuftig udredning på det (bilag 4, observation 8, 00.05.26-00.05.52)

Som det kommer til udtryk i citatet anskuer lægen derimod situationen fra både akutafdelingens side og patientens side. Dette fremviser lægens kongruens, fordi hun ikke kun behager patienten ved at tilgodese det, han fortæller i forbindelse med hans oplevelser af sundhedsvæsenet. Hun tilgodeser også akutafdelingen ved, at hun ytrer, at hun godt kan forstå, hvorfor akutafdelingen fungerer, som den gør på baggrund af hendes egne oplevelser. Lægen vælger således både akutafdelingen og patienten ved at være oprigtig og ytre hendes mening omkring akutafdelingen og hendes mening omkring, hvordan patienten er blevet behandlet. Der kunne eksempelvis have været tale om en forceret høflig facade, hvis lægen kun havde tilgodeset patientens fortælling og ikke have udtrykt hendes mening omkring akutafdelingen.

En sidste indikation på, at lægen udviser kongruens er, at patienten og den pårørende er meget åbne over for lægen i samtalen ved, at de deler deres fortællinger om tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet. Dette uddybes yderligere i forbindelse med den sjette betingelse.

Den næste betingelse er, at lægen skal udvise ubetinget positivt hensyn og dermed vise accept over for patienten. Vi oplever, at dette er tilfældet i denne samtale. Dette kommer blandt andet til udtryk med patientens ytring: "nej jeg har ikke noget godt forhold til akutafdelingen mere" (eksempel 2). Lægen afbryder ikke patientens fortælling omkring dette emne, og hun viser forståelse ved at lytte til, hvad patienten og den pårørende siger: "nej" (eksempel 2). Lægen forsøger ikke at undskylde på vegne af akutafdelingen, men hun forsøger at hjælpe patienten til en forståelse af en mulig årsag til, hvorfor han er blevet dårligt behandlet: "ja, det er nogle gange, at der er nogle patienter, som falder mellem to stole, fordi det er akutafdelingen, og fordi det er, de skal være så brede, og så taber man nogle gange nogen på gulvet" (eksempel 2). Dette viser, at lægen ligeledes er ubetinget i sit positive hensyn over for patienten. Hun differentierer ikke mellem patientens følelser, og hun accepterer alt, hvad han fortæller, selvom det er en kritik af sygehuset. Lægen udviser positivt hensyn, da hun forsøger at fremdrage en fordel ved, at patientens tid til den urodynamiske undersøgelse først er den 30. april: "det er jo sådan set godt, at du har det godt med dit kateter indtil da" (bilag 4, observation 8, 00.22.48-00.22.53).

Lægens accept af patienten kommer endvidere til udtryk, idet hun fremviser, at hun accepterer, at patienten udtrykker, at hans kateter ikke generer ham: "ja, men det, nej det synes jeg ikke" (ek-

sempel 3). Lægen viser accept ved at støtte hans udmelding: "nej. Jeg ved også, at der er mange, der kommer op i din alder, der faktisk bliver glad for sit kateter, fordi det gør, at de ikke skal rende på toilettet hele tiden, og at det sådan tømmer sig selv (...)" (eksempel 3). Med denne ytring viser lægen, at hun har forståelse og accept over for, at patienten befinder sig godt med sit kateter, og hun accepterer dette faktum ved, at hun ligeledes fremhæver en fordel ved hans holdning til kateteret.

Patient: "jeg har ingen tænder i overmunden" -
Læge: "ja"
Patient: - "fordi jeg ved at få en ny protese, og den får jeg i morgen"
Læge: "ja"
Patient: "så du ved godt det med at spise" -
Læge: "ja"
Patient: - "der er der grød og"
Læge: "ja"
Patient: "det har også virket lidt på afføringen"
Læge: "på maven, ja"

Figur 32. Eksempel 9 (bilag 4, observation 8, 00.07.52-00.08.08)

Lægens accept af patienten og ubetingede positive hensyn kommer ligeledes til udtryk i eksempel 9. Dette er tilfældet, fordi hun lytter til patientens historie, selvom den optræder ude af kontekst, idet patients ytring: "jeg har ingen tænder i overmunden" kommer i forlængelse af patientens ytring i eksempel 3: "det vil jeg". Denne ytring omhandlede det faktum, at patienten gerne ville have foretaget en urodynamisk undersøgelse. Lægen lytter til patienten med ytringer såsom: "ja" og "på maven, ja" (eksempel 9). Dette viser, at lægen med sin medmenneske-stemme accepterer patientens fortælling, selvom den omhandler et andet emne. Med medmenneske-stemmen fremviser lægen, at hun accepterer, at patienten har et behov for at fortælle om hans manglende tænder ved, at hun ikke afbryder ham og ved, at hun skaber et forum, hvor patienten med sin social kommunikator-stemme kan ytre disse problemer.

Lægens positive hensyn kommer ligeledes til udtryk over for den pårørende, idet han begrundede sine spørgsmål: "ja, men jeg spørger bare" (eksempel 5). Hertil svarer lægen med positivt hensyn: "det er også helt i orden, det skal du endelig gøre" (eksempel 5). Lægen opfordrer ham til at fortsætte med at stille spørgsmål, hvis han har behov for det.

Den næste betingelse er empati. Lægen fremviser til en vis grad empati: "ja, og det gik det desværre ikke, ligesom vi havde håbet" (eksempel 1). Her forklarer lægen, at sidste gang, patienten havde været på afdelingen, var i marts, hvor personalet prøvede at fjerne hans kateter. Lægen viser, at hun forstår patientens situation og eventuelle frustrationer i forbindelse med undersøgelsens udfald ved at bruge ordet "desværre". Lægens udtrykker ligeledes empati i følgende citat:

nu ved jeg, nu har jeg også arbejdet på en mave-tarm kirurgisk afdeling selv, og jeg ved også, at 90 procent af dem, der kommer ind med ondt i maven, de kommer også ud, altså hjem igen uden en forklaring. Det er rigtig svært fordi, det er et område, hvor rigtig mange ting kan sætte sig. Så det er rigtig svært, men selvfølgelig har alle et krav på en udredning, og når man har haft så mange episoder som du har haft, så er jeg rigtig glad for at høre, at der er sat i gang en fornuftig udredning på det (bilag 4, observation 8, 00.05.26-00.05.52)

Med denne ytring udtrykker lægen en empatisk forståelse. Dog omhandler den første del af citatet hendes empathiske forståelse af akutafdelingen. Hun forsøger dermed med at informere patienten om, hvorfor det er svært at diagnosticere mavesmerter. Lægen udtrykker, at hun kan sætte sig i akutafdelingens sted, fordi hun selv har siddet i samme situation på mave-tarm kirurgisk afdeling. Med anden del af citatet kommer lægens empathiske forståelse til udtryk ved, at hun sætter sig i patientens sted ved at udvise forståelse for, at han gerne vil have en udredning af sine mavesmerter. Derudover udtrykker hun, at hun har en interesse i patientens historie:

(...) selvfølgelig har alle et krav på en udredning, og når man har haft så mange episoder som du har haft, så er jeg rigtig glad for at høre, at der er sat i gang en fornuftig udredning på det (bilag 4, observation 8, 00.05.26-00.05.52)

Som Rogers (1957 & 1962) forklarer, er den empathiske forståelse svær at besidde, og derfor vil den sundhedsprofessionelle nemt komme til at evaluere og analysere på det, patienten siger, i stedet for. Selvom lægen udviser empatisk forståelse for patienten på forskellige tidspunkter i samtalen, kommer den evaluerende forståelse også til udtryk. Dette er tilfældet med følgende citat: "det lyder til, at du ikke har haft det største held med dig og dine besøg med sygehusvæsenet" (eksempel 6). Således evaluerer lægen her på, hvad hun ser og hører, idet hun anskuer patienten udefra med henblik at skabe forståelse for patienten. Men fordi lægen ikke sætter sig direkte i patientens sted, bliver forståelsen til en evaluerende forståelse og ikke en empatisk forståelse.

Den sidste og sjette betingelse er patientens (og den pårørendes) opfattelse af lægens brug af betingelserne for kvalitet af kontakten. Som tidligere nævnt er både den pårørende og patienten meget åbne med deres fortællinger af deres tidligere erfaringer med sygehuset. Dette er en indikation på, at lægen udviser kongruens. Dette er tilfældet, fordi patienten og den pårørende udtrykker, at de stoler på lægen ved, at de deler deres fortællinger om tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet. Rogers (1957 & 1962) argumenterer, at jo mere oprigtig den sundhedsprofessionelle er, jo mere stoler patienten også på den sundhedsprofessionelle. Patientens tillid til lægen kommer til udtryk ved, at han eksempelvis deler følgende: "jeg arbejdede ved landbrug. jeg har haft (uf) som maskiningeniør og entreprenør. Til ryggen var ødelagt" og "og det var i øvrigt sygehuset, der ødelagde den" (eksempel 6). Denne fortælling viser, at han stoler på lægen, idet han fortæller om en dårlig oplevelse, der har fundet sted på sygehuset, som er lægens arbejdsplads. Patientens åbenhed kan dermed også være en indikator på, at lægen har udvist kongruens, og at patienten og den pårørende har opfattet lægens kongruens.

Den pårørende og patientens oplevelse af lægens ubetingede positive hensyn kommer til udtryk i interview 8.1, hvor de udtrykker tilfredshed med lægen: "hun var meget behagelig" (bilag 4, interview 8.1, 00.09.37-00.09.40). Den pårørende tilføjer:

også fordi, at hun sætter vinkler på tingene, skal vi gøre det, eller skal vi gøre det? Du bestemmer, men jeg synes, vi skal gøre det. Altså sådan vejledende, god vejledning (...) Man får egentlig selv lov til at bestemme, ikke? Det synes jeg i hvert fald var vigtigt (bilag 4, interview 8.1, 00.09.40-00.10.00)

Det kommer til udtryk, at den pårørende og patienten oplevede lægen som værende positiv. Den pårørende fremviser ligeledes positivitet over for samtalen, hvilket kan begrundes med, at han, efter at have spurgt ind til pasningen af patientens kateter, udtrykker, at han blot spørger, fordi han ikke har nogen viden omkring emnet: "ja, men jeg spørger bare" (eksempel 5). Til dette fremviser lægen positivitet ved at sige, at han endelige skal spørge, hvis der er spørgsmål. Hertil svarer den pårørende: "godt" (eksempel 5). Dette viser, at den pårørende modtager lægens positivitet, og samtidig udtrykker han, at han har forstået hendes besked.

I slutningen af samtalen udtrykker patienten tilfredshed med lægen og samtalen: "det var da rart at få en ordentlig tale med en læge" (bilag 4, observation 8, 00.29.58-00.30.07). Vi antager dermed, at patienten og den pårørende har oplevet lægen som værende forstående, og at hun har udvist positivitet. Derudover har hun ikke differentieret i patienten og den pårørendes ytringer og historier, hvilket kommer til udtryk i eksempel 9. Da patienten udtrykker tilfredsstillelse, antager vi, at han har oplevet og opfattet lægens ubetingede positive hensyn, der har gjort, at han har kunnet dele sine bekymringer med lægen. Dette kan være medvirkende til, at patienten og den pårørende har følt sig set, hørt og mødt af lægen.

Det kommer ikke direkte til udtryk, hvorvidt patienten og den pårørende opfattede, når lægen udviste empati, men med deres overordnede positivitet over for samtalen, er det muligt, at lægens ubetingede positive hensyn og hendes empatiske forståelse har været medvirkende til dette. Dette er på trods af, at lægen også på tidspunkter i samtalen udviste en evaluerende forståelse fremfor en empatisk forståelse.

De seks betingelser for kvalitet af kontakten under denne samtale er alle til stede i et vist omfang. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at lægen udviser kongruens. Derudover udviser lægen ubetinget positivt hensyn, hvilket ligeledes afspejles i patienten og den pårørendes vurdering af samtalen. Lægen fremviser en empatisk forståelse over for patienten og den pårørende, dog udviser lægen også på andre tidspunkter i samtalen en evaluerende forståelse fremfor en empatisk forståelse. Afslutningsvist vurderer vi, at den pårørende og patienten tilnærmelsesvist opfatter lægens opnåelse af disse betingelser.

Derfor er vores vurdering, at samtalens karakteristika i form af de anvendte stemmer har en betydning for kvaliteten af kontakten mellem lægen og patienten. Karakteristikaene har den betydning, at de medfører en høj kvalitet af kontakt i samtalen mellem læge, patient og pårørende på Uro-

logisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Den pårørende og patienten udtrykker, at de er blevet set, hørt og mødt af lægen. Dette betyder ikke nødvendigvis, at patientens helbredsmæssige problemer vil blive udredt. Det gavner dog kontakten mellem lægen og patienten (samt den pårørende) i den specifikke samtale.

Refleksion

Denne refleksion er segmenteret i tre dele. I den første del reflekterer vi over vores brug af interviews. Det gør vi, fordi vi før, under og efter interviewene har mødt nogle udfordringer. Disse udfordringer gennemgår vi i forbindelse med inddragelse af Steiner Kvale og Svend Brinkmanns (2009) syv faser i en interviewundersøgelse. I den anden del reflekterer vi over vores tilstræbte objektivitet og diverse feltroller under observationerne. Hertil inddrager vi ligeledes refleksioner over vores subjektive valg og disses konsekvenser i forhold til vores samlede specialeundersøgelse. I den tredje del reflekterer vi over stemme-begrebet i forhold til, hvorvidt det er muligt, at der kan være flere stemmer, end de syv som Marisa Cordella (2004) har defineret.

Fælles for de tre dele er, at vores refleksioner sættes i forbindelse med den læringsproces, vi har været igennem undervejs i denne specialeproces. Dette kommer også til udtryk ved, at refleksionens første del involverer overvejelser i forbindelse med empiriindsamlingen. Den anden del involverer overvejelser i forbindelse med vores subjektive valg i sammenhæng med processen før, under og efter vores empiriindsamling. Den tredje del involverer overvejelser omkring vores anvendelse af Cordellas (2004) teori i forbindelse med specialets undersøgelse af kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Vores anvendelse af interviews

Dette afsnit præsenterer vores refleksioner i forhold til, hvad vi gjorde, og hvad vi burde have gjort i forbindelse med vores anvendelse og udførelse af interviews. For at fremvise dette benytter vi Kvale og Brinkmanns (2009) syv faser i en interviewundersøgelse, som forfatterne gennemgår i deres bog: *Interview – introduktion til et håndværk*.

Vi gennemgår først de syv faser og sætter dem i forbindelse med vores specialeundersøgelse og de udførte interviews, efter interviewene er blevet udført. I den forbindelse viser vi vores læringsproces, idet vi viser, at vi er bevidste om, hvad vores handlinger har medført for vores anvendelse af interviews. Herefter fremviser vi vores læringsproces i forbindelse med, hvad vi burde have gjort, hvis vi anvendt de syv faser som inspiration for specialet og forud for udførelsen af interviews med sundhedsprofessionelle og patienter.

Indledningsvis i denne refleksion af vores tilgang til metoden; interviews, finder vi det relevant at pointere, at Kvale og Brinkmann (2009) opstiller de syv faser i en lineære udvikling, og det er den samlede undersøgelse, som gennemgår denne udvikling. I forbindelse med dette er vi bevidste om, at vores samlede specialeundersøgelse og vores empiriindsamlingsmetoder er en cirkulær udvikling, hvilket vi illustrerer med vores hermeneutiske tilgang (se metodeafsnit). Således er det gældende, at hvis vi havde anvendt de syv faser i specialet, ville vi have anvendt dem som inspiration, og vi ville ikke have anvendt Kvale og Brinkmanns (2009) lineære tankegang.

De syv faser er *tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 122-123). Kvale og Brinkmann (2009) argumenterer for, at inden interviewet finder sted, skal en væsentlig del af undersøgelsen være afklaret. Denne væsentlige del er blandt andet formålet med undersøgelsen, og dette sker i fasen, *tematisering*, hvor spørgsmålene:

hvorfor, hvad og hvordan skal være afklaret. *Hvorfor* tydeliggør formålet med undersøgelsen (og interviewet). *Hvad* omhandler det teoretiske perspektiv, og forskeren skal tilegne sig en forhåndsviden om det emne, der undersøges. *Hvordan* klarlægger de interview- og analyseteknikker, som forskeren skal anvende af metoder til at undersøge formålet og emnet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 125). Den første fase illustrerer vigtigheden i først at identificere formålet med og emnet for undersøgelsen, hvorefter de mest hensigtsmæssige teorier og metoder til at undersøge emnet bliver determineret (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 125).

I starten af denne specialeundersøgelse havde vi tidligere udformet et andet emne med inddragelse af andre mulige fokuser. Emnet var sunde og usunde samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Ud fra dette emne udformede vi vores interviewguides (bilag 2), og efter vi havde formuleret vores interviewguides, udførte vi interviewene med både sundhedsprofessionelle og patienter. På daværende tidspunkt havde vi opfattelsen af, at emnet var tydeligt formuleret, og hermed troede vi, at undersøgelsens *hvorfor*-spørgsmål var besvaret. Dette fremgår også af vores interviewguides idet flere af spørgsmålene omhandler sunde og usunde samtaler. Dog er vi nu bevidste om, at det ikke var tilfældet. Vi havde endvidere den opfattelse, at vi havde fået besvaret de øvrige spørgsmål, *hvad* eller *hvordan*, forud for interviewene. Endvidere er vi siden blevet bevidste om, at det emne (sunde og usunde samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter) ikke fremviste et tydeligt fokus. Dette kommer for eksempel til udtryk ved det afsluttende spørgsmål, hvor vi spørger patienten: "hvad er din senest afsluttede uddannelse?". Dertil har vi et lignende spørgsmål i vores interviewguide til interviewet med de sundhedsprofessionelle: "hvor længe har du været uddannet læge/sygeplejerske?" (bilag 2). Begge spørgsmål fremviser et bredere perspektiv på kommunikationen, fordi spørgsmålene henviser til flere fokuser og ikke kun et. Begge spørgsmål opererer stadig med det samme emne, kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient (sunde og usunde samtaler), men med det første spørgsmål kunne vores fokus have været patientens uddannelse. Hermed kunne vi have valgt at undersøge, om patientens type af uddannelse spillede en rolle i forhold til patientens forståelse af de informationer, der blev givet i samtalen med den sundhedsprofessionelle. Derudover kunne vi med spørgsmålet til den sundhedsprofessionelle have undersøgt et helt andet fokus. Dette helt andet fokus ville have været en undersøgelse af, om en nyuddannet læge eller sygeplejerske var dårligere til at kommunikere med patienten, fordi denne ikke vil have samme mængde af erfaring med patienter og patientforløb.

Således fremgår det i vores interviewguides, at fordi vi ikke havde formuleret et emne med et tydeligt fokus, følte vi os nødsaget til at indbefatte spørgsmål, der henviste til flere fokuser. Dette har også medført, at vi forud for interviewene ikke havde et skarpt teoretisk perspektiv. I stedet følte vi, at det var nødvendigt at inddrage et så bredt teoretisk perspektiv som muligt for ikke at komme til at udelukke nogle teorier, som kunne have en relevans for vores emne.

Idet vi formulerede vores interviewguides på baggrund af et andet emne, sunde og usunde samtaler, er interviewene ikke blevet udført i forbindelse med vores egentlige emne og fokus. En konsekvens af dette har været, at vi kun i et begrænset omfang har kunnet inddrage vores interview i vores analyse af, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, og hvilken betydning disse karakteristika har for kontakten mellem de to parter i samtalen.

I henhold til den første fase, *tematisering*, burde vi have identificeret formålet med specialet. Vi kunne have identificeret formålet ved at inddrage de tre spørgsmål, som Kvale og Brinkmann (2009) nævner. Hvis vi havde besvaret spørgsmålene, *hvorfor*, *hvad* og *hvordan*, fyldestgørende, inden vi planlagde vores interviews, ville vores interviews først og fremmest henvise til et tydeligt emne med et skarpt fokus. Således ville vi være blevet bevidste om, at vores daværende emne ikke havde et skarpt fokus eller formål, hvilket ville have medført, at vi ville have ændret vores emne, før interviewene blev udført. Dertil ville det have været muligt at inddrage interviewene i langt højere grad i analysen, som det oprindeligt var tanken med interviewene.

Design er den anden fase, og denne fase indbefatter planlægning af undersøgelsens teknikker og procedurer. Det vil sige, at den anden fase opererer med undersøgelsens *hvordan*. Derudover nævner Kvale og Brinkmann (2009), at alle syv faser bør tages i betragtning i denne fase og hermed før interviewene påbegyndes. Det vil sige, at den samlede undersøgelse skal opsættes i et design, før forskeren udfører interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 122-130). Endvidere indbefatter denne fase planlægningen af interviews i forhold til udformningen af interviewguides, planlægning af brug af noter og lydoptager samt generelt tid og ressourcer til den praktiske udførelse af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 129-130).

Ligesom vi troede, vi havde fået besvaret spørgsmålet *hvorfor*, troede vi også, at vi havde fået besvaret *spørgsmålene hvad* og *hvordan*. Det var vores opfattelse, at vi havde udvalgt de teorier og metoder, som ville være relevante at benytte i forbindelse med vores daværende emne. En af metoderne var for eksempel aktionsforskning. Vores forventning var, at vi skulle i samarbejde med de sundhedsprofessionelle (og tilnærmelsesvis patienterne) forsøge at skabe forandring på afdelingen, hvor denne forandring skulle skabe sunde samtaler fremfor usunde samtaler. Efter vores udførelse af interviews og observationer blev vi bevidste om, at de sundhedsprofessionelle og patienterne ikke var aktive aktører i en forandringsproces. De var i stedet aktører, som blev undersøgt af os, og vi indsamlede empiri fremfor at skabe empiri og dermed forandring. Denne erkendelse resulterede i, at vi bevægede os helt væk fra en aktionsforskningstilgang, og i stedet blev vi bevidste om, at vi "kun" benyttede os af deltagende observation og interviews. Vi kunne umuligt skabe forandringer med deltagerne (eller medforskerne), hvis vi ikke selv var helt bevidste om, hvad der egentlig skulle skabes en forandring af.

I forlængelse af spørgsmålene *hvad* og *hvordan* havde vi ikke fået planlagt hele vores specialeundersøgelse. Således havde vi heller ikke et egentlig mål med interviewene, inden vi udførte dem. Vi havde et generelt design i tankerne med hensyn til interviewene, som bestod i, at vi ville udføre interviews af de aktører, der havde en samtale med hinanden, som vi forinden observerede. Vi havde forinden interviewene ikke fået etableret, hvordan vi regnede med at afvikle interviewene i forhold til tid og ressourcer. Dette var nogle faktorer, der først blev fastlagt på de to dage, den 18. og 25. marts.

Hvis vi havde fået formuleret et tydeligt emne med et skarpt fokus, som netop er gældende for den første fase, ville vi også have haft mulighed for at have været afklaret omkring vores design. Dermed ville vi kunne have holdt vores mål med interviewene og specialeundersøgelsen i sigte, hvilket kunne have medført, at i stedet for at vi udførte 19 interviews, kunne vi have nøjes med omkring halvdelen. Dette er især gældende, nu hvor det kun er dele fra seks interviews, som indgår i analy-

sen. Hermed har der ikke været et reelt behov for at udføre flere interviews end de seks, som vi aktivt anvender i dette speciale. Dette ville også have været tilfældet med vores observationer, idet vi har observeret 11 konsultationer, men vi inddrager "kun" tre observationer i vores analyse. Således ville det med et tydeligt emne og skarpt fokus højst sandsynligt ikke have været nødvendigt at udføre så mange observationer. Endvidere ville vores interviewguides også afspejle et tydeligt emne og fokus over for os som interviewere, og de personer vi interviewede, fremfor at fremvise flere mulige fokusser. Det vil sige, at formuleringen af et klart emne med et skarpt fokus støber fundamentet til et sammenhængende interview og et sammenhængende design af den samlede specialeundersøgelse.

Den tredje fase er *interview*. Denne fase er den praktiske del, hvor interviewene bliver udført på baggrund af den eller de interviewguides, der er blevet udformet forinden. Interviewene bliver udført for at opnå den viden, som vi søger efter at opnå (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 122). Som det fremgår af ovenstående udførte vi interviewene på baggrund af vores interviewguides, dog afspejlede disse et andet emne (altså sunde og usunde samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter), end det vi siden har valgt at undersøge i dette speciale. Det vil sige, at vi opnåede en viden ud fra de sundhedsprofessionelle og patienters italesættelser om sunde og usunde samtaler. Denne viden er hermed en anden, end den vi ud fra vores nuværende fokus søger efter. Dog har det været muligt på grund af de spørgsmål, som henviser direkte til observationerne, at anvende segmenter fra interviewene i vores analyse. Det er for eksempel tilfældet med det første spørgsmål i begge interviews: "I forbindelse med den samtale, du lige har haft: hvad handlede samtalen om?" og "hvad var formålet med den samtale, du lige har haft med lægen/sygeplejersken?" (bilag 2).

Det, vi burde have gjort, var at få vores specialeemne med fokus indskrevet i vores interviewguides, hvilket ville være muligt, idet vi havde fået afklaret vores emne med fokus gennem de tre spørgsmål i den første fase. Hvis vi havde fået indskrevet vores emne og fokus i interviewguiderne ville det have medført, at vi ikke opnåede en viden omkring andre emner og fokuser. I stedet ville interviewguiderne kun fokusere på vores specifikke emne. Dermed ville vi kun have opnået en viden omkring vores emne: kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med fokus på kommunikationens karakteristika og disses betydning for kontakten mellem parterne i samtalen.

Den fjerde fase er *transskription*. I denne fase skal interviewmaterialet klargøres til analyse, hvilket vi har gjort med vores anvendelse af *Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Tale-sprog* samt meningskondensering. Vi valgte i starten, efter vi havde udført alle observationer og interviews, at meningskondensere alt. Det vil sige, at vi meningskondenserede alle 19 interviews og 11 observationer. I forbindelse med vores analyse valgte vi dog at slette og rette i vores meningskondensering, så vi kun havde meningskondenseringer af de tre observationer med dertilhørende interviews, som vi inddrogede i analysen. Dertil var vi nødsaget til at rette i meningskondenseringerne, inden vi påbegyndte analysen, fordi vi havde meningskondenseret alt fra de givne observationer og interviews. Vi havde følt os nødsaget til at gøre dette, fordi vi meningskondenserede, inden vi havde fået formuleret og defineret vores fokus, og derfor inkluderede vi alt, hvilket modstrider pointen med at meningskondensere.

Hvis vi havde fået formuleret og afklaret vores emne og fokus, ville det også have medført, at den fjerde fase, *transskription*, ville have forløbet anderledes. Dette skyldes, at vi i stedet for at me-

ningskondensere alt, ville vi have været bevidst om fra starten, hvad der var relevant at meningskondensere. På den måde kunne vi have undgået at revidere vores meningskondensering, fordi vi med vores afklaring af emne og fokus allerede ville være bevidste om, hvilke emner og meninger som ville være relevante at meningskondensere, og hvilke der ikke ville være relevante at meningskondensere.

Den femte fase er *analyse*, og i denne fase skal vi beslutte ud fra formål, emne og interviewmaterialets karakter, hvilke analysemetoder der passer til interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 122). Hvis vi sætter denne fase i forbindelse med, hvad vi har gjort, havde vi, inden vi udførte interviewene, i høj grad besluttet os for, hvilken teori og hvilke analysemetoder, vi ville benytte. Dette viste sig at være en ulempe, idet vi, inden vi udførte interviewene, ikke var helt klar over, hvad vi søgte efter i analysedataet. Dertil ændrede vi vores formål og emne, og i forlængelse heraf har vi måtte justere vores teori efter vores nuværende fokus. Dette har resulteret i, at vi ikke har kunne inddrage vores interview i så høj grad, som vi egentlig havde intenderet, i vores analyse. Ligesom det var gældende i forhold til de foregående faser, ville vores besvarelse af de tre spørgsmål under den første fase have medført, at vi kunne have inddraget interviewene i langt højere grad i analysen, end vi har gjort. Dette understreger igen, at vi burde have undersøgt og besvaret de tre spørgsmål fyldestgørende, idet vi kunne have identificeret, at vores daværende emne ikke var brugbart, fordi det ikke fremgik tydeligt, hvad vores fokus og formål var.

Verifikation er den sjette fase, og i denne fase nævner Kvale og Brinkmann (2009), at validiteten skal fastslås. I dette speciale har vi ikke arbejdet med validitet. I stedet har vi arbejdet ud fra en hermeneutisk tilgang med forforståelse, forståelse og fortolkning, som vi har kombineret med perspektiver omkring sandhed (se metodeafsnit). Det, vi har gjort, og det vi burde have gjort, afspejler tilnærmelsesvis hinanden, idet vi stadig undersøger sandheden, og hvad der sandt. Hertil er vi bevidste om, at den samlede specialeundersøgelse ikke nødvendigvis afspejler den sandhed, som interviewene omhandler. Dette skyldes, at interviewene netop afspejler et andet emne (sunde og usunde samtaler som henviser til kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter) og flere mulige fokuser til dette emne. Dog ved vi, at sandheden alligevel tilnærmelsesvis er den samme, idet de indledende spørgsmål i interviewene er de dele fra interviewene, vi har kunnet anvende i vores analyse. Dermed har de spørgsmål en relevans til vores emne og fokus.

Den syvende og sidste fase er *rapportering*. I denne fase skal undersøgelsens resultater og anvendte metoder kommunikeres i en form, der lever op til videnskabelige kriterier, der tager hensyn til undersøgelsens etiske aspekter og resulterer i et læseværdigt produkt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 122-123). I forbindelse med denne fase sammensætter vi, hvad har vi gjort, hvad vi planlægger at gøre, og hvad vi burde gøre. Vi planlægger, at undersøgelsens resultater bliver kommunikeret ud i form af et skriftligt speciale og en mundtlig eksamen. Dette vil vi også gøre til vores samarbejdspartnere til en mundtlig fremlæggelse. Med hensyn til etiske aspekter er det nogle overvejelser, vi har inkluderet i vores metodeafsnit. Det er for eksempel gældende for, at de pågældende patienter og sundhedsprofessionelle, som er blevet observeret og interviewet, er sikret anonymitet. Dermed fremgår deres navne ikke nogen steder. Vores etiske overvejelser i vores metodeafsnit er både gældende i forhold til, hvad vi har gjort, og hvad vi burde have gjort. Dette skyldes, at selvom formålet og emnet er blevet ændret, så er vores samarbejdspartner stadig den samme. Det vil sige, at det stadig er eti-

ske overvejelser tilknyttet patienter, sundhedsprofessionelle, et hospital og de samtaler, som sundhedsprofessionelle og patienter har med hinanden i en specifik kontekst.

Kvale og Brinkmann (2009) nævner, at de syv faser kan medvirke til, at forskeren (os som kommunikations- og specialestuderende) kan undgå en kaotisk interviewrejse. Endvidere kan faserne bidrage til, at forskeren bevarer den oprindelige vision og ligeledes sit engagement til undersøgelsen undervejs i hele processen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 123). Det er netop, hvad vi erkender, vi har manglet, idet vi udførte vores interviews med afspejlinger til et andet emne, hvor dette andet emne manglede et specifikt fokus og formål. Vi besvarede først de tre spørgsmål til den første fase, efter vi havde udført vores interview, og derfor indgår vores anvendelse af interviews også i denne refleksion i forbindelse med vores læringsproces.

Udover de syv faser er det også relevant at pointere andre refleksioner i forbindelse med vores anvendelse af interviews og den praktiske udførelse af interviews. Interviewet af patienten, som vi har inddraget i første analysedel (interview 2.1) (se bilag 3) blev tilnærmelsesvis udført, mens sygeplejersken var til stede på samme stue. Dette kan have medført, at patienten er blevet påvirket af sygeplejerskens tilstedeværelse. Havde sygeplejersken ikke været til stede, havde patienten muligvis svaret anderledes på spørgsmålene.

Derudover udviste patienten i samme interview (interview 2.1) forståelsesproblemer, idet han udtrykte, at han ikke forstod de spørgsmål, der blev stillet. Dette medførte, at vi, som interviewere, ændrede spørgsmålene til at være meget ledende spørgsmål. Som det dog fremgår af meningskondenseringen, har de ledende spørgsmål ikke påvirket patienten til at give de svar, som vi, som interviewere, ønskede. Patienten forstod muligvis ikke (dette har vi ikke mulighed for at vurdere), hvad det var, som vi ønskede at få svar på. I forbindelse med sygeplejerskens tilstedeværelse og patientens forståelsesproblemer kan disse to faktorer hænge sammen, idet patienten netop kan have valgt at fremvise forståelsesproblemer, fordi han måske ikke ville svare på spørgsmålene, mens sygeplejersken var til stede.

I henhold til vores anden analysedel har vi ikke et interview med den mandlige læge (i forbindelse med observation 5). Dette skyldes, at den mandlige læge kun blev interviewet én gang på grund af tidsmangel fra lægens side, og denne ene gang var i forbindelse med observation 1 (bilag 1). Således har vi ikke haft mulighed for at inddrage et interview med den mandlige læge i analysen, og dette har medført, at vi ikke har fået lægens egne udtalelser omkring patienten og samtalen. Disse udtalelser kunne for eksempel have henvist til lægens evne til at udvise kongruens. I vores analyse fremgår det, at lægen udviser kongruens. Dog ville et interview med lægen have givet muligheden for, at lægen selv kunne have udtrykt, om han udviste kongruens eller ej. Dertil kunne lægen også have udtalt sig om patientens opfattelse af informationen samt patientens deltagelse i samtalen. Disse udtalelser kunne vi have inddraget i vores analyse af kvaliteten af kontakt i observation 5.

Igen finder vi det relevant at pointere, at interviewene kun er blevet inddraget i et begrænset omfang i analysen. Derfor er det vores subjektive fortolkninger af observationerne (samtalerne), der er fokus på i dette speciale. Dog er vi bevidste om, at disse refleksioner omhandlende interviewene

(interview 2.1) og det manglende interview med lægen (i forbindelse med observation 5) stadig er relevante for vores samlede specialeundersøgelse.

Vores subjektive valg og disses konsekvenser

Da vi indsamlede vores empiri, foretog vi nogle subjektive valg. Dette var noget, vi gjorde både ubevidst og bevidst.

I vores metodeafsnit gennemgår vi grader af deltagelse og feltroller, og i den forbindelse nævner vi, at vi har valgt at påtage os rollen som den "fremmede". Denne rolle skaber en balance mellem nærhed og distance, som henviser til en tilstræbt objektivitet. Endvidere nævner vi i vores metodeafsnit, at vi valgte at benytte os af passiv deltagelse for ikke at interagere med de sundhedsprofessionelle og patienterne i samtalen.

Vi var inden observationerne bevidste om det, som Kristiansen og Krogstrup kalder for tilskrevne roller. En tilskreven rolle er den rolle, observatøren får ufrivilligt tilskrevet af de øvrige deltagere i feltet (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 118). Under observationerne oplevede vi at få tilskrevet en rolle, idet patienterne inddrog os direkte i samtalen i forbindelse med observation 2, 4 og 8 (bilag 1). Således var det patienterne, som påvirkede vores grad af involvering og type af deltagelse (se skala på side 12).

I observation 2 blev observatør inddraget flere gange i situationen af patienten, idet patienten forsøgte at få observatør til at stille interviewspørgsmålene, mens konsultationen var i gang, dog uden, at sygeplejersken var til stede på stuen. Dette medførte, at observatør var nødsaget til at involvere sig i højere grad i observationen, og derfor var observatøren under observation 2 ikke kun en passiv deltager med lav grad af involvering. I stedet blev observatør gjort til en moderat deltager med en lidt højere grad af involvering af patienten. Patienten stoppede endvidere ikke samtalen med observatør, selvom sygeplejersken kom tilbage på stuen. Hertil var det sygeplejersken, som stoppede samtalen mellem observatør og patienten med henblik på at kunne fortsætte konsultationen.

I observation 4 blev observatør ligeledes inddraget i observationen af patienten (bilag 1). Dette skete på et enkelt tidspunkt, hvor patienten og observatør var alene sammen på stuen. Patienten stillede spørgsmål til observatør i forhold til de feltnoter, der blev indskrevet. Da sygeplejersken kom tilbage på stuen, stoppede patienten selv samtalen med observatøren. Under denne observation tilskrev patienten observatør rollen som moderat deltager med lavere grad af involvering (men stadig en højere grad end ved passiv deltagelse).

I observation 8 blev observatør inddraget indirekte i samtalen mellem pårørende, patient og læge (bilag 1). Der var ingen af parterne, som talte direkte til observatør, men den pårørende omtalte observatør og gestikulerede flere gange til observatør under konsultationen. Denne tilskrevne rolle kan beskrives som en blanding mellem passiv og moderat deltagelse, idet observatør indirekte deltog i samtalen med patienten, den pårørende og lægen. Hertil er graden af involvering lav.

Disse tilskrevne roller har medført, at vi ikke kun har ageret tilskuere i de tre situationer, som vi oprindeligt havde tiltænkt. Ved at være moderate deltagere eller en blanding mellem passiv og moderate deltagere har vi kunne påvirke deltagerne i langt højere grad, end hvis vi kun havde været tilskuere. Dette skyldes, at vi i vores interaktion med deltagerne (typisk patienterne) under observationerne

kan have givet udtryk for vores meninger og hermed vores subjektivitet. Således kunne vi have risikeret at været kommet for tæt på deltagerne, hvilket strider imod vores rolle som den "fremmede". I forbindelse med dette kan vi ligeledes, ved at indgå i samtalen med for eksempel patienten i observation 2 (analysedel 1), have ladet vores subjektive mening og opfattelse af patienten komme til udtryk i analysen. På den måde kan vi have påvirket analysen med vores subjektive meninger om patienten, hvor disse meninger netop ikke kan blive understøttet af de teoretiske tilgange, vi anvender. Det er med vores anvendelse af Cordellas (2004) stemme-begreb og Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser, at vores fortolkninger opnår en troværdighed og gyldighed. Dette skyldes, at det er med vores anvendelse af stemme-begrebet og de seks betingelser, at vi fortolker på samtalen med henblik på de stemmer, der kommer til udtryk og ligeledes med henblik på at undersøge kvaliteten af kontakten i samtalen. Det er således ikke kun vores fortolkninger, men i stedet fortolkninger holdt op imod teoretiske og metodiske (deltagende observation og interviews) tilgange.

I nedenstående eksempel kommer det til udtryk, at patienten ikke har forståelse for, hvorfor spørgsmålene først skal stilles efter konsultationen. Dette er på trods af, at observatøren forsøger at forklare omstændighederne for patienten. Patienten opnår ikke en forståelse ud fra observatørs forklaringer, og det ender med, at sygeplejersken må bryde ind for, at konsultationen kommer tilbage på rette spor. Det, at patienten bliver ved med at udvise en manglende forståelse, ligegyldigt hvad observatøren siger, kan have medført, at observatøren har fået en negativ opfattelse af patienten. Denne negative opfattelse kan således have påvirket observatørens fortolkninger i analysen.

Patient: "hvad var det, du ville spørge om?"

Observatør: "nå det er først bagefter, hvis det er i orden"

Patient: "ja så skal du fandeme være hurtig da, for jeg er, ligeså snart jeg er færdig her, er jeg ude af røret"

Observatør: (latter)

Patient: "min kone sidder og venter og skal på arbejde"

Observatør: "nå for pokker. Jamen hvis du har tid, eller så er det"

Patient: "kan du ikke bare sidde og spørge nu?"

Observatør: "jamen det skal helst være bagefter denne her konsultation, det er derfor."

Patient: "ja jeg kan jo ikke svare på hvorfor, men jeg kan da ikke se nogen, hvorfor det skulle være bagefter fremfor at være nu, før nu"

Observatør: "det er fordi, den ikke er færdig endnu jo, konsultationen. Det er derfor. Den er nødt til at være færdig, før jeg kan spørge"

Patient: "nå ja ja, hvis du regner med at kunne få et bedre svar, så tror jeg sgu, du har regnet forkert"

Sygeplejerske: "det må vi se"

Figur 33. Eksempel 1 (bilag 4, observation 2, 00.10.23-00.11.05)

Vores tilstræbte objektivitet med rollen som den "fremmede" og vores brug af passiv deltagelse er blevet hæmmet med vores feltnoter og vores spontanfortolkninger. Dette erkender vi ud fra ovenstående refleksioner omhandlende deltagelse og involvering, samt vores refleksioner nævnt i vores metodeafsnit og i vores indledende del til vores analyse.

Feltnoter har for eksempel været et bevidst valg fra vores side. Vi valgte at nedskrive feltnoter, fordi vi med anvendelsen af en diktafon kunne dokumentere det auditive, men ikke det visuelle. Dette var i stedet muligt med vores feltnoter. Vores visuelle sanseindtryk i forbindelse med de i alt 11 observationer fremgår også af vores journaler (bilag 1), idet de er udformet på baggrund af vores feltnoter. Den måde, vi har anvendt feltnoter på, er, at vi har nedskrevet visuelle og generelle sanseindtryk, som havde en relevans for samtalen. Idet vi undersøger de sundhedsprofessionelle og patienters stemmer i samtalen og kvaliteten af kontakten i udvalgte samtaler, er vi bevidste om, at der ikke er fokus på de visuelle sanseindtryk. Det er der i stedet på de auditive sanseindtryk. Dog valgte vi at skrive feltnoter og hermed at nedskrive visuelle sanseindtryk fra observationerne, fordi vi på daværende tidspunkt ikke havde fået formuleret et nærmere fokus. Derfor gjorde vi det samme, som vi har gjort med vores interviews. Vi sørgede for at favne så bredt som muligt for ikke at komme til at udelukke potentielle relevante undersøgelsesemner og fokusser. I forbindelse med vores feltnoter er vi bevidste om, at det er os, som har taget beslutningen om, hvad der har været relevant at nedskrive i vores feltnoter. Således har vi ladet vores subjektivitet komme til udtryk i vores feltnoter. Dette kan have medført, at meninger i samtalen kan være gået tabt, fordi vi med vores subjektivitet har fravalgt disse meninger, fordi vi ikke har ment, at de var relevante.

I forbindelse med dette har vi ligeledes lavet nogle spontanfortolkninger under observationerne, hvor disse spontanfortolkninger danner grundlag for vores valg af observation 2, 5 og 8 i vores analyse. Vores spontanfortolkninger hænger sammen med vores feltnoter, idet vi har nedskrevet diverse spontanfortolkninger i vores feltnoter. Selvom vi bevidst nedskrev diverse feltnoter, og vi hermed bevidst tog beslutningen om, hvad vi skulle nedskrive, så lavede vi vores spontanfortolkninger ubevidst. Dette skyldes, at vi under samtalen ubevidst havde påbegyndt spontanfortolkninger med henblik på at opnå forståelse for, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle i den specifikke samtale. Et eksempel på vores ubevidste spontanfortolkninger ses i nedenstående citat, som er fra vores journaler i bilag 1. Vi har ubevidst fortolket, at lægen "understreger" noget, og at lægen "forsøger at formilde patienten":

Patienten udtrykte utilfredshed med sundhedspersonalet på akutafdelingen, hvortil lægen forsøgte at formilde patienten ved at fortælle om egne erfaringer som læge, hvor disse blandt andet omhandlede, at nogle patienter desværre kunne falde gennem to stole og blive tabt på gulvet. Dog understregede lægen, at hun var på patientens side ved at medgive, at patienten selvfølgelig ikke skulle have en dårlig oplevelse af hospitalet. Hertil skulle patienten selvfølgelig behandles på den korrekte måde og få udrettet de problemer, patienten end måtte opleve, i så vid udstrækning sådan en udredning var mulig. Hertil valgte den pårørende at blande sig i samtalen for at fortælle, at han havde taget styringen for at kunne få udrettet, hvad patienten end måtte fejle (bilag 1, journal over observation 8)

Ud fra vores feltnoter og spontanfortolkninger kunne vores teoretiske sandhed have været en anden, såfremt vi ikke havde ladet vores subjektivitet komme til udtryk gennem feltnoterne og spontanfortolkningerne under empiriindsamlingen. Dette skyldes, at med de meninger i samtalen, som eventuelt er gået tabt på grund af vores fravalg, kunne vi have opnået en anden sandhed. Hertil kunne vi ligeledes måske have fundet det relevant at inddrage andre observationer end de tre, som vi netop fokuserer på i dette speciale. Således kunne vi have udført andre hensigtsmæssige fortolkninger, som ledte til en anden teoretisk sandhed. Dermed kunne specialet have bevæget sig i andre retninger i forhold til emne, fokus og fortolkninger. I forlængelse af dette kunne de andre fokusser, som vi nævner i vores refleksion af anvendelsen af interviews, eventuelt have fremvist en mere tilstræbt objektivitet i empiriindsamlingen, end hvad vi har opnået. Dette skyldes, at vi har ladet vores subjektivitet komme til udtryk på forskellige måder. I henhold til andre fokusser til emnet kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter samt hensigtsmæssige fortolkninger ville vi opnå anden teoretisk sandhed. Denne teoretiske sandhed vil være ligeså gældende, som den teoretiske sandhed, vi har opnået i dette speciale med vores fortolkninger af kommunikationens karakteristika og disse karakteristikas betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter.

For at opsummere fremmes vores tilstræbte objektivitet med rollen som den "fremmede", men ud fra vores feltnoter og vores spontanfortolkninger er vi bevidste om, at vi har ladet vores subjektivitet komme til udtryk. I sammenhæng med dette bliver vores feltrolle som den "fremmede" udfordret ved, at flere af patienterne under konsultationerne (og hermed observationerne) inddragede os, som observatører, i konsultationen/samtalen. Vi ønskede passiv deltagelse med lav grad af involvering, men i stedet havde vi på nogle tidspunkter under nogle af observationerne moderat deltagelse. På trods af dette opnår vi alligevel en teoretisk sandhed, og denne sandhed bliver til en praktisk sandhed, når vi inddrager vores tanker omkring Kvale og Brinkmanns (2009) syvende fase; *rapportering*. Refleksionen omhandlende vores subjektive valg og disses konsekvenser fremviser, at vi således tilstræber en videnskabelig undersøgelse, som består af vores bevidsthed omkring vores subjektive valg, vi har foretaget undervejs i hele processen. Disse forskellige valg har vi både foretaget bevidst og ubevidst. Vi opnår denne videnskabelige undersøgelse med vores hensigtsmæssige fortolkninger, som trækker på en hermeneutisk tilgang, og som bliver understøttet af et teoretisk fundament. Dette teoretiske fundament giver os en indsigt i kommunikationen, kommunikationens karakteristika, kvaliteten af kontakt, samt karakteristikaenes betydning for kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient på Urologisk Ambulatorium.

Et kritisk blik på den anvendte teori

I vores tre analysedele har vi anvendt Marisa Cordellas (2004) teori, omhandlende stemmer, som patienter og sundhedsprofessionelle kan tale ud fra i en sundhedsrelateret kontekst, til at undersøge, hvad der karakteriserer kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Cordella (2004) nævner selv, at det kan blive anfægtet, at der findes flere "stemmer", end dem hun har defineret og anvendt i sin egen undersøgelse. Disse "stemmer" kan komme til udtryk som funktioner til de eksisterende stemmer, hvis der bliver foretaget endnu finere distinktioner i hver af de overordnede stemmer; doktor-stemmen, uddanner-stemmen, medmenneske-stemmen, den helbreds-

relaterede historiefortæller-stemme, kompetence-stemmen, social kommunikator-stemmen og initiativ-stemmen (Cordella, 2004, s. 60-61). Det vil sige, at de "nye" funktioner, ifølge Cordella (2004), er indbefattet i de syv stemmer, som hun har formuleret. Således kan en femte patientstemme udspringe fra en af de fire i forvejen eksisterende patientstemmer, men kun som en funktion. Dette er for eksempel tilfældet med kompetence-stemmen og dennes tre forskellige funktioner. Dermed vil der ikke være tale om en helt "ny" stemme, men kun en ny funktion til en allerede eksisterende stemme. Dette skyldes, at Cordella (2004) mener, at de syv overordnede stemmer er dækkende i forhold til de forskellige stemmer, som patienter og sundhedsprofessionelle kan anvende i samtalen med hinanden.

Som det fremgår i vores analyse, udfordrer vi Cordellas (2004) stemme-begreb. Dette gør sig gældende i vores første analysedel, idet vi fortolker, at patienten (fra observation 2) taler med en omvendt helbredsrelateret historiefortæller-stemme. Dette er også tilfældet i vores tredje analysedel, idet patienten (fra observation 8) ligeledes fortæller om sit helbred, men det er ikke med henblik på at få hjælp. Hermed fremsætter både patienten fra den første analysedel og patienten fra den tredje analysedel, at de ikke har et behov for hjælp i forhold til deres specifikke fortællinger. Dog anvender samme patienter samtidig en helbredsrelateret historiefortæller-stemme på andre tidspunkter i samtalerne, idet de begge med deres fortællinger alligevel fremsætter et behov for hjælp. Ud fra dette kan en yderligere klassifikation af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme være relevant. Denne klassifikation vil således lyde på, at patienten kan fortælle en helbredsrelateret historie med sin helbredsrelaterede historiefortæller-stemme. Hertil pålægger vi to funktioner til stemmen. Den ene funktion er, at patienten anvender denne type af stemme med henblik på at få hjælp til et helbredsrelateret problem. Den anden funktion er, at patienten fortæller en helbredsrelateret historie, men det er med henblik på at "afvise" hjælp. Dette er for eksempel tilfældet med patienten i den første analysedel (se figur 7, eksempel 1). Patienten fortæller om sit helbred, men han synes ikke selv, han har problemer, og han mener således ikke, at han har brug for hjælp. Derfor afviser patienten også sygeplejerskens tilbud om hjælp. I den tredje analysedel kan vores klassifikation af denne stemme også anvendes (se figur 26, eksempel 3). Dette er aktuelt på det tidspunkt i samtalen, hvor patienten fortæller om sit kateter og samtidig udtrykker, at han er tilfreds med kateteret. Dette er også et eksempel på en helbredsrelateret historiefortæller-stemme med funktionen at "afvise" hjælp fra (i dette tilfælde) lægen.

Med hensyn til denne stemme udvikler vi både nye funktioner (som Cordella (2004) nævner er muligt), men samtidig ændrer vi også ved selve klassifikationen af stemmen (som Cordella (2004) indirekte afviser som en mulighed). Cordellas (2004) helbredsrelaterede historiefortæller-stemme bliver anvendt af patienten, når patienten fremsiger et behov for hjælp. Dette behov kommer til udtryk gennem patientens helbredsrelaterede historiefortælling, hvor patienten netop udtrykker et problem. Vi har ændret klassifikationen til at være, at patienten kan tale med en helbredsrelateret historiefortæller-stemme, når denne fortæller en helbredsrelateret historie. Dertil har vi tilkoblet de to funktioner, hvor disse henviser til, at patienten kan vælge at dele sin fortælling med henblik på at afvise hjælp eller med henblik på at fremsige et behov for hjælp.

Udover vores klassifikation af en helbredsrelateret historiefortæller-stemme udfordrer vi ligeledes Cordellas (2004) stemme-begreb med vores fortolkninger af en form for kompetence-stemme,

som patienterne i alle tre samtaler (og hermed analysedele) anvender. I analysedelene fortolker vi, at det er en form for kompetence-stemme, idet det ikke fremgår tydeligt, om patienterne har en medicinsk viden eller ej. Det, at patienten har en medicinsk viden, er en af betingelserne for at kunne anvende en kompetence-stemme. Selvom patienten i den første analysedel ikke udtrykker, at han har en medicinsk viden, udfordrer han alligevel sygeplejersken, idet han selv mener, at han ved, hvad der er bedst for ham i forhold til behandling og pleje. I den forbindelse udviser patienten non-compliance, hvilket Cordella (2004) også sætter i forbindelse med kompetence-stemmen.

I stedet for at definere kompetence-stemmen som Cordella (2004) gør, kan stemmen i stedet defineres som en stemme, patienten anvender, når denne mener, at han har en viden omkring sit eget helbred, og han fremviser denne viden i samtalen. Om patienten har en medicinsk viden eller ej har ingen betydning i forhold til brugen af vores definition af kompetence-stemmen, idet vi netop har oplevet, at patienter, som ikke virker til at have en medicinsk viden, alligevel kan indvilge i behandlingen eller udfordre den sundhedsprofessionelle og dennes autoritet. Så længe at patienten selv mener, at han har en viden omkring sit eget helbred, og han fremviser denne viden, kan han, med vores definition af kompetence-stemmen, anvende den til at ytre sig over for den sundhedsprofessionelle. I sammenhæng med dette vil Cordellas (2004) tre funktioner til kompetence-stemmen stadig være gældende, idet patienten for eksempel stadig kan udfordre den sundhedsprofessionelle og dennes anbefalinger, hvis patienten mener, at den sundhedsprofessionelle tager fejl i forhold til valg af behandling og pleje. Således vil vi ikke ændre på de tre funktioner, og vi vil heller ikke ændre på kompetence-stemmens funktion. Patienten vil stadig med stemmen udvise viden og kompetencer i forhold til eget helbred, men vores ændring i definitionen af kompetence-stemmen fremviser, at patienten ikke kun kan udvise viden og kompetencer ud fra en reel medicinsk viden. Så længe patienten selv mener, at han har en viden, vil der være tale om en kompetence-stemme.

Udover vores ændringer af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og de mindre justeringer i forhold til kompetence-stemmen har vi også fremvist muligheden for en femte patientstemme i vores analyse. Denne femte patientstemme har Cordella (2004) ikke defineret, idet hun ikke mener, at der eksisterer flere overordnede stemmer end de syv, hun allerede har defineret. Denne femte patientstemme har vi i vores analyse kaldt for en historiefortæller-stemme, og den kommer til udtryk i vores første og tredje analysedel. Vi har udformet denne femte patientstemme, idet vi mener, at Cordellas (2004) fire patientstemmer ikke er dækkende i forhold til de ytringer, som kommer til udtryk i samtalerne. Vi har således, ud fra vores fortolkninger, fået den opfattelse, at det ikke var alle af patienternes ytringer, som kunne sættes i forbindelse med de fire patientstemmer.

I den første og tredje analysedel kommer historiefortæller-stemmen til udtryk, idet de to patienter fortæller personlige historier, som ikke er helbredsrelaterede. I første analysedel er det patienten selv, der vælger at inddrage en personlig fortælling i samtalen med sygeplejersken. Det samme er gældende for tredje analysedel, idet det igen er patienten selv, der vælger at inddrage en personlig fortælling i samtalen med lægen (og sygeplejersken).

Vores definition af denne femte patientstemme bliver understøttet af Cordella (2004) og hendes definition af den sundhedsprofessionelles medmenneske-stemme. Som vi også nævner i vores ana-

lyse, fremsætter Cordella (2004), at medmenneske-stemmen blandt andet skal få patienten til at fortælle sin historie og få den sundhedsprofessionelle til at udvise interesse for historien. I den første analysedel (se figur 9, eksempel 3) gør det sig gældende ved, at sygeplejersken stiller spørgsmål til patientens personlige fortælling. Dette opfordrer således patienten til at fortsætte sin fortælling, og samtidig viser det også patienten, at sygeplejersken lytter til fortællingen. I den tredje analysedel (se figur 29, eksempel 6) fortæller patienten også en personlig historie, som ikke har nogen direkte relevans til konsultationen eller hans helbred. Hertil vælger lægen at stille spørgsmål med henblik på at få patienten til at fortsætte og uddybe sin fortælling. Hermed stiller lægen spørgsmål på samme måde, som sygeplejersken gjorde i den første analysedel. Lægen viser med sine spørgsmål, at hun er interesseret i samtalen, og at hun lytter til patientens fortælling. I begge tilfælde fremgår det, at medmenneske-stemmen giver patienten mulighed for at tale med denne femte patientstemme. Således har Cordella selv (2004) skabt rammerne for en femte patientstemme, selvom hun afviser, at der kan findes flere overordnede stemmer end de oprindelige syv.

En anden måde, hvorpå vi udfordrer Cordellas (2004) stemme-begreb, er ved vores fortolkninger i den tredje analysedel, som omhandler lægen og sygeplejerskens brug af stemmer i samtalen med hinanden (se figur 28, eksempel 5). Cordella (2004) giver som nævnt tidligere udtryk for, at den sundhedsprofessionelle kan tale ud fra tre stemmer, og patienten kan tale ud fra fire stemmer. Hun afviser tilstedeværelsen af andre stemmer, men samtidig anfægter hun muligheden for flere funktioner tilknyttet til de syv overordnede stemmer. Dog udfordrer vi dette ved, at lægen over for sygeplejersken anvender en patientstemme. Lægen opsøger viden med en initiator-stemme ved at spørge sygeplejersken om, hvor tit patientens kateter skal skiftes. Således søger lægen mod at få sygeplejerskens uddanner-stemme i tale, så lægen kan få den information, hun søger. Cordella (2004) nævner intet om, at lægen kan tale ud fra patientstemmerne, men det kan skyldes, at Cordella (2004) som udgangspunkt ikke undersøger konsultationer, hvor der er flere sundhedsprofessionelle til stede. I stedet bygger Cordella (2004) sin undersøgelse på konsultationer, hvor der kun er en patient og en læge til stede. Selvom Cordella (2004) ikke nævner noget omkring en sundhedsprofessionelles brug af en patientstemme, fremviser vores fortolkninger i den tredje analysedel, at lægen godt kan tale med en patientstemme. Lægens brug af en patientstemme udviser grænserne mellem patientstemmerne og de sundhedsprofessionelles stemmer. Dette skaber en mulighed for, at der kan være fire stemmer fremfor tre, som den sundhedsprofessionelle kan anvende i konsultationen. Dog mener vi ikke, at der er en absolut nødvendighed for at definere en fjerde stemme, idet det ikke var over for patienten, at lægen anvendte initiator-stemmen. Det var i stedet over for en anden sundhedsprofessionel, som også var til stede under konsultationen, og Cordellas (2004) stemme-begreb opererer med at skabe forståelse for de stemmer, som patienter og sundhedsprofessionelle bruger i samtalen med hinanden. Der er således ikke tale om et stemme-begreb, der undersøger de sundhedsprofessionelles brug af stemmer over for hinanden i en konsultation.

Perspektivering

Formålet med dette afsnit er at fremvise, at vi er bevidste om, at der tidligere er udført undersøgelser vedrørende kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter. På baggrund af diverse undersøgelser er der ligeledes blevet udformet materiale, som har til formål at forbedre kommunikationen. Et eksempel på dette er Calgary Cambridge Guiden (Kurtz, Silverman & Draper, 1998).

Calgary Cambridge Guiden præsenterer 71 retningslinjer, der må opfyldes i kommunikationen med en patient under et medicinsk interview. Disse punkter inddeles i segmenterede afsnit, som blandt andet indbefatter indsamling af information, opbygning af relation og forklaring og planlægning (Ibid.). Med denne guide kunne et andet muligt fokus i dette speciale have været at vurdere, hvorvidt personalet på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers praktiserede disse 71 retningslinjer. Guiden kunne dermed have fungeret som rettesnor for, hvad der kunne have karakteriseret kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient på afdelingen i stedet for Cordellas (2004) stemme-begreb. Det ville endvidere stadig være muligt at undersøge kontakten ved at sætte Calgary Cambridge Guiden i relation til Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvalitet af kontakten. Hvis kontakten skulle undersøges i sammenhæng med Calgary Cambridge Guiden, er vi bevidste om, at vi havde været nødsagtet til at foretage nogle ændringer i henhold til vores metodiske valg ved at inddrage et videokamera fremfor en diktafon. Dette skyldes, at guiden indbefatter den sundhedsprofessionelles non-verbale opførsel, såsom ansigtsudtryk og øjenkontakt. Således ville det have været muligt at undersøge både det visuelle og auditive i forhold til den givne observation.

Vi valgte at fravælge denne guide, fordi vi, med stemmerne, havde mulighed for at skabe forståelse for, hvad sundhedsprofessionelle og patienter ytrer og med hvilket formål. Således har det været muligt for os at undersøge kommunikationens karakteristika. Denne mulighed ville vi ikke have haft med et andet fokus og Calgary Cambridge Guiden, idet den i stedet fremviser nogle overordnede retningslinjer, og den går ikke i dybden med det talte. Det er i stedet hele situationen, der er fokus på.

Konklusion

Formålet med dette speciale har været at skabe forståelse for den interpersonelle kommunikation og kvaliteten af kontakten i samtalen mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

For at besvare vores problemformulering har vi arbejdet med metoderne deltagende observation og interviews. Vi har valgt deltagende observation for at kunne være til stede i den specifikke kontekst, hvori samtalerne udspillede sig. Vi har anvendt interviews med henblik på at få italesat de sundhedsprofessionelle og patienternes opfattelser af de pågældende samtaler. Vi har benyttet disse metoder med det formål at indsamle empiri, som kan belyse kommunikationens karakteristika og disse karakteristikas betydning for kontakten. Som det fremgik af refleksionsafsnittet, er vi bevidste om, at vores anvendelse af metoderne er blevet påvirket af vores arbejdsproces. Dette skyldes, at vi udførte observationerne og interviewene, før vi havde udformet et konkret specialefokus. Vores endelige specialefokus kommer til udtryk i vores problemformulering:

Hvad karakteriserer kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, og hvilken betydning har disse karakteristika for den sundhedsprofessionelle og patientens kontakt med hinanden i samtalen?

For at undersøge specialets fokus og besvare ovenstående problemformulering har vi i analysen undersøgt tre udvalgte samtaler på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. Disse tre samtaler repræsenterer perspektiver på kommunikationen og kontakten. Således har vi ikke valgt at generalisere vores fortolkninger af og forståelse for kommunikationen på afdelingen, i stedet har vi undersøgt, hvordan kommunikationen karakteriseres i disse tre specifikke samtaler på afdelingen.

Ud af de tre samtaler, vi har undersøgt på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, har observation 2 og observation 5 lighedstegn i forbindelse med kommunikationens karakteristika. Disse samtaler karakteriseres i høj grad af henholdsvis lægens og sygeplejerskens doktor- og uddanner-stemme. Begge sundhedsprofessionelle anvender doktor-stemmen til at søge informationer om den pågældende patients helbred. Dertil anvender de sundhedsprofessionelle uddanner-stemmen til at informere om fordele ved den anbefalede behandling. Dermed opfordres patienterne ligeledes til at udvise compliance. Samtalerne er ligeledes karakteriseret af patienternes hyppige brug af kompetence-stemmen, som udfordrede henholdsvis lægen og sygeplejersken, idet begge patienter udviste non-compliance.

Under observationerne anvendte sygeplejersken og lægen medmenneske-stemmen minimalt med henblik på at vise forståelse for patienten. Dette har dog ikke haft en større betydning for kontakten. Anvendelsen af uddanner- og doktor-stemmen, samt patientens brug af kompetence-stemmen med funktionen *udfordrer* har medvirket til, at kontakten er blevet influeret af mangel på de sundhedsprofessionelles ubetingede positive hensyn og empati. Der er i stedet fra de sundhedsprofessionelles side blevet fokuseret på at uddanne og rådgive de to patienter i forhold til, hvordan de kan forbedre deres helbred. Kommunikationens karakteristika i disse to samtaler, i form af de anvendte

stemmer, har dermed den betydning, at betingelserne for kvalitet af kontakten enten kun bliver tilnærmelsesvis opfyldt eller slet ikke bliver opfyldt. Dette bevirker, at de seks betingelser for kvalitet af kontakt ikke opnås, og at kontakten mellem parterne dermed ikke er af høj kvalitet. Den mangelfulde kontakt afspejles ligeledes i måden, hvorpå samtalen i observation 5 afsluttes. Patienten er af uddanner-stemmen blevet informeret om konsekvenserne ved hans beslutning om at udfordre lægens anbefaling, men han fastholder sin non-compliance. Dette er ligeledes tilfældet i observation 2, hvor sygeplejersken udtrykker, at patienten har behov for en sundere livsstil, og at dette kan være årsagen til træthed og dovenskab. På trods af denne viden vælger patienten ikke at følge anbefalingen.

Havde det i højere grad været medmenneske-stemmen, der karakteriserede samtalerne, kunne udfaldet have set anderledes ud, idet den sundhedsprofessionelle i så fald kunne have forsøgt at forstå patienten. Dette kunne endvidere have resulteret i, at patienten havde opfattet den sundhedsprofessionelles ubetingede positive hensyn og empati. Af denne grund kunne patienten have haft mere tillid til den sundhedsprofessionelle og dermed have åbnet sig op for ham/hende. Således kunne patienten have delt sine bekymringer, og den sundhedsprofessionelle kunne have adresseret disse bekymringer med henblik på, at patienten ville udvise compliance. Dette er tilfældet i den sidste og tredje undersøgte samtale på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Observation 2 og 5 står i modsætning til den tredje observation; observation 8. Observation 8 adskiller sig fra de to andre ved, at medmenneske-stemmen i højere grad er repræsenteret. Dog er uddanner-stemmen og doktor-stemmen stadigvæk repræsenteret, og observation 8 er derfor karakteriseret af lægens (og sygeplejerskens) brug af medmenneske-stemmen samt doktor-stemmen og uddanner-stemmen. Samtalen er ligeledes karakteriseret ved patienten og den pårørendes anvendelse af diverse historiefortæller-stemmer. Anvendelsen af disse stemmer har, i modsætning til de foregående observationer, medført, at ubetinget positivt hensyn og empati i kontakten er til stede i samtalen. Som nævnt ovenfor anvender patienten og den pårørende de forskellige fortæller-stemmer, som er udgjort af den helbredsrelaterede historiefortæller-stemme, den omvendte helbredsrelaterede historiefortæller-stemme og historiefortæller-stemmen. Samtalen er altså i høj grad repræsenteret af patienten og den pårørendes behov for at berette om deres tidligere oplevelser. Lægen afbryder ikke deres fortælling, og hun lytter aktivt til den. På den måde skaber hun et forum, hvor der er mulighed for, at patienten og den pårørende kan fortælle deres historier. I denne samtale har karakteristikaene, som er aktørernes anvendelse af stemmerne, den betydning, at betingelserne for kvalitet af kontakten i samtalen bliver opfyldt. Patienten forlader samtalen med følelsen af, at han er blevet set, hørt og mødt. Derudover er der opstået enighed om det videre patientforløb, såfremt det er patientens oprigtige mening, der er kommet til udtryk. Dette er et eksempel på, at anvendelsen af medmenneske-stemmen gavner kontakten i denne samtale.

Afslutningsvis konkluderer vi hermed, at kommunikationen i disse tre samtaler på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers er karakteriseret af den sundhedsprofessionelles overvejende brug af henholdsvis uddanner- og doktor-stemmen. De sundhedsprofessionelles stemmer optræder i samspil med forskellige patientstemmer, der overvejende er repræsenteret af kompetence-stemmen med funktionen *udfordreren* og diverse historiefortæller-stemmer. Derudover karakteriseres kommunikationen i observation 8 af inddragelsen af medmenneske-stemmen. Vi konkluderer, at an-

vendelsen af disse stemmer og deres samspil har en betydning for kontakten mellem den sundhedsprofessionelle og patienten i de tre specifikke samtaler på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers. På baggrund af analysen af disse tre specifikke samtaler kan vi konkludere, at stemmernes betydning er, at i observation 2 og 5 opfyldes de seks betingelser for kvalitet af kontakten næsten ikke eller slet ikke. Derimod opfyldes betingelserne i højere grad i observation 8, hvor medmenneske-stemmen er repræsenteret. Det har dermed en betydning for kontaktens kvalitet, hvor meget forståelse den sundhedsprofessionelle viser, og hvor meget medmenneske-stemmen anvendes. Med denne stemme er det muligt for den sundhedsprofessionelle at udvise ubetinget positivt hensyn og empati.

Vi har ydermere opnået viden om, at kvaliteten af kontakten ikke nødvendigvis er fundamental i forbindelse med den primære årsag til samtalen: det helbredsrelaterede problem. Det vil sige, at selv om medmenneske-stemmen bliver anvendt, og at den medfører en høj kvalitet af kontakten, bliver det helbredsrelaterede problem ikke nødvendigvis ændret. I analysen af observation 8 er der usikkerhed omkring, hvorvidt patienten kan få fjernet kateteret eller ej. Men ud fra lægen, patienten og den pårørendes brug af stemmer øges kvaliteten af kontakten alligevel i denne specifikke samtale, selv om helbredsproblemet er uændret. Dermed kan det tyde på, at de involverede parter i samtalen alle føler sig set, hørt og mødt af hinanden, hvilket kan henvise til, at lægen udviser kongruens, og at patienten udviser compliance. Dog kommer det modsatte også til udtryk, idet den manglende kvalitet af kontakten i analysen af observation 5 kan medføre, at det fysiske helbredsproblem faktisk bliver forværret. Dette skyldes, at patienten ikke føler sig set, hørt og mødt af lægen, og derfor lytter patienten ikke til lægens anbefaling, hvilket kan have konsekvenser for patienten. Dog virker patienten ikke til at være bevidst om disse konsekvenser på grund af lægens manglende forståelse for patienten.

Det fysiske helbredsproblem, som typisk vil være grunden til den specifikke samtale, bliver dermed ikke udredt eller nødvendigvis ændret, selv om kvaliteten af kontakten opfattes som værende høj i henhold til de seks betingelsers tilstedeværelse i samtalen. Selvom det fysiske helbredsproblem forbliver uændret, er en høj kvalitet af kontakten i den specifikke samtale stadig af vigtig karakter. Dette skyldes, at samtalen og kvaliteten af kontakten fremviser, at patienten og den sundhedsprofessionelle kan føle sig set, hørt og mødt af hinanden, hvilket er vigtigt i forhold til det generelle patientforløb. Hvis patienten for eksempel ikke føler sig set, hørt og mødt, kan det medføre, at denne udviser non-compliance, hvilket kan påvirke det samlede patientforløb.

Vi er nået frem til en besvarelse af vores problemformulering ved at identificere kommunikationens karakteristika på baggrund af Marisa Cordellas (2004) stemme-begreb. Vi har i refleksionsafsnittet diskuteret, hvordan denne teori henholdsvis begrænsede og styrkede vores undersøgelse. Styrken ved anvendelsen af Cordellas (2004) stemme-begreb er, at vi har haft mulighed for at samle de mange ytringer under nogle klassifikationer. Ud fra klassifikationerne har vi kunnet opnå forståelse for samtalens karakteristika, og vi har kunnet segmentere ytringerne i forhold til deres budskab. Begrænsningen har været, at Cordella (2004) ikke har defineret nok stemmer til at kunne dække alle former for ytringer. Hun uddyber selv, at det er muligt at tilkoble flere funktioner til den enkelte stemme, men hun mener ikke, at der findes flere stemmer at definere. I forlængelse af dette har vi set os

nødsaget til at tilføje både flere stemmer og funktioner. Begrænsningen ved vores anvendelse af Carl Rogers' (1957 & 1962) seks betingelser for kvalitet af kontakten er det faktum, at Rogers selv anvender betingelserne i hjælperelationer, hvor patientens psykiske lidelser har været det primære formål med relationen. Dog vendes selvsamme faktum til en styrke, da vi oplever en alsidighed i betingelsernes anvendelse. Til trods for at kvaliteten af kontakten ikke nødvendigvis påvirker den primære årsag til samtalen, et fysisk og helbredsrelateret problem, finder vi betingelserne anvendelige. Kvaliteten af kontakten er til stede i denne type samtale, og derfor oplever vi alsidigheden i Rogers' betingelser som en styrke. Med disse teorier og vores hensigtsmæssige fortolkninger opnår vi en teoretisk sandhed værende vores forståelse af de tre samtaler på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Litteraturliste

- Alrø, H. & Kristensen, M. (1988). *Kan du se, hvad jeg sagde?* Roskilde, Danmark: Holistic Bogforlag.
- Alrø, H. & Kristiansen, M. (2006). Et dialogisk perspektiv. I Nielsen, M. S. & Rom, G. (Red.). *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner* (s. 99 – 254). København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Bentsen, E. Z. & Juhl, C. (2003). Det patientfokuserede sygehus. I S. Hildebrandt, K. K. Klausen & S. F. Nielsen (Red.), *Sygehusledelse – Temaer – Perspektiver – Udfordringer* (s. 31-40). København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Brinkmann, S. (2014). Forskningsinterview. I S. Kolstrup, G. Agger, P. Jauert & K. Schrøder (Red.), *Medie- og kommunikationslektion* (s. 177-178) (3. udgave). Frederiksberg, Danmark: Samfundslitteratur.
- Cordella, M. (2004). *The Dynamic Consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam, Holland: John Benjamin Publishing Company
- Patientombuddet, (2013), Årsberetning 2013, Dansk Patientsikkerheds Database Del 1. Frederiksberg, Danmark: Patientombuddet.
- Dahl, P. N. (2010). Læge-patient kommunikation. I Horsbøl, A. & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset* (s. 17 – 46). Aalborg, Danmark: Aalborg Universitetsforlag
- Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog. (1992). Tillæg A i SNAK 5, Styringsgruppen for initiativområdet Dansk talesprog i dets variationer under Statens humanistiske Forskningsråd.
- Dutta-Bergman, M. J. (2010). The Relationship between Health-Oriented, Provider-Patient Communication, and Satisfaction: An Individual-Difference Approach. I Kreps, G. L. (Red.), *Health Communication* (s. 167 - 178). London, England: Sage Publications.
- Elsass, P. (1997). Compliance: Et forførende begreb om samarbejder mellem patient og behandler. I Elsass, P., Olesen, F. & Henriksen, S. (Red.), *Kommunikation og forståelse – kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* (51-86). Århus, Danmark: Philosophia.
- Fowler, C. & Nussbaum, J. F. (2008). Communication with the Aging Patient. I Wright, K. B. & Moore, S. D. (Red.), *Applied Health Communication* (s. 159-178). Cresskill, NJ: Hampton Press Inc.

- Glaser, B. & Strauss, A. (2012). The Discovery of Grounded Theory. I Glaser, B. & Strauss, A. (7. Udgave), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research* (s. 1-4). New Jersey, NY: AldineTransaction.
- Hansson, B. (2014). Den professionelle relation. I Jørgensen, K (Red.), *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle* (s. 123-143). København, Danmark: Gads Forlag.
- Hildebrandt, S., Klausen, K. K. & Nielsen, S. F. (2003). Indledning. I S. Hildebrandt, K. K. Klausen & S. F. Nielsen (Red.), *Sygehusledelse – Temaer – Perspektiver – Udfordringer* (s. 15-25). København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Horsbøl, A. & Frimann, S. (2010). Professionalisering af kommunikation på sygehuse. I Horsbøl, A. & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset* (s. 123-147). Aalborg, Danmark: Aalborg Universitetsforlag.
- Horsbøl, A. (2010). Omdømmet i den sundhedsprofessionelles hverdag. I Horsbøl, A. & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset* (s. 181-202). Aalborg, Danmark: Aalborg Universitetsforlag.
- Horsbøl, A. & Sørensen, M. B. (2010). Indledning. I Horsbøl, A. & Sørensen, M. B. (Red.), *Sundhedskommunikation på sygehuset* (s. 7-15). Aalborg, Danmark: Aalborg Universitetsforlag.
- Jonasson, C. (2012). På vej ind i felten. I M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Red.), *Deltagerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 61-75) (1. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, L. (2014) Kommunikation i sundhedssektoren – en udfordring i korte kontakter? I Jørgensen, K (Red.), *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle* (s. 61-85). København, Danmark: Gads Forlag.
- Kjørup, S. (2008). Hermeneutikken. I Kjørup, S. *Menneskevidenskaberne: Humanistiske forsknings-traditioner 2* (s. 63 – 85). Frederiksberg, Danmark: Roskilde Universitetsforlag.
- Knudsen, V. Z. (1997) Det relationelle forhold mellem patient og professionel: Interpersonelle relationer som udviklingsfelt i klinisk sundhedsarbejde. I Elsass, P., Olesen, F. & Henriksen, S. (Red.), *Kommunikation og forståelse – kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* (119 -141). Århus, Danmark: Philosophia.
- Korsch, B. M. & Negrete, V. F. (2010). Doctor-Patient Communication. I Kreps, G. L. (Red.) *Health Communication*. (s. 1-15). London, England: Sage Productions.

- Kreps, G. L. (Red.) (2010). Introduction: Health Communication in the Delivery of Health Care. I Kreps, G. L. (Red.), *Health Communication: Volume I* (s. xxviii-xxx). London, England: Sage Publications.
- Kristiansen, S. (2012). Ethiske udfordringer ved deltagende observation. I M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Red.), *Deltagerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 213 – 229) (1. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Kristiansen, S., & Krogstrup, H. K. (2008). *Deltagende observation - introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. (1. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Kristiansen, M. & Bloch-Poulsen, J. (1997). I mødet er sandheden. Aalborg, Danmark :Aalborg Universitetsforlag.
- Kurtz, S. M., Silverman, J.D. & Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, England: Radcliffe Medical Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview – introduktion til et håndværk*. (2. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, M., Klitmøller, J. & Nielsen, K. (2012). En rehabilitering af deltagerobservation i psykologien. I M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Red.), *Deltagerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 15-20) (1. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Rutten, L. J. F, Augustson, E. & Wanke, K. (2010). Factors Associated with Patients' Perception of Health Care Providers' Communication Behavior. I Kreps, G. L. (Red.), *Health Communication* (201 – 213). London, England: Sage Publications.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1962). The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance. *Harvard Educational Review*, 34, 419-429.
- Smythe, E.A., Ironside, P.M., Sims, S.L., Swenson, M.M. & Spence, D. G (2007). Doing Heideggerian hermeneutic research: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.09.005

Spradley, J. P. (2012). Deltagerobservation. I M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Red.), *Delta-gerobservation – En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 39-60). (1. udgave). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Street Jr., R. L. (2010). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. I Kreps, G. L. (Red.), *Health Communication* (s. 15-31). London, England: Sage Publications.

Thompson, T. L., Robinson, J. D., Anderson, D. J. & Federowicz, M. (2008). Health Communication: Where Have We Been and Where Can We Go? I Wright, K. B. & Moore, S. D. (Red.), *Applied Health Communication* (s. 3-35). Cresskill, NJ: Hampton Press Inc.

Wackerhausen, S. (1997). Kommunikation, forståelse og handling – et filosofisk perspektiv. I Elsass, P., Olesen, F. & Henriksen, S. (Red.), *Kommunikation og forståelse – kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* (15-37). Århus, Danmark: Philosophia.

Hjemmesider:

Organisation. Kort faktuel beskrivelse af organisationen; Regionshospitalet Randers. Hentet den 31. maj 2015 fra <http://www.regionshospitalet-randers.dk/om-os/organisation/> (link 1).

Om os - information om Regionshospitalet Randers. Hospitalets mission og vision. Hentet den 31. maj 2015 fra <http://www.regionshospitalet-randers.dk/om-os/> (link 2).

Kvalitet. Kvalitet på Regionshospitalet Randers. Hospitalet tilstræber at tilbyde patienter behandling og pleje af højeste kvalitet. Hentet den 31. maj 2015 fra <http://www.regionshospitalet-randers.dk/om-os/kvalitet/> (link 3).

Urologisk Ambulatorium. Beskrivelse af afdelingen; Urologisk Ambulatorium. Hentet den 31. maj 2015 fra <http://www.regionshospitalet-randers.dk/afdelinger/kirurgisk-afdeling/urologisk-ambulatorium/> (link 4).

Bilag 1 – Journaler over observationer

De kommende journalafsnit redegør for hændelserne under observationerne foretaget på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers henholdsvis den 18. og 25. marts. Journalerne udgøres af generelle observationer samt de feltnoter, der er nedskrevet under observationsstudierne. For nærmere beskrivelse af observationerne, se meningskondensering i bilag 3.

Journal over observation 1

Denne observation fandt sted på stue syv på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. Observationen varede knap fem minutter og bestod af en konsultation, hvor de tilstedeværende bestod af en patient, en pårørende, en læge samt en sygeplejerske.

Formålet med konsultationen var at få svar på en kontrolundersøgelse i forbindelse med patientens tilstand med prostatakræft tilbage i 2012. Observatøren havde på forhånd aftalt med sygeplejersken, der var til stede under dette lægeprogram, at observatøren kunne være med til at hente patienten i venteværelset. Således kunne observatøren præsentere sig selv, formålet med sin tilstedeværelse og få en mundtlig accept fra patienten af observatørs tilstedeværelse under konsultationen samt muligheden for efterfølgende spørgsmål.

Under konsultationen opholdt sygeplejersken sig i baggrunden og deltog som udgangspunkt ikke i samtalen. I stedet kom informationsstrømmen fra lægen. Først forklarede han, at resultatet på vævsprøverne var positivt, og at der ikke var celleforandringer. Derefter kom der et men; der er en betændelse. Lægen brugte meget tid på at forklare patientens tidligere kræftforløb, og hvordan det har udviklet sig henover årene. Patienten stillede meget få spørgsmål selv, men det fremgik, at patienten lyttede til, hvad lægen sagde. Den pårørendes deltagelse i samtalen var minimal.

Da lægen ville bekræfte den næste tid på afdelingen, fortalte patienten, at han ikke havde skrevet nogen tid i sin kalender. Først her blev sygeplejersken en del af samtalen, da hun forsøgte at forklare, hvorfor tiden ikke var blevet bekræftet med patienten. Konsultationen blev afsluttet, da alle parter blev enige om den kommende tid.

Umiddelbart efter konsultationen blev der afholdt et interview med patienten og den pårørende. Efter dette interview blev der yderligere afholdt et interview med den pågældende læge. Dog blev interviewet forkortet, idet lægen var i tidspres. Der opstod forståelsesproblemer fra lægens side i forbindelse med dele af interviewet.

Journal over observation 2

Observation 2 fandt sted på stue fire på Urologisk Ambulatorium, der ligger på D6 på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. Konsultationen varede cirka 14 minutter, og konsultationen blev observeret af en observatør, hvor fokus var på kommunikationen mellem en patient og sygeplejerske.

Formålet med konsultationen var at skabe dialog omkring patientens helbred, hvor sygeplejersken var interesseret i at konkretisere, hvordan patienten havde det. De første fem minutter af konsultationen forløb ved, at patient og sygeplejerske talte om, hvordan patienten havde det.

I disse første fem minutter bar interaktionen mellem patient og sygeplejerske især præg af at være en hverdagssamtale fremfor en konsultation mellem patient og sundhedsprofessionel. Der var for eksempel et begrænset brug af medicinske termer, og sygeplejerske startede ud med at spørge, hvordan patienten havde det. Sygeplejersken udviste empati for patienten på den måde, at hun udviste forståelse for de gener, han oplevede. En observation, som observatøren gjorde sig i forbindelse med starten af konsultationen, var, at patienten snakkede meget. Patienten delte hurtigt sine tanker omkring helbredet med sygeplejerske, hvor det var sygeplejersken, der måtte bringe konsultationen tilbage på sporet ved at bringe medicinske forklaringer og årsager ind i samtalen.

Et andet formål med konsultationen kom først til udtryk efter, at konsultationen havde været i gang i omkring fem minutter. Dette formål var at give patienten svar på nogle blodprøver, han havde fået foretaget på et tidligere tidspunkt.

I løbet af konsultationen, hvor patienten skulle have to indsprøjtninger med medicin, inddrog patienten private emner, som ikke havde direkte eller indirekte relevans i forbindelse med patientens sygdom og formålet med konsultationen. Sygeplejerske indgik i interaktionen, men det virkede til, at hun talte patienten efter munden, og samtalen blev til en høflighedssamtale om patientens problemer som pensionist. Sygeplejerske brugte dog tid på at snakke med og lytte til patienten, men hun sørgede også for at få bragt samtalen tilbage til det primære formål.

Sygeplejerske forsøgte på flere tidspunkter at tale om livsstil og vaner med patienten, hvor patienten med det samme meldte ud, at han havde det lige, som han ville have det. Dermed sørgede sygeplejersken for at få udtrykt diverse meninger, men hun ændrede også emne på de tidspunkter, hvor hun, ud fra patientens svar, fik indtrykket af, at hun ikke kunne vejlede ham yderligere.

Selvom patienten forinden havde givet sin tilladelse til observatørens tilstedeværelse samt sagt ja til at svare på opfølgende spørgsmål *efter* konsultationen, valgte patienten alligevel at inddrage observatøren i den givne situation på et tidspunkt, hvor sygeplejersken havde forladt stuen for at finde plastre og andet til patienten. Patienten gjorde det for at få stillet spørgsmålene på dette tidspunkt, fremfor efter konsultationen. Dette har resulteret i, at observatør har deltaget i mindre grad i observationen, hvilket ikke var tiltænkt inden udførelsen af de pågældende observationer. Patienten inddrog ligeledes observatøren igen på et tidspunkt, hvor sygeplejerske udtrykte, at konsultationen var ved at være slut. Hermed "tvang" patienten observatøren til at stille spørgsmålene, mens sygeplejerske stadig var til stede på stuen.

Under interaktionen med patienten opstod især et spørgsmål, som observatør (og interviewer) valgte at inddrage i det efterfølgende interview af den sundhedsprofessionelle. På grund af patientens modvillighed til besvarelse af spørgsmål samt hans forsøg på at stoppe interviewet, inden det var færdiggjort, og på trods af at han havde givet sin accept forinden, var det ikke muligt at stille patienten opfølgende spørgsmål, der var opstået i observationen af samtalen.

Konsultationen sluttede, både inden spørgsmålene blev stillet, og efter de blev stillet. Dette skyldes, at konsultationen på sin vis var afsluttet, da interviewer (og observatør) stillede patienten diverse spørgsmål i en deciderede interviewsituation, men efter de spørgsmål var blevet stillet, optog patienten og sygeplejersken alligevel konsultationen med henblik på en egentlig afslutning. Denne

egentlige afslutning havde ikke været til stede, fordi konsultationen og interviewet med patienten blev bundet sammen af patienten, og interviewsituationen overtog nærmest konsultationen.

Som det fremgår af ovenstående blev både sygeplejerske og patient interviewet individuelt i forbindelse med den pågældende konsultation. Til begge interviews anvendte vi vores interview-guides (se bilag 2).

Journal over observation 3

Denne observation fandt sted på stue syv på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. Observationen varede knap ni minutter og var et observationsstudie af en konsultation, hvor de tilstedeværende bestod af en patient, en pårørende, en læge samt en sygeplejerske.

Formålet med konsultationen var, at patienten skulle have svar på en nyreundersøgelse. Under denne konsultation opstod der nogle vanskeligheder i forbindelse med en sprogbarriere mellem patienten, den pårørende og lægen samt sygeplejersken. Patienten og den pårørende talte ikke meget dansk, men forstod lidt. Konsultationen startede ud med en konflikt, idet der ikke var nogen tolk til stede, hvilket patienten og den pårørende gav udtryk for, at de havde forventet. Dette medførte, at patienten og den pårørende ikke forstod, hvad lægen og sygeplejersken sagde til dem. Lægen forsøgte dog at tale tydeligere, men ændrede derudover ikke meget på sin måde at tale på. Den pårørende talte lidt mere dansk end patienten og talte derfor på hendes vegne.

Lægen virkede meget frustreret over patientens manglende forståelse af det, han sagde. Sygeplejersken forsøgte at omformulere nogle af lægens spørgsmål, dog uden held. Lægen og sygeplejersken forsøgte at oplyse patienten om hendes tilstand ved hjælp af en model og ved at pege på patientens scanningsbillede på computeren.

Afslutningsvist gav den tilstedeværende læge patientens egen læge skylden for, at denne ikke havde noteret, at der skulle være en tolk til stede. Lægen afsluttede samtalen, da han ikke så noget formål med at fortsætte den. På grund af patienten og den pårørendes manglende danskkundskaber, blev der ikke afholdt et interview med patienten og den pårørende. Derudover blev der ikke afholdt et interview med lægen, da denne skulle direkte videre til næste patient.

Journal over observation 4

Observation 4 blev udført på stue fem på Urologisk Ambulatorium, som ligger på D6, på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015. Den samlede observation varede omkring 40 minutter. Det var en konsultation, som var en kontrolundersøgelse, der blev foretaget ved en kikkertundersøgelse på en 86 årig mandlig patient. Under konsultationen og kikkertundersøgelsen var der skiftevis en sygeplejerske, to sygeplejersker og to sygeplejersker og en læge til stede på stuen. De pågældende sygeplejersker omtales i denne journal som sygeplejerske1 og sygeplejerske2.

Formålet med konsultationen var en kontrolundersøgelse, som patienten skulle til på grund af hans tidligere helbredshistorik. Patienten havde tidligere haft polypper i blæren.

I starten af konsultationen udtrykte både sygeplejerske1 og patienten et gensidigt kendskab til hinanden, hvor patientens kendskab var til hospitalet og den procedure, han skulle igennem i forbin-

delse med kikkertundersøgelsen samt formålet med undersøgelsen. Sygeplejerske1s kendskab til patienten bestod i, at hun havde orienteret sig i patientens journal forinden undersøgelsen, og på den måde havde hun fået indblik i hans helbredshistorik.

Sygeplejerske1 gennemgik i samarbejde med patienten, hvad der skulle ske, og konsultationen begyndte hermed øjeblikkeligt. Der var ingen udenomssnak. Her i begyndelsen af konsultation kom der også henvisninger til patientens kendskab til proceduren. Mens patienten tog tøjet af (til kikkertundersøgelsen), inddrog han et personligt samtaleemne, hvor sygeplejerske1 deltog i samtalen. I den forbindelse vekslede sygeplejerske1 mellem at snakke med patienten om diverse personlige emner og det, som hun foretog sig i forhold til undersøgelsen.

Under observationen af interaktionen mellem patient og sygeplejerske1 taler sygeplejerske1 meget højt og tydeligt, hvilket kunne tyde på, at hun tilpasser sin stemmes volumen til patientens alder.

Inden kikkertundersøgelsen gik helt i gang, tilkaldte sygeplejerske1 en anden sygeplejerske; sygeplejerske2. I den forbindelse udtrykte patienten også, at han i forvejen var i godt selskab, hvortil han gestikulerede hen til observatør. Sygeplejerske2 kom herefter ind på stuen, og hun fungerede som "hjælper" til sygeplejerske1, der førte kikkerten under undersøgelsen af patientens blære. Under undersøgelsen var patienten i godt humør, og han virkede åben og afslappet. Begge sygeplejersker udviste empati for patienten.

Observatørs opfattelse af patienten var, at han var "nem", idet han var afslappet, hvilket medførte, at sygeplejerskerne også blev mere afslappede i situationen.

Flere gange i løbet af konsultationen (og observationen) var der stilhed på stuen. Sygeplejerske1 udtrykte, at hun var stille, fordi hun koncentrerede sig om undersøgelsen, hvor sygeplejerske2 tiltrådte som hjælper for både patient og sygeplejerske1. Dette kom til udtryk ved, at sygeplejerske2 brød stilheden flere gange for at forklare og oplyse patienten om, hvad der skete på nuværende tidspunkt i undersøgelsen.

I løbet af konsultationen opdagede begge sygeplejersker nogle polypper, der var opstået i blæren. Begge sygeplejersker oplyste patienten om polyppernes tilstedeværelse i det øjeblik, de selv så dem på skærmen. På grund af disse polypper blev en overlæge tilkaldt ved, at sygeplejerske2 forlod stuen for at hente ham. Undersøgelsen fortsatte, og sygeplejerske1 og patienten interagerede ikke så meget, hvilket efterlod en stilhed på stuen.

Overlæge og sygeplejerske2 kom efterfølgende ind på stuen, hvor lægen hilste kort på patienten, hvorefter han fokuserede på skærmen (og billeder af blæren). Begge sygeplejersker var opmærksomme på patientens behov, hvilket kom til udtryk ved, at de stillede spørgsmål, gav oplysninger og havde kontakt til patienten. Overlæge valgte efter kort tid at "overtage" undersøgelsen, hvor sygeplejerske1 stillede sig ved siden af som hjælper, og sygeplejerske2 holdt sig i baggrunden.

Det var sygeplejerske1, der oplyste patienten, om hvad der skete, mens lægen "styrede" kikkerten. Lægen tog nogle beslutninger, som han delte med sygeplejerske1, hvorefter han forlod stuen igen. Sygeplejerske1 overtog undersøgelsen igen.

Kikkertundersøgelsen blev afsluttet, og sygeplejerske1 forlod herefter stuen. Sygeplejerske2 blev på stuen for at planlægge nærmere i forhold til et kommende "ophold" på Skejby sygehus på

grund af de polypper, der blev opdaget. Hertil stillede sygeplejerske2 patienten nogle spørgsmål og målte hans blodtryk.

Patienten inddragede igen på dette tidspunkt nogle personlige emner i samtalen, som sygeplejerske2 deltog aktivt i ved at stille opfølgende og uddybende spørgsmål. Dog sørgede sygeplejerske2 for, at konsultationen blev bragt væk fra de personlige og private emner og hen imod formålet med og resultatet af konsultationen.

Da sygeplejerske2 kortvarig forlod stuen, inddragede patienten observatøren i en samtale, men patienten stoppede selv samtalen, da sygeplejerske2 kom tilbage på stuen.

Konsultationen sluttede ved, at sygeplejerske2 gav patienten noget smertestillende medicin på grund af kikkertundersøgelsen og spurgte patienten, om han havde nogle afsluttende spørgsmål. Dette var ikke tilfældet, men patienten begyndte i stedet at tale om et privat emne, som sygeplejerske2 gav ham tid til at fortælle om. Konsultationen afsluttes.

Efter konsultationen (og observationen) blev patienten interviewet med henblik på at tale om den specifikke konsultation og samtale, der lige var foregået. De to sygeplejersker blev også interviewet efterfølgende. Sygeplejerskerne blev interviewet individuelt. Til både patientinterviewet og interviewene med de to sygeplejersker blev interviewguiderne anvendt.

Journal over observation 5

Denne observation fandt sted på stue syv på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015 og varede omkring otte minutter. Der blev observeret en konsultation, hvor de tilstedeværende bestod af en patient og en læge.

Konsultationens formål var at give svar på en trykmåling foretaget dagen forinden. På baggrund af denne måling blev patienten informeret om, at hans blære ikke var i stand til at trække sig sammen. Derudover omhandlede samtalen, hvorvidt patienten kunne slippe af med et permanent kateter, eller om patienten skulle skifte det ud med en anden form for kateter. Lægen startede med at bekræfte oplysningerne omkring blærens tilstand. Lægen var af den tro, at patienten havde skiftet det permanente kateter ud, hvortil patienten fortalte, at han stadigvæk havde kateteret. Lægen ville vide hvorfor dette var tilfældet, hvortil patienten forsøgte at forklare hans bekymringer. Lægen virkede ikke forstående over for dette, og lægen forklarede igen, at det ville være en god idé, hvis patienten selv kunne lære at sætte et kateter op. Lægen gentog sig selv meget i sin forklaring, som om patienten ikke forstod ham. Dog var det også først midt i samtalen, at lægen fik klargjort, at patienten ikke kunne opereres, hvortil patienten pludseligt virkede forstående, som om han ikke havde forstået det tidligere. Alligevel blev lægen ved med at nævne en mulig operations omstændigheder, for derefter at gentage, at det ville være en dårlig idé at operere. Lægen var meget tvetydig i sit budskab. Lægen omtalte sig selv meget som 'vi', hvormed han mente Skejby sygehus, hvor han er ansat, hvilket han nævnte flere gange.

Patienten og lægen afsluttede samtalen uden at blive enige om, hvorvidt patienten greb behandlingen rigtigt an. I forlængelse af denne observation blev der efterfølgende afholdt et interview med patienten på baggrund af den netop afsluttede konsultation. Der blev ikke afholdt et interview med den pågældende læge grundet tidspres.

Journal over observation 6

Denne observation fandt sted på stue syv på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers den 18. marts 2015 og varede omkring tre minutter. Observationen var af en konsultation, hvor de tilstedeværende bestod af en patient, en pårørende, en læge samt en sygeplejerske.

Konsultationen bestod af en tilbagemelding på prøveresultater, der havde et positivt udfald. Lægen var meget hurtig til at overlevere de gode nyheder. Patienten var under denne samtale meget aktiv, stillede mange spørgsmål og kom med tilføjelser til det, som lægen sagde. Han udtrykte tydeligt sine egne følelser omkring det prøvesvar, han fik fra lægen, og han bidrog til forklaringen på, hvorfor hans PSA-tal kunne være lidt forhøjede. Her refererede han ligeledes til en tidligere samtale, han havde haft med en sygeplejerske om netop dette, hvilket lægen ikke bekræftede eksplicit, men førte blot samtalen videre. Patienten brugte lidt sarkasme, og han grinede. Det gjorde lægen ikke. Han fortsatte blot med fakta. Patienten foreslog ligeledes selv, at han kunne lave en ny tid ved hans egen læge til en blodprøve allerede den kommende dag, hvor han alligevel skulle derhen. Patienten gav udtryk for, at han vil følge lægens anvisning.

Der blev i forlængelse af konsultationen foretaget et interview med patienten. Der blev ikke foretaget et interview med den pågældende læge grundet tidspres.

Journal over observation 7

Observation 7 blev udført på stue otte på Urologisk Ambulatorium, der ligger på D6, på Regionshospitalet Randers den 25. marts 2015. Den samlede observation havde en varighed af knap 19 minutter og var en indledende samtale i forbindelse med et kræftpakkeforløb, patienten nu skulle igennem. Til konsultationen var der kun patienten og en sygeplejerske til stede.

Formålet med konsultationen var at informere patienten om det kræftpakkeforløb, han nu var blevet en del af på grund af forhøjede PSA-tal. Sygeplejersken talte meget og kom med mange informationer omkring pakkeforløbet, og hvad et PSA-tal er, og hvorfor det ikke må være forhøjet. Sygeplejerske startede ud med at spørge patient, om han havde nogen viden omkring PSA-tal, og patienten svarede, at det havde han ikke. Dette medførte, at sygeplejerske gav meget beskrivende informationer. Patienten talte knap så meget, mens disse informationer blev givet. Mens sygeplejersken gennemgik trin for trin, hvad kræftpakkeforløbet ville indebære for patienten, anvendte hun en del medicinske termer som led i forklaringen af diverse undersøgelser, som patienten skal igennem i den kommende fremtid.

Sygeplejersken holdt øjenkontakt og smilede til patienten, mens hun talte med patienten. Derudover sad sygeplejersken også fremadlænet mod patienten (de sad overfor hinanden med et bord imellem sig). Selvom sygeplejerskens fysiske fremtoning virkede åben og imødekommende, talte sygeplejersken meget og hurtigt til patienten, og der var ikke så meget dialog imellem dem. Med den store mængde af information, patienten fik, er det usikkert, hvor meget han forstod i øjeblikket. Der var ingen hverdags snak mellem patienten og sygeplejersken i denne del af konsultationen.

Anden del af konsultationen omhandlede, at patienten havde fået tilsendt nogle skemaer, som han skulle udfylde hjemmefra, inden han skulle møde op på Urologisk Ambulatorium. Sygeplejersken kiggede skemabesvarelsenerne igennem for at kunne tale nærmere med patienten om det. Mens syge-

plejersken først skimtede siderne, spurgte hun patienten om noget, der ikke havde nogen relevans til konsultationen, idet det omhandlede, hvordan patienten havde modtaget papirerne. Patienten svarede, hvorefter sygeplejersken bragte konsultationen tilbage på sporet igen. På trods af at det var sygeplejersken, der selv startede sidespringet og bragte noget hverdagssnak ind i samtalen.

Under den andel af konsultationen inddrog patienten et privatemne i samtalen, men det var et emne, der alligevel havde relevans for formålet med konsultationen. Patienten ville gerne vide, om Viagra virker, hvortil sygeplejerske forklarede, hvordan medicinen virker, og sygeplejerske spurgte nærmere ind til, hvordan patienten havde det nu i forhold til samleje og lyst.

Patienten udtrykte irritation og ærgrelse over det forhøjede PSA-tal, især fordi han aldrig tidligere havde været indlagt på hospitalet. Hertil udviste sygeplejersken empati med patienten og beroligede ham ved at udtrykke, at hun ikke selv havde opfattelsen af, at patienten skulle være bekymret, siden PSA-tallet kun var lidt forhøjet.

Sygeplejersken stillede nogle generelle spørgsmål til patienten, som skulle føres ind i patientens journal, hvorefter patient og sygeplejerske talte om prostatakraft, da det var det, patienten skulle undersøges for til en kommende undersøgelse. Hertil anbefalede sygeplejersken, at patienten tog en pårørende med i tilfælde af, at patienten ville få dårlige nyheder overrakt af lægen.

Sygeplejerske stillede patienten nogle afsluttende spørgsmål, hvortil hun spurgte patienten, om han havde nogle spørgsmål til hende. Dette var ikke tilfældet, og her valgte sygeplejerske at inddrage observatørerne i konsultationen, hvilket gjorde patienten ekstra opmærksom på vores tilstedeværelse, idet han vendte sig om og kiggede på os.

Den sidste del af konsultationen blev påbegyndt ved, at sygeplejerske og patient gik ud fra stuen, så patienten kunne afgive en urinprøve til nærmere undersøgelse. Den ene observatør forlod ligeledes stuen for at foretage et interview med patienten, og sygeplejersken vendte tilbage på stuen. Den tilbageværende observatør oplevede usikkerhed om, hvorvidt konsultationen var afsluttet eller ej. Dette skyldtes, at sygeplejersken førte journal, men patientens papirer og medicin lå stadig inde på stuen, og sygeplejersken havde heller ikke taget officiel afsked med patienten. Dog blev observationen afsluttet, idet patienten ikke længere var på stuen, og det virkede til, at konsultationen var afsluttet.

I forlængelse af observationen blev både sygeplejersken og patienten efterfølgende interviewet individuelt. Hertil anvendte vi vores interviewguides, som vi netop havde omformuleret efter interviewene udført den 18. marts. Den ene observatør interviewede sygeplejersken, og den anden observatør interviewede patienten.

Journal over observation 8

Observation 8 blev udført på stue seks på Urologisk Ambulatorium, som ligger på D6, på Regionshospitalet Randers den 25. marts 2015. Den samlede observation varede omkring 30 minutter, og det var et lægeprogram. Hertil var der en sygeplejerske, en læge, patient og en pårørende til stede. Patienten er en mand på 82 år, og den pårørendes alder er ukendt.

Sygeplejersken holdt sig i baggrunden under det meste af konsultationen, og det var lægen, der førte samtalen med patienten og den pårørende. Lægen talte højt og tydeligt, og hun tilpassede

sig til patientens alder og muligvis forringede hørelse. Patienten fortalte nærmere omkring tidligere patientforløb uden, at dette henviste til formålet med konsultationen. Dermed havde patientens fortælling om tidligere patientforløb og hans oplevelse af sundhedspersonalet ingen direkte relevans for denne specifikke konsultation. Patienten udtrykte utilfredshed med sundhedspersonalet på akutafdelingen, hvortil lægen forsøgte at formilde patienten ved at fortælle om egne erfaringer som læge, hvor disse blandt andet omhandlede, at nogle patienter desværre kunne falde gennem to stole og blive tabt på gulvet. Dog understregede lægen, at hun var på patientens side ved at medgive, at patienten selvfølgelig ikke skulle have en dårlig oplevelse af hospitalet. Hertil skulle patienten selvfølgelig behandles på den korrekte måde og få udrett de problemer, patienten end måtte opleve, i så vid udstrækning sådan en udredning var mulig. Hertil valgte den pårørende at blande sig i samtalen for at fortælle, at han havde taget styringen for at kunne få udrett, hvad patienten end måtte fejle.

Lægen påbegyndte sin videre forklaring af formålet med konsultationen, som hun først var begyndt at tale om i starten af konsultationen, men som blev afbrudt af fortællingerne om patientens tidligere erfaringer af og oplevelser med sundhedspersonalet på akutafdelingen. Formålet med konsultationen var at få en status på patientens kateter og tale om, hvorvidt patienten stadig havde et ønske om at få fjernet kateteret igen. Lægen henviste til tidligere konsultationer, hvor patientens kateter ligeledes havde været i fokus.

Lægen spurgte ind til, hvordan patienten havde det med, at han havde kateter, hvortil patienten udtrykte, at det egentlig gik godt med det. Lægen nævnte, at hun kunne igangsætte en undersøgelse med henblik på at fjerne patientens kateter. Hertil afbrød sygeplejersken lægen for at pointere, at patientens mening vægter mindst ligeså højt som lægens og hospitalets i forhold til, at patienten havde udtrykt tilfredshed med kateteret. Den pårørende blandede sig herefter i samtalen for at spørge patienten, om han ikke ville have fjernet kateteret igen, og det ville patienten gerne. I den forbindelse informerede lægen patienten om, at hun ikke kunne garantere patienten, at han rent faktisk kunne få fjernet kateteret.

Undervejs i konsultationen stillede patienten selv spørgsmål uden at blive opfordret til det, og patienten deltog meget i samtalen. Dette gjorde den pårørende også.

Lægen nævnte muligheden for, at patienten kunne blive undersøgt i dag, hvortil patienten bad om at blive undersøgt. Under prostataundersøgelsen forlod observatør og pårørende stuen på den pårørendes meget kraftige opfordring.

Da pårørende og observatør kom tilbage på stuen igen, stillede den pårørende mange uddybende spørgsmål, og det var den pårørende, som styrede dialogen. Lægen forsøgte at styre konsultationen, men den pårørende tog gentagne gange styringen ved blandt andet at inddrage personlige emner, selvom lægen bragte konsultationen tilbage på sporet igen. Det var endvidere den pårørende, og ikke patienten, som planlagde en tid til den næste konsultation.

Den pårørende inddrog observatøren på nogle tidspunkter i konsultationen og observationen ved at omtale observatøren i samtalen med lægen.

Efter nogle problemer med at finde en dato for den næste konsultation, hvortil den pårørende agerede værge for patienten, og patienten var stille, forklarede sygeplejersken den kommende under-

søgelse. Både den pårørende og patienten udviste forståelse for det, der blev sagt, og de beskeder der blev givet.

Den pårørende inddragede stadigvæk, hen mod slutningen af konsultationen, personlige samtaleemner. Dog sørgede den pårørende også for at fremvise sin viden omkring nogle emner, der havde relevans for patientens kommende undersøgelse. Lægen deltog mere i de fagrelevante samtaler fremfor i de personlige samtaler.

Til slut i konsultationen udviste både patient og pårørende tilfredshed med konsultationen, og den pårørende gestikulerede til observatøren og omtalte hende over for lægen i forbindelse med de spørgsmål, som den pårørende og patienten skulle besvare efter konsultationen. Konsultationen afsluttes.

I forlængelse af konsultationen blev patienten og den pårørende interviewet sammen, hvor interviewguiden til patientinterviewene blev anvendt. Derudover blev både lægen og sygeplejerskeren også interviewet, og interviewet med sygeplejersken foregik på stuen, mens lægen var til stede. Interviewet med lægen blev udført som to interviews i et, idet lægen både svarede på spørgsmål i forhold til denne specifikke konsultation og i forhold til en anden konsultation (se journal over observation 10).

Journal over observation 9

Denne observation fandt sted på stue otte på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, den 25. marts 2015. Observationen havde en varighed på cirka 27 minutter, og konsultationen blev udført som et sygeplejerskeprogram. Der var under observationen en sygeplejerske og en patient til stede.

Konsultationen havde til formål at være den første samtale med patienten, som var blevet en del af et kræftpakkeforløb. Det vil sige, at denne samtale bestod af forberedende procedurer og information forud for foretagelsen af biopsier. Sygeplejersken informerede omkring proceduren og forløbet. Patienten var meget aktiv, stillede mange spørgsmål og bød selv ind med sine tanker omkring emnet. Patienten kendte allerede noget til forløbet, idet han havde prøvet det en gang tidligere. Derfor spurgte sygeplejersken hovedsageligt ind til, hvordan forløbet gik forrige gang og tilpassede dermed sine informationer omkring bivirkninger og prostata hertil. På trods af, at patienten nævnte, at han ikke mødte nogle komplikationer sidst, gentog sygeplejersken proceduren i tilfælde af, at der skulle opstå komplikationer såsom feber eller lignende.

Patienten havde udfyldt nogle skemaer over de foregående tre dage, som skulle belyse patientens vandladningsmønster. Derudover havde patienten svaret på spørgsmål vedrørende andre sygdomme og eventuel indtagelse af medicin i den forbindelse. Patienten bød selv ind med forklaring af skemaerne, før sygeplejersken havde nået at læse dem. Da patienten havde været i tvivl om nogle af spørgsmålene i skemaerne, spurgte sygeplejersken ind til det, og de fik besvaret flere tvivlsspørgsmål. Patienten nævnte, at han ikke længere tog sine piller, Finasterid. Han følte ikke, det var nødvendigt længere, og han havde ikke taget dem i mindst 18 måneder. Sygeplejersken forklarede konsekvensen af, at han ikke længere tog pillerne ud fra en tegning af mandens underliv. Sygeplejersken spurgte selv ind til patientens problemer med rejsning og forklarede, at der er hjælp at få, hvis patienten følte behovet for det. Da sygeplejersken spurgte ind til patientens form for bronkitis, bronkietasier,

forklarede patienten udførligt, hvad denne sygdom indebar. Efter konsultationens afslutning blev der foretaget et interview med patienten. Herefter blev der foretaget et interview med den tilstedeværende sygeplejerske.

Journal over observation 10

Observation 10 blev udført på stue seks på Urologisk Ambulatorium, der ligger på D6, på Regionshospitalet Randers den 25. marts 2015. Den samlede observation havde en varighed på cirka 35 minutter, og det var et lægeprogram. Der var en sygeplejerske, en læge, en patient og en hjemmehjælper til stede under konsultationen.

Konsultationen startede ved, at lægen opdaterede patienten i forhold til tidligere konsultationer, og deres relevans til formålet af denne konsultation. Lægen henviste til en specifik tidligere konsultation, som var en kikkertundersøgelse, og til den undersøgelse kom det frem, at patienten havde et snævert urinrør på grund af arvæv. Derfor var formålet med konsultationen i dag, at patienten skulle fremsige, om han havde bestemt sig for at få foretaget en operation, hvor arvævet skulle fjernes, eller om patienten ikke var interesseret i operationen. Patienten nævnte, at han havde besluttet, at han gerne ville have den operation, og lægen udtrykte i den forbindelse, at hun så ville sætte optakten til operationen i gang. Patienten talte lettere utydeligt og snøvlende lidt med ordene, og lægen (og observatøren) havde svært ved at forstå, hvad patienten sagde. Udover dét virkede patienten til at være psykisk frisk. Lægen talte højt og tydeligt, og hun tilpassede sig hermed til patientens 'tilstand'. Patienten havde Parkinsons sygdom. Dog forstod lægen til tider ikke, hvad patienten sagde, hvortil hun bad patienten om at gentage.

I starten af konsultationen var det ikke tydeligt, om det var en pårørende eller hjemmehjælper, som var patientens ledsager. Dette skyldtes blandt andet, at personen stort set ikke deltog i samtalen mellem patient og læge. Personens rolle blev først udspecificeret af sygeplejersken efter konsultationen; han var hjemmehjælper.

Som optakt til operationen begyndte lægen at stille patienten nogle spørgsmål for at skabe forståelse for patientens sygehistorie og til udformningen af en patientjournal til operationen. Dertil stillede sygeplejerske nogle generelle spørgsmål omhandlende vægt, højde og rygning. I denne sammenhæng inddrog patienten selv personlige emner.

Lægen undersøgte patienten nærmere på briksen på stuen, og mens undersøgelsen var i gang, stillede lægen nogle spørgsmål, der omhandlede patientens vandladning. Mens undersøgelsen var i gang, var læge og patient tæt på observatør og sygeplejerske. Dette medførte, at stuen føltes en smule overfyldt.

Igen skulle lægen have nogle af tingene gentaget og uddybet, fordi patienten havde svært ved at få udtrykt sig tydeligt nok. Undervejs i undersøgelsen nævnte lægen, hvad hun havde tænkt sig at gøre, så patienten var bevidst om dette. Mens lægen lyttede til patientens hjerte, var både patienten og lægen stille. Sygeplejersken afbrød denne stilhed ved at stille lægen nogle spørgsmål omhandlende medicin til parkinsonspatienter, og patienten blev ikke inddraget i samtalen.

Lægen spurgte ind til, hvordan patienten klarede sig i hverdagen, om han kunne tage vare på sig selv, fordi ellers ville hun give ham tilbuddet at komme hen på Dagkirurgisk afsnit, som er en afde-

ling, hvor patienten ikke bliver indlagt, men han er der en hel dag. Her skal patienten kunne klare sig selv, men der er mulighed for hjælp. Patienten forstod ikke pointen med hans tilstedeværelse på sådan et afsnit, hvortil lægen først her fik nævnt, at det var i forbindelse med operationen og hans parkinsons sygdom. Lægen og patienten talte meget i forbindelse med dette emne forbi hinanden, og den ene part kunne sige noget, som den anden part ikke forstod, hvortil den anden part ville sige nøjagtig det samme som den første part. Lægen og patienten fik skabt en forståelse, og patienten udtrykte, at han var interesseret i at komme hen på det afsnit i forbindelse med operationsdagen.

Lægen fortsatte undersøgelsen, og hun tog blandt andet patientens sko og strømper af for at mærke på hans fødder. Lægen følte på patientens mave og lyttede til hans lunger via ryggen. Undersøgelsen var derefter færdig. Herefter satte læge patientens sko og strømper på igen. Sygeplejersken tog patientens blodtryk.

Patienten kom tilbage til stolen, hvor lægen stillede nogle spørgsmål omkring mavesmerter, brystsmerter med flere. Hertil spurgte lægen også til, om patienten lige nu fik hjælp derhjemme i forbindelse med hans parkinsons sygdom.

Mens lægen forklarede den kommende operation, hjalp sygeplejersken lægen med at forklare. Her blev der beskrevet, hvad der ville ske under operationen, og hvordan man skulle behandle det, som patienten havde problemer med. Patienten udtrykte, at han var interesseret i noget konkret ved, at han ville vide, om det kunne betale sig for ham at få foretaget det indgreb eller ej. Lægen havde den opfattelse, at patienten allerede havde fået givet de nødvendige informationer omkring operationen til den tidligere konsultation, og denne konsultation skulle kun have forløbet med, at patienten enten skulle give sit samtykke til en operation eller afvise en operation. Lægen begyndte at få tvivl omkring, hvor meget patienten var blevet informeret til den tidligere konsultation. Lægen gav hermed patienten nogle uddybende informationer, og patienten besluttede sig for at få foretaget indgrebet.

Hjemmehjælperen blandede sig med nogle afsluttende spørgsmål i forhold til den nu planlagte og kommende operation. Konsultationen afsluttes herefter, og patienten tager hurtig afsked med lægen.

Efter konsultationen valgte observatør ikke at interviewe patienten på grund af de komplikationer, der var opstået på grund af patientens parkinsons sygdom. Patienten havde således problemer med at formulere sig og tale, og observatør vurderede, at det ville være til gene for patienten at udføre interviewet. Sygeplejersken blev interviewet, dog var der tale om den samme sygeplejerske som ved observation 8, og derfor var det kun udvalgte spørgsmål fra interviewguiden, der blev stillet. Interviewet med lægen bestod af to interviews i et, idet interviewet både omhandlede den pågældende konsultation og en forrige konsultation (se journal over observation 8). I interviewsituationen med lægen blev interviewguiden til interview med sundhedsprofessionelle anvendt.

Journal over observation 11

Denne observation fandt sted på stue otte på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers, den 25. marts 2015. Observationen havde en varighed på knap 28 minutter, og konsultationen var et sygeplejerskeprogram. Under observationen var der en sygeplejerske og en patient til stede.

Konsultationen havde til formål at være den første samtale med patienten, som var blevet en del af et kræftpakkeforløb. Det vil sige, at denne samtale bestod af forberedende procedurer og information forud for foretagelsen af biopsier. Denne patient var ny i et kræftpakkeforløb, og patienten havde altså ikke oplevet denne konsultation før.

Sygeplejersken gik lige til sagen og forklarede helt basalt, hvad prostata er ved at benytte illustrationen af mandens underliv. Derudover brugte hun humor i sin forklaring af prostatas funktion. Ligeledes fortalte sygeplejersken omkring patientens forhøjede PSA-tal, som kan være en indikator på kræft. Patienten lyttede, virkede forstående, stillede få spørgsmål og forsøgte at drage paralleller fra den kommende undersøgelsesprocedure til noget, han havde oplevet før ved tandlægen.

Sygeplejersken overskueliggjorde de mulige bivirkninger, der kan opstå efter biopsien, og hun forklarede, hvordan patienten skulle forholde sig, hvis der opstod komplikationer. Patienten skulle først tilbage på sygehuset og have svar på undersøgelsen den 20. april, og sygeplejersken spurgte ind til begrundelsen heraf.

Sygeplejersken gennemgik skemaerne, som patienten havde udfyldt vedrørende hans vandladningsmønster. Sygeplejersken havde nogle tvivlsspørgsmål, fordi patienten havde sat flere krydser, og dette ønskede sygeplejerskeren at få uddybet. Patienten indskød selv, at han var begyndt at træne og var kommet på diæt i tilfælde af, at det kunne have relevans for hans vandladningsskema. Sygeplejersken og patienten talte om hans knæ, som for nyligt var blevet opereret, følelsesløshed i tæerne, at han skulle til scanning med sin hofte inden længe, samt hans Parkinsons sygdom. Ydermere talte de om, hvordan disse lidelser kunne have noget at gøre med patientens vandladningsmønster. Sygeplejersken spurgte selv ind til, hvordan patienten blev diagnosticeret med Parkinsons. Patienten virkede meget afslappet og sad meget tilbagelænet i stolen.

Afslutningsvist spurgte patienten ind til prostata igen, efter lydoptageren blev slukket og ville vide, hvad det betød, at prostata var forstørret. Efter konsultationens afslutning blev der foretaget et interview med patienten. Efterfølgende blev der foretaget et interview med den tilstedeværende sygeplejerske. Her blev de spørgsmål, som var af mere generel karakter udeladt, da det var den samme sygeplejerske, som tidligere havde fået samme spørgsmål stillet (se observation 7 og 9). Derfor var interviewet præget af de spørgsmål, der henvendte sig til den specifikke samtale, der netop havde fundet sted.

Bilag 2 – Interviewguides

Dette bilag indeholder de fire interviewguides, vi har udformet i forbindelse med de interviews, vi har udført den 18. og 25. marts 2015 på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

På grund af den forståelse og forforståelse, vi opnåede efter udførelsen af de første interviews den 18. marts og inden udførelsen af interviewene den 25. marts, har vi udformet to sæt af interviewguides. Det første sæt af interviewguides blev anvendt til interviewene udført den 18. marts, og det andet sæt af interviewguides blev anvendt til interviewene udført den 25. marts. Dog gør vi opmærksom på, at det er minimale ændringer, der er blevet foretaget i interviewguiderne til interviewene af de sundhedsprofessionelle. De største ændringer er i stedet blevet foretaget i forbindelse med patientinterviewene.

Interviewguide til patientinterviewene den 18. marts 2015

- I forbindelse med den samtale, du lige har haft: hvad handlede samtalen om?
- Hvordan opfattede du mængden og kvaliteten af den information, du fik under samtalen? Var det tilstrækkeligt?
- *Hvordan kan det være at..? (Indsæt observation)*
- Hvordan oplevede du sygeplejerskernes brug af fagbegreber og medicinsk sprog?
- Hvad forbinder du med, at noget er 'sundt'?
- Hvad forbinder du med, at noget er 'usund'?
- Hvis vi så sætter ordet samtale i forlængelse heraf, hvad definerer du så som en 'usund' samtale?
- Og hvad definerer du som en 'sund' samtale?
- Hvad er så din opfattelse af den foregående samtale, er den sund eller usund?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har du nogensinde oplevet en usund/sund samtale inden for sundhedsvæsenet?
 - Hvordan adskiller denne samtale sig fra den tidligere?
- *Hvis du/hun/han havde gjort sådan her, tror du så at..? (Indsæt observation)*
- Hvad er din senest afsluttede uddannelse?

Interviewguide til patientinterviewene den 25. marts 2015

Præsentation: vi er her i forbindelse med vores speciale, hvor vi undersøger kommunikationen mellem sygeplejersker/læger og patienter. Vi samarbejder med denne afdeling, fordi medarbejderne er interesserede i at forbedre deres kontakt med patienterne. Du er selvfølgelig sikret anonymitet hele vejen igennem.

- Hvad var formålet med den samtale, du lige har haft med lægen/sygeplejersken?
- Hvad kunne sygeplejersken/lægen have gjort anderledes i samtalen?
 - Hvordan kan det være?
 - Oplevede du, at der blev brugt fagbegreber og/eller medicinsk sprog?
- *Hvordan kan det være at.. (Indsæt observation)*

Nu kommer der nogle lidt anderledes spørgsmål:

- Hvad forbinder du med/hvad tænker du på/hvilke ord knytter du til, at noget er 'sundt'?
- Hvad forbinder du med/hvad tænker du på/hvilke ord knytter du til, at noget er 'usundt'?
- Hvis vi så sætter ordet 'samtale' i forlængelse heraf, hvad definerer du så som en 'usund' samtale?
- Og hvad definerer du som en 'sund' samtale?
- Hvad er så din opfattelse af den foregående samtale, er den sund eller usund?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- *Hvordan påvirkede det dig at...? (Indsæt observation)*
- *Hvis du/hun/han havde gjort sådan her, tror du så at...? (Indsæt observation)*
- Hvad er din senest afsluttede uddannelse?

Interviewguide til interviewene med sundhedsprofessionelle den 18. marts 2015

- I forbindelse med den samtale, du lige har haft: hvad handlede samtalen om?
- Hvordan opfattede du patientens deltagelse i samtalen?
- *Hvordan kan det være at..? (Indsæt observation).*
- Hvordan tror du, at patienten opfattede den information, du gav? (Har du en følelse af, at patienten forstod alt, der blev sagt?)
- Hvad forbinder du med, at noget er 'sundt'?
- Hvad forbinder du med, at noget er 'usund'?
- Hvis vi så sætter ordet samtale i forlængelse heraf, hvad definerer du så som en 'usund' samtale?
- Og hvad definerer du som en 'sund' samtale?
- Hvad er så din opfattelse af den foregående samtale, er den sund eller usund?
 - Hvorfor?
- *Hvis du/hun/han havde gjort sådan her, tror du så at..? (Indsæt observation).*
- Hvor længe har du været uddannet sygeplejerske?

Interviewguide til interviewene med sundhedsprofessionelle den 25. marts 2015

- I forbindelse med den samtale, du lige har haft: hvad handlede samtalen om?
- Hvordan opfattede du patientens deltagelse i samtalen?
- *Hvordan kan det være at..? (Indsæt observation)*
- Hvordan tror du, at patienten opfattede den information, du gav? (Har du en følelse af, at patienten forstod alt, der blev sagt?)
- Hvad forbinder du med, at noget er 'sundt'?
- Hvad forbinder du med, at noget er 'usundt'?
- Hvis vi så sætter ordet 'samtale' i forlængelse heraf, hvad definerer du så som en 'usund' samtale?
- Og hvad definerer du som en 'sund' samtale?
- Hvad er så din opfattelse af den foregående samtale, er den sund eller usund?
 - Hvorfor?
- *Hvis du/hun/han havde gjort sådan her, tror du så at..? (Indsæt observation)*
- Hvor meget opmærksom har I her på afdelingen på kommunikationen med patienterne til daglig?
- Hvor længe har du været uddannet læge/sygeplejerske?

Bilag 3 – Meningskondensering

Dette bilag fremviser meningskondenseringer af de observationer og interviews, der anvendes i dette speciales analyse. Observationerne og interviewene er blevet udført den 18. og 25. marts 2015 på Urologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Randers.

Meningskondenseringerne er arrangeret på sådan en måde, at alle observationer har fået tildelt et tal, hvor de interviews, der er blevet udført i forlængelse af observationerne, er nummereret herefter. Dette er ligeledes gældende for de observationer og interviews, som ikke bliver inddraget i specialets analyse. Det vil sige, at observationen, der bliver inddraget i første analysedel, hedder Observation 2, og interviewene dertil hedder Interview 2.1 og Interview 2.2.

I de kommende meningskondenseringsafsnit er det kun det, der er blevet udtrykt auditivt, som kommer til udtryk. For et nærmere overblik over de observationer, der inddrages i analysen, henviser vi til bilag 1, som er vores journaler.

Observation 2

1. 00.00.00-00.01.36: Konsultationen starter. Sygeplejerske spørger ind til patientens ve og vel. Spørgsmålene starter ud med at være generelle, hvorefter de bliver mere konkrete i forhold til de pågældende emner, som er gældende for Urologisk Ambulatorium; spørgsmål omkring "slap stråle" og mange toiletbesøg. Sygeplejerske nævner livskvalitet som en faktor til en patients ve og vel, også i forhold til toiletbesøg om natten. Sygeplejerske spørger patient, om han gerne vil udredes for problemet, men det er patienten ikke interesseret i.

2. 00.01.37-00.04.24: Patienten nævner, at han er træt og doven, og i forlængelse heraf henviser både sygeplejerske og patient til en tidligere konsultation, hvor træthed og dovenskab også blev bragt frem. Patienten er selv opmærksom på, at hans vægt og størrelse og manglende aktivitet kan være en grund til dovenskaben. Sygeplejersken påpeger over for patienten, at det er fordelagtigt at dyrke motion. Patienten afviser, hvilket får sygeplejersken til at pointere, at det også godt kan være medicinen, der er skyld i patientens træthed. Patienten nævner en anden konsultation med egen læge, idet denne læge også har fortalt patienten, at medicinen kan være skyld i træthed. Sygeplejersken nævner medicinsk kastration for katte som en analogi på patienten, idet katte også godt kan være trætte efter sådan en medicinsk procedure. Dog er patienten ikke selv helt medicinsk kastreret endnu, idet patienten udtrykker, at følelserne og lysten stadig kan opstå. Dette udtrykker sygeplejerske overraskelse over.

3. 00.04.25-00.05.09: Sygeplejersken bringer konsultationen videre ved at spørge ind til smerter, patienten eventuelt kan have. Der udspecificeres hvilke smerter sygeplejersken henviser til, da patienten ikke helt forstår spørgsmålet. Dette får patienten til at svare, at han ikke oplever nogen konstante smerter. Dog oplever patienten nogle smerter, men de er ikke opstået på baggrund af medicinen. Det har været smerter, han har oplevet længe før, han begyndte på medicinen.

4. 00.05.10-00.05.43: Sygeplejersken går videre med konsultationen ved at henvise til nogle tal, som er svar på en blodprøve, patienten har fået foretaget på et tidligere tidspunkt. Patienten er blevet informeret om resultatet fra egen læge, inden han mødte op til konsultationen på hospitalet. Derfor afbryder patienten sygeplejersken ved at udtrykke, at han er blevet informeret fra egen læge omkring resultatet. Dog er tallet steget fra 16 til 18, men det er ikke noget, patienten er bekymret for. Sygeplejersken giver patienten og dennes læge ret i, at det er et fint tal.

5. 00.05.44-00.06.10: Sygeplejersken nævner, at "vi" gerne vil se patienten igen til en ny samtale om tre måneder, hvilket patienten er uforstående over for, da han ikke synes, det er meget, tallet er steget. Sygeplejersken gør det klart, hvad der skal ske til konsultationen i dag; patienten skal stikkes. Til næste konsultation, konsultationen om tre måneder, er det en samtale, hvor patienten skal have taget en blodprøve inden denne samtale-konsultation. Sygeplejersken forsikrer patienten om, at hun skriver disse oplysninger ned til ham.

6. 00.06.10-00.07.56: Sygeplejerske begynder at blande medicinen. Patienten udtrykker, at han gerne vil have indsprøjtningen overstået. Patient begynder at tale om gratis parkering på hospitalets parkeringspladser. Sygeplejersken deltager i samtalen med patienten. Patienten fremhæver, at han som pensionist skal tage de gratis glæder, fordi pensionister ikke får så mange penge. Patienten er utilfreds med dette, især fordi han skal betale efterskat. Sygeplejersken anbefaler, at patienten og hans kone måske skal tale med nogen, der har viden omkring emnet, eventuelt nede på kommunen.

7. 00.07.57-00.09.45: Sygeplejersken stiller spørgsmål i forhold til patientens kones arbejde, idet patienten selv bringer konens arbejde frem i samtalen. Efter det spørger sygeplejersken patienten direkte om de indsprøjtninger, han får. Patienten udtrykker, at det gør ondt at få dem stukket ind, og at medicinen svier, hvilket sygeplejersken giver ham ret i. Patienten nævner, at når han får indsprøjtningen, så gaber han utrolig meget, men han ikke er søvnig. Hertil svarer sygeplejersken, at det kan være medicinen, som er skyld i dette, især når den lige er blevet sprøjtet ind. Sygeplejerske nævner, at når medicinen bliver sprøjtet ind, kan det kræve noget ekstra energi, hvilket kan medføre efterfølgende træthed og dovenskab. Herefter nævner sygeplejersken, at det er vigtigt, at patienten kommer ud og får brugt sine muskler. Patienten undviger at svare direkte og svarer i stedet, at han ikke har flere muskler. Dertil uddyber patienten også, at han har det godt nok, som han har det, og derfor vil han ikke ændre noget. Sygeplejersken nævner, at nu har hun bragt emnet på banen for ham, hvortil patienten udtrykker, at han er tilfreds med sine cigaretter og sin øl. Sygeplejersken gør patienten opmærksom på, at dette også kan medføre træthed. Patienten undlader at svare direkte og nævner i stedet, at han ikke skal nå noget, og derfor gør det ikke noget, at han er doven.

8. 00.09.45-00.10.21: Patienten taler om den igangværende indsprøjtning, og samtalen har bevæget sig væk fra emnet om træthed og dovenskab. Patienten nævner, at han får en lille bule der, hvor sprøjten har siddet, hvilket sygeplejersken giver ham ret i. Indsprøjtningen er færdig, og sygeplejersken forlader stuen for at finde et plaster til patienten.

9. 00.10.22-00.11.04: Patienten tager kontakt til observatøren med det samme, sygeplejersken er gået ud fra stuen. Patienten vil gerne vide, hvad det var for nogle spørgsmål, som observatøren gerne ville stille patienten. Observatør nævner, at spørgsmålene først skal stilles, efter konsultationen er slut. Patienten udtrykker, at spørgsmålene i så fald skal stilles hurtigt, da patienten, efter konsultationen, skal videre med sin dag. Observatøren understreger, at det kun er, hvis patienten har tid til at svare. Patienten afbryder observatøren og spørger, om spørgsmålene ikke kan stilles nu. Observatør nævner igen, at spørgsmålene helst skal stilles efter konsultationen. Patienten er uforstående over for dette, og han siger, at hans svar vil være lige gode, ligegyldigt om spørgsmålene bliver stillet nu (under konsultationen) eller efter konsultationen. Observatør påpeger, at konsultationen er nødt til at være slut, før spørgsmålene kan blive stillet. Sygeplejerske bryder ind i samtalen mellem observatør og patient, og patienten genoptager samtalen med sygeplejersken.

10. 00.11.05-00.12.17: Patienten nævner over for sygeplejersken, at han snart skal videre, hvilket han også lige havde nævnt for observatøren. Patienten nævner grunden til, at han skal videre. Det er hans kone, som skal bruge bilen på arbejde. Sygeplejersken deltager i samtalen, mens hun gør patienten opmærksom på, at hun spritter på det sted, hvor medicinen er blevet sprøjtet ind. Sygeplejersken spørger ind til, om hans kone selv kører på arbejde, og om hun arbejder i Randers. Patienten deltager kortvarig i samtalen, og det er sygeplejersken, som forsøger at holde samtalen i gang.

11. 00.12.18-00.13.15: Patienten udtrykker, at indsprøjtningen svier mere denne gang end sidste gang, hvortil sygeplejersken nævner, at patienten udtrykte det samme til sidste konsultation. Sygeplejersken er nu helt færdig med at give indsprøjtninger og spritte i den ene side. Nu skal hun give indsprøjtninger i den anden side, men hun understreger, at den anden side ikke er lige så smertefuld som den første. Den anden indsprøjtning bliver overstået, og sygeplejerske nævner, at hun finder en tid til den kommende konsultation. Patienten siger, at det svier, og sygeplejersken fortæller, at det både kan svie resten af dagen, men også kun i de næste par minutter.

12. 00.13.16-00.14.12: Patient tager igen kontakt til observatør for at få spørgsmålene stillet. Hertil siger patienten, at nu er konsultationen færdig, så nu kan spørgsmålene godt blive stillet. (Spørgsmålene bliver stillet, mens sygeplejerske er til stede på stuen. Sygeplejersken forlader stuen og kommer igen, da interviewet med patienten er færdig). Konsultationen bliver afsluttet ved, at patienten får udleveret nye tider til kommende konsultationer. Patienten udtrykker utilfredshed med tiderne, da de falder sammen med hans kones arbejdstider. Sygeplejersken tilbyder at ændre dem, men patienten udtrykker, at det er lige meget. Konsultationen er slut.

Interview 2.1

1. 00.00.00-00.00.53: Første spørgsmål bliver stillet af interviewer til patienten; hvad handlede samtalen om? Patienten siger, at han ikke kan give et svar på, hvad samtalen mellem ham selv og sygeplejersken handlede om. Patienten mener, at det nogle gange er rævesnak, og derfor kan han ikke give et konkret svar på spørgsmålet.

2. 00.00.54-00.01.20: Interviewer kommer med antagelsen om, at patienten har fået en god mængde information. I den forbindelse stiller interviewer næste spørgsmål, der omhandler, hvordan patienten vil vurdere den mængde og kvaliteten af information, han har fået gennem samtalen med sygeplejersken. Patienten føler, at han fik nok information under konsultationen. Patienten henviser til, at han har været igennem forløbet i lang tid, så han kender til procedurene og formen. Interviewer stiller et spørgsmål, der omhandler patientens erfaring med sundhedsvæsenet, hvortil patienten svarer, at han har en god mængde erfaring, idet han har prøvet tingene før.

3. 00.01.21-00.01.33: Interviewer stiller næste spørgsmål, der vedrører sygeplejerskens brug af medicinske termer og fagbegreber og patientens forståelse af det, der blev sagt. Patienten svarer, at hvis han ikke forstår de informationer, der bliver givet, så spørger han nærmere ind til det.

4. 00.01.34-00.01.54: Interviewer starter næste del af interviewet, der omhandler sunde og usunde samtaler. Det første spørgsmål omhandler, hvad patienten forbinder med, at noget er usundt. Hertil svarer patienten, at han lever et usundt liv, idet han spiser forkert og drikker og ryger for meget.

5. 00.01.55-00.02.09: Her stiller interviewer patienten spørgsmålet, der omhandler, hvad patienten forbinder med noget, som er sundt. Her svarer patienten, at han tænker på "kaninføde", grønt, og motion.

6. 00.02.10-00.02.25: Interviewer stiller spørgsmålet, der omhandler, hvad patienten forbinder med ordene sund og samtale, hvor ordet samtale således står i forlængelse af ordet sundt. Hertil svarer patienten, at patienten ikke ved, hvad en sund samtale er.

7. 00.02.26-00.02.34: Interviewer stiller spørgsmålet igen, men i forhold til usunde samtaler i stedet for sunde samtaler, og interviewer spørger patienten, om han har haft en usund samtale. Patienten svarer, at det ikke siger ham noget. Han aner ikke, hvad det betyder.

8. 00.02.35-00.03.50: Interviewer vælger at ændre spørgsmålet ved at nævne, at patienten netop har kendskab til hospitalet, idet han er vant til at komme til konsultationer og lignende. Så interviewer giver patienten noget konkret at tænke ud fra. Hertil nævner interviewer, at selvom patienten ikke ved, hvad en sund eller usund samtale er, så hvis betegnelserne sættes i forbindelse med den specifikke konsultation, som han lige har haft, hvordan vil han så vurdere tidligere konsultationer og samtaler på hospitalet. Interviewer beder patienten om at sætte den nyligt afsluttede konsultation op imod tidligere konsultationer. Patienten forstår ikke spørgsmålet. Intervieweren forsøger at formulere spørgsmålet på en anden måde. Hertil inddrager interviewer mængden af information, som patienten har fået. Såfremt patienten har følt, at denne information har været tilstrækkelig, kunne patienten muligvis føle, at samtalen var god og dermed sund. Patienten afbryder interviewer ved at sige, at hvis det er ham selv, der skal opfatte samtalen, så vil han sige, at det var en god samtale.

9. 00.03.51-00.04.04: Interviewer spørger ind til den specifikke samtale, som patienten lige har haft, og om han vil vurdere den som værende sund eller usund. Patienten mener, at samtalen med sygeplejersken var sjov.

10. 00.04.05-00.05.20: Interviewer stiller det sidste spørgsmål ved at spørge ind til patientens uddannelse. Hertil svarer patienten, at han ikke har nogen uddannelse. Dette får interviewer til at spørge, om han har en afgangseksamen fra 9. klasse. Det har patienten ikke, idet det ikke fandtes, dengang han gik ud af skolen. Patienten gik ud af skolen i 4. klasse. Det nævner patienten selv, at det vil svare til 7. klasse i dag. Interviewet slutter.

Interview 2.2

1. 00.00.00-00.00.33: Interviewet påbegyndes ved, at interviewer stiller sygeplejersken spørgsmålet: "hvad handlede samtalen om?" Hertil svarer sygeplejersken, at samtalen handlede om at konkretisere, hvordan patienten havde det og så også at informere om blodprøvesvaret.

2. 00.00.34-00.01.09: Interviewer stiller sygeplejerske spørgsmålet, der omhandler, hvordan hun opfatter patientens deltagelse under konsultationen og samtalen. Sygeplejersken synes ikke, at hans deltagelse var nem. Sygeplejersken nævner, at hun føler, at patienten "kørte sit eget løb" ved blandt andet ikke at lytte til hende. Sygeplejersken har selv den opfattelse, at hun ikke er sikker på, at patienten hørte efter, hvad hun sagde.

3. 00.01.10-00.01.41: Interviewer stiller et opfølgende spørgsmål, der opstod under observationen; hvordan kan det være, at sygeplejersken valgte at bruge et eksempel med hankatte under konsultationen til en forklaring på patientens træthed? Hertil svarer sygeplejersken, at det var et forsøg på at nå ind til patienten. Patienten kan godt lide katte, hvilket kom til udtryk under en forrige konsultation. Sygeplejersken nævner, at det var et forsøg på at skabe paralleller til forrige konsultation og skabe nærhed/fortrolighed med patienten. Sygeplejersken nævner, at hun "normalt" ikke vil bruge sådan et eksempel, men i dette tilfælde brugte hun det i et forsøg på at nå ind til patienten.

4. 00.01.42-00.02.26: Interviewer stiller næste spørgsmål, der omhandler, hvilken opfattelse sygeplejersken har af patienten i forhold til den information, hun gav ham. Hertil svarer sygeplejersken, at hendes opfattelse er, at patienten overhovedet ikke forstod de informationer, der blev givet. Sygeplejerskens egen opfattelse er, at hun tror ikke, at patienten var interesseret i at forstå informationerne. Sygeplejersken nævner deres samtale om motion, træthed og dovenskab, som også var fremme på forrige konsultation. Til begge konsultationer mener sygeplejerske, at hun har understreget for patienten, at det er vigtigt, at han kommer ud og rører sig. Men sygeplejerske mener ikke, at patienten er ikke interesseret i "pædagogiske tiltag".

5. 00.02.27-00.03.02: Interviewer spørger sygeplejersken om, hvad hun forbinder med, at noget er sundt. Hertil svarer sygeplejerske, at det indbefatter frisk luft, overskud, energi, god mad, sund mad og motion.

6. 00.03.03-00.03.22: Interviewer spørger sygeplejerske om, hvad hun forbinder med, at noget er usundt. Her svarer sygeplejerske, at det er det modsatte af det, som hun har nævnt af sunde sager. Det er, når en person føler sig flad, og når denne spiser lidt usundt og ikke bevæger sig så meget.

7. 00.03.23-00.03.58: Interviewer sætter ordet samtale i forlængelse af ordet usund, hvortil spørgsmålet lyder på, hvad sygeplejerske forbinder med en usund samtale. Sygeplejerske mener, at en usund samtale er en samtale, hvor der ikke bliver lyttet til patienten, og hvor de involverede parter taler forbi hinanden.

8. 00.03.59-00.04.48: Interviewer sætter ligeledes ordet samtale i forlængelse af ordet sund, og således stilles spørgsmålet: hvad sygeplejerske forbinder med en sund samtale. Sygeplejerske har den opfattelse, at en sund samtale er, at patienten på sin vis er på bølgelængde med den sundhedsprofessionelle, idet den sundhedsprofessionelle er til stede for patientens skyld. Derfor er det den sundhedsprofessionelles ansvar, at patienten får oplysninger, som denne kan bruge til noget, og samtidig skal patienten også forstå de oplysninger. Sygeplejersken fremhæver, at oplysningen både kan være af positiv og negativ karakter, men så længe at patienten får noget ud af samtalen, vil sygeplejersken mene, at samtalen er sund.

9. 00.04.49-00.05.07: Interviewer kæder sygeplejerskens definitioner på sunde og usunde samtaler sammen ved at stille spørgsmålet omhandlende sygeplejerskens opfattelse af den samtale, der lige har fundet sted mellem hende og patienten. Sygeplejersken mener, at den samtale hælder mod det usunde fremfor det sunde. Men hun fremhæver, at hun er usikker på, om samtalen med denne specifikke patient nogensinde kan blive sund, fordi hun ud fra tidligere erfaring har oplevet, at samtaler generelt med denne patient hælder mod det usunde.

10. 00.05.08-00.05.37: Interviewer spørger, hvor meget opmærksomhed denne specifikke afdeling har på kommunikation med patienterne. Sygeplejerske nævner, at der har været fokus på kommunikationen, men hun tror og føler, at dette fokus er "druknet".

11. 00.05.37-00.05.45: Interviewer stiller sygeplejersken det sidste spørgsmål, der omhandler sygeplejerskens uddannelse. Sygeplejersken har været uddannet som sygeplejerske siden 2001. Interviewet afsluttes.

Observation 5

1. 00.00.00-00.00.50: Lægen bekræfter med patienten, at han har været til en trykmåling dagen forinden. Lægen fortæller, at patientens blære ikke kan trække sig sammen. Lægen forklarer, at han ikke

før har oplevet, at blæren kunne indeholde så meget væske, som patientens kan, og derefter kunne trække sig sammen igen og derved komme til at fungere optimalt.

2. 00.00.50-00.02.22: Lægen siger, at ud fra notaterne, kan han se, at patienten havde et kateter i længere tid, hvortil patienten bekræfter. Lægen mener, at patienten burde have et engangskateter, men patienten forklarer, at han stadigvæk har et permanent kateter. Lægen spørger hvorfor, han stadigvæk går med det permanente kateter, hvortil patienten konstaterer, at det skal tømmes flere gange om dagen. Hertil svarer lægen, at det kun er tre gange om dagen. Patienten vil gerne vente med at beslutte sig. Lægen forklarer, at det ikke er normalt, at en mand i hans alder, på 67 år, går rundt med et permanent kateter. Lægen uddyber ved at sige, at hvis han havde været ældre, havde det været noget andet. Patienten siger, at han heller ikke er sikker på, at det bliver permanent, men han vil gerne lige tænke lidt over det. Lægen spørger, hvad han mener med, at det ikke bliver permanent, da det allerede er permanent. Hertil svarer patienten, at han mener, at han ikke ved, om han beholder det permanente kateter eller ej.

3. 00.02.22-00.04.10: Lægen opridses situationen ved at forklare, at patienten har en blære, der ikke kan fungere. Patienten spørger, om det vil sige, at det ikke er noget, han kan opereres for, hvortil lægen svarer nej. Lægen uddyber med at sige, at patienten godt kan opereres, men det vil ikke hjælpe på situationen.

4. 00.04.10-00.05.20: Lægen opsummerer konklusionen, som er, at løsningen i dette tilfælde er et andet kateter. Lægen forsøger fortsat at overbevise patienten ved at sige, at mennesker med almindelige jobs bruger kateter, og at det permanente kateter vil påvirke hans sexliv. Patienten vil gerne vide, om det også gælder det andet kateter, hvortil lægen svarer nej.

5. 00.05.20-00.05.38: Lægen opsummerer igen og forklarer, at blæren ikke kan trække sig sammen. Lægen gentager, at der ikke er nogen operation eller former for medicin, som kan redde blæren. Patienten udtrykker, at det må han lære at leve med.

6. 00.05.38-00.07.35: Lægen nævner, at sygeplejerskerne allerede har prøvet at forklare patienten, at han skal lære at bruge et andet kateter. Dette anerkender patienten, men han vil vente med at tage beslutningen. Dette opfatter lægen som et problem, fordi så bliver han nødt til at afslutte patientens forløb på Urologisk Ambulatorium. Beslutter patienten sig for at ville lære at bruge det andet kateter, må han have en henvisning fra sin egen læge. Patienten siger igen, at han vil vente lidt. Lægen udtrykker, at han godt kan se, at patienten er tilbageholdende. Patienten uddyber og siger, at han i øjeblikket ikke er i et forhold, og derfor påvirker kateteret ikke hans sexliv. Lægen siger, at det ikke kun handler om sexlivet, men nævner ikke andre komplikationer. Han anbefaler dog ikke det permanente kateter.

7. 00.07.35-00.07.43: Lægen afslutter samtalen og spørger, om patienten har nogle spørgsmål, hvortil patienten svarer nej.

Interview 5.1

1. 00.00.00-00.00.35: Da patienten bliver spurgt til samtaleens omdrejningspunkt, svarer han, at det handler om det kateter, han går rundt med. Planen var, at han skulle helt af med det, men da det ikke er en mulighed, skal han gerne have et, som han selv kan skifte.

2. 00.00.35-00.00.43: Patienten udtrykker, at mængden og kvaliteten af informationen fra lægen var helt fint og tilstrækkeligt.

3. 00.00.43-00.00.58: Spørgsmålet omhandlende om lægen anvender fagbegreber eller medicinske termer, medfører kortvarig tøven fra patienten, men han svarer nej. Han mener, at det foregik i et forståeligt sprog.

4. 00.00.58-00.01.17: Følgende spørgsmål bliver stillet: "hvis du skulle kvalificere samtalen som sund eller usund, hvad ville det så være?" Patienten udtrykker, at han synes, at samtalen var sund.

5. 00.01.17-00.01.49: Interviewer stiller næste spørgsmål, der omhandler, hvilke kvaliteter lægen fremviste i samtalen, som medvirker til, at patienten mener, at det var en sund samtale. Patienten ved ikke, hvad han skal svare, men han ender med at sige, at han synes, det var meget positivt.

6. 00.01.49-00.02.01: Patienten mener ikke at have oplevet en usund samtale i sundhedsvæsenet.

7. 00.02.01-00.02.16: Patienten har ingen uddannelse, udover folkeskolen.

Observation 8

1. 00.00.00-00.05.19: Konsultationen starter. Læge hilser på patient og pårørende. Lægen nævner tidligere konsultationer og drager den seneste konsultation ind i forbindelse med denne konsultation og samtale. Lægen og patienten taler om patientens kateter og komplikationer ved at få fjernet kateteret igen. Patienten inddrager tidligere oplevelser med hospitalet og sundhedspersonalet. Den pårørende blander sig i patienten og lægens samtale. Lægen bringer samtalen tilbage til emnet om kateteret. Den pårørende drejer samtalen tilbage på patientens oplevelse med sundhedsvæsenet i år og påpeger, at lægen burde have de indlæggelser, mavesmerter og tidligere oplevelser med sundhedsvæsenet med i overvejelserne omkring kateteret. Lægen spørger ind til, hvordan indlæggelserne forløb. Patienten forklarer nærmere om den seneste indlæggelse og siger, at han ikke var tilfreds med forløbet på grund af personalet. Patienten mangler svar i forhold til de mavesmerter, han havde, og som var skyld i indlæggelsen. Lægen anbefaler patienten at opsøge egen læge for at få udredt, hvorfor de smerter opstår fremfor at ringe 112. Den pårørende nævner, at han har fået planlagt nogle tider til undersøgelser og prøver. Hertil inddrager den pårørende selv en oplevelse af en samtale, han har

haft med en læge i forbindelse med patientens indlæggelse i starten af marts. Herefter fortæller patienten, at han ikke har et godt forhold til akutafdelingen, hvortil han fortæller om tidligere oplevelser. Lægen forsøger at forklare, at nogle patienter er uheldige at "falde imellem to stole" på grund af akutafdelingens bredde i forhold til det, som en patient kan fejle. Derfor vil enkelte patienter blive "tabt på gulvet". Den pårørende bringer konsultationen og samtalen tilbage til konsultationens formål.

2. 00.05.20-00.09.40: Patienten har endnu ikke opgivet emnet om de tidligere indlæggelser og hans oplevelse af sundhedspersonalet. Lægen forsikrer, at hun synes, det er synd for patienten, mens hun genoptager sin forklaring af sundhedsvæsenet. Lægen pointerer, at patienten fortjener en udredning, især når det har været et problem i så høj en grad, at patienten flere gange har været indlagt for det. Lægen bringer samtalen tilbage igen til det egentlige formål ved at inddrage kateteret i samtalen. Lægen spørger patienten, hvordan det går med kateteret. Patienten mener, at det går godt, hvortil lægen vælger at stille uddybende spørgsmål for at høre om patientens dagligdag, og om kateteret kan afbryde denne dagligdag. Lægen nævner behandlingsmuligheder for at undersøge, om patienten kan undvære sit kateter. Sygeplejersken indskyder, at de behandlingsmuligheder kun er gældende, såfremt patienten stadigvæk gerne vil af med kateteret, og han ikke er blevet for glad for det. Den pårørende nævner, at patienten helst vil af med kateteret, hvilket patienten også selv udtrykker. Lægen nævner, at hvis patienten ønsker det, så kan undersøgelsen af, om patienten kan undvære sit kateter, godt sættes i gang. Lægen pointerer, at hun ikke kan love, at patienten kommer af med kateteret, men hvis det er noget, patienten ønsker, kan det blive undersøgt, om det er muligt for patienten at få fjernet kateteret. Den pårørende spørger patienten, om han ikke er interesseret i at få undersøgt, om han kan få fjernet kateteret. Det nævner patienten, at det er han interesseret i.

3. 00.09.41-00.10.28: Lægen fortsætter samtalen og fortæller den pårørende og patienten, at det næste skridt, for at få fjernet kateteret, er at planlægge de næste faser og hermed undersøgelser. Lægen beskriver undersøgelserne for patienten og den pårørende. Lægen gør klar til at få planlagt nogle konkrete datoer til at få foretaget den første undersøgelse.

4. 00.10.29-00.11.40: Patienten nævner, at der er noget andet, som han gerne vil spørge om. Patienten spørger ind til hæmorider. Lægen besvarer patientens spørgsmål, hvorefter hun beder om at få lov til at undersøge patienten nærmere på briksen. Patienten giver sit samtykke, men den pårørende bryder ind i samtalen og nævner, at den pårørende og observatøren i det tilfælde skal gå ud på gangen og vente.

5. 00.11.41-00.15.12: Lægen foretager undersøgelsen af patientens prostata, hvor lægen først instruerer patienten i, hvordan han skal ligge på briksen. Lægen nævner løbende, hvad hun har tænkt sig at gøre, hvortil hun bringer patientens foregående spørgsmål ind i sammenhængen. Lægen spørger ind til, om patienten har ondt, når hun mærker bestemte steder, og patienten nævner, at det synes han ikke, selvom han godt kan mærke, at hun gør det. Undersøgelsen af prostata afsluttes. Lægen fortæller patienten de resultater og observationer, hun har gjort i forbindelse med undersøgelsen.

6. 00.15.13-00.17.22: Den pårørende kommer tilbage på stuen. Patienten nævner, at det er rart at have nogen med, især fordi han ikke kan huske det hele. Lægen erklærer sig enig, hvorefter hun bringer samtalen tilbage ved at fortælle, hvad hun mærkede under prostata-undersøgelsen. Lægen gennemgår diverse observationer, samt hvad de har af betydning for patienten. De har ingen større betydning. Lægen fremsiger, at hun synes, at patienten skal gå videre med undersøgelsen, der skal determinere, om patienten kan undvære sit kateter. Lægen stiller nogle generelle spørgsmål til patienten omhandlende bopæl. Den pårørende nævner, at han transporterer patienten og skal være med under de kommende konsultationer og undersøgelser. Den pårørende bringer selv samtalen tilbage på sporet ved at afbryde sig selv og sige, at de skal have fundet en tid til den næste undersøgelse. Lægen nævner, at sygeplejersken er i gang med at finde en ledig tid, hvortil den pårørende vælger at sige til patienten, at han synes, at patienten skal have foretaget den undersøgelse.

7. 00.17.23-00.17.34: Den pårørende spørger ind til kateteret og nævner selv, at han ikke rigtig har nogen viden omkring det. Lægen henvender sig til sygeplejersken for at bringe spørgsmålet videre. Sygeplejersken besvarer spørgsmålet.

8. 00.17.35-00.18.54: Sygeplejersken stiller patienten et par spørgsmål, som blandt andet omhandler, hvilken tid der passer patienten og den pårørende bedst i henhold til den kommende undersøgelse.

9. 00.18.55-00.19.39: Den pårørende taler med patienten om transportmuligheder, hvortil den pårørende inddrager lægen i samtalen ved at nævne, at patienten har fået frataget kørekortet på grund af hjerteproblemer.

10. 00.19.40-00.21.00: Sygeplejersken bryder ind i samtalen for at meddele om mulige tider. Den pårørende og sygeplejersken taler sammen om tider og muligheden for kørepenge. Sygeplejersken giver den pårørende en dato og tid for næste undersøgelse og konsultation. I den forbindelse inddrager den pårørende observatøren ved at gestikulere til hende, hvortil patient og lægen griner og bliver herved gjort opmærksom på observatørens tilstedeværelse. Observatøren bliver ikke inddraget yderligere i konsultationen.

11. 00.21.01-00.23.27: Mens lægen, pårørende og patient venter på næste tid fra sygeplejersken, fortæller patienten, at han altid har været vant til at stå tidlig op. Hertil spørger lægen ind til, hvad patienten har haft af arbejde. Patienten svarer og nævner, at han har fået ødelagt sin ryg af hospitalet og mere specifikt af en læge. Sygeplejersken bryder ind i samtalen i forbindelse med planlægningen af den kommende undersøgelse og svaret på undersøgelsen. Lægen nævner, at nu hvor patienten skal vente på undersøgelsen i et stykke tid, er det godt, at patienten har det udmærket med sit kateter. Patienten svarer på lægens kommentar ved at inddrage den tidligere undersøgelse og oplevelse, hvor en læge ødelagde patientens ryg. Lægen kommenterer på det, patienten siger. Patienten stopper selv fortællingen og nævner, at han er enig i at få både undersøgelse og svar overstået på samme dag.

12. 00.23.28-00.26.35: Den pårørende og lægen taler om, hvad undersøgelsen kan medføre, og lægen gør opmærksom på, at den kan vise, at det ikke vil være til nogen gavn for patienten at få lavet en skrælning af prostata. Patienten nævner, at han er glad for at have en hjælper i form af den pårørende, hvortil lægen giver ham ret. Datoen og tidspunktet kommer plads, og sygeplejersken meddeler patienten, at hun finder nogle brochurer omhandlende undersøgelsen til patienten.

13. 00.26.36-00.27.50: Sygeplejersken finder noget udstyr til kateteret, som patienten har efterspurgt tidligere. Patienten nævner, at han godt kan mærke, han har kateteret, men han føler sig ikke generet af det. Hertil siger den pårørende, at patienten er ved at vænne sig til, at det er der. Lægen afbryder den pårørende ved at nævne endnu en gang, at den kommende undersøgelse er for at klarlægge, om patienten kan undvære sit kateter, men samtidig vælger lægen også at sige, at der er mange, som bliver glade for sit kateter.

14. 00.27.51-00.28.28: Den pårørende stiller et spørgsmål til lægen i forbindelse med den kommende undersøgelse. Den pårørende vil gerne vide, om det er en god idé at tage en urinprøve lige inden undersøgelsen for at være sikker på, at der ikke er feber eller blærebetændelse. Lægen synes, at det er en god idé.

15. 00.28.29-00.29.59: Sygeplejersken giver patienten udstyret til kateteret, og patienten og sygeplejersken taler om, hvilket udstyr der er det rigtige. Lægen og den pårørende genoptager samtalen omkring risiko for feber og infektioner på grund af kateteret. Derfor er det en god idé med urinprøven, som kan afsløre eventuelle infektioner og feber, idet de således kan blive behandlet inden undersøgelsen. Pårørende deltager i samtalen mellem patient og sygeplejerske i forhold til det udstyr, som patienten skal have med til sit kateter.

16. 00.30.00-00.30.38: Patienten udtrykker tilfredshed med konsultationen, og den pårørende er enig. Lægen nævner, at det er hun glad for at høre. Den pårørende nævner, at han og patienten tager observatøren med ud af stuen i forbindelse med de spørgsmål, der skal stilles. Patienten, den pårørende og lægen udveksler hilsner, og konsultationen afsluttes.

Interview 8.1

1. 00.00.00-00.00.49: Interviewer forklarer omstændighederne for, hvorfor spørgsmålene bliver stillet. Det er til udformningen af et speciale omhandlende kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Hertil nævner interviewer også over for den pårørende og patienten, at de er sikret anonymitet i specialet.

2. 00.00.50-00.01.10: Interviewer stiller det første spørgsmål til patienten og den pårørende i forhold til, hvad samtalen, de lige har haft med lægen og sygeplejersken, handlede om, og hvad formålet var med den. Hertil svarer patienten, at formålet var at snakke om patientens kateter for at kunne få det til at virke igen.

3. 00.01.11-00.05.39: Det næste spørgsmål til patienten omhandler, hvad lægen kunne have gjort anderledes i løbet af samtalen. Patienten har den opfattelse, at informationerne i samtalen nok blev givet på en anden måde, end hvis det havde været en sygeplejerske, der havde givet dem. Dog mener patienten, at lægen gjorde det meget godt, og det samme mener den pårørende. Interviewer beder om at få svaret uddybet. Patienten forklarer, at til forrige konsultation var det en sygeplejerske, som var meget god, og denne gang var det så en læge. Patienten uddyber ikke yderligere besvarelsen, andet end han har været godt tilfreds med begge konsultationer. Interviewer stiller uddybende spørgsmål, der omhandler hvorvidt patienten oplevede, at lægen benyttede sig af fagbegreber og medicinsk sprog. Patienten afbrydes i sin besvarelse af den pårørende, som mener, at lægen var rigtig god, og derefter svarer patienten selv, at han også mener, hun var rigtig god. Den pårørende mener ikke, at der var mange fagudtryk, og de fagudtryk, der var, blev forklaret for patienten og den pårørende.

Patienten vælger at lave en sammenligning mellem personalet på Urologisk Ambulatorium og personalet på Akutafdelingen, og patienten udtrykker, at personalet på Akutafdelingen er slidt op. Hans opfattelse er, at personalet ikke kan overkomme det. Patienten overtager interviewet med sin fortælling af sin sygehistorie, hvortil han også vælger at stille interviewet nogle spørgsmål. Interviewer besvarer kort spørgsmålene, hvorefter interviewet fortsætter.

4. 00.05.40-00.06.44: Interviewer nævner for patienten, at han får stillet nogle anderledes spørgsmål. Det første spørgsmål omhandler patientens tanker omkring ordet "sundt", og hvad patienten forbinder med, at noget er sundt. Hertil svarer patienten, at mennesker skal have noget sundt. Den pårørende supplerer med, at det også kan være det at bevæge sig, hvor patienten samtykker.

5. 00.06.45-00.07.29: Interviewer spørger patienten (og den pårørende) om, hvad de forbinder med, at noget er usundt. Patienten svarer, at helt specifikt for ham, fordi han har hjerteflimmer, er grønt som persille, spinat og grønlankål usundt.

6. 00.07.30-00.08.28: Den næste spørgsmål sætter ordet samtale i forlængelse af ordet sund, og interviewer spørger patienten, hvad han mener en sund samtale er. Hertil svarer patienten, at den samtale (interviewsituationen), som er igangværende, betragter han som en sund samtale. Dertil supplerer den pårørende med, at den samtale, de lige har haft med lægen, betragter han også som en sund samtale, fordi den samtale ikke gav eller efterlod nogle negative vibrationer. Den pårørende nævner, at hele situationen og konsultationen var positiv hele vejen igennem. Både patienten og den pårørende mener, at en sund samtale er en samtale, hvor parterne kan se tilbage på samtalen som en positiv oplevelse.

7. 00.08.29-00.09.18: Interviewer stiller det næste spørgsmål, som beder patienten og den pårørende om at beskrive en usund samtale og deres definitioner på en usund samtale. Patienten svarer, at usunde samtaler også eksisterer, og man kan møde disse samtaler på arbejdspladsen. Patienten uddyber sin definition på en usund samtale og forklarer herved, at det er en samtale, hvor parterne ikke

er enige omkring det, der bliver talt om. Det er især gældende, hvis den ene part føler, at han har ret, men den anden part ikke vil acceptere dette.

8. 00.09.19-00.10.01: Det næste spørgsmål, patienten (og den pårørende) bliver stillet, omhandler deres vurdering af den foregående konsultation og samtale, og om den var sund eller usund. Både patienten og den pårørende mener, at den var sund. Dette skyldes, at lægen var behagelig, og hun satte vinkler på de emner, der blev bragt frem i konsultationen ved at spørge om, hvad der skal gøres. Herefter kom hun selv med nogle forslag og anbefalinger, og hun gjorde samtidig opmærksom på, at det var patienten (og den pårørende), som skulle tage den endelige beslutning. Den pårørende mener, at det var god vejledning, de fik under konsultationen.

9. 00.10.02-00.13.10: Interviewer stiller patienten det sidste spørgsmål, der omhandler patientens senest afsluttede uddannelse. Hertil gennemgår patienten hele sin livshistorie i forbindelse med erhvervserfaring og familieforøgelse. Interviewet afsluttes.

Interview 8.2

1. 00.00.00-00.00.46: Interviewet påbegyndes med det første spørgsmål, som intervieweren stiller sygeplejersken. Spørgsmålet omhandler sygeplejerskens beskrivelse af samtalen, og hvad den handlede om. Sygeplejerske svarer, at samtalen handlede om, at patienten havde et kateter, og patienten havde forsøgt at få fjernet kateteret af flere omgange, uden at det var lykkedes. Men patienten er interesseret i at komme af med det, og derfor skal patienten have lavet en udvidet undersøgelse.

2. 00.00.47-00.01.47: Interviewer stiller sygeplejerske det næste spørgsmål, der omhandler sygeplejerskens vurdering af patientens deltagelse i samtalen. Sygeplejerske vurderer, at patienten var rimelig deltagende, hvorimod det var den pårørende, som var meget deltagende.

3. 00.01.48-00.02.39: Det næste spørgsmål beder sygeplejersken om at vurdere patientens umiddelbare forståelse af de informationer, der blev givet under samtalen. Sygeplejersken mener, at patienten var tilfreds med den information, han fik. Samtidig nævner sygeplejerske også, at de direkte spurgte patienten, om han var glad og tilfreds med kateteret, og det var han. Men på trods af dette omhandlede samtalen alligevel muligheden for at få kateteret fjernet. Sygeplejersken mener selv, at samtaleemnet om kateteret kunne anses for at være afsluttet med patientens udtalelse om, at han var glad for kateteret. Her er sygeplejerskens den opfattelse, at det var den pårørende, som pressede på, at patienten skulle videre i forløbet for at få fjernet kateteret. Sygeplejersken forestiller sig, at patienten har forstået informationen.

4. 00.02.40-00.03.42: Interviewer stiller det næste spørgsmål, der spørger ind til, hvad sygeplejerske forbinder med ordet sundt. Sygeplejerske forbinder med det samme ordene sund og rask med hinanden. Sygeplejerske forbinder ordet sundt med godt helbred, motion, god kost og hjertevenlig kost samt at være frisk i hovedet, rent kognitivt. Fysisk og psykisk ved godt og stabilt helbred.

5. 00.03.43-00.04.24: Interviewer stiller samme spørgsmål dog i forhold til ordet usundt, og hvad sygeplejersken forbinder med ordet usundt. Hertil svarer sygeplejersken, at hun tænker på overvægtige mennesker, når hun hører ordet usundt. Derudover tænker hun på dårlig livsstil og usund livsstil samt ingen motion. Dertil kæder hun også det at være usund sammen med at have mange livsstilssygdomme som diabetes og fedme.

6. 00.04.25-00.05.15: Interviewer sætter ordet samtale i forlængelse af de to førnævnte ord. Herefter bliver sygeplejerske spurgt om, hvordan hun vil definere en sund samtale. Sygeplejerske mener, at en sund samtale er, når der er gensidig respekt og forståelse samt ligeværdighed på trods af, at den ene part har en dybere faglig viden. Denne ligeværdighed fremvises ved at have respekt for patienten og ved at lytte til patienten og fremvise interesse for at gøre det, som patienten gerne vil, i så vidt udstrækning som det er muligt.

7. 00.05.16-00.05.44: Sygeplejerske bliver bedt om at definere en usund samtale. Sygeplejerske svarer, at en usund samtale er, når parterne går skævt af hinanden, og patienten ikke forstår det, der bliver sagt. Eller hvor sygeplejersken selv misforstår noget af det, som patienten udtrykker. At konklusionen ender med at være, at patientforløbet har været dårligt for begge parter.

8. 00.05.45-00.06.56: Interviewer spørger ind til den givne konsultation og samtale, der lige er foregået, og beder sygeplejerske om at vurdere, om den samtale var usund eller sund. Sygeplejerske føler, at det var en blanding mellem at være en sund og usund samtale, hvor samtalen trækker mod den sunde del. Sygeplejersken uddyber, at hun mener, at samtalen hælder imod at være sund på grund af den pårørendes tilstedeværelse, fordi den pårørende på den måde kunne hjælpe patienten med at tale og forklare. Dog er sygeplejersken, på trods af den pårørendes hjælp, stadig ikke sikker på, om patienten havde fuld forståelse af alt det, der blev snakket om. Sygeplejerske vurderer, at hvis den pårørende ikke havde været til stede, så havde patienten beholdt kateteret uden at stille spørgsmål. Hvis den pårørende havde været patient i stedet for, mener sygeplejersken, at samtalen helt sikkert havde været sund på grund af den pårørendes forståelse af de informationer, der blevet givet.

9. 00.06.57-00.08.17: Interviewer stiller næste spørgsmål, der omhandler, om personalet på afdelingen har opmærksomhed på kommunikationen med patienter. Hertil svarer sygeplejerske, at der er meget opmærksomhed på kommunikationen, idet samtalerne og dermed de specifikke patientforløb er korte, og under disse forløb skal der skabes tillid, så undersøgelserne kan gennemføres. Sygeplejerske uddyber, at såfremt de opdager, at kommunikationen ikke fungerer, forsøges de også at ændre på det for at forbedre kommunikationen. Interviewer stiller uddybende spørgsmål i forhold til, om kommunikationen med patienter er noget, som bliver diskuteret internt på afdelingen. Hertil svarer sygeplejerske, at det er det i høj grad, og hun nævner derudover følgende eksempel herpå: når de skal spørge efter patientens CPR-nummer. Førhen skete det ude på gangen ved venteværelset, men det var meget offentligt og ikke så sikkert i forhold til patientsikkerhed. Derfor er det blevet ændret til, at patienten først bliver spurgt om det inde på stuen.

10. 00.08.18-00.08.33: Sygeplejerske bliver stillet det sidste spørgsmål, der spørger ind til sygeplejerskens uddannelse. Sygeplejerske svarer, at hun har været uddannet sygeplejerske siden 2005. Interviewet afsluttes.

Interview (8.3) 10.2

1. 00.00.00-00.00.18: Interviewet påbegyndes, og interviewer starter med at nævne, at lægen vil blive stillet nogle af spørgsmålene to gange, fordi de først spørger ind til den ene samtale, lægen havde med en patient, hvorefter samme spørgsmål vil spørge ind til den anden samtale, som lægen havde med en anden patient. Dette skyldes, at interviewet bliver udført, efter der er blevet foretaget to observationer af to samtaler mellem læge og patient. Dermed skal begge observationer kædes ind i interviewet med lægen.

2. 00.00.19-00.01.16: Interviewer stiller lægen det første spørgsmål, der beder hende om at forklare, hvad den første samtale og konsultation handlede om. Det var den konsultation, hvor der var en pårørende med til samtalen. Lægen svarer, at samtalen handlede om, at patienten kom for at få en videre plan for hans kateter, som patienten gerne ville have fjernet, hvis det var muligt. Dog oplevede lægen, at det måske mest var den pårørende, som ønskede at få kateteret fjernet fremfor patienten. Denne samtale var en opfølgning til en tidligere konsultation og samtale.

3. 00.01.17-00.01.49: Interviewer stiller det samme første spørgsmål igen, hvor spørgsmålet bliver kædet sammen med den anden konsultation og samtale. Lægen fortæller, at denne samtale var en opfølgning til en forrige konsultation, og patienten skulle til denne konsultation og samtale give en tilbagemelding på, om han var interesseret i at få foretaget en operation eller ej. Lægen nævner, at det kan diskuteres, hvor velinformeret patienten var blevet på forrige konsultation i forhold til formålet med denne samtale og konsultation.

4. 00.01.50-00.02.37: Det næste spørgsmål omhandler patientens deltagelse og lægens vurdering af denne. Hertil svarer lægen, at patienten var med i samtalen, men samtidig synes lægen, at patienten blev overkørt af den pårørende. Det virkede til, at patienten var interesseret i at være en del af samtalen og deltage i samtalen, men han formåede det ikke i samme grad som den pårørende. Dette kan skyldes patientens alder, som kan give patienten nogle hukommelsesproblemer. Lægen havde den opfattelse, at patienten var opdateret omkring sin situation. Samtidig var patienten også oplyst omkring sygehusvæsenet på baggrund af tidligere erfaringer, som han delte med lægen under samtalen.

5. 00.02.38-00.03.11: Igen bliver det samme spørgsmål stillet, hvor det er patienten fra den anden samtale og konsultation, der bliver spurgt ind til. Lægen vurderer, at patienten prøvede at deltage, så meget han kunne. Lægen mener, at det var en svær kommunikation, men det skyldes, at patienten har en parkinsons sygdom og hukommelsesproblemer.

6. 00.03.12-00.04.09: Det næste spørgsmål, der bliver stillet til lægen, omhandler lægens vurdering af patientens opfattelse af den information, der blev givet under konsultationen. Spørgsmålet bliver igen først stillet i forbindelse med den første konsultation og samtale, hvor patienten havde en pårørende med. Lægen svarer, at hun tror, at patienten forstod den information, hun gav i øjeblikket. Dog tror hun også, at informationen forsvinder, når patienten kommer hjem. I den forbindelse håber lægen, at den pårørende hjælper patienten. Lægen tror, at patienten godt kan huske, hvad der skal ske til de kommende konsultationer, men samtidig kan patienten nok ikke huske formålet med disse kommende konsultationer, og hvorfor formålet er, som det er. Lægen forestiller sig i stedet, at patienten i dette øjeblik er glad. Patienten er glad for sit kateter, og det er det, som patienten fokuserer på fremfor kommende konsultationer.

7. 00.04.10-00.05.40: Det samme spørgsmål bliver stillet igen, hvor det bliver stillet i forhold til den anden konsultation og samtale og dermed den anden patient. Lægen har sværere ved at finde ud af, hvad patienten egentlig opfattede, hvortil lægen henviser til den forrige konsultation og denne læges noter i patientens journal. Lægen startede denne konsultation og samtale ud fra den opfattelse, at patienten var bevidst om, hvad der skulle ske, hvilket slet ikke var det indtryk, lægen fik til konsultationen i dag. Lægen tænker, at patienten forstår informationen, men det kan også skyldes, at informationen bliver gentaget i løbet af den samme samtale. Lægen valgte at gentage informationen flere gange for netop at være mere sikker på, at patienten havde opfattet noget af informationen.

8. 00.05.41-00.06.20: Interviewer spørger lægen om, hvad hun forbinder med, at noget er sundt, og selve ordet sundt. Lægen nævner, at hun forbinder ordet med en velfølelse i hverdagen, hvor en person har det godt. Den enkelte lever et liv, hvor denne kan pege på, hvad der er godt for en både i forhold til kost og bevægelse. Dertil uddyber lægen, at en person kan godt være syg og så stadigvæk være sund. Lægen siger, at sund er lig med velvære. En god hverdag og et godt liv.

9. 00.06.21-00.06.50: Det næste spørgsmål, der bliver stillet, omhandler, hvad lægen forbinder med ordet usundt. Hertil svarer lægen, at det er, når en person er selvdestruktiv ved ikke at være i bevægelse og ved at spise det forkerte. Lægen forbinder ikke ordet usund med sygdom, men i stedet livsstil.

10. 00.06.51-00.08.42: Interviewer beder læge om at definere og forklare, hvad hun forbinder med en usund samtale. Lægens opfattelse af en usund samtale er, at når kommunikationen fejler. Dette nævner lægen selv, at hun kan mærke, når hun ikke kan møde patienten nogen steder, hvilket kan medføre, at patienten bliver fortvivlet. Dertil ved lægen selv, at hun også bliver irriteret. Dette fører til, at samtalen udvikler sig til noget, som ikke er hensigtsmæssigt, hvilket ikke er godt for hverken lægen selv eller patienten. Lægen har den opfattelse, at der er meget usund kommunikation i hverdagen, men hun er også bevidst om, at der kan blive gjort noget for, at kommunikationen ikke er usund. Lægen nævner, at usund kommunikation for eksempel opstår i en travl hverdag, hvor sundhedspersonalet kan give en besked til patienten, som de opfatter som værende afsendt, og beskeden er modtaget

af patienten, men budskabet i beskeden er ikke nødvendigvis nået frem. Lægen nævner, at det kan skyldes, at patienten er i en krisesituation, eller patienten kan også have sine tanker andetsteds end på samtalen med sundhedspersonalet. Lægen mener, det kan være problematisk, fordi sundhedspersonalet kan se beskeden som afsendt, og så er arbejdet hermed fuldført, på trods af at budskabet ikke er blevet modtaget af patienten.

11. 00.08.43-00.09.20: Interviewer stiller det næste spørgsmål, der beder lægen om at definere og beskrive, hvad hun mener en sund samtale er. Hertil svarer lægen, at en sund samtale er, når patienttiden er størst, og hvor der er tid til, at patienten og sundhedspersonalet i fællesskab finder ud af, hvad patienten ønsker, og så samtidig tilrettelægge behandlingstiden efter patientens ønsker. En sund samtale er, når patienten går hjem med følelsen af at blive hørt.

12. 00.09.21-00.10.21: Interviewer beder lægen om at vurdere den første konsultation og samtale, hvor patienten havde en pårørende med, i forhold til om det var en sund eller usund samtale. Lægen vurderer samtalen som både usund og sund, idet hun har opfattelsen af, at både patienten og den pårørende gik hjem med en følelse af at blive hørt, men lægen er i tvivl om, hvorvidt hun talte til den pårørendes ønsker eller til patientens ønsker. Dog mener lægen ikke, at hun kunne have gjort noget anderledes, fordi hun ikke var interesseret i at lave konflikter mellem den pårørende og patienten i forhold til deres måske forskellige ønsker. Lægen mener, at samtalen mest indeholdt sund kommunikation, fordi patienten var glad, da han gik derfra, og det er det vigtigste.

13. 00.10.22-00.10.58: Lægen vurderer den anden konsultation og samtale i forhold til, om det var en usund eller sund samtale. Lægen mener, at der var sund kommunikation til stede, men hun er i tvivl om, hvor produktiv hun synes, samtalen var. Dog har lægen den opfattelse, at der ikke var noget i vejen med samtalen. Lægen mener heller ikke, at hun kunne have gjort noget anderledes, medmindre hun havde haft flere timer til at have denne ene samtale med denne specifikke patient. Men det ved lægen, at det ikke kan lade sig gøre, fordi hun er bevidst om, at der er andre patienter, som også sidder og venter på, at det er deres tur. Lægen mener ikke, at det var usund kommunikation.

14. 00.10.59-00.11.13: Interviewer spørger læge, om hvor meget opmærksomhed de sundhedsprofessionelle på afdelingen har på kommunikationen med patienterne til daglig. Lægen synes ikke, at det er noget, personalet taler sammen om på afdelingen.

15. 00.11.14-00.11.27: Det sidste spørgsmål bliver stillet, og interviewer spørger ind til, hvor længe den interviewede har været uddannet læge. Hertil svarer hun, at det har hun været i knap et år. Interviewet afsluttes.

Bilag 4 – Empiri der inddrages i analyse

Dette bilag er placeret på en CD bagerst i specialet. Bilaget består af den empiri, der bliver inddraget i specialets analyse. Denne empiri er lydoptagelser af tre observationer (observation 2, 5 og 8) med dertilhørende interviews.

Bilag 5 – Empiri der *ikke* inddrages i analyse

Dette bilag er på samme CD som bilag 4, og denne CD er placeret bagerst i specialet. Bilaget består af den empiri, som ikke bliver inddraget i dette speciale. Denne empiri er lydoptagelser af de resterende observationer (observation 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10 og 11) med dertilhørende interviews.