

Titelblad

Udarbejdet af Kitte Haase Jensen

1. september til 6. maj 2014

Sociologi, Aalborg Universitet

Vejledt af Emma Engdahl

34.823 ord

Kitte Haase Jensen

Forord og tak

Dette speciale var ikke blevet til noget uden hjælp og støtte fra et stort netværk, og derfor vil jeg meget gerne takke dem, som har givet en hjælpende hånd i dette forløb.

Først vil vi gerne takke min vejleder Emma Engdahl, som altid har været motiverende og konstruktiv i sin kritik, og som altid har været hjælpsom, selv på fleksible tidspunkter. Så tusind tak for samarbejdet, og for de hyggelige erfaringsdelende samtaler.

Dernæst vil jeg også takke mine syv informanter for at åbne op og fortælle om deres arbejde. Uden jer var dette speciale ikke blevet til noget, så tak for, at I gad tage tid ud af jeres liv til at deltage i interviews.

Der skal også lyde en tak til Michael Hviid Jacobsen, som var en stor hjælp til mit specialeseminar, og som gav mig mange gode forslag til det videre arbejde med specialet. Det er altid en hjælp at få et sæt nye øjne på ens arbejde. I denne sammenhæng vil jeg også gerne sige tak til Ida Karina Jensen, som var studenteropponent til mit specialeseminar. Tak for jeres gode idéer til forbedring af specialet.

Til sidst vil jeg meget gerne takke mine venner og min familie, som altid har stået klar med motiverende og støttende samtaler i både gode og mindre gode perioder af dette forløb. Så tusind tak for, at I har kunnet holde mig ud, ikke kun i denne specialeperiode, men også gennem den rejse, som denne uddannelsesperiode på Aalborg Universitet har været. En særlig tak her skal lyde til min sygeplejerskeuddannede søster Trine, for hjælpen til at finde informanter, samt at have stået til rådighed med sin viden omkring sygeplejefaget og arbejdsgangene på Aalborg Universitets hospital. Ligeledes en særlig tak til Kristina Glerup og Anne Mengers, for jeres hjælp med projektet og jeres mange opmuntrende kommentarer, som har støttet mig gennem hele specialet. Sidst men ikke mindst en stor tak til min kære mor, for hjælpen til at gennemrette hele specialet. Så tusind tak til jer alle, uden jer var jeg aldrig kommet igennem det hele.

Summary

This thesis deals with nurses' emotional work in a hospital environment. The aim of this thesis is to investigate how nurses use emotional work in their interactions with the patients. What are their thoughts and concerns about the exposure and modesty of the patients? What are the nurses' experiences with the patients in particularly in situations where the patients could feel shame and shyness.

The theoretical framework is set by, Erving Goffman, where his essays on *Interaction Ritual* (1967), *Encounters* (1961), *Behavior in Public Places* (1963), are used to get an understanding on how interactions can be seen in theory, and how behavior can be examined. The study also includes other parts of Goffman's work, such as *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959) and *Asylums* (1961). The other large part of the theoretical framework comes from Arlie Hochschild, and her theory on emotional labor and emotional work.

The research is based on interviews of four professional nurses and three students currently in nursing school. To conduct the interview the thesis uses; Semi-structured interviews, a Hermeneutic and Phenomenological view. The study aims for an understanding of the nurses' point of view, and what they experience when interacting with the patients. In my method I have used opportunistic research method; I have formerly been a patient myself, so my experience has been taken into account in the methodological consideration. It is also my personal experience as a patient, which has inspired the thesis.

In this thesis it can be concluded that; the nurses use emotional work in a hospital environment, and that the shame and the shyness of patients, which was the original focus point of the study, is not the difficult part for the nurses. The challenging part is however the lack of shyness from patients which leads to demanding emotional work for the nurses. The nurses have a professional identity and view this aspect of their work, as where they are in close contact with the patients' modesty, as natural.

There is a significant difference from the well experienced nurses to the students; when it comes to being comfortable with the patients in situation, where the nurse has to cross a modesty boarder. This is understandable the students are still developing the professional identity and have not yet reached the same exposure and experience as the fully trained nurses.

Indholdsfortegnelse:

Indhold

Titelblad.....	i
Forord og tak	iii
Summary	v
Indholdsfortegnelse:	vi
Kapitel 1 - Problemfelt	8
1.1 Indledning.....	8
1.1 Min historie	8
1.2 Problemformulering.....	11
1.3 Definition af sygeplejen – hvad er det for et værdigrundlag, som sygeplejersker skal agere ud fra	11
1.2 De Sygeplejeetiske Retningslinjer	12
1.4 Præsentation af empiri	12
1.5 Valg af interviewpersoner	12
1.6 Valg af afdeling.....	13
Kapitel 2 – Teori.....	15
2.1 Erving Goffman.....	15
2.1.1 Erving goffman – anstalt og mennesker	15
2.1.2 Erving Goffman – Interaktion og Ansigtarbejde	18
2.1.3 Goffman; Selvets territorier og fysisk berøring i sygeplejen.....	21
2.1.4 Goffman; Front- og backstage.....	23
2.1.5 Roller	24
2.2 Arlie Hochschild – <i>Emotional labor</i>	26
2.2.1 <i>Feeling rules</i>	28
2.2.2 <i>Surface acting</i> og <i>deep acting</i>	29
2.2.3 Hvordan stewardesserne laver deres <i>deep acting</i>	30
2.2.4 The <i>if</i> principle.....	31
2.2.5 Ulighed i interaktionen.....	32
2.3 Opsummering af teori	33
Kapitel 3 - Metode.....	35
3.1 Interview som metode	35
3.2 Subjektivitet og Samkonstruktion	36
3.3 Opportunistisk Forskning	37

3.4	Videnskabsteori	40
3.5	Den hermeneutiske cirkel.....	42
3.6	Rekruttering af informanter	44
3.7	Interviewguide og Evaluering af interviews	45
3.8	Behandling af datamaterialet.....	47
Kapitel 4 - Analyse		48
4.1	Indledning.....	48
4.2	Roller og forventninger	48
4.2.1	Den professionelle rolle - Personlig uden privat	50
4.3	Blufærdighed	53
4.3.1	Blufærdighed - De studerende	56
4.3.2	Ublufærdighed.....	58
4.4	Rummet	64
4.4.1	Stuegang	67
4.4.2	Kulturen på stuen	69
4.5	Den vrede patient.....	73
Kapitel 5 – Konklusion		77
5.1	Litteraturliste	78
Bilag 1 Præsentation af informanterne		81

Kapitel 1 - Problemfelt

Det følgende kapitel vil specialets emne blive problematiseret, og specialets problemformulering vil blive udformet.

1.1 Indledning

Det danske sundhedsvæsen, er en stor aktør i det danske samfund. Der findes i Danmark 53 offentlige sygehuse. Der arbejder 106.870 fuldtidsansatte på de offentlige sygehuse, hvoraf den største gruppe er sygeplejersker, som udgør 33 procent. Det danske sundhedsvæsen koster årligt ca. 103 milliarder kr. og ca. 80 procent, dvs. ca. 82 milliarder kr. går til sygehuse. På de somatiske sygehuse er der ca. 1.1 millioner indlæggelser årligt, og der bliver hvert år behandlet 2,6 millioner danskere. (Regioner.dk).

Sygehuse i Danmark er tit til debat, da de er en stor udgiftspost i den danske økonomi, men også med et fokus på behandlinger af patienterne, da de, så længe de er indlagt, ikke arbejder. Derfor har der også de senere år været et fokus på den accelererede patientbehandling. Et andet af fokuspunkterne i sygehusvæsenet er også patientens oplevelse. Der foretages hvert år en LUP undersøgelse *"Den landsdækkende undersøgelse af patient oplevelse"*, hvor der udsendes spørgeskemaer til omkring 230.000 patienter. Der er således et stort fokus på den gode patientoplevelse. Sygeplejerskerne er den største gruppe ansatte, på sygehuse, og de er også den gruppe ansatte som har den største kontaktflade med patienterne. Det må således også være dem, der kan påvirke et sygdomsforløb, i forhold til om patienten føler sig godt eller dårligt behandlet. Men hvad er det som, sygeplejerskerne skal kunne, for at skabe de bedste patientforløb. Det er fokuspunktet for nærværende projekt.

1.1 Min historie

Her vil jeg kort beskrive min egen historie som patient da det er disse oplevelser og erfaringer, som har dannet grundlag for specialet. Det er blandt andet gennem mine egne oplevelser, at jeg har fået øjnene op for hvilket spændende felt sygehus verden er. Med sygehus menes der sygeplejersker, patienter, læger og andet ansat personale.

Første gang jeg blev indlagt var som ni årig, med en sprunget blindtarm, siden da har jeg gennem årene været til flere undersøgelser på sygehuset, samt været indlagt og opereret flere gange. Men det mest betydningsfulde oplevelse med sygehus verden var min indlæggelse i julen 2010, som har været med til at forme ideen til dette projekt, da jeg på nærmeste hold oplevede de forskellige interaktioner og ritualer der er forbundet med en indlæggelse. Jeg var selv indlagt i en længere periode og mødte derfor flere forskellige sygeplejersker og læger samt nåede at dele værelse med flere forskellige patienter. Denne oplevelse har betydet meget for min nuværende forståelse af det danske sygehusvæsen.

Jeg blev under min indlæggelse konfronteret med min egen blufærdighed eller behov for personligt rum. Dette skete blandt andet, da jeg efter at være blevet opereret og et kort ophold på en opvågningsafdeling blev kørt op til den sengeafdeling, hvor jeg skulle være, indtil jeg var frisk nok til at blive udskrevet. Da jeg kom til afdelingen skulle jeg tisse, og den sygeplejerske, som skulle modtage mig på afdelingen, ville derfor hente et bækken til mig, da det ikke var den bedste

ide, at jeg allerede skulle op at gå efter en større maveoperation. Dette var jeg dog bestemt ikke enig i. På det tidspunkt havde jeg ingen tanker om, at det krænkede min blufærdighed eller værdighed, men var bestemt imod, at jeg skulle urinere i en 'seng'. Til mit held var min mor også til stede og jeg vil mene, at hun kunne fornemme på mig, at jeg ikke lige var til at rykke i mit valg, om at *"jeg kan godt selv komme på toilettet, basta"*, så hun var villig til, at hjælpe mig, og sygeplejersken så sig derved lidt nødsaget til også at assistere mig ud på toilettet.

Dette var mit første møde med min egen blufærdighed under min indlæggelse. Den kunne i princippet godt være kommet før, da jeg tidligere under min indlæggelse havde fået hjælp til tøjskift, samt at der var mange forskellige sundhedsfaglige personer, som skulle kigge og trykke på min mave. Om det var fordi jeg på daværende tidspunkt var så dårlig, at jeg ikke havde overskud til at fokusere på det jeg blev 'udsat' for, eller om det var fordi at jeg ikke så andre muligheder, end at modtage den hjælp, der blev tilbudt, uden at stille spørgsmål, ved jeg ikke.

Udover ovenstående episode, var jeg under min indlæggelse forholdsvis selvstændig. Jeg kunne og måtte gerne, selv gå på toilettet, i bad og bevæge mig rundt på afdelingen, så jeg havde ikke brug for den store hjælp til personlig hygiejne, hvilket jeg selv var meget glad for.

Jeg oplevede under min indlæggelse, sygeplejersker halvt løbe efter patienter, som havde glemt, at tage deres morgenkåbe på når de stod ud af sengen. Man måtte ikke forlade sin stue og helst heller ikke sengen uden sin morgenkåbe. På min afdeling bestod patienttøjet stort set kun, af skjorte; undertrøje og underbukser, så det er selvfølgelig ganske forståeligt, at sygeplejerskerne ikke ønskede, at se patienterne med så lidt tøj på, nu når det ikke var nødvendigt.

Dette tænkte jeg over, både da jeg var indlagt og især siden hen, i forbindelse med nærværende projekt, og afklaring af hvad jeg gerne ville beskæftige mig med i mit speciale. Hvis man nu havde sit eget tøj på, når man var indlagt på et sygehus, ville man nok ikke vælge kun at tage sine underbukser og undertrøje på, før man gik ud på gangen, for at hente mad eller sætte sig ned fællesstuen. Men nu er man jo i sygehustøj og indlagt, og så gælder der jo andre regler. Jeg kan sagtens forstå de sygeplejersker som arbejder på afdelingen bliver generet af denne adfærd, men samtidig er patienterne også i en særlig situation, ikke kun fordi de er indlagte, men fordi de samtidig kan blive bedt om at blotte sig. Dette tror jeg medfører, at det kan være svært at navigere i hvad der er normen, og hvordan man skal opføre sig, og hvor meget man skal tildække sig.

I mit eget tilfælde skulle jeg flere gange om dagen vise mit ar frem, blandt andet for sygeplejersker, kirurgen samt den læge som gik stuegang den pågældende dag. Da mit ar er omkring 15 cm. fra navlen og ned, så er det ikke nok kun at hive op i trøjen, og derfor bliver den del af kroppen, hvor man formodentlig har den største intimsfære, blottet. Det at skulle stille sin krop til rådighed for personalet, så de kan undersøge den, og lige bagefter gå tilbage til de normer, der eksisterer uden for sygehuset, hvor man ikke viser sin krop, er et svært sammenspil.

De fleste mennesker plejer, at have godt styr, på hvad der er acceptabel påklædning, forskellige steder. Man må gerne have bikini på, på stranden men ikke i supermarkedet. Men når man er indlagt på et sygehus, skal man muligvis blotte et intimt sted for lægen, hvorefter man skal påklæde sig og igen påtage sig sin almindelige blufærdighed, som man lige før skulle tilsidesætte.

Dette dilemma synes jeg er meget interessant, og vil gerne undersøge, hvordan sygeplejerskerne oplever det, at patienterne har svært ved at finde ud af grænserne. Er det overhovedet tilfældet? Hvordan formår de, at irettesætte patienternes adfærd, uden at patienterne bliver forlegne? Er de selv blevet stødt, eller har de måske følt sig krænket af nogen patients opførsel?

Et andet aspekt jeg oplevede under min indlæggelse, er forholdet til ens medpatienter, især dem man deler stue med. Jeg har senere fundet litteratur og studier af dette fænomen, særligt i bogen *"nære fremmede"*, af Dag Album som har undersøgt dette fænomen i dybden. Jeg oplevede under min indlæggelse, også at blive en del af andres intime liv, i det man var tilstede under deres sygdoms forløb, og ligeledes var de tilstede under mit. Dette medførte at man kom tæt på hinanden, på en måde, som ikke sker i mange andre sammenhænge. I forhold til nærværende projekt, synes jeg, at det der kan kædes sammen med min egne oplevelser, er den måde som sundheds personalet agerer på i forhold til, hvordan man bevarer en patients blufærdighed eller undgår at krænke dem, når man hjælper dem med personlige ting, så som toiletbesøg i sengen, undersøgelser eller private snakke, når der ligger flere patienter i rummet. Oftest er der kun et forhæng, som man kan trække for, for at sikre patientens privatliv, dette forhæng medfører selvfølgelig, at man ikke kan se, hvad der foregår, men mere slører det ikke. Dette aspekt, synes jeg er rigtig interessant, fordi det er i disse situationer, at patienten ikke kun skal blotte sig for personalet, men også for nogle fremmede, hvilket kan gøre situationen svær at håndtere både for patienten og for sygeplejersken. Jeg vil gerne i projektet undersøge hvilke oplevelser sygeplejerskerne har haft med at sikre, at patienternes følelse af værdighed bevares, og at deres grænser ikke bliver overskredet i forhold til deres medpatienter.

Dette har været en kort fortælling, omkring mine oplevelser af især min seneste indlæggelse, samt hvilke tanker jeg har gjort mig sidenhen. Det er blandt andet mine oplevelser, som har givet mig en interesse for området, og som har fostret mange af de formodninger og spørgsmål, som jeg håber, at få enten be- eller afkræftet igennem nærværende projekt omkring sygeplejen.

1.2 Problemformulering

Specialet ønsker at undersøge, hvad sygeplejerskerne gør for at sikre det bedst mulige forløb for patienten.

Hvordan kontrollerer hun sine følelser, hvis hun bliver blufærdig eller vred i interaktionen med patienten.

Hvordan håndterer hun patientens blufærdighed.

Har sygeplejerskerne nogle strategier, som findes anvendelige i håndteringen af patientens og egne følelser.

For på bedst mulig vis, at kunne besvare ovenstående spørgsmål, gennem specialet, opstiller jeg følgende problemformulering:

Hvordan regulerer sygeplejerskerne deres følelser, således at de er i stand til at yde den optimale pleje, og sikre patienten det bedste forløb, under en indlæggelse.

1.3 Definition af sygeplejen – hvad er det for et værdigrundlag, som sygeplejersker skal agere ud fra.

For nærværende projekt er det relevant at se nærmere på hvad ordet 'sygepleje', egentlig dækker over. For at komme det nærmere er der i Almen sygepleje, som er en grundbog på samtlige sygeplejeske uddannelser i norden, fundet en definition, på hvad sygepleje er;

"Sygeplejersker yder omsorg for hele personen, som er syg, skadet eller har funktionssvigt. Sygeplejen bygger på et menneskesyn, som lægger vægt på, at mennesker er en helhed, og at det er unikt. I kraft af at mennesker er unikt, har det krav på respekt, en respekt som ikke er bundet til personens erhverv, status, eller ydre kendetegn" (Kristoffersen 2003; 14)

En anden definition på sygepleje og hvad sygeplejerskers særlige rolle er kommer fra Virginia Hendersons, denne definition har Dansk Sygeplejeråd endvidere taget til sig

"Sygeplejerskens særlige hverv består i at bistå det enkelte menneske, hvad enten han er syg eller rask, ved enhver handling til sundheds fremme eller generhvervelse (eller til fredelig død), som han selv ville foretage, dersom han havde kræfter, vilje eller viden dertil, og i at gøre dette på en sådan måde, at hun hjælper ham til hurtigst muligt atter at genvinde uafhængighed" (Henderson 1961; 10 – Kristoffersen 2003; 15)

Sygeplejerskens job er således, at hjælpe patienten, men som det står i citatet, at hjælpe patienten som denne selv ville have gjort, hvis det var muligt. Derfor må det ud fra ovenstående definition være givet at sygeplejen skal foregå på patientens præmisser. Endvidere bliver det skrevet

"Sygeplejen udføres med respekt for patientens værdighed og er rettet mod, at patienten skal opretholde eller genvinde størst mulig grad af uafhængighed" (Kristoffersen 2003;15).

1.2 De Sygeplejeetiske Retningslinjer

Dansksygepleje råd, har udarbejdet nogle etiske retningslinjer, som skal hjælpe deres medlemmer, med at navigere i de etiske dilemmaer, som sygeplejersker møder i deres virke.

De Sygeplejeetiske Retningslinjer, bygger videre på ovenstående definition af sygepleje. Der er tre fokus punkter i de etiske retningslinjer, *sygeplejersken og samfundet*, *sygeplejersken og professionen* og *sygeplejersken og patienten*, som er den der ses mest relevant i forhold til nærværende speciale.

De sygeplejerske etiske retningslinjer, til skønner, at sygeplejersken, skal sætte patientens tarv, over alt andet. Det er således sygeplejerskens opgave, at varetage patientens tarv, også i interesse konflikter mellem patient og pårørende, eller ved loyalitetskonflikter mellem ansættelsesstedet, og muligheden for at udføre ansvarlig sygepleje, skal sygeplejersken, arbejde for at varetage patientens tarv. Derudover beskriver de sygeplejeetiske retningslinjer;

” - Sygeplejersken skal medvirke til, at patienten modtager og forstår den information, der er nødvendig for at træffe valg. Information, der gives, skal være tilpasset den enkelte patients ønsker og behov samt patientens livssituation.

Sygeplejersken skal arbejde for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet.

Sygeplejersken skal beskytte patienten mod krænkende handlingen

Sygeplejersken skal værne om fortrolige oplysninger om patienten.

Sygeplejersken skal vise respekt og omsorg for pårørende.” (dsr.dk)

Ud fra disse retningslinjer omkring sygeplejeetik kan det siges at sygeplejersker er patienternes emotionelle beskytter og fysiske plejer imens de befinder sig på hospitalet.

1.4 Præsentation af empiri

Herunder vil jeg kort fremlægge, hvilken empiri, der er valgt til nærværende projekt. Dette med henblik på, valget af interview personer, samt valg af afdelingen.

1.5 Valg af interviewpersoner

I forhold til ovenstående problemstilling, kan dette felt undersøges fra særligt to synspunkter, henholdsvis sygeplejerskernes og patienternes. I dette projekt er valget faldet på, at undersøge feltet fra sygeplejerskernes synspunkt. Dette er valgt, da det anses som mulig problematisk, at skulle interviewe patienter eller tidligere patienter – da man nemt som forsker, ville komme til, at *’lægge ord i munden’* på informanten. F.eks. ved at spørge ind til, om deres grænser blev rykket, om de på et tidspunkt i deres indlæggelse følte at deres blufærdighed blev krænkede og lignende. Der ved kunne man nemt som forsker komme til, at kreere et problem, som måske ikke var tilstede hos patienten før interviewet, da patienten muligvis ikke havde tænkt disse tanker før

interviewet. Og derved kommer man som forsker, selv til, at lave problemet. Blandt andet på baggrund af dette, er valget faldet på, at undersøge sygeplejerskernes rolle, i forbindelse med sygepleje og deres daglige interaktion med patienter.

1.6 Valg af afdeling

Her vil jeg kort afdække, hvad der ligger til grund for mit valg af sygehusafdeling.

Der findes mange forskellige afdelinger og senge afsnit på et sygehus. Og der vil givetvis være en stor variation af ens empiri, alt efter hvilken afdeling, man undersøger. Jeg har som tidligere nævnt, selv haft kontakt med mave-tarm kirurgisk sengeafsnit, og så denne afdeling, som en fordelagtig afdeling at anvende i nærværende projekt, da det var der, mine formodninger og oprindelige ide kom fra. Efter at have konsulteret og rådført mig med de sygeplejersker, som er i min bekendtskabs kreds, faldt valget på de tre mave-tarm kirurgiske sengeafsnit, som er på Aalborg Universitets Hospital. De hedder hhv. A1, A2 og A3.

Som udgangspunkt fravalgte jeg fra starten, at beskæftige mig med de ambulante sengeafsnit, i det de kun har dagspatienter, hvilket betyder at disse patienter i de fleste tilfælde er mobile og ikke har brug for meget støtte, desuden vil der ikke være en længere varende interaktion mellem patient og sygeplejerske. Det er i forbindelse med en længere indlæggelse, at denne interaktion opstår, derudover formoder jeg at sygeplejen vil være mere fremtrædende, når der er tale om dårlige patienter, som har brug for hjælp og støtte til at udfører de daglige gøremål. Det ville også være i disse situationer, at en eventuel krænkelse af patientens blufærdighed kommer til udtryk. Derfor er diverse ortopædkirurgiske afdelinger, som blandt andet laver knæ og hofter, ligeledes fravalgt, da størstedelen af deres operationer er planlagte og patienterne oftest ikke er syge eller dårlige.

En af grundene til, at valget er faldet på A afdelingerne, er den store spredning i patienter. Det er en af de afdelinger, som også rummer de yngre patienter, i modsætning til flere af de medicinske afdelinger hvor de fleste er ældre mennesker. Dette mener jeg, medfører et interessant perspektiv i projektet, da sygeplejerskerne på afdelingen ikke blot skal forholde sig og tilrettelægge deres arbejde efter Olga på 80, men også Benjamin på 19. En anden sygehus afdeling, hvor der også er en aldersspredning er de gynækologisk afdelinger. Disse kunne ligeledes være interessante, at undersøge, da der her må formodes at være store overvejelser fra personalets side, omkring de potentielle krænkelse. Disse afdelinger blev fravalgt til fordel for A afdelingerne, da de også kan rumme et kønsperspektiv, i det de både har mandlige og kvindelige patienter. Det som projektet ønsker at afdække, er mere generelle tendenser i sygeplejen, hvad angår forholdet mellem patient og sygeplejerske, og det generelle aspekt ville nok forsvinde, hvis valget var faldet på en så specifik patientgruppe, som den de gynækologiskafdelinger rummer.

En anden afdeling, som også var overvejet til projektet var AMA (Akut medicinske modtageafsnit). Her kommer alle typer patienter, da dette afsnit, som navnet indikerer er et modtage-afsnit, hvor alle der bliver henvist til sygehuset fra egen læge eller vagtlæge, vil komme forbi, medmindre der er tale om brækkede knogler. Her bliver patienterne udredt, hvorefter de, bliver sendt videre til andre afdelinger eller udskrevet. AMA kunne være en interessant afdeling, for dette projekt, og det har bestemt også været overvejet kraftigt, om det var her det empiriske arbejde skulle foretages.

I forbindelse med at finde interviewpersoner, viste det sig, at det ikke var muligt, at finde tilstrækkeligt med informanter på A afdelingerne. Derfor blev to AMA sygeplejersker inddraget. Begge har tidligere været på A5, som er det mave-tarm kirurgisk sengeafsnit på Hobro, senere blev de overflyttet til A3, som skulle fungere som mave-tarm kirurgisk modtage-afdeling på Aalborg Universitets Hospital. Denne afdelingen er senere blevet lagt sammen med AMA – hvor de arbejder nu. Ligeledes er en af informanterne ansat på skadestuen, denne har dog tidligere været ansat på A2.

Fokusset i projektet, er således ikke på en specifik sengeafdeling, hvor samtlige informanter er ansat eller har været ansat. Men de er indenfor det samme sygeplejerske speciale, og har alle haft kontakt til den samme type patienter igennem deres ansættelser.

Kapitel 2 – Teori

Det følgende kapitel vil gennemgå specialets valgte teori. De to teoretikere der vil blive præsenteret er Erving Goffman og Arlie Hochschild.

2.1 Erving Goffman

Erving Goffman, er valgt som en af projektets hovedteoretikere, da han gennem sin karriere har haft fokus er mikrosociologi, hvor han særligt har haft vægt på undersøgelsen af interaktioner, og hvordan mennesker mødes og agerer i interaktioner. Han lægger stor vægt på den sociale kontekst, og de specifikke sociale situationer, hvor mødet mellem mennesker foregår (Jacobsen & Kristiansen 2004: 9-29). Derfor er han valgt, som en af hovedteoretikerne for dette projekt. Desuden vil hele projektet, have en Goffmansk vinkel, da de øvrige teoretikere lægger sig tæt op, af hans teorier. Dette speciales udgangspunkt, er på mange måder at undersøge den interaktion der sker mellem patient og sygeplejerske i plejesituationen, derfor er det et mikrosociologisk studie af interaktion, og hvordan denne foregår under nogle helt særlige rammer. Goffman har et stort teoretisk arbejde bag sig, og der er således udvalgt de områder, som ses mest fordelagtige for nærværende projekt at arbejde med i analysen. Det første, der vil blive beskrevet, er Goffmans syn på totalinstitutionen, dernæst hvordan han beskriver interaktions møder og opretholdelse af *ansigt*. Derefter har Goffman også arbejdet med rummet i sociologisk perspektiv. Endvidere vil jeg komme ind på Goffmans dramatur teori som omhandler *frontstage* og *backstage*, samt hans tanker om *roller*. Samtidig med denne gennemgang af det teoretiske vil det blive sat i perspektiv til min konkrete undersøgelse af sygeplejerskers interaktion med patienter.

2.1.1 Erving goffman – anstalt og mennesker (Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates)

Det første som jeg vil benytte Goffman til, er at kigge nærmere på hans værk "*Asylums*", hvor han arbejde med begrebet totalinstitutioner. I bogen undersøger Erving Goffman, hvordan totalinstitutionen virker, og hvilket værktøjer de bruger for at få medlemmerne til at være en del af totalinstitutionen. Goffman undersøgelse kredser primært omkring et psykiatrisk hospital, men trækker paralleller til bl.a. fængsler og militæret.

Grunden til, at dette begreb er interessant i forhold til nærværende undersøgelse, er, at der i Goffmans værk, gives nogle forklaringer og begreber som kan anvendes til at beskrive en totalinstitution, samt undersøge hvordan en totalinstitution påvirker de mennesker, som er en del af institutionen. For at kunne forklare hvordan sygeplejerskerne tænker og agerer i forhold til patienter, er man nødt til også at undersøge den kontekst, som de møder patienterne i. Det er i forbindelse med at belyse disse rammer, at jeg ser Goffmans teori om totalinstitutionen, som anvendelig i forhold til nærværende projekt.

Det, der definerer en totalinstitution ud fra Goffman, er tre ting, der skal være til stede;

”For det første afvikles alle tilværelsens aspekter på samme sted og under den samme myndighed. For det andet udøves hvert afsnit af medlemmernes daglige gøremål i nærværelse af en stor gruppe andre mennesker, som alle behandles ens og er sat til at gøre det samme i fællesskab. For det tredje er alle dagens rutiner nøje skemalagt, [...] (afkortet citat) ” (Goffman 1974; 13).

Ud fra denne definition, mener jeg, at man godt kan tænke et sygehus, som en totalinstitution. Da de ritualer, som fremkommer i citatet, også finder sted på et sygehus. I modsætning til dagligdagen udenfor hvor man som Goffman skriver *”sover, leger og arbejder på forskellige steder”*. Som indlagt patient på et sygehus, foregår alle gøremål på den afdeling, man er tilknyttet, og man er tvunget til at følge hospitalets rutiner eller ritualer.

På samme måde, som de totalinstitutioner, som Goffman beskriver, er det interessante, for nærværende undersøgelse, den forskel mellem det ydre og det indre, den ydre verden og den indre verden, der foregår på totalinstitutionen. Når man indtræder i en totalinstitution, indtræder man gerne i en bestemt *rolle*, man får muligvis udleveret noget bestemt tøj, man bliver en del af totalinstitutionen. Hvis man kigger på militæret, får man udleveret det tøj man skal have på, hundetegn og man bliver måske kun kaldt ved efternavn eller nummer, i modsætning til den ydre verden hvor man selv vælger ens tøj og oftest bliver kaldt ved fornavn. På samme måde sker der en transformation, når man bliver indlagt, som patient på et sygehus. Man får på samme måde som andre totalinstitutioner, institutionens tøj på, hospitalstøj med tydeligt synlig logo og syninger i en bestemt farve, som angiver størrelsen på tøjet. Man får et hospitalsarmbånd på med navn og cpr nr., og det er dette armbånd, der fungerer som ens særlig kendetegn, og det der bliver tjekket før operation, scanninger, blodprøvetræning m.m. Derudover kommer patienten ind i en *’verden’*, som han ikke nødvendigvis har været en del af før. Patienten ved ikke, hvor ting er, og hvem der bestemmer. Derfor kan det nemt komme til at virke, som om alle andre ved mere end en selv. Dette kommer også til udtryk gennem patientens journal. Når en læge eller sygeplejerske har talt med en patient, bliver flere ting nedskrevet i patientens journal, som så kan læses og anvendes af det øvrige sundhedspersonale, hvilket er praktisk, da man så ikke starter fra nul hver gang, men det kan samtidig medføre at patienten føler noget af sin autonomi og medbestemmelse taget fra sig, i det de ikke selv råder over oplysningerne, og selv bestemmer, hvem der skal vide hvad (Goffman 1974; 13-21).

Jeg mener godt, at man ud fra Goffman kan beskrive dele af sygehussektoren som en totalinstitution. Det skal nævnes, at der er mange uligheder mellem de totalinstitutioner, som Goffman særligt beskriver i bogen *”Anstalt og mennesker”* og det som jeg mener sygehuset er i dagens Danmark. Men den teoretiske udledning vil jeg mene godt kan anvendes til at belyse livet på en afdeling på et sygehus. Der hvor Goffmans teori om totalinstitutionen, kan være svær at benytte, er at Goffman i sin beskrivelse af totalinstitutionen, ikke er særlig positiv. Dette kan skyldes, at hans primære fokus er på et psykiatrisk sygehus midt i 50’erne, og der dengang var et anderledes syn på psykiske sygdomme, end der er i dag, samt militæret, hvor man trænes til at adlyde ordrer. Goffman beskriver blandt andet, at når patienter bliver indlagt bliver de *’rippet’* for

deres ejendele De må ikke have noget privat som et aflåst skab og for at få udleveret en ny blyant skal de kunne fremvise den gamle nedslidte blyant. Derudover beskriver han, hvordan servicepersonalet føler sig hævet over patienterne og i nogle tilfælde også udøver psykisk og fysisk vold (Goffman 1974; 22f). Det er disse beskrivelser, som Goffman kommer med i sin bog *"Assylum"*, som gør, at man skal være bevidst om hvordan han anvender begrebet, og hvordan han i sine studier oplever, fænomenet totalinstitutioner. For nærværende projekt mener jeg, at der er belæg for i nogle sammenhænge at kalde et sygehus en totalinstitution, og at dele af sygehuset lever op til den definition, som Goffman stiller op for, hvad en totalinstitution er. Der er dog en stor forskel på de totalinstitutioner som Goffman undersøger, og den som jeg ønsker at undersøge. Hele det diktatoriske perspektiv, som Goffman anlægger, er ikke et som jeg regner med at finde, på et dansk sygehus anno 2014. I dag har patienterne mange rettigheder og systemet bygger på tillid og respekt i interaktionen De har aflåste skabe, intet bliver taget fra dem, og man vil kunne få så mange blyanter, som man ønsker sig. Her kan med fordel også tænkes tilbage, på de værdier, som sygeplejen foreskriver, som blev beskrevet i afsnittet *Definition af sygepleje*.

På trods af disse ændringer, som der er sket over de sidste årtier, er der dog visse ting, som ikke er ændret, og som muligvis ikke kan ændres. For på samme måde som i Goffmans beskrivelse kan man når man bliver en del af en totalinstitution nemt tabe sin *rolle* eller *identitet*, når *'alt'* bliver taget fra en, samt have svært ved at finde sig til rette i den nye *rolle* man får – nemlig *rollen* som patient.

En anden ting som Goffman beskriver, er det, at man i totalinstitutioner er en gruppe, der er ens, og at man er i en gruppe. Man er aldrig alene, og man kan i flere tilfælde slet ikke vælge, om man ønsker at være sammen med andre eller ej. Dette gør sig også gældende for indlagte patienter. De fleste patienter ligger på flersengs stuer, og kan ikke vælge at være alene (Goffman 1974; 26).

Man kommer ind i en ny verden, hvor der er andre normer og ritualer end man er vant til. For at tydeliggøre dette, er her en beskrivelse fra en norsk journalist, fra da han var indlagt på et sygehus.

"Jeg er endnu ikke blevet helt fortrolig med den besynderlige døgnrytme på et hospital. På Hospitalet ... vækker nattevagten samtlige patienter klokken seks – 06.00 – om morgenen, for at måle deres temperatur og puls. Fra klokken seks til otte er det meningen af patienterne skal sove igen, men det er jo ikke så let når man først har været vågen. Klokken 08.15 serveres morgenmad. Et kvarter senere er det tid til den personlige hygiejne og stuegang. Klokken halv et serveres der middagsmad. Og klokken 17.15 bliver aftensmaden serveret. Hvordan er det muligt at presse folk ind i sådanne ændringer af deres naturlige døgnrytme? De fleste mennesker er knap begyndt at koge kartofler til aftensmaden i hjemmene, når patienterne får serveret aftensmad på hospitalet. Jeg tænker på udsagn som, at 'patienterne er i centrum' og at 'hospitalet er et serviceorgan', når dagens rutiner begynder. Et øjeblik senere kommer plejepersonalet med middagsmaden. Der er ikke noget galt med maden, den ser indbydende ud. Der er kun det var det, at jeg ikke er sulten" (citater; Houge, Knut i, Kristoffersen 2003;125)

Det perspektiv, som ovenstående citat kommer med, er en beskrivelse af de ritualer der sker på et sygehus. Det er nok svært at ændre, og lade den enkelte patient afgøre, hvornår han ønsker at spise, sove o. lign.. Der er også rent faglige ting, som skal ske på bestemte tidspunkter. Man laver ikke mad til hver enkelt patient, og maden kommer til alle på bestemte tidspunkter. Derfor tror jeg, at det for mange sygeplejersker handler om, at gøre det så behageligt for patienten som muligt, at komme igennem den svære periode, som et sygdoms forløb kan være.

Det at man ikke selv bestemmer, over sin tid, er noget af det, der kan gøre det svært for patienterne, og som Goffman beskriver, at man kan komme til at føle sig underdanig i sin *rolle*, da man ikke er den der har styr på tingene, man ved ikke, hvor de forskellige ting er, og man skal bede om tingene – man har brug for hjælp, man skal måske også bede om lov. (Goffman 1974; 37). I forhold til nærværende projekt, tror jeg godt at disse følelser kan opstå hos patienterne, men af mere flygtig karakter, end i Goffmans beskrivelse. I følge Goffmans beskrivelse af psykiatriske patienter, er disse indlagt i meget lange perioder måske hele livet. I dag har man fokus på, at patienter skal være så selvhjulpne som muligt, så det, de skal have hjælp til, er oftest en nødvendighed. Det perspektiv som Goffman beskriver, hvor patienterne skal holdes i en særlig position, hvor de er underdanige i forhold til personalet, anser jeg ikke, for at være gældende i det danske sygehusvæsen, men nogle af de samme følelser kan formodentlig sagtens forekomme. Jeg tror dog, at de vil være af en mere flygtig karakter, både da indlæggelsen for de fleste er kort, men også fordi systemet og personalet ønsker at undgå disse følelser hos patienten, således at de ikke bliver svage og underdanige i modsætning til beskrivelserne i Goffmans bog *"Assylum"*, jf. dif. Af sygeplejen og de sygeplejeetiske retningslinjer.

2.1.2 Erving Goffman – Interaktion og Ansigtstarbejde.

Vi vil nu bevæge os videre med Goffman og kigge, på nogle af de andre teoretiske begreber, som findes anvendelige i forhold til nærværende projekt. Goffman har i flere essays og bøger, beskæftiget sig med interaktioner, *roller* og hvad der sker, når to individer møder hinanden. Det vi vil undersøge videre under kapitlet teori med hensyn til Goffman, er hvad det er, der sker når to mennesker møder hinanden.

I sin essay *"Om ansigtsarbejde"*, beskriver Goffman, vigtigheden af ens *ansigts arbejde* i sociale relationer. Goffman anvender begrebet *ansigt*, som er mere end blot ens legemsdel, han sammenstiller det med ens selvbillede, det som man gerne vil fremsætte for andre (Goffman 2004; 39).

For yderligere at tydeliggøre, hvad Goffman mener, med hans *ansigts* begreb skriver han:

"Man kan sige, at en person besidder, eller bærer, eller opretholder ansigtet, når den linje, som han anlægger i praksis, gengiver et billede af ham, der er internt konsistent, bliver støttet af vurderinger og vidnesbyrd fra de andre deltagere, og bliver bekræftet af vidnesbyrd fra upersonlige instanser i situationer" (Goffman 2004; 40).

Ens *ansigt* kan beskrives, som det selvbillede andre møder, man kan ikke lige pludselig ændre sit *ansigt* drastisk. Man bliver bekræftet i sit *ansigt* gennem at folk støtter og anerkender ens *ansigt*,

ved f.eks. ikke at stille spørgsmålstejn ved ens *gøren* og *laden*. Dog kan folk i Goffmans optik også bære et *forkert ansigt*, eller slet ikke besidde noget *ansigt*. Hvis en person bærer et forkert *ansigt*, er det udtryk for, at den linje han har lagt ikke stemmer overens med hans sociale værd. Hvis man er uden ansigt, kan det skyldes, at man ikke følger normen, eller at man ønsker at bedrage nogen. Hvis man enten bærer et forkert *ansigt*, eller intet *ansigt*, kan dette svække ens selvbillede, og man kan derfor komme til at føle sig forlegen, flov eller ydmyget (Goffman 2004; 42).

Man kender udtrykkene at '*tabe ansigt*', og at '*redde ansigt*', disse to udtryk er noget, der kommer i spil, når man enten bærer et forkert eller ikke noget *ansigt*. Goffman beskriver, at i kinesisk kultur findes også udtrykket at '*give ansigt*' (Goffman 2004; 43).

Goffman beskriver, at for at en interaktion mellem to individer, skal være vellykket vil de begge forsøge, at undgå, at *tabe deres eget ansigt*. Samtidig vil de forsøge at opretholde den andens *ansigt*. Da det at en af dem *taber ansigt*, vil være uønskværdigt for begge parter. Det at opretholde *ansigt* kan således forstås som en forudsætning for, at en god dialog kan finde sted (Goffman 2004; 45).

Dette begreb om ansigt, og det at støtte hinanden i en interaktion, mener jeg kan overføres på nærværende problemstilling, i det sygeplejerskerne, selv må udføre *ansigts* arbejde, og sikre at de i deres funktionen, ikke bærer et forkert eller *taber ansigt*. Desuden må de være bevidste om at sikre patientens *ansigt*. Man kan argumentere for, at patienten kan have svært ved at opretholde *ansigt* selv, fordi de er i en ukendt situation, og muligvis ikke kender de normer og regler, som sygehuset foreskriver, jf. tidligere afsnit omkring totalinstitutionen, hvor man bliver pålagt en *rolle*. Sygeplejerskerne skal derfor muligvis være ekstra gode til at udfører *ansigt* arbejde i form af det at være i stand til *at give ansigt*.

Grunden til at man kan blive forlegen, og derved kan *tabe ansigt*, mener Goffman handler om uopfyldte forventninger. Når man ikke lever op til de forventninger som en social identitet eller omgivelserne har til en, og man ikke agerer som man *burde gøre*, kan forlegenhed opstå (Goffman 2004; 127). I dette perspektiv, kan en indlæggelse på et sygehus nemt fører til forlegenhed, da en nylig indlagt patient, måske ikke ved, hvordan han skal opføre sig, og hvilke normer og regler der gælder. Derfor kan man nemmere end i ens dagligdag komme til at *gøre*, som man ikke *burde gøre*.

Når man påtager sig et selvbillede, og udtrykker dette gennem *ansigtet*, bliver det forventet af andre at man også lever op til det. Som nævnt tidligere, skal begge deltagere i en interaktion bevare *ansigt*, for at begge efterfølgende kan føle sig tilfredse (Goffman 2004; 47), *ansigts* bevarelse er således et mål for den fælles interaktion.

Der er dog flere ting der kan true ens *ansigt*, Goffman opstiller tre niveauer for, hvor ansvarlig man selv kan være for en *ansigtstrussel*.

1. Uskyldig handling. Et utilsigtet fejltrin f.eks. at man snubler.
2. Handle i ond tro, direkte at fornærme nogen.
3. En bi-omstændighed.

For at uddybe den tredje form, skriver Goffman:

"[...]krænkelser som bi-omstændigheder: De opstår som et uoverlagt, men nogen gange forventet biprodukt af handlingen – en handling som krænkeren udfører på trods af at den kan føre til krænkelse, men ikke i trods" (Goffman 2004; 47f).

Det er især den første og den tredje form for krænkelse, som jeg ser relevant for nærværende projekt, da den krænkelse som en patient kan blive udsat for, ikke er en handling, der er udført med formålet, at krænke, men et biprodukt af andre relevante opgaver. Dette er i hvert fald min formodning. Den første form, som er den *uskyldige handling*, ser jeg også som relevant for undersøgelsen, da patienten, når han indtræder i en *verden* med ukendte normer og værdier, kan have svært ved at finde ud af, hvad der er rigtigt og forkert.

Når en handling gør, at man taber *ansigt*, er der flere måde at reagere på. Man kan enten opføre sig som om episoden ikke har fundet sted, eller man kan acceptere episoden, men vælge ikke at tillægge den nogen værdi, og derfor er den ikke truende. Endvidere kan episoden anerkendes og tillægges den værdi, at den er truende, og den skal italesættes og bearbejdes, således at *ansigt* igen kan genoprettes. Dog kan reaktionen også være så stærk, at personen ikke reagerer, og derved går i opløsning, og ikke kan finde et *ansigt*, her beskriver Goffman, at man skal trække sig væk og lade personen genfinde sit *ansigt*, for man igen kan genoptage ens foretagende (Goffman 2004; 50f).

Det vil være interessant at belyse hvordan sygeplejerskerne oplever forskellige patienters reaktion, når de udfører en handling, som potentielt kan være krænkende, og om de forsøger at imødekomme patientens reaktion, ved at agere forskelligt fra patient til patient. Hvad tillægger de af værdi, til de forskellige mønstre at reagere på. Hvordan forsøger de at hjælpe, de patienter som krænker sig selv ved uskyldige handlinger, og hvordan forsøger de at undgå at krænke, som bi-omstændighed i f.eks. den personlige pleje. Hvad tænker sygeplejerskerne om disse episoder, hvis det er noget de tænker over.

Som tidligere beskrevet, mener Goffman, at for at en interaktion, skal være vellykket, skal begge parter bevare deres *ansigt* under interaktionen. I forlængelse af det, kommer han også med nedenstående aspekt

"Efter samfundets almene normer er det måske kun det diskrediterede individ der burde skamme sig, men ifølge normerne for det lille sociale system som opretholdes af samhandlingen, er den der svækker tilliden til nogen, lige så skyldig som den der således mister den – nogen gange endda mere, for hvis han har udgivet sig for at være taktfuld, ødelægger han sit eget ansigt ved at ødelægge en andens" (Goffman 2004; 128).

Ovenstående citat, er ganske interessant i forbindelse med nærværende projekt. Da dette kan give en forklaring på, hvorfor det er vigtigt for sygeplejerskerne, at sikre patientens *ansigt*. Ved at sikre patientens *ansigt*, sikrer de nemlig også deres eget, og styrker højest sandsynligt deres eget selvbillede, som den gode sygeplejerske. Det faktum at de selv '*vinder*' ved at bevarer patientens

ansigt i en krænkende situationen, kan støtte deres selvbillede yderligere, samt kan det ikke at være i stand til at redde patientens *ansigt*, være udslagsgivende i at de mister deres eget *ansigt*.

Da sygeplejersken kan ses som den stærke, og ved de ting som sygeplejen foreskriver, har de et større ansvar i interaktionen end patienten, jf. definition af *sygepleje* og de *sygeplejeetiske retningslinjer*.

2.1.3 Goffman; Selvets territorier og fysisk berøring i sygeplejen.

I sit essay "*selvets territorier*" beskæftiger Goffman sig med forskellige former for rum. Disse former for rum, er interessante for nærværende projekt, da man i forbindelse med en indlæggelse muligvis vil føle at nogle overskrider ens personlige grænse. Sygeplejerskerne vil måske nævne at de er nødt til at overskride nogle grænser, i forbindelse med deres sygepleje. For at klarlægge hvad de grænser er, ses det anvendeligt at benytte Goffmans teori om rum, som han beskriver i sit essay "*selvets territorier*".

Goffman beskriver det *personlige rum*, som det rum der omgiver en person. Vi har alle forskellige grænser for hvor vores personlige rum ender, men ens personlige rum ændrer sig også efter omgivelserne. Hvis man f.eks. kommer ind i en bus hvor der kun sidder en passager vil denne efter al sandsynlighed opfatte det, som en krænkelse af sit personlige rum, hvis man sætter sig ved siden af vedkommende, men hvis man kom ind i en fyldt bus, med kun et ledigt sæde, vil den person, man sætter sig ved siden af højst sandsynlig ikke føle sig krænket (Goffman 2004; 161). Udover det *personlige rum*, nævner Goffman *Båsen*, som er et velafgrænset rum eller område, som man kan besidde flygtigt f.eks. som et bussæde. *Brugsrum* er på samme måde som båsen et flygtigt rum, det kan være det rum, der er mellem en og et tv, eller mellem fotograf og model. Et andet rum er *rækkefølgen*, som er det rum man venter i når man står i kø, eller blot venter i et rum til ens nummer bliver kaldt. *Hylsteret* som Goffman kalder det, er ens hud – ens krop. Dog er der forskellige differentieringer inden for ens krop i forhold til, hvor personlig og hvor opmærksom man er. At ens knæ berøres af en anden, er ikke det samme som at ens køn berøres. *Besiddelsesterritoriet* er ens personlige effekter, som man er så tæt knyttet til, at det kan føles som en forlængelse af en selv. Et andet rum som Goffman beskriver er *Informationsreservatet*. Dette rum handler om, at man gerne vil have kontrol over visse informationer selv, og være i stand til at kontrollere disse informationer. Dette rum er et af de mere diffuse, da det både kan handle om ens personlige oplysninger, hvad der findes i ens taske og om retten til ikke at blive nedstirret eller inspiceret, Goffman nævner, at folk, der krænker dette rum, kan blive beskrevet som, '*pågående, nærgående og taktløse*'. *Samtale reservatet* er det sidste af Goffmans rum. Her handler det om, at man selv kan styre, hvem man snakker med, hvad man skal snakke om, og hvor mange tilhørere samtalen skal have (Goffman 2004; 164ff).

Alle Goffmans rum kan have en potentielt krænkes. Mange af rummene kan man selv styre i sin dagligdag, men når man er indlagt på et sygehus, kan det være sværere at have kontrollen over disse rum. I forhold til Goffmans *samtale reservat og Informationsreservatet*, er problematikken, som jeg ser den ikke så meget forholdet mellem sygeplejerske og patient, da patienten ofte gerne vil dele med sygeplejersken, men mere medpatienterne, som ikke kan udelukkes fra samtalen, som muligvis har en personlig karakter. Patienten kan således opleve at blive krænket, ved at dennes *samtale-* eller *informationsreservat* brydes. Det kan også opleves krænkende for patienten, at dennes journal er tilgængelig for hele det sundhedsfaglige personale, da patienten

dermed mister kontrollen over, hvem han ønsker at dele sin oplysninger og oplevelser med. I den forbindelse kan sygeplejerskerne komme til at virke pågående eller nærgående, hvis de i deres første møde med patienten ikke formår at starte samtalen *'forfra'* selvom de har læst hvad der står i journalen fra tidligere. I forhold til nærværende projekt vil jeg mene at det *personlige rum* samt *hylsteret*, vil være nogle af de vigtige rum. Da sygeplejerskerne netop kan være nødsagede til at invadere disse to rum i deres funktion, ved f.eks. at skulle skifte forbindinger, lave undersøgelser eller hjælpe med den personlige hygiejnen, kan de komme til at krænke patienten. De to særlige måder som sygeplejersken kan krænke på er ved deres berøring, eller ved deres blik. Blikket og den måde vi kigger på hinanden på kan være krænkende (Goffman 2004; 176ff)

"En regel i vores samfund: Når kroppen er nøgen, er blikket tildækket"
(Goffman 2004; 178).

"selv i dag er gynækologiske undersøgelser ikke helt uproblematisk, og der bliver gjort en særlig indsats for at lade proceduren præge af udtryk og fremgangsmåder der holder seksuelle fortolkninger på afstand" (Goffman 2004; 235).

For at forsøge ikke at krænke patienten må sygeplejersken have det rigtig blik, den rigtig attitude. Udover blikket må hun også verbalt i talesætte, hvilken handling hun skal til at udføre, således at patienten er bevidst om hendes berøring.

Det er ikke kun andre, der kan krænke. Goffman beskriver, at man også kan udføre *selvkrænkelse*. Der findes flere former for *selvkrænkelse*, den form, som kaldes *blottelse*, er den som ses anvendelig for nærværende projekt. Denne selvkrænkelse kan blandt andet komme til udtryk ved beruselse, eller hvis man har det forkerte tøj på, eller for lidt tøj (Goffman 2004; 187). Dette er relevant, da de fleste patienter har sygehusets tøj på. Derved kan størrelse og pasform variere, samt som tidligere nævnt, kan patienter komme til at blotte sig, ved at tro at normen er en anden på sygehuset. Her kunne et eksempel være en patient, som bevæger sig ud på gangen i underbukser og hospitalsskjorte. Han kunne tro, at dette er normen på sygehuset, da det er det tøj han fik udleveret og blev hjulpet i af sygeplejersken. Han var måske ikke opmærksom på den morgenkåbe, hun lagde ved siden af sengen. I det en sygeplejerske informerer ham om den manglende morgenkåbe, kan han føle selvkrænkelse. Her er det, som tidligere nævnt, at sygeplejerskens skal hjælpe vedkommende til at opretholde *ansigt*, således at patienten ikke føler krænkelsen så voldsom, hvis den ikke kan afskrives som ubetydelig.

Fysiskberøring i sygeplejen

Som et supplement til Goffmans teori, om selvets territorium, har jeg valgt, at belyse den måde, som fysisk berøring, bliver beskrevet i sygeplejeteoretiske bøger. For at få et indblik i, hvordan aspektet bliver præsenteret for sygeplejerskerne og de studerende, som læser til sygeplejerske.

I bogen *"Almen sygepleje 2"*. Bliver det beskrevet at, fysisk berøring anvendes på to måder, i sygeplejen. Den ene måde, er som en form for nonverbal kommunikation, som bruges til at understøtte den verbale kommunikation mellem patient og sygeplejerske. Dette kan for eksempel bestå i en beroligende berøring i forbindelse med en samtale, som skal medvirke til, at der kommer et tillids forhold mellem patient og sygeplejerske, samt at patienten føler sig tryk.

"Det er vigtigt, at der er kongruens mellem den fysiske kontakt, som vi anvender og det nonverbale og verbale budskab. Hvis vores kropsholdning, mimik og stemme viser, at vi accepterer personen og er trygge i situationen, så kan vi formidle accept og tryghed gennem vores adfærd" (Kristoffersen 2004;88)

Der bliver således lagt vægt på sygeplejerskens eget kropssprog, som skal være i symbiose med det verbale udtryk. Hvis man bruger Goffmans begreber, på overstående citat. Kan man tale om at sygeplejersken skal bære et korrekt *ansigt*, i interaktionen med patienten, således at de kan frembringe, det rigtige *ansigt* eller følelser hos patienten.

Den anden form hvor fysisk berøring blive anvendt i sygeplejen, er når det er nødvendigt. Dette er særligt i forbindelse med undersøgelse eller ved hjælp til personlig hygiejne. Denne berøring kan indtage en mere intim karakter. Her er det vigtigt at informere patienten om vigtigheden af at opgaven udføres, hvad der skal udføres og hvordan opgaven bliver udført. Derudover er det vigtigt, at når disse opgaver udføres at sygeplejersken:

"giver udtryk for, at det ikke er en selvfølge for hende, at overskride patientens personlige og intime zone" (Kristoffersen 2004;89)

"Al berøring og fysisk kontakt kræver opmærksomhed, takt og empati fra sygeplejerskens side. Berøringer kan opleves som traumatisk og krænkende, men kan også være et effektivt hjælpemiddel, hvis det bruges rigtigt" (Kristoffersen 2004;89)

Fysiskberøring, kan således bruges, til at vise empati og skabe en tryk ramme for patienten i en svær situation. Hvor det er vigtigt ved den praktiske fysiske berøring, at sygeplejersken er bevidst om de grænser hun potentielt overskrider, og derfor formår at udføre plejen i et samarbejde med patienten.

2.1.4 Goffman; Front- og backstage

Goffmans begreber om *front-* og *backstage* er en del af hans kendte dramaturgiske teori. Her anvender Goffman en teater *scene*, som en metafor for hvordan vi mennesker agere i vores sociale liv, og hvordan vi påtager os, forskellige *roller* alt efter hvilken *scene* vi er på. Når man er *frontstage*, er man på *scenen*, og man skal således forsøge at overbevise publikum om den *rolle*,

man har valgt. Man skal således passere som den rolle, man har valgt, ved at få den anerkendt af publikum. Goffman mener at vi alle påtager os *roller*, som i højere eller mindre grad minder om vores autentiske selv.

På den ene side er der *frontstage*, hvor vi spiller krævende *roller*. Det er der vi er 'på'. På den anden side er der *backstage*, hvor man kan slappe mere af. Der er stadig tale om, at man påtager sig en *rolle*, men denne *rolle* er en, der ligger tættere på ens autentiske selv, end den som *frontstage* muligvis tillader. Man kan sige, at det er her, man lader op til igen at komme ud på *scenen*.

Det interessante ved den dramaturgiske teori for nærværende projekt er, at for patienten er der ingen *backstage*, hvilket også er et af kendetegnene ved totalinstitutionen. Man 'på' hele tiden, der er ingen steder at gemme sig og lade op, men er altid tilgængelig. Dette perspektiv kan være med til at beskrive hvilken situationen, som patienten befinder sig i, og denne påvirker således interaktionen med sygeplejersken. I interviewene vil der blive spurgt ind til sygeplejerskernes oplevelser af patientens ramme, og hvordan de fortolker denne ramme, hvor der er faste ting som patienten skal og det at patienten ikke har noget sted at flygte hen. Hvordan de muligvis forsøger at skabe en *backstage* for patienterne, ved at trække et forhæng for, og give dem noget tid for sig selv.

Et andet perspektiv i forhold til nærværende projekt, er at sygeplejerskerne ligesom patienterne, er meget på *frontstage* i deres arbejde. Hvordan påvirker det sygeplejerskernes arbejde, at de for det meste altid er på, og er det noget de selv tænker over i deres dagligdag. Jeg vil gerne finde ud af, i hvor stor en del af deres dagligdag, de er på *frontstage*, og hvordan det påvirker dem, at de i deres interaktioner næsten altid er *frontstage* og under overvågning fra flere patienter samt også ofte pårørende. Min erfaring er, at når en sygeplejerske tilser en patient på en firemandsstue, er de øvrige patienter meget bevidste om dette, og følger således også med i samtalen. Sygeplejersken har således ofte et større publikum, end blot en. Samtidig er sygeplejerskerne altid på kald, så selvom de har et personale rum, vil de aldrig vide hvor lang tid de har til at være *backstage* og koble af og lade op, til at de igen skal være 'på'. Dette perspektiv kan medføre at flere sygeplejersker føler sig stressede. Dette er dog ikke sigtet for nærværende projekt, så det vil ikke blive undersøgt i fuld form, men det er klart at det at være stresset kan påvirke deres *rolle* som sygeplejerske, da det er en *rolle* som kræver ro og nærvær i interaktionen. Dette kan være et perspektiv, som kommer til udtryk gennem empirien. Men kun i det omfang, de selv beskriver, at det påvirker deres interaktion med patienterne, vil det være relevant for dette projekt. (Goffman 1959; 66-ff)

2.1.5 Roller

Goffman beskæftiger sig også en del med begrebet *rolle*. Dette begreb om *rolle*, kan til tider forekomme en anelse diffust, da en person kan påtage sig flere forskellige roller, og det at en person har en *rolle* er ikke noget man altid ligger mærke til i ens hverdag. I forhold til nærværende projekt, er det der ønskes at undersøges, *rollespillet* mellem de to *roller* – patient og sygeplejerske. Der er knyttet visse forventninger og normative krav til disse *roller* (Goffman 2004; 194). En sygeplejerske forventes at leve op til de krav som sygeplejen forskriver (jf. dif. Af sygepleje og de sygeplejeetiske retningslinjer). Samtidig er der også forventninger til patienterne. De skal være åbne, imødekommende og være villige til at gå i dialog med sundhedspersonalet, og indstille sig på at følge de regler som er på sygehuset, samt følge sygeplejerskernes råd og vejledning. Det er

så at sige forpligtelser, der følger med *rollen*, og har man en *rolle* i længere tid, vil man også blive knyttet til sin *rolle* (Goffman 2004; 198). Goffman beskriver det at påtage sig en *rolle*:

”Når indehaveren af en position indtager denne, må han påtage sig hele den række handlinger som hører til den tilsvarende rolle, så rollebegrebet medfører en social determinisme og en doktrin om socialisering. Vi påtager os ikke adfærdselementer et efter et, men snarere et helt vognlæs af dem på en gang, og kan på forhånd lære at være en hest, mens vi stadig bliver trukket af sted som en vogn” (Goffman 2004; 196).

En *rolle* er således noget, der er defineret, der findes allerede et sæt regler, for hvordan man skal opføre sig, når man påtager eller bliver påduttet en særlig *rolle*. Endvidere beskriver Goffman, at vi alle kender forskellige *roller*, og at vi lærer *roller* at kende også før vi selv spiller dem, hvis vi nogensinde kommer til at spille dem. En af de *roller*, som vi alle kender er muligvis *sygeplejerskerollen*, vi har nogle forventninger og nogle fordomme om, hvordan en sygeplejerske er og skal og vil agere i forskellige situationer. I forhold til Goffmans *rolle* begreb, er det relevant at pointere, at han mener, at på samme måde som man kan påtage sig en *rolle*, kan man også vælge at forkaste ens *rolle*, og derved ikke spille med (Goffman 2004; 210).

I forbindelse med Goffmans beskrivelse af *roller*, er et spændende perspektiv fokuseret på regelmæssige udøvere og uregelmæssige udøvere. På et sygehus eller en sygehusafdeling sker der ofte regelmæssige udførelser, dette kan f.eks. være en person, der bliver indlagt. Indlæggelser sker tit i forbindelse med, at en patient bliver overført til afdelingen enten fra at være blevet opereret eller fra AMA (akut medicinsk modtagelse). Her vil sygeplejersken være en *regelmæssig udøver*, da hun ofte modtager folk, når de bliver indlagt på afdelingen. Patienten vil i de fleste tilfælde være en *uregelmæssig udøver*, da det måske er første gang, at patienten har denne *rolle* (Goffman 2004; 197).

Dette perspektiv med regelmæssig udførelse, *regelmæssig udøver* og *uregelmæssig udøver*, er noget som sygeplejerskerne, skal have fokus på. Som *regelmæssig udøver*, ved de, hvad de skal gøre og sige, og kan muligvis udføre deres opgaver ganske hurtigt og rutineret. De skal dog være bevidste om, at den regelmæssige udførelse ofte vil ske sammen med en uregelmæssig udfører, som muligvis ikke ved, hvilket spil der skal foregå, og dette skal sygeplejersken være opmærksom på, for at kunne tage hensyn til den uregelmæssige udøver, i dette tilfælde patienten.

Sygeplejerskens rolle

Jeg vil igen trække paralleller til sygeplejeteori, for at undersøge hvordan sygeplejerskerollen bliver beskrevet.

Meget af sygeplejerskernes arbejde består i samspil med patienter. Det er i høj grad sygeplejersken, der har ansvaret for dette samspil. Det er hende, der skal sørge for, at patienten føler sig sikker og tryk, så der kan komme en god dialog, og sygeplejersken kan give patienten den bedste behandling. Grunden til, at sygeplejersken har ansvaret for samspillet mellem hende og patienten, er, at de har to forskellige *roller*. I relationen mellem sygeplejerske og patient, er sygeplejersken ofte den *’stærke’* og patienten den *’svage’*, som kommer for at søge hjælp hos sygeplejersken (og sundhedsvæsenet generelt). Denne *rollefordeling*, kommer til udtryk i nærværende projekt, da det beskæftiger sig med indlagte patienter, som er en af de

patientgrupper, der er svagest (Kristoffersen 2004;15ff). Sygeplejerskens *rolle* som den stærke, kommer til udtryk, da det ikke er hende, der er syg, og det er hende, der besidder den sundhedsfaglige viden, og dermed ved, hvilken behandling der er bedst for patienten.

2.2 Arlie Hochschild – *Emotional labor*

Herunder vil jeg klargøre Arlie Hochschild begreb omkring emotional labor, emotional work, og hvordan denne teori kan anvendes i praksis i nærværende projekt.

Den amerikanske sociolog Arlie Hochschild, har undersøgt og beskrevet begrebet *emotional work*, hun har i bogen *"Managed Heart: Commercialization of Human Feeling, Update with a New Preface"*, undersøgt dette fænomen. Hendes største empiriske grundlag kommer fra hendes undersøgelser af stewardesser, hvor hun udførte interviewes samt observationer, blandt andet af deres rekrutterings og oplæringskurser.

Arlie Hochschild, fremsætter en definition på hvilket typer af arbejde, som kan kræver *emotional labor*:

"First, they require face-to-face or voice-to-voice contact with the public. Second, they require the worker to produce an emotional state in another person - gratitude or fear, for example. Third, they allow the employer, through training and supervision, to exercise a degree of control over the emotional activities of employees". (Hochschild 2012; 147)

De to første punkter, er noget som sygeplejeske erhvervet lever op til, eller skal leve op til, qua det værdigrundlag, som sygeplejen bygger på (jf. dif. Af sygepleje og de sygeplejeetiske retningslinjer) det tredje punkt kan være en mere usikker størrelse. I Hochschilds beskrivelse af stewardessernes træning, fremgår det at stewardesserne får træning i *emotional work*, både i deres uddannelse, men også i kurser som færdiguddannede. Derudover findes der en klar struktur, hvor der er supervisorer, som har et fokus på stewardessernes fremtoning. Disse udfører også såkaldte ghost-rides, hvor de uden stewardessernes viden, indsamler informationer blandt andet om stewardessernes fremtoning. For sygeplejerskerne, synes der ikke at findes et lige så etableret, i hvert fald ikke set udefra, system. På det faglige område er der et klassiks hierarkisk system, hvor lægen er over sygeplejersken. Oftest vil lægen dog kun koncentrere sig om det rent faglige aspekt, da lægen sjældent er nok til stede på afdelingen til at vurdere, om sygeplejersken udfører sit *emotional work*, godt nok, og derved lever op til sygeplejens værdigrundlag. Der findes derudover også over- eller afdelings sygeplejerske, men om disse også fokuserer på *emotional work*, må på nuværende tidspunkt stå hen i det uvisse. Dog modtager sygeplejesker, en vis form for undervisning i *emotional work*, og i, hvordan de skal håndtere forskellige situationer i deres uddannelse, ligesom der i sygeplejedefinitionen er konkrete ting de skal leve op til.

Hochschild nævner også selv sygeplejesker, som en mulig gruppe for *emotional labor* (Hochschild 2012; 148). Det skal dog nævnes, at der findes mange forskellige typer stillinger, som sygeplejesker kan besidde qua deres brede faglige kompetencer, og det er ikke inden for alle disse forskellige fagområder at *emotional work* er nødvendigt. Jeg anser den afdeling, jeg har valgt at undersøge i

nærværende projekt, for at være en afdeling, der potentielt anvender *emotional work*, da det er en afdeling, hvor sygeplejen har en høj prioritet.

For at tydeliggøre, hvad det er for nogle erhverv som kan kræve *emotional labor*, og hvad det at udfører *emotional labor* betyder skrive Hochschild følgende

“This labor requires one to induce or suppress feeling in order to sustain the outward countenance that produces the proper state of mind in others-in this case, the sense of being cared for in a convivial and safe place. This kind of labor calls for a coordination of mind and feeling, and it sometimes draws on a source of self that we honor as deep and integral to our individuality” (Hochschild 2012; 6-7).

Som et eksempel på dette:

“For the flight attendant, the smiles are a part of her work, a part that requires her to coordinate self and feeling so that the work seems to be effortless. To show that the enjoyment takes effort is to do the job poorly. Similarly, part of the job is to disguise fatigue and irritation, for otherwise the labor would show in an unseemly way, and the product - passenger contentment - would be damaged. Because it is easier to disguise fatigue and irritation if they can be banished altogether, at least for brief periods, this feat calls for emotional labor” (Hochschild 2012; 8).

Det at udføre *emotional labor* handler om at kunne frembringe nogle følelser hos andre. I de fleste tilfælde gode og positive følelser, at vedkommende kommer til at føle sig afslappet og *‘i gode hænder’*. Dog kan det også ønskes at frembringe mere negative følelser.

På samme måde, som Hochschild beskriver, at stewardesserne skal udfører *emotional work*, mener jeg, at dette også gør sig gældende for sygeplejersker. De skal være venlige, imødekommende og hjælpsomme over for patienterne, samtidig med, at de skal udfører et rent fagligt arbejde. De skal få patienten til at føle sig sikre og i gode hænder. De må ligeledes heller ikke vise deres irritationen over for patienterne, Uanset om patienten er årsag til problemet, eller det er et strukturel eller personligt problem. Det der er særligt interessant ved ovenstående citat, er det, at man kan få irritationen til helt at forsvinde, for det er her, at *emotional work* virkelig kommer til udtryk. Noget der således ligger dybere end blot at lave en pæn facade overfor patienten. På samme måde som stewardessen skal formidle en god atmosfære for passagererne, skal sygeplejerskerne formidle de værdier som sygeplejen bygger på: at hvert menneske er unikt, har krav på respekt og at sygeplejersken i sit hverv skal opretholde dennes værdighed.

“Faget sygepleje bygger på bestemte værdier [...]. Den enkelte sygeplejerske er ansvarlig for at formidle disse værdier i sin egen adfærd. Det er ikke nok at være bevidst om og reflektere over værdigrundlaget. Værdierne skal komme til udtryk i holdninger og handlinger. De skal altså tydeligt præge samspillet mellem patient og sygeplejerske.” (Kristoffersen2004; 16)

Sygeplejersken skal dog ikke kun, være bevidst om og reflektere over disse værdier. Hun skal inkorporere dem i sine holdninger og handlinger. For at dette er muligt, må sygeplejersken højst sandsynlig anvende en form for *emotional work*. Således at det syn og værdigrundlag som definitionen af sygepleje dikterer, bliver hendes eget. Hvis dette ikke sker, kan det sætte sygeplejersken i en uheldig situation, hvor hun enten ikke lever op til de krav, der stilles, eller hun skal tage en facade på gennem arbejdsdagen for, at imødekomme de krav der stilles. Denne facade vil muligvis ikke være stærk nok til at holde et helt arbejdsliv.

Hochschild mener at vi alle laver en form for *emotional work* fra tid til anden, men at der sker noget andet når det lige pludselig ikke er '*for os selv*'. Sygeplejersken udfører også *emotional work* privat, ved f.eks. at virke glad og opstemt til en nær venindes fødselsdag, selvom hun egentlig føler sig udmattet og trist, men her er det hendes eget valg, hvilke følelser hun vælger at vise. I hendes funktion som sygeplejerske, er det derimod ikke hende selv, der vælger, hvilke følelser hun skal projicere, det er sygehusvæsnet (Hochschild 2012; 13).

Hochschilds opdelingen, mellem *emotional work*, og *emotional labor*, kan forekomme en anelse uklar, i hendes beskrivelse af de to begreber. Et arbejde kan kræve *emotional labor* i højere eller mindre grad, hvor *emotional work*, kan være en privat ting. Hvis et arbejde kræver *emotional work* af sine medarbejdere, vil arbejdet kunne betagnes som *emotional labor*.

2.2.1 *Feeling rules*

For at undersøge hvordan *emotional work* udføres, vil vi her se hvilke værktøjer, der kan bruges, når man laver *emotional work*.

Det første begreb som vi vil se nærmere på er *feeling rules*, ved at anvende ovenstående eksempel, om sygeplejersken, der til venindens fødselsdag ikke føler sig oplagt til fest, men alligevel tvinger sig selv til at virke glad og opstemt. Det kan anfægtes, at dette valg ikke kun kommer '*fra hendes indre*', men at der også er noget ydre der påvirker hende til at udføre dette skuespil. Dette ydre beskriver Hochschild som *feeling rules*. *Feeling rules* er noget, vi alle indretter os efter, i hvert fald vores *surface acting* (jf. 2.2.2). Der er normer og regler for, hvordan man skal opføre sig i forskellige forummer, eller hvis man har en særlig *rolle*. Et andet eksempel kan være, at man skal virke trist til en begravelse, selvom man måske ikke er det. Hvis disse følelsesmæssige regler ikke overholdes, kan man komme til at virke, som et koldt og kynisk menneske. *Feeling rules* er noget, der kommer til udtryk i alle interaktioner. Uanset om det er på arbejdet eller i det private, er der regler, der bestemmer, hvad vi skal føle og, hvilke følelser vi skal vise (Hochschild 2012; 57ff).

Disse følelsesregler, er ikke nogen vi altid bemærker, oftest tænker vi ikke over det. Det er kun når brikkerne; situationen og følelserne, ikke passer sammen, at vi blive bevidste om, at der findes regler og normer for, hvordan vi skal opføre os. Dette vidner også om at vi allerede forstår og følger mange reglerne, helt uden at ane at de eksisterer (Hochschild 2012; 43).

Men i forhold til stewardesserne er disse *feeling rules*, ikke kun de naturlige, der opstår mellem menneskerne. De er nedskrevet i diverse manualer og bliver lært på de forskellige træningskurser. Dette medfører, at der bliver mindre brug for stewardessernes egen individuelle navigation, da hun ikke selv skal tage stilling, men blot følge flyselskabets forskrifter.

Dette beskriver Hochschild, som at der sker en transmutationen

“When this emotional system is thrust into a commercial setting, it is transmuted. A profit motive “is slipped in under acts of emotion management, under the rules that govern them, under the gift exchange. Who benefits now, and who pays? The transmutation is a delicate achievement and potentially an important and beneficial one. But even when it works-when “service ratings” are high and customers are writing “orchid” [= Positive – Min oversættelse] letters-there is a cost to be paid: the worker must give up control over how the work is to be done” (Hochschild 2012; 119)

Hochschild nævner, at denne transmutation kan have en negativ effekt, da stewardesserne skal skubbe deres egne følelser til side, for at frembringe de følelser som flyselskabet ønsker, de skal vise. Hochschild beskriver endvidere, at det kun at skulle følge retningslinjer, og ikke selv tage stilling til sine følelser i en interaktion, medfører, at nogle af stewardesserne keder sig i deres *rolle* (Hochschild 2012;119ff).

2.2.2 Surface acting og deep acting

Surface acting og *deep acting*, er ligeledes to begreber som Hochschild anvender. Disse to begreber kan karakteriseres, som redskaber til at udfører *emotional work*

Hvis det ikke blot skal være en facade, eller det som Hochschild beskriver, som *surface acting*, skal man således begynde at arbejde med værktøjer, som kan ændre ens følelser, Hochschild opstiller følgende spørgsmål:

“How does a person act on feeling-or stop acting on it, or even stop feeling? I wanted to discover what it is that we act upon. And so I decided to explore the idea that emotion functions as a messenger from the self, an agent that gives us an instant report on the connection between what we are seeing and what we had expected to see, and tells us what we feel ready to do about it (Hochschild 2012;19).

Denne form med at arbejde med ens egne følelser, og tilpasse dem til omverdenens forventninger, er noget vi alle gør, f.eks. som tidligere nævnt, det at vise sorg til en begravelse, selvom vi måske ikke føler det, i hvert fald ikke lige på tidspunktet, men fordi det forventes af os, og vi ville måske blive set på som et *‘dårligt menneske’*, hvis ikke vi viste sorg i den pågældende situation. Det der gør sig gældende i ovenstående eksempel er, at personen ikke ændrer sine følelser, men blot vælger via kropssprog at udtrykke en anden følelse. Det som Hochschild ønsker at undersøge, er om man kan ændre sine følelser, således at det ikke kun bliver en facade, der viser de rigtige følelser. For stewardesserne såvel som sygeplejerskerne, vil det være meget svært, hvis de kun skal bruge *surface acting*, i deres job og dermed kun ud af til korrigere deres egne følelser. Hvis de derimod kunne ændre deres faktiske følelser, således at de blev ønskeværdige både ud fra et firmamæssigt synspunkt og fra et fagligt, ville dette muligvis føre til et mere afslappet arbejdsmiljø, hvor de ikke skal kæmpe for at opretholde en facade.

Hochschild, beskriver at følelser bliver brugt som clues eller spor, der afslører noget f.eks. om en persons sindstilstand, følelser over for andre eller mål i livet. Men vi er som mennesker i stand til, at skjule vores følelser, ved at forgive, at vi føler noget andet end vi 'rigtigt' gør. Når en person gør dette er det *surface acting*. Her er vores sande følelser gemt væk, men vi har ikke ændret på vores faktiske følelser, vi 'narrer' bare andre ved at give dem nogle forkerte spor, men vi fører ikke os selv bag lyset. Når man udfører *deep acting*, forsøger man rent faktisk at ændre sine følelser, man narrer således ikke kun andre men også sig selv.

Ved *surface acting*, kan aktøren føle at det er en maske, som de tager på. Det er således ikke en del af dem selv, de fremviser (Hochschild 2012; 36) Hvor ved *deep acting*, sker der mere mentalt arbejde, hvor aktøren indlever sig i situationen, og forsøger at finde frem til den passende følelse, således at det både er den, der kommer til skue, og også er det aktøren reelt føler. Hochschild skriver:

"By taking over the levers of feeling production, by pretending deeply, she alters herself". (Hochschild 2012; 33).

Hochschild nævner, at der er to måder at udføre *deep acting* på. Den første måde er meget direkte at diktere ens egne følelser, den anden metode er at bruge sin fantasi og kreere forskellige forestillinger. Denne metode bliver mere tydeligt, beskrevet i afsnittet nedenfor, om, hvordan stewardesserne bliver trænet i at anvende *deep acting* (Hochschild 2012; 38f). Hochschild, laver i sit arbejde, ikke nogen større fortælling ud, af at beskrive, de to forskellige måder at udføre *deep acting* på, og i sin undersøgelse af stewardesserne beskriver hun kun den, som hun ser stewardesserne anvende.

2.2.3 Hvordan stewardesserne laver deres *deep acting*

Får at forstå, hvordan *deep acting* fungerer, er det anvendelig at se på Hochschilds beskrivelse, af hvordan stewardesserne udfører og lærer, at udføre *deep acting*. Den form for *deep acting*, som stewardesserne trænes i at mestre, er det essentielle, at man skal træne sin fantasi, og opbygge en forestilling eller illusion, som kan hjælpe en i ens *emotional labor*.

Stewardesserne blev i denne sammenhæng, bedt om at tænke på flyet som deres eget hjem/stue og på passagererne, som deres egne gæster.

"The deepest appeal in the Delta training program was to the trainee's capacity to act as if the airplane cabin (where she works) were her home (where she doesn't work). Trainees were asked to think of a passenger as if he were a "personal guest in your living room." The workers' emotional memories of offering personal hospitality were called up and put to use" (Hochschild 2012; 105).

På denne måde, ville det være nemmere for stewardesserne, at yde den rette service mod passagererne, som for flyselskabet gerne skulle være personligt, varmt og sikkert. Ved at tænke på passagererne som deres egne gæster, og relationen mellem stewardesser og passageren som en personlig relation, fri for penge.

"As at home, the guest is protected from ridicule. A flight attendant must suppress laughter, for example, at seeing a passenger try to climb into the overhead storage rack, imagining it to be a bunk bed. Nor will she exhibit any idiosyncratic habits of her own, which might make the guest feel uncomfortable. Also, her brave defense of the "safe homey atmosphere" of the plane might keep order, but at the price of concealing the facts from passengers who might feel it their right to know what was coming" (Hochschild 2012; 106- 107).

Om denne analogi, mellem hjemme og arbejde er lige så stærk, for sygeplejesker, som for stewardesser, vides ikke. Men for sygeplejerskerne er der et mindre twist, nemlig det faktum, at for de indlagte patienter er hospitalet faktisk *'hjem'*, i hvert fald for en stund. Og dette er noget som sygeplejerskerne, skal forholde sig til modsat stewardesserne. Det vil i analysen, være spændene at undersøge, hvordan sygeplejerskerne tænker om den afdeling de er på. Har de en forestilling lige som stewardesserne, med at de sætter en *scene* op, som om afdelingen er deres hjem, eller agerer de mere, som om de er gæst i en andens (patientens) hjem? For sygeplejersken, skal respektere patientens private rum, og de ejendele, som patienten har med. Eller vil jeg i analysen finde andre analogier, som kan støtte sygeplejerskerne i deres *emotional work*.

Mange af de stewardesser, som Hochschild interviewede, var glade for at arbejde med mennesker, og de var også glade for den måde at tænke flyet på, som deres egen dagligstue, idet de følte, at det hjalp dem til at yde en god service, en stewardesse sagde:

"Part of being professional is to make people on board feel comfortable. They're in a strange place. It's my second home. They aren't as comfortable as I am. I'm the hostess. My job is really to make them enjoy the flight."
(Hochschild 2012; 107).

2.2.4 The *if* principle

Et andet element, der kan støtten ens *deep acting* er *"the if principle"* eller *'hvad nu hvis princippet'*. Dette værktøj, blev introduceret for stewardesserne, som et supplement til deres analogi om flykabinen som deres egen daglig stue. Særligt hvis de havde svært ved, at holde fast i deres analogi, fordi en passager ikke ville spille med, og muligvis var ubehøvlet.

En træner sagde følgende, på et af de seminarer som Hochschild deltog i under sin undersøgelse:

"a "victim of fear of flying." [...] 'Just like a child.' "I pretend something traumatic has happened in their lives [...] If you think about the other person and why they're so upset, you've taken attention off of yourself and your own frustration. And you won't feel so angry" (Hochschild 2012; 25).

Stewardesserne bliver trænet i, at tænke på en ubehøvlet eller vred passager, som at de er bange for at flyve. *If* princippet, handler således om at opstille en historie, som legitimerer en vred, sur

eller ubehøvlet persons adfærd, således at man i stedet for vrede vil føle medlidenhed med personen, og man derved kan blive i *rollen* som den *smilene stewardesse* eller den *gode sygeplejerske*. Der vil i analysen blive set på, om nogle af sygeplejerskerne anvender, dette princip til at legitimere patienternes opførsel.

En anden vinkel, der kan være medvirkende til at stewardesserne ikke bliver vrede i deres møde med en urimelig passager, er, at de skal tænke på, at det oftest ikke er dem, som passageren er vred på:

"As one trainer commented: 'If a passenger snaps at you and you didn't do anything wrong, just remember it's not you he is snapping at. It's your uniform, it's your role as a Delta flight attendant. Don't take it personally.' The passenger, unlike a real friend or guest in a home, assumes a right to unsuppressed anger at irritations, having purchased that tacit right with the ticket" (Hochschild 2012;110).

Det vil i analysen vise sig, om også sygeplejerskerne, har den tilgang, at det ikke nødvendigvis er dem patienten er sur på men systemet, og hvordan de vil fortolke denne patient, for at forsøge at opnå en god relation. I Hochschilds analyse, viser det sig at træningsprogrammerne lægger meget stor vægt, på at stewardesserne ikke skal blive vrede. Deres fokus er kun på, hvordan stewardesserne skal håndtere deres vrede, så den ikke kommer ud, hverken til passageren eller til deres medstewardesser, da det muligvis ikke vil have den effekt at de bliver beroliget, men måske snarere at de fik opbakning i deres vrede. Hochschild bemærker udover ovenstående, at der nærmest ingen diskussion var, af hvad der kunne føre til, at man blev vred (Hochschild 2012; 25f).

2.2.5 Ulighed i interaktionen

Hochschild beskriver, at det inden for mange fag, foregår ulighed i interaktionen, mellem hvad man giver og får. Det smil som stewardessen giver, er ikke sikkert hun får tilbage, og hvis en passageren behandler hende dårlig og bliver vred, må stewardessen ikke, gøre det samme tilbage (Hochschild 2012; 85). Man hører ofte i service faget sloganet '*kunden har altid ret*', hvilket i sig selv ligger op til at kunden og servicepersonalet har to forskellige *roller*, hvor kunden er den dominerende, og den der har ret til at udvise upassende følelser (Hochschild 2012; 86).

En stewardesse beskriver:

"They are very dehumanizing to flight attendants. You'll get to their row. You'll have a full cart of food. They will look up and then look down and keep on talking, so you have to interrupt them. They are demeaning ... you could be R2 -D2 [the robot in the film Star Wars]. They would like that better" (Hochschild 2012; 108).

Dem som stewardessen i ovenstående citat hentyder til, er særligt yngre passagerer, som bliver beskrevet som '*computer- generationen*'. Videre siger stewardessen også, at hun ofte skifter række med en anden, for at undgå denne type passagerer, idet hun ikke kan give dem den service, som hun selv og flyselskabet gerne vil, hun kan ikke være oprigtig i sin venlighed. Og hvis hun ikke

kan være oprigtig og sand i hendes venlighed, vil hun have svært ved at bevare forestillingen om at passagererne er gæster i hendes eget hjem.

Et andet punkt, hvor stewardesserne bliver mindet om, at det er en en-vejs-aktion, er når de opdager at passagererne ikke kan kende forskel på dem (Hochschild 2012;110). Dette problem er noget jeg tænker flere sygeplejersker også må opleve, nemlig at patienterne forveksler dem med hinanden. Det, der kan gøre det svært for patienten, er, at alt bliver nedskrevet om patienten, så selvom det er første gang patienten møder sygeplejersken, har sygeplejersken muligvis læst journalen, og ved derfor en masse, og patienten bliver derfor i tvivl, om det er en, man har talt med tidligere. Man kan også sige at patienten møder langt flere sygeplejersker end flypassageren møder stewardesser.

Men på samme måde som for stewardesserne, er det sygeplejerskens opgave at tage sig af patienten. Det er dem, der skal opretholde dialogen med patienten. Det er patienten, der er i fokus ikke sygeplejersken.

Jeg tror dog ikke, at sygeplejerskerne bliver instrueret i at være lige så underdanige som stewardesserne i Hochschilds undersøgelse. De behøves ikke være lige så service mindet. Hvis en patient er sur, vred, ubehøvlet eller andet, vil jeg tro at sygeplejerskerne går langt og opsætter flere af Hochschilds *if 'hvad nu hvis'*, hvad nu hvis han er bange, han har sikkert mange smerter osv. Da det uden tvivl er mange patienter, der oplever de pågældende følelser, og derved kan sygeplejerskerne ved brug af denne metode, undgå at lade sig påvirke af den pågældende patients ubehageligheder. Men jeg tror at hvis sygeplejersken bliver presset nok, så vil hun også give svar på tiltale, og reagere på patientens adfærd. I modsætning til stewardesserne, som ud fra Hochschilds beskrivelser, aldrig skal indlade sig i en diskussion med en passager, tror jeg, der er en anden holdning hos sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne er ikke lige så meget et service organ som stewardesserne, de er i højere grad nødvendige for patienten. Interaktionen mellem sygeplejerske og patient er også ofte af længere varighed. Det er derfor vigtigt at interaktionen fungerer til begges tilfredshed.

2.3 Opsummering af teori

De to hovedteoretikere, som er valgt i forbindelse med specialet, ligger tæt op ad hinanden. Arlie Hochschild er en tidligere studerende af Goffman, og der findes mange lighedspunkter i deres teorier, da Hochschild har videre udviklet flere begreber ud fra Goffmans teorier.

Hochschild taler i sine studier, om *emotional work* og *emotional labor*, hun beskriver at alle laver *emotional work*, ud fra de *feeling rules* som eksisterer i samfundet, og påtager sig derved de rigtige følelser, som situationen foreskriver. I sammenligning med Goffman, beskriver han, at der findes normer og regler i samfundet, som vi skal efterleve. De normer kan være afhængige af hvilken *rolle* man har. Goffman arbejder i sine teorier med begrebet *ansigt* og *ansigts arbejde*, Hochschild anvender ikke begrebet *ansigt*, men i hendes beskrivelse af hvordan stewardesserne skal agere, og hvilke følelser de skal vise, kunne hun nemt anvende Goffmans begreb om *ansigt*, da stewardesserne skal udføre *ansigts arbejde* – således at det er det rigtige *ansigt*, de bærer. Hochschilds beskrivelse af stewardesserne og hvordan deres fremtoning skal være, kan igen trække paralleller, til Goffmans begreb om *roller*. Det at en *rolle* indeholder nogle normer og værdier, som bæreren af rollen, skal leve op til – for at få anerkendelse, man skal ud fra Goffman

knytte sig til sin *rolle* og opfylde de ting som *rollen* foreskriver. Her kan trækkes på Hochschilds begreb om *surface acting* og *deep acting*, da for i sandhed, at leve op til sin *rolle*, må man formodentlig skulle udfører *deep acting*, især hvis det er en *rolle* man skal besidde i længere tid.

De to teoretikere fungerer på denne måde godt i sammenhæng med hinanden, da de supplerer hinanden i forhold til det, der ønskes at opnå viden om, i dette projekt. Goffman med hans generelle teori om *ansigtsarbejde*, og om hvordan interaktioner lykkes, og Hochschild med hendes fokus på *emotional work* i arbejdsprocessen.

Kapitel 3 - Metode

Det følgende kapitel vil gennemgå specialets metode, samt de metodiske overvejelser, som har været en del af processen. For på bedst mulig vis at være i stand til, at besvare den opstillede problemformulering, har jeg valgt at benytte mig af kvalitativ indsamlet empiri i form af semi-strukturerede interviews. Indsamling af empiri og bearbejdelsen af interviewene vil være præget af en fænomenologisk og hermeneutisk vinkel.

3.1 Interview som metode

Det første, der vil blive præsenteret i kapitlet metode, er brugen af interview som metode. Denne metode er valgt, da den ses som den mest fordelagtige til at kunne undersøge det valgte felt, og dermed besvare specialets problemformulering.

Det er valgt at anvende semi-strukturerede interviews, som indsamlingsmetode, da denne metode er en åben metode, som ikke låser individet fast, hvilket kan være tilfældet ved spørgeskemaundersøgelser, hvor valgmulighederne er givet på forhånd, eller ved mere stringente udførte interviews. Ved semistrukturerede interviews opnår man en bevægelsesfrihed i interviewprocessen, som gør at den interviewedes egen opfattelse, oplevelser og dennes refleksioner over disse, får mulighed for at komme frem. Hvilket netop ønskes i forhold til nærværende projekt.

Ved at anvende semistrukturerede interviews får informanterne således lov til at bevæge sig frit i samtalen, og associere sig videre fra de stillede spørgsmål i deres fortælling om deres oplevelser og erfaringer. Dog er der på forhånd ud fra de teoretiske perspektiver opsat en ramme for interviewet, som er med til at sikre at problemformuleringen, og de teoretiske vinkler bliver belyst.

Den kvalitative metode til at indsamle empiri i projektet er interviewmetoden, da der gennem interviews kan indfanges sygeplejerskernes subjektive oplevelse af deres arbejde med sygepleje:

"Det kvalitative forskningsinterview forsøger af forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt, udfolde meningen i folks egen oplevelser, afdække deres livsverden, førend der gives videnskabelige forklaringer"
(Kvale 2007:15).

På baggrund af dette, er det valgt at anvende semi strukturerede interviews som empiriindsamlingsmetode, da denne metode ses, som den mest fordelagtige metode, til at opnå viden om sygeplejerskernes forforståelser, og deres syn på patienterne. I forbindelse med udførelsen af interviewene, vil der i høj grad bliver spurgt ind til informantens fortælling eller udsagn, således at samtalen får en flydende karakter, endvidere giver det også interviewene en høj validitet, da man således sikrer, at informanternes pointer bliver korrekt forstået. Yderligere kan informanternes pointer opsummeres for at spørge ind til, om de er korrekt forstået, således at der under interviewene kommer en afstemning af, om forståelsen er korrekt. (Kvale 1997: 232).

3.2 Subjektivitet og Samkonstruktion

Et centralt perspektiv i forbindelse med nærværende projekt, er min egen subjektivitet som forsker. Ifølge Bourdieu er det vigtigt, at forskeren i forbindelse med udførelsen af kvalitative interview, er bevidst om at reflektere over deres egne position i forskningsprocessen, hvilket indebærer *”at forskeren underlægger sig selv og sin egen virksomhed den samme form for objektivisering som den, han eller hun underlægger sine objekter for”* (Prieur 2002:114).

Det at objektivere sig selv er at reflektere og klarlægge hvilke, forudindtagede forestillinger, man har om det felt, man ønsker at undersøge. For derved at være i stand til at være mere åben og modtagelig overfor informanternes synspunkt og oplevelser. Denne overvejelse ser jeg af stor vigtighed for nærværende projekt og problemstilling, da jeg selv har været en del af feltet, og derfor har mine egne oplevelser og erfaringer at trække på, og derved muligvis flere forestillinger og fordomme end andre. Dette perspektiv har gjort, at der har været flere overvejelser omkring, hvilken rolle min egen historie har skullet spille i projektet. Således har det været en proces for mig som forsker, at sætte mig selv og mine fordomme i spil både under videns- og dataindsamlingen samt i analyseprocessen, således at jeg har været åben over for de nye perspektiver, som har forekommet og ikke kun forholdt og forstået al viden ud fra mine egne fordomme og forventninger.

Endvidere har processen gjort mig meget bevidst om min egen forståelsesramme i forhold til feltet, hvilket har muliggjort, at jeg har været i stand til at forholde mig åbent overfor nye perspektiver, og derved undgået en mulig bias.

Jeg har i denne proces også haft flere overvejelser omkring, hvor meget min egen rolle som patient har skulle fylde i projektet, og har som bekendt valgt at gøre læseren samt informanterne bekendte med mine egne oplevelser, som patient. Grunden til dette, skyldes flere ting. Den første var en etisk overvejelse, som omhandlede, at man muligvis ville føre læsere samt informanter bag lyset ved ikke at informere om mine egne tidligere oplevelser. Metodisk ville projektet få en mulig bias, hvis jeg ikke forholdt mig selv, samt læsere til det faktum, at jeg tidligere har været indlagt på en lignende afdeling, som den, de adspurgte sygeplejersker, arbejder på. For det tredje blev jeg i specialeprocessen bekendt med *opportunistisk forskning*, som fokuserer på styrken ved at have et kendskab til det felt, man ønsker at undersøge, samt hvordan det kan tjene, som en styrke i ens sociologiske arbejde. Dette aspekt bliver yderligere beskrevet i afsnit 3.3.

Ens egen subjektivitet, som forsker er også vigtig at være bevidst om, når man udfører semistrukturerede interviews. Da den flydende struktur som interviewet har, åbner op for, at der sker en samkonstruktion, ved at man som interviewer udfordrer informantens perspektiver ved at byde ind med nye elementer eller dybdegående spørgsmål til deres fortælling, kan man som interviewer bidrage til deres fortælling. Der bliver således ikke en stærk opdeling mellem forsker og genstandsfelt (Glavind Bo 2002:70). Dette ses for nærværende projekt ikke som problematisk, idet jeg ved valget af en hermeneutisk og fænomenologisk tilgang, også ønsker at søge subjektiviteten. Idet det er i sygeplejerskernes subjektivitet, at sandheden skal findes for deres forståelseshorisont, og så længe jeg som forsker er bevidst om at sætte mine fordomme og min forforståelse i spil, for at opnå viden, om informanternes forforståelse og livsverden, ses denne

subjektivitet og samkonstruktion, ikke som noget der forringer undersøgelsens værdi, men som et led i at få den bedst mulige forståelse for informanternes livsverden.

3.3 Opportunistisk Forskning

I forbindelse med mine metodiske overvejelser om min egen rolle som forsker, er jeg stødt på opportunistisk forskning, igennem et essay af sociolog Jeffrey W. Reimer med titlen *"Varieties of Opportunistic Research"* (1977), hvor han undersøger forskellige former for opportunistisk forskning, samt argumentere for hvordan man skal anvende sig selv i sin forskning, som sociolog.

"knowledge and expertise they alone possess in the engineering of their research ventures. They often ignore or treat as ancillary their own unique biographies, life experiences, and situational familiarity when these could opportunistically serve as important sources for research ideas and data"
(Reimer 1977; 467).

I sit essay, beskriver Reimer, at ens egen historie som forsker, ofte bliver ignoreret i ens sociologiske arbejde, hvilket er ærgerligt, da netop ens egen viden og erfaring kan tjene, som en styrke i forsknings og forståelses processen. Reimer beskriver, at man ved at undersøge et felt, som man personligt har kendskab til, kan man være en insider.

"They know rather than know about their area of study. They are insiders"
(Reimer 1977; 469)

Reimer beskriver, at man som sociologisk forsker skal sætte sig selv i spil, man skal som forsker anvende ens egen viden og erfaring, men man skal lade sig selv undersøge for at finde ud af, hvilke sociale processer og normer man som forsker selv er påvirket af, da dette vil medføre en mere korrekt forståelse af andre fænomener i samfundet. Ideen med at sætte sig selv i spil og undersøge sig selv som forsker, er ikke kun i forhold til opportunistisk forskning, men også ved forskning hvor man ingen personlige erfaringer har. C Wright Mills, argumenterede også for vigtigheden af, at forskeren sætter sig selv i spil:

"you must learn to use your life experience in your intellectual work: continually to examine and interpret it. In this sense craftsmanship is the center of yourself and you are personally involved in every intellectual product upon which you may work" (C. Wright Mills (1959:196) Reimer 1977;468).

Denne selv analyse, er således altid vigtig i ens sociologiske arbejde. Den er af særlig stor vigtighed, når man som forsker undersøger et felt, som man har personligt kendskab til. Dog vil man formodentlig altid have et vidst kendskab til noget, det behøves ikke være personlige erfaringer, men viden fra medier eller fordomme, som man ikke kan verificere. Her er det således vigtigt at vide som forsker, hvad det er for en forforståelse, man bringer ind i undersøgelsen, da den kan have indflydelse. I forhold til udførelsen af semi strukturerede interviews er det tidligere beskrevet, at der sker i samkonstruktion, og det er netop under denne samkonstruktion, at

forskerens erfaring, viden eller fordomme, kan spille ind og påvirke interaktionen. Dette er nødvendigvis ikke en negativ ting, men hvis forskeren ikke er bevidst om sin egen rolle, kan det medvirke, at der kommer en bias i projektet.

Reimer, nævner tre forskellige former for opportunistisk forskning, "Taking Advantage of Familiar Social Situations", denne kan dække over at undersøge et nabolag som socioøkonomisk ligner det, man selv er vokset op i. Den anden som Reimer nævner er "Taking Advantage of Special Expertise". Her vil man som forsker benytte et særligt talent eller interesse for, at undersøge feltet. Reimer nævner selv en undersøgelse om en forsker, som undersøgte jazzmusik ved selv at spille i et jazz band. Den tredje form for opportunistisk forskning, som Reimer beskriver er "Taking Advantage of Unique Circumstances or Timely Events". Det er denne form, som jeg ser mest knyttet til nærværende projekt. Det der gør sig gældende for denne variant af opportunistisk forskning er, at forskeren havner i en unik situationer, hvor de kan have mulighed for at undersøge et fænomen, som muligvis ikke er let tilgængelig. Dette kunne være at undersøge værnepligtiges sammenhold, mens man selv er værnepligtig, eller lave et observations studie af en sygehusafdeling, mens man selv er indlagt. Fordelen ved disse studier er, at man som forsker selv er en del af feltet, man har således en grund til at være til stede, man er en insider, som Reimer beskriver (Reimer 1977; 472ff). I forhold til nærværende projekt, ser jeg den mest knyttet til den tredje form for opportunistisk forskning, på trods af at dette projekt ikke er udarbejdet under min indlæggelse. Derfor kan der også trækkes parallel til den første form af opportunistisk forskning, da jeg har et personligt kendskab til sygehusvæsenet og særligt de mave-tarm kirurgiske sengeafsnit, som er det primære felt for nærværende undersøgelse.

Fordelene ved den opportunistiske forskning, er at man som forsker ikke står uden for feltet, man har allerede, inden undersøgelsen påbegyndes, en viden, som man muligvis ikke ellers ville være i stand til at tilegne sig. En anden værdi ved denne type forskning er *'tillid'*. Reimer beskriver, at der vil være en større tillid mellem forskeren og informanterne, idet de begge er insidere. Desuden har forskeren kendskab til de strukturer, de rutiner der finder sted, samt sproget. Alt dette kan være med til at åbne op for andre og nye perspektiver i forskningen, endvidere kan man også som forsker undgå at stille meningsløse spørgsmål.

I forhold til dette projekt, ses det at have kendskab til de strukturer og rutiner, som finder sted på et sygehus, som en stor fordel. Derudover er der også det mere praktiske kendskab til hvordan en sygehus afdeling og en enkelt, tommands og firemands stue er bygget op og indrettet. Derudover har jeg qua min egen indlæggelse, et kendskab til det kirurgiske speciale, og det sprog og afdelingsforkortelser, som bliver brugt af informanterne. Dette har gjort, at jeg har haft en forståelse for sygeplejerskernes arbejdsrutine, og de fysiske rammer de færdes i, fra begyndelse af projektet. En anden fordel for nærværende projekt har været, som Reimer skriver, at det kan være nemmere for den opportunistiske forsker at komme ind på de mere sensitive emner (Reimer 1977;474). Det at jeg i interviewene har kunne tage udgangspunkt i min egen fortælling og min egen opfattelse, har haft den effekt, at jeg har kunnet spørge ind til nogle mere sensitive ting, og muligvis fået et mere fyldestgørende svar. Jeg kunne ved at fortælle om en episode, som jeg har oplevet, på en mere følsom måde åbne op for, at spørge ind til hvordan de f.eks. gør hvis en patient er vanskelig, end hvis man blot stillede spørgsmålet. Således kan der komme et mere nuanceret perspektiv, samt giver det samtalen en mere flydende natur, i det jeg som

forsker også deltager aktivt i samtalen. Ved at komme med egne erfaringer, kan min rolle blive tilnærmelsesvis en insider.

En anden fordel, som Reimer nævner, er at den opportunistiske forsker, kan have nemmere ved at fortolke informanternes udsagn korrekt, da han allerede har kendskab til felten og sproget.

“Since the researcher already possesses a vernacular of the members, and in many cases may have been socialized as they have, he can interpret more truthfully. The investigator will be better able to discount any misinformation he may receive. Being an insider serves as a built-in truth check” (Reimer 1977; 474).

Der findes dog også ulemper eller faldgrupper ved den opportunistiske forskning, en af disse er at forskeren kan komme for tæt på det fænomen eller mennesker, som de ønsker at undersøge. De kan således blive så involverede, at de ikke længere er objektive i deres forskning. En anden ulempe, er at undersøgelserne, kan være umulige at reproducere, idet den samkonstruktion, der sker i forskningen, ikke vil kunne gentages (Reimer 1977;474ff).

Disse faldgrupper, er nogle, som jeg metodisk har forsøgt at undgå i nærværende projekt. I forhold til at blive for involveret i felten, ville det være et mere centralt perspektiv, hvis jeg havde interviewet sygeplejesker, som havde behandlet mig, eller havde udført interviewsene i forbindelse med en indlæggelse. Der, hvor jeg har været særligt bevidst om, at mine erfaringer ikke har skulle være overskyggende for projektet, har ikke været i forhold til informanterne, men i forhold til at være villig til at sætte mine egne oplevelser og fordomme i spil. Således har at projektet ikke haft det formål, at bevise mig selv ret, i mine forestillinger, men at være åben overfor nye perspektiver og vinkler. Når man selv har et kendskab til felten, og nogle forestillinger, kan man godt have et lidt nidkært forhold til at skulle ændre sin opfattelse, men det skal man som forsker være villig til. Dette har også været en personlig proces i forhold til, at jeg i interviewsituationer har fået en respons på min fortælling, som ikke har været den, jeg havde regnet med.

Jeg mener ikke, at det er et problem, hvorvidt en anden forsker kan udføre en lignende undersøgelse, i forhold til den opportunistiske tilgang i nærværende projekt. Denne problemstilling ville være sværere i forhold til deltagende observationsstudier, hvor forskeren formodentlig påvirker felten i en højere grad end den interviewform, som dette projekt beskæftiger sig med. Den samkonstruktion, som sker gennem interviewene, er muligvis dybere end den ville være, hvis de var foretaget af en forsker, som ikke havde personligt kendskab til felten. Men som tidligere beskrevet vil en samkonstruktion altid finde sted, da både informant og interviewer påvirker hinanden.

3.4 Videnskabsteori

I dette afsnit, vil de videnskabsteoretiske retninger, som projektet benytte sig af blive præsenteret, de to retninger som projektet kombinere er som tidligere nævnt hermeneutik og fænomenologi.

Specialet vil både anvende en hermeneutisk og fænomenologisk vinkel. Den hermeneutiske vinkel, vil særligt være dominerende i forhold til analyse processen, hvorimod det særligt vil være et fænomenologisk islæt i forbindelse med udførelsen af interviews.

”Hermeneutikken bliver i almindelighed opfattet som fortolkningskunst, mens fænomenologi er studiet af den måde, fænomener fremtræder for vores bevidsthed på” (Berg-Sørensen 2012; 215)

Det er på baggrund af ovenstående betragtning, at projektet ynder at anvende begge metoder. Idet der i interviewene ønskes at forstå sygeplejerskernes forståelse af blufærdighed og skam. Der ønskes derfor i interviewsituationen at forstå sygeplejerskernes fortællinger. Hvor det er i analyseprocessen, at fortolkningerne vil forekomme, og deres udsagn og forståelse vil blive sat i et teoretisk perspektiv. Denne opsætning kommer i praksis ikke til at foregå så opdelt som beskrevet, idet de to metoder vil flyde sammen, idet jeg inden interviewene vil have mit teoretiske fundament på plads, og derved vil den hermeneutiske tilgang også spille ind i interviewsituationen, samtidigt vil den fænomenologiske søgning efter, hvordan fænomener optræder for sygeplejerskerne også videreføres i analysen.

Denne sammenblanding af hermeneutik og fænomenologi ses i dette projekt som en styrke, da de kan komplimentere hinanden på en fordelagtig måde. Der er ligeledes også flere lighedspunkter, mellem de to retninger. Blandt andet at de begge fokuserer på at opnå forståelse frem for forklaring.

”Forklarende videnskaber søger årsager til handlinger, mens forstående videnskaber søger mening i handlingerne” (Berg-Sørensen 2012; 215).

Der findes overordnet to sondringer i sociologisk forskning, enten søger man forståelse eller forklaring på et fænomen. De to er ikke determinerende for hinanden, men hvilken retning man vælger, har en påvirkning på ens metodiske overvejelser. Det at søge forståelse gør således ikke, at det at kunne forklare et fænomen er udelukket og vice versa. Men ideologierne bag om man søger forståelse eller forklaring er således forskellige, og den påvirker ens metodiske og videnskabsteoretiske valg.

Den forstående videnskab har vundet stort indpas med en af de moderne samfundsvidenskabs grundlægger Max Weber (1864-1920), som så forståelsen af sociale handlinger, som

samfundsvidenskabens fineste opgave (Berg–Sørensen 2012;215), og hans begreb om forstående sociologi. I den forstående sociologi, er udgangspunktet meningsdannelse, og hvilken værdi ting bliver tillagt, og postulatet er, at man kommer tættere på virkeligheden ved forståelse og fortolkninger af de personer man undersøger, end man ville gøre ved blot at undersøge deres handlinger og meninger (Berg–Sørensen 2012;216). Nuværende projekt anser den forstående sociologi, som den bedst mulige måde at besvare projektets problemformulering.

I forhold til den forstående videnskab, læner projektet sig samtidigt op ad socialkonstruktivismen, som betragter samfundet, som socialt konstrueret. Socialkonstruktivismen mener, at virkeligheden bliver tildelt mening gennem de fortolkninger, som mennesker konstruerer (Andersen 2007;234). Samfundet kan ses, som et net af handlinger og processer, som alle har en værdi gennem ens egne eller grupperes definitioner. Man kan sige, at man ser samfundet gennem et par briller, som kulturen har skabt, derfor er ens verdensforståelse afhængig af den individuelle kultur og de tilsvarende briller (Andersen 2007;234).

Margaretha Järvinen beskriver socialkonstruktivisme således:

”Man kan hævde, at menneskelig handling, og dermed den sociale sfære, skabes ved de fortolkninger, som mennesker anlægger på deres adfærd. I den forstand er det de sociale fællesskaber, som skaber den sociale virkelighed ved at fortolke adfærd intentionelt” (Järvinen 1998;12).

På baggrund af dette anses det som projektets opgave at forstå sygeplejerskernes kultur, og hvordan de har konstrueret og tillagt værdi til deres handlinger, mere end blot at forklare deres handlinger, da dette ud fra de metodiske valg ikke vil være fyldestgørende. Ud fra de metodiske valg, som jeg har truffet i forhold til nuværende projekt, skal sandheden findes i de fortolkninger, som sygeplejerskerne selv laver. Projektets mål kan siges at være at finde ud af, hvad de tillægger værdi, ud fra de briller som de ser med. I forbindelse med socialkonstruktivismen er samfundet og den kultur, man befinder sig i, også omskifteligt. På samme måde har sygehusvæsnets syn på patientpleje også ændret sig gennem årene, og vil konstant være i forandring, i forhold til hvilke handlinger der tillægges værdi, og hvilke der ikke gør. Dette har også indvirkning på patienterne, både synet på patienterne og patienternes syn på sygehusvæsnet og sygeplejerskerne.

Et andet lighedspunkt mellem hermeneutikken og fænomenologien er, at man fortolker fortolkninger. Både inden for hermeneutik og fænomenologi, er der enighed om at man ikke møder virkeligheden som en ren tavle, man har forudindtagede meninger og holdninger, i hermeneutikken anvendes begrebet forforståelse hvor fænomenologien bruger begrebet intentionalitet, dette hænger ligeledes sammen med det socialkonstruktivistiske perspektiv, i det man ser samfundet gennem et par briller, som er formet af den kultur man lever i.

En af forskellene på hermeneutikken og fænomenologien er, at hvor hermeneutikken inddrager et større perspektiv, som eksempelvis et historisk eller teoretisk perspektiv, er at fænomenologien mere mikroorienteret, og har fokus på det enkelte menneskes forståelse og meningsdannelse (Berg-Sørensen 2012;217). For fænomenologien er subjektiviteten i højsædet, og mener at virkeligheden skal findes i subjektiviteten. Det handler derfor om at finde informantens virkelighed, for det er den virkelighed der tæller, da det er ud fra denne virkelighed de agere (Berg-Sørensen 2012;235). Det er på baggrund af denne forskel at begge perspektiver inddrages, da de på denne måde kan støtte hinanden, i både at opnå det at sætte subjektiviteten i højsædet, samt være i stand til at inddrage et større perspektiv analysen.

3.5 Den hermeneutiske cirkel.

En af de mest centrale tænkere i den moderne hermeneutiker filosof Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer viderefører den hermeneutiske ontologi, om at mennesker

"grundlæggende [er] et fortolkende væsen og som sådan indlejret i den verden, som det samtidig ønsker at forstå i kraft af fortolkning" (Berg-Sørensen 2012; 221).

Gadamer tog således afstand fra den metodiske hermeneutik, da han ikke mente at sandheden kan fremtræde, hvis man skal følge specifikke metodiske regler, "fortolkningsprocesser er sandhedsprocesser, hvori sandheden om menneskets væren kan vise sig" (Berg-Sørensen 2012; 220). I sin bog *"Sandhed og metode"* fra 1960, hvor den hermeneutiske cirkel spiller en afgørende rolle, bliver det beskrevet, hvordan den hermeneutiske cirkels vekselvirkning mellem del og helhed er en central del af den hermeneutiske videnskab (Berg-Sørensen 2012;221).

Det er også Gadamer, der udvikler det tidligere nævnte begreb forforståelse, til at beskrive hvordan mennesker møder verden. Gadamer mener, at vi alle har en forforståelse, og vi møder således ikke verden uden viden eller forståelse. Vi bygger altid på vores egen forforståelse. Hver gang, vi møder noget nyt, bygger vi videre på vores erfaringer, og dermed møder vi verden med de erfaringer, som vi tidligere har gjort os. Gadamer beskriver, at det er ud fra en erfaringshorisont, at vi danner vores forforståelse.

Gadamer anvender også begrebet fordomme. Han hævder, at alle mennesker har fordomme, idet vi som mennesker også ynder at fælde domme over visse meninger eller fænomener. Men for Gadamer er fordomme ikke nødvendigvis et onde. De er kun onde ,hvis de kommer til at fremtræde som absolutte sandheder, og man således ikke sætter ens fordomme i spil, og derved er åben overfor nye fortolkninger (Berg-Sørensen 2012;222f).

Inden for den hermeneutiske cirkel, findes der både en metode og en ontologi:

”Metodisk; Fortolkning af et fænomen finder sted gennem en bevægelse mellem del og helhed: For at kunne forstå de enkelte delelementer må de ses i forhold til den sammenhæng, de indgår i. Samtidig kan man kun forstå sammenhængen ud fra delelementerne. Del og helhed forudsætter hinanden.

Ontologisk: Vi går nødvendigvis til verden med en bestemt forforståelse, når vi fortolker et fænomen. Enhver ny forforståelse af et fænomen er en overskridelse af en hidtidig forforståelse, som resultere i, at noget fremmede bliver velkendt og således konstituere en ny erfaringshorisont eller en ny forforståelse, som så igen kan revideres og så fremdels. Denne proces er potentielt set uendelig.” (Berg-Sørensen 2012;226)

Ud fra det hermeneutiske perspektiv findes der en forståelse af mennesket, som værende et fortolkende væsen, der er i konstant udvikling i forhold til deres forståelseshorisont. Erfaringer varierer fra aktør til aktør, afhængig af hvilket miljø aktørerne er vokset op i, og hvordan deres liv har udspillet sig. Mennesker tolker altså det, de erfarer i lyset af, hvad de tidligere har oplevet. Personlige erfaringer bliver altså determinerende for en aktørs måde at anskue samfundet eller fænomener på. Fra dette adskiller forskere sig på ingen måde. De benytter ligeledes deres forforståelse til at navigere ud fra, og den danner rammen for i hvilken forståelseshorisont, den enkelte forsker befinder sig. Dog skal det bemærkes, at enhver forståelseshorisont er reviderbar. I mødet med nye fænomener gøres nye erfaringer, som tilføjes den allerede eksisterende forståelseshorisont, som dermed udvikler sig (Gilje 2004;174f). Grundet denne overbevisning er det nødvendigt, som forsker at fundere over ens egen rolle og ens egen forforståelse for at være bevidst om denne i såvel interview som fortolknings processen. Man tillægger endvidere også hver interviewperson en autonomi, idet de har deres egen forforståelse og erfaringer, som er den, de agerer ud fra. Derfor kan man i hermeneutikken ikke kun anskue den undersøgte del uden at sætte den i forbindelse med konteksten, da det er sammenhængen, der tildeler den pågældende del lige præcis den mening og betydning, som delen besidder. Derfor er undersøgelse af konteksten strengt nødvendigt inden for hermeneutikken (Gilje 2004:176). Af denne grund foreskriver hermeneutikken også en fremgangsmåde i fortolkningen baseret på den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel foreskriver, at der i tolkningen skiftes mellem helhed og del - mellem det, der skal fortolkes og den kontekst, det skal fortolkes i. Dette udspringer af en forståelse af, måden hvorpå et fænomen skal fortolkes afhænger af, hvordan konteksten skal fortolkes – og omvendt (Gilje 2004:178). Den vekslende tolkning af henholdsvis helhed og del vil hele tiden blive tilføjet den allerede eksisterende forforståelse, således at hver eneste fortolkning af enten helheden eller delen vil blive taget med i den videre fortolkning. I praksis vil en enkelt udtalelse fra en sygeplejerske blive sat i sammenhæng med interviewet som helhed, og hele interviewet vil blive sat i sammenhæng med de valgte teorier, og omvendt.

Denne vekselvirkning, som finder sted, mellem del og helhed, giver også en vekselvirkning mellem erfaringsnære og erfaringsfjerne begreber. De erfaringsnære begreber er oftest dem, informanterne benytter til at beskrive deres oplevelser. De erfaringsfjerne begreber benyttes derimod af eksperter og fagfolk. Man hævder ofte, at der sker en dobbelt hermeneutik ved brugen

af den hermeneutiske cirkel, i det forskerne tolker på udlægninger, som informanterne allerede har fortolket. På denne måde opnås en fortolkning, der tager udgangspunkt i informanternes beskrivelser, men som samtidig hæver sig op på et mere teoretisk niveau (Gilje 2004:169ff).

Således ønsker jeg, at analysen skal bestå af en vekselvirkning mellem både erfaringsfjerne og erfaringsnære begreber, hvilket vil sige; erfaringsnære begreber fra informanterne, og erfaringsfjerne begreber fra den teoretiske ramme (Gilje 2002:170). Med denne tilgang ønskes det i analysen at lade empirien tale for sig selv mest muligt, men samtidig benytte den teoretiske ramme til at belyse og fortolke empirien.

For nærværende projekt vil der i interviewsituationen blive lagt vægt på de erfaringsnære begreber, da det er informantens subjektive fortælling, som ønskes indfanget, hvor det i analysen vil være et samspil mellem de erfaringsnære og erfaringsfjerne begreber, for således at kunne anlægge en teoretisk vinkel. Denne proces ses som fordelagtig, da min formodning er, at sygeplejerskerne vil bruge mere erfaringsnære, men også upræcise vendinger, som f. eks. at føle sig lidt forlegen, var utilpas, blev blufærdig, frem for at anvende udtryk som skam og krænkelse, da disse jf. ikke er vendinger, som vi almindeligvis benytter os af. Det vil dog også komme til udtryk ved anvendelse af de øvrige teoretikere, hvor de teoretiske begreber vil blive anvendt på de erfaringsnære begreber.

3.6 Rekruttering af informanter

Her vil specialets rekrutteringsproces blive beskrevet.

Ved specialets indledning var det besluttet at interviewe sygeplejersker, som arbejder på en afdeling, som kunne kræve emotional labor. I valg af interview personer og valg af afdeling kan det ses, hvilke overvejelser jeg gjorde mig i forbindelse med udvælgelsen af afdelinger og informanter.

I starten af projektet, var det hensigten, at alle informanter skulle komme fra samme afdeling, A2, på Aalborg Universitets Hospital. Det viste sig dog, at det ikke var muligt at få lavet en egentlig aftale med afdelingssygeplejersken. Hun var dog behjælpelig med at sende en forespørgsel ud til sygeplejerskerne på afdelingen på mail. Desværre bar denne henvendelse ikke frugt. Jeg fik derfor hjælp fra min søster, der selv er ansat på skadestuen, på Aalborg Universitets Hospital, til at spørge de kollegaer, som tidligere har arbejdet på A2 eller en lignende afdeling, om de ønskede at stille op til interview. Jeg interviewede af to omgange, først de færdiguddannede sygeplejersker og dernæst de studerende. Ved rekrutteringen af studerende, fungerede samarbejdet med afdeling A2 fint, og de hjalp mig med at finde tre studerende, som ønskede at deltage. Ud over afdelingen har jeg ikke haft nogle objektive krav til informanterne, her tænkes blandt andet på alder eller køn.

Grunden til, at interviewprocessen foregik af to omgange, var, at det gennem de første interviews blev klart, at den problematik som jeg ønskede at undersøge, der omhandlede sygeplejerskernes egne følelser og blufærdighed, ikke var at finde i nævneværdig grad. Jeg besluttede derfor at undersøge, hvordan sygeplejestuderende tænker om blufærdighed og patientsamarbejde.

Denne opdeling ses som fordelagtig, i det interviewene præges af forskelligheder, især hvad angår deres tanker om egen rolle som sygeplejersker, og de oplevelser informanterne har haft med patienter.

En præsentation af informanterne kan ses i Bilag 1.

3.7 Interviewguide og Evaluering af interviews

I dette afsnit vil der være en gennemgang af min interviewguide, samt hvordan den har haft indvirkning på min dataindsamling.

I forhold til nærværende projekt har det at lave spørgeguiden samt udføre interviewene, været en spændende metodisk proces. Det skyldes, at jeg har været så involveret i det felt, jeg ønskede at undersøge, da grund ideen stammer fra personlige erfaringer. Derudover valgte jeg en indsamlingsproces, som ville være meget fænomenologisk præget, for at være sikker på at min egen for forståelse og mine egne fordomme ikke ville være for determinerende for undersøgelsen.

Jeg valgte i interviewene at lade den personlige samtale være det bærende element, og valgte derfor ikke at stille mange rammer op for spørgsmål eller spørgsmåls kategorier.

Jeg startede min spørgeguide og derved også interviewene med at spørge ind til de mere generelle emner, om hvor længe de har været sygeplejerske, hvor de har arbejdet osv..

- Hvor lang tid har du været sygeplejerske?
- Har du en anden uddannelse?
- Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske?
- Hvor lang tid har du været på den pågældende afdeling? – været på andre afdelinger.
- Glad for at være på afdelingen? Hvad tiltaler dig ved afdelingen?
- Hvad mener du, er vigtige værdier eller egenskaber, for at være på afdelingen?

Her efter havde jeg udarbejdet en række spørgsmål, som jeg ønskede at finde svar på. Disse var udarbejdet i forhold til min valgte teori, og de tanker jeg havde gjort mig før indsamlingsprocessen. De efterfølgende spørgsmål valgte jeg ikke at sætte i række følge, da jeg gerne ville have, at samtalen skulle bære præg af at være flydende. Jeg ville i interviewprocessen forsøge at skabe det mest naturlige flow og derved bygge videre på de perspektiver, som informanterne kom med under samtalen.

På trods af denne meget frie proces kan flere af spørgsmålene, sættes i samme kategorier da de omhandler de samme aspekter.

- Hvordan håndterer I fysiskberøring? – fagligt - personligt.
- Hvordan forsøger man at undgå at patienter føler sig krænkede? – bliver forlegne.

- På hvilke tidspunkter oplever du, at patienterne bliver – flove – blufærdige (er der generelle ting, eller mere individuelt)
- Hvis en patient bliver flov – blufærdig, hvordan håndteres det?
- Forskel på patienter? – nogen der går ind i sygerollen – bliver hjælpeløse – andre selvstændige.
- Selvkrænkelse fra patienternes egen side? (Er der nogle normer de ikke er bevidste om)
- Oplever I, at patienterne har svært ved at finde grænserne?
- Har du oplevet at dine grænser bliver overtrådt?
- Føler du nogle forventninger til din rolle som sygeplejerske? (Fra patienterne)
- Hvordan er afdelingen opbygget? (Firmandsstuer, enkeltstuer, tv-rum)
- Hvad tænker du om det, at patienterne er 'tvunget' til at ligge på stue sammen?
- Er det et problem, at der kun er et forhæng til at dække – både krop og samtale.
- Hvor meget tager du med hjem? Tænker du på patienterne, når du ikke er på arbejde?
- Hvordan opfatter du afdelingen? Patientens hjem.
- Hvor meget føler du, at du er på – når du bevæger dig rundt på afdelingen?

De ovenstående spørgsmål har fungeret som en løs spørgeguide under interviewene. Da jeg mere har tænkt det som forskellige teoretiske aspekter, der skulle afdækkes i forbindelse med interviewene. Under interviewene er der i nogle tilfælde flere spørgsmål, der ikke er blevet stillet, i det de blev afdækket af respondenterne, så når et af aspekterne f.eks. omkring det at spørge ind til, hvordan den afdeling, de er på, er opbygget med hensyn til stuer, kommer de tit af sig selv videre til, hvordan de tænker og opfatter det, at patienterne oftest skal være samme med andre patienter. Det er således mere perspektivet, end det enkelte spørgsmål, jeg har lagt vægt på.

Ud over de ovenstående spørgsmål, har jeg også haft nogle af mine egne oplevelser med, da jeg hurtigt fandt ud af, at de kunne fungere som et oplæg til nogle af spørgsmålene og fortællinger fra informanterne jf.

På samme måde, som ved spørgsmålene, var det ikke ved alle interviewene, det blev relevant at fortælle om mine tidligere oplevelser, men ved flere interviews blev de brugt som et oplæg til, hvad de tænker om situationerne, og hvad de tidligere har oplevet med andre patienter. Alle informanterne har dog været informeret om, at jeg tidligere har været indlagt, da dette blev brugt som indledning til at fortælle, hvorfor jeg havde valgt at beskæftige mig emnet.

Det løst strukturerede interview, med en fænomenologisk vinkel, har fungeret rigtig godt i denne proces af indsamling af data. Da det allerede viser sig i de første par interviews, at flere af mine formodninger ikke er sande, gør den valgte metode, at jeg er ganske fleksibel, da metoden ikke er determinerende men meget åben overfor de perspektiver, som informanterne bringer. Det

faktum at metoden er så fleksibel, var også noget, der var overvejet før indsamlingen, da der ikke i forvejen findes mange undersøgelser omkring hvordan sygeplejerskerne laver *emotional work*. Således var jeg bevidst om, at dataene kunne vise noget andet end min formodning. Dog blev jeg alligevel overrasket over, hvor tydelig en rolle som professionel de færdig uddannede sygeplejersker påtog sig. Det var også på den baggrund, jeg valgte at de sidste tre interviews, som jeg ville udføre, skulle være med sygeplejestuderende, for at se hvordan de definerede deres rolle, og om de havde andre og anderledes tanker om deres egen og patienternes blufærdighed.

I forhold til spørgeguiden blev der tilføjet nogle spørgsmål – men ellers blev de eksisterende beholdt, med det forbehold at de ikke nødvendigvis blev stillet, hvis ikke det viste sig at være relevant.

Dem der blev tilføjet

- Hvorfor har du valgt at læse til sygeplejersker? Hvad tiltalte dig ved uddannelsen?
- Hvad synes du om afdelingen?
- Hvor har du ellers været i praktik?
- Har du tidligere, arbejdet med patienter? Eller et sted hvor du hjælper med personlig hygiejne.

3.8 Behandling af datamaterialet

Alle interviews er blevet fuldt transskriberet, således at hele samtalen mellem interviewer og informant findes på skrift. Der er enkelte tilfælde, hvor artikulationer og gestikulationer er medtaget, da disse har betydning for sætningens betydning. Ellers er disse undladt, da de ikke skønnes at have en stor betydning for interviewene, desuden ville det også have været et forstyrrelsesmoment i interviewsituationen, hvis jeg som forsker skulle notere gestikulationer under interviewene.

Hele samtalen mellem informanterne og mig som interviewer er optaget, fra samtalen begyndelse til afslutning. Dog er det som udgangspunkt kun selve interviewet, der er blevet transskriberet, da den uformelle samtale, som har fundet sted før og efter interviewet, ikke har været relevant for projektet. Dog er der ved enkelte informanter kommet relevante fortællinger efter interviewets slutning. Disse er medtaget og transskriberet, der er derfor i slutningen af enkelte interviews et hop i transskriberingen.

Hver informant er blevet tildelt et pseudonym, således de er anonymiseret. Desuden er der blevet spurgt ind til, om der var nogle personlige informationer, de ikke ønskede kom med i deres beskrivelse af dem som informanter. Dette er gjort som en etisk overvejelse i forhold til anonymisering af de deltagende sygeplejersker.

Alle transskriptioner er vedlagt som bilag 2-8, som findes på den vedlagte CD-rom.

Kapitel 4 - Analyse

Under dette kapitel vil de informationer, der er fremkommet under empiri indsamlingen blive belyst, og de vil blive sammenholdt med de tidligere beskrevne teorier. Derudover vil der også blive anvendt anden teori, som vurderes fordelagtige til at belyse de emner, der kommer frem under interviewene.

4.1 Indledning

Som nævnt i metoden, bliver analysen, opdelt i temaer efter interviewene er foretaget. Det der har været styrende for projektet har været interviewene. Teorien er valgt inden interviewenes udførelse, men selve formålet med interviewene har været at finde ud af hvad, sygeplejerskerne oplever og hvilket tanker de gør sig. Den fænomenologiske vinkel, kommer også frem i selve analyse processen, da intet blev opdelt på forhånd i bestemt temaer eller lign. De empiriske resultater, fik lov at tale for sig selv, og derved være bestemmende for analysens retning. Temaerne er således blevet udarbejdet på baggrund af hvad empirien viste.

Da afsnittene først blev lavet senere i analyseprocessen, kan de komme til at virke mindre adskilte, end hvis der fra start havde været en stram proces, hvor temaerne havde været fastlagte på forhånd. Men i forhold til projektet forståelsessøgende vinkel, ville dette muligvis have været for determinerende og kunne komme til at påvirke undersøgelsens resultater

De emner der vil blive belyst i analysen er, 'Roller og forventninger', 'Blufærdighed', 'Rummet' og 'Den vrede patient', hertil vil der følge en række underafsnit, som går i dybden med de særlige aspekter, som fremkom under interviewene.

4.2 Roller og forventninger

Det første afsnit, omhandler hvilken *rolle* eller hvilke *roller*, som sygeplejerskerne påtager sig, samt hvilke forventninger sygeplejerskerne møder, fra patientens side. Maj fortæller:

"Altså nogen de forventer, altså de forventer selvfølgelig, de forventer lidt at vi er lægerne, at, når de bagefter en operation, så skal de have det, og det at vide, og det må vi sige at det kan vi ikke. Folk har meget høje krav, til hvad de kan forvent af en sygeplejerske. Ved noget, om det vi går og laver og operationerne og kan huske dem og huske deres historie og vi kan jamen altså jeg synes der er høje forventninger når de spørg om noget så forventer de, at vi kan svare [...] og elles er det jo os der er ambassadøren, der skal fortælle det rigtige til lægen og også fortælle fra patienten til læge, og det er altså ikke nødvendigvis fordi de ikke kan snakke dansk, men vi mæglers imellem dem. Omsætter lidt læge sprog til patient sprog og patient sprog til læge sprog".

Maj og flere af de andre sygeplejesker beskriver at patienterne nogen gange forventer meget af dem, i forhold til hvad deres faktiske position, i sundhedsvæsenet er. I sin beskrivelse af hvad patienten forventer, kommer Maj også ind på hvordan hun ser sin egen *rolle*. Hun er patientens ambassadør, der er hende, der er bindeled mellem patienten og lægen.

I forhold til Hochschilds analyse, hvor stewardesserne udtrykker en irritationen over at passagererne kun behandler dem som et service organ og ikke anerkender deres faglige kvalifikationer, har jeg ønsket at undersøge, om denne samme irritationen opstår, hos sygeplejerskerne, og om de også oplever at patienten betragter dem som et service organ.

Karina beskriver:

”Det er meget forskelligt nogen de opfatter lidt en som et service organ, det er meget forskelligt og andre de er så taknemmelige, og andre de forventer bare at de får at vide hvad der skal ske, og langt de fleste har realistiske forventninger, og så er der dem der hænger i snoren hele tiden, og det er jo ikke fordi du ikke vil hjælpe, men der er med det samme, du lige er gået ud fra stuen så - du er næsten knap nok kommet ud af døren ’ding’, så er den der igen, så der må man ligesom prøve at forklare dem det stille og roligt, det er bare ikke alle der forstår det ’ding’ så er den der igen”.

De fleste sygeplejesker tilslutter sig, Karinas holdning. De fleste patienter er rimelige og realistiske forventninger. Dog opstår der situationer, hvor patienterne, betragter sygeplejersken som et serviceorgan.

Maj fortæller

”Lige nøjagtigt så er det lige med at få det sagt på en pæn måde, og nogen gange når man siger på en pæn måde, at det kan jeg godt hente til dig, men også siger at en anden gang må du også gerne selv gå ud til drikke vogne og hente det du har lyst til, så kan man godt se at det går op for dem, ’nå ja det kan jeg jo også’, det havde de slet ikke tænkt over det. De havde lige vænnet sig til at være patient og nu – ’de skal lære at de gerne må selv igen”.

Karina fortæller:

”Ja, de ringer for lidt og de næsten ikke tør be om noget og skal opfordre dem til at nu er du her, så kan vi jo hjælpe dig, og det kan være, de har ondt og faktisk har svært ved selv at hente det glas vand, men det lærer man sådan lidt hvem det er man skal være opmærksom på, og så er man sådan lidt ekstra opmærksom på dem. Og igen det med at der kan sidde en hel række pårørende, der havde jeg igen en patienten der ringede midt i besøgstiden. Han havde mindst seks eller otte pårørende til at sidde, og han ville gerne have et glas saftvand, og der kunne jeg simpelthen ikke lade være med at sige, ’ej men prøv nu at se her, jeg vil gerne gå ud og hente det glas saftvand, men til en anden gang så må I meget gerne gå ud og hente det

glas saftevand til ham', nåå ja... hov... arh hallo. Sådan er det lidt engang i mellem, så må man godt sige sådan noget. Alt skal også være rimeligt".

Det med at være et service organ, er ikke noget nogen af informanterne oplever i særlig høj grad. Der findes enkelte patienter, som søger unødvendig hjælp, men den gruppe er ikke markant. Det handler for sygeplejerskerne ofte blot om at informere patienterne om, at de gerne selv må tage mad og drikke fra vognene på gangen. Derudover påpeger flere af informanterne, at de oplever en ligeså stor del patienter, som ikke vil spørge om hjælp, selv om de faktisk har brug for det.

4.2.1 Den professionelle rolle - Personlig uden privat

Den *rolle* som jeg finder, at sygeplejerskerne påtager sig, er *rollen* som professionelle.

Søren beskriver:

"... og så er det igen det med at være professionel, det at du så også nogen gange kan efterlade det på arbejde. Fordi selvom det er en del af en at være sygeplejerske og arbejde som det, det er altså også et arbejde, dvs. når jeg går hjem og har klædt om og kommet i mit eget tøj, jamen så er jeg mig selv igen. Altså man kan sige det sådan, trækker ikke en facade på, jeg er personlig, når jeg er der, og er til stede, og jeg kan sagtens måske udlevere noget af mig til patienten, med det er ikke noget privat, for der er forskel på, fordi det er mit privat liv [...], og det er selvfølgelig også en balancegang, at sige nu går jeg hjem, så går jeg rent faktisk hjem. Men ikke at sige, at jeg da godt kan tænke på nogle af mine patienter, når jeg kommer hjem, hvordan går det nu med hende i nat eller ham i nat.... puha, nu kommer jeg her ikke i fire dage gad vide om hun eller han er her når jeg kommer tilbage".

Søren beskriver i høj grad sin egen *rolle*, som professionel. Det er den *rolle*, han har som sygeplejerske. Endvidere beskriver Søren, at der for ham sker et *scene* eller rolleskift, når han forlader sit arbejde. Han forlader både rent fysisk sin arbejdsplads, han skifter tøj fra sin professionelle uniform til sit almindelige tøj. Men han ændrer også sin *rolle*, eller påtager sig en anden *rolle*. Denne *rolle* ligger formodentlig tættere på hans autentiske selv, i det han i denne *rolle* også kan være privat.

Sørens skildring mellem at være personlig og være privat, er ganske interessant, da det for ham definerer en grænse for, hvor meget han udleverer sig selv på sit arbejde, hvor meget han er hans arbejde og hans arbejde er ham. Flere af de øvrige sygeplejersker nævner også, at de ikke bliver private, i deres interaktion med patienterne. Den studerende Tinna siger:

"Jeg fik af vide af min supervisor, at jeg ikke skulle dele personlige ting med patienterne – det kan være svært når de spørger".

Ovenstående citat er fra en af de sygeplejerskestuderende, hvor hun fortæller at hun ikke skal dele personligt ting med patienterne. På trods af at ordet '*personligt*' er brugt i ovenstående citat, vurderer jeg, at det er den private grænse, som hendes supervisor henviser til.

Sygeplejersken skal således være personlig, være til stede i interaktionen med patienten, de skal være personlige i deres møde med patienten, men de skal ikke være private. De skal ikke dele deres privatliv med patienten.

Søren nævner selv ordet '*facade*' i sin beskrivelse. At han ikke trækker en facade ned over sig, i sit forsøg på at beskrive den *rolle* han besidder i kraft af hans arbejde. I forhold til Hochschilds beskrivelse af *surface* og *deep acting*, vil det at vedkende sig at tage en facade på, være at indrømme, at man kun benytter *surface acting*, og det vurderer jeg, at Søren opponerer imod – han er sig selv – han er bare ikke privat.

Flere af sygeplejerskerne tilslutter sig det, at de laver *deep acting*, og ikke blot *surface acting* som Susanne beskriver

"Man skal bare ligesom lade som om det er en naturlig ting, og det synes jeg også det er".

Her beskriver Susanne, at det at skulle hjælpe en patient med personlig hygiejne, er naturligt. Først anvender hun udtrykket at '*lade som om*', som vil kunne karakteriseres som *surface acting*, da det kun er noget man udviser, det er ikke noget man faktisk føler. Dog vender hun det til *deep acting*, da hun bagefter bekræfter, at det hun lader som om, faktisk er det hun føler.

Overordnet virker det til at sygeplejerskerne udfører *deep acting*. Det er ikke en blot en maske, de påtager sig, for at kunne leve op til de værdier og normer, som de sygeplejeetiske retningslinjer foreskriver. De har formodentlig ændret nogle af deres faktiske følelser og forestillinger, for at kunne opnå tilfredshed og anerkendelse fra dem selv og andre, ved at de udfylder deres *rolle* som sygeplejerske på bedst mulig vis.

Det, der er bemærkelsesværdigt, ved både Søren og Susannes beskrivelser, er at de begge anvender ord, der ville beskrive *surface acting*, for derefter, at fortælle, at det ikke er, det de gør. Ifølge Hochschilds analyse af stewardesser, var der en forståelse af, at *deep acting* var det gode, og den rigtige måde at udføre sit arbejde på, og denne tendens kan til dels genkendes blandt de interviewede sygeplejersker og studerende.

Flere af sygeplejerskerne veksler mellem at nævne det professionelle og naturlige i forbindelse med deres arbejde. At de skal være og er professionelle i deres arbejde, og at for dem er deres arbejde naturligt, de to ord går oftest ind og agerer samtidigt. Susanne fortæller:

"Hvis du tager det som en naturlig ting med at vaske, så er det også en naturlig ting for patienterne ... Det er som at tage en hat eller et par sko på – det har vi lært under uddannelsen, hvis vi blev røde i hovedet og fumlede, ville det være ubehageligt for patienten".

Det som Susanne kalder naturligt, sammenligner andre med det at være professionel. Det at være professionel og/eller naturligt i sit arbejde, er noget de interviewede lægger stor vægt på – da de ser det som noget essentielt i forhold til at, patienterne og derved også dem selv får en god oplevelse. Flere beskriver, således også, at det er for patientens skyld, at de skal være professionelle. Som sygeplejesker er det vigtigt at have patienten med i interaktionen, Søren fortæller:

”Man tænker på det på en helt speciel måde. Jeg har faktisk en opgave her, og skal både have patienten med i samtalen og opfattelsen af det her, samtidig med jeg har et budskab, som jeg egentlig godt vil have lov at fortælle. Og den her, denne her veksel virkning mellem både at lytte og skal fortælle og være faglig og være personlig uden at være privat”.

Fra ovenstående citat, kommer der flere aspekter frem, om det at være sygeplejerske. Man skal i interaktionen have patienten med, man kan ikke bare tromle hen over patienten – de skal være med i samtalen. Samtidig tager Søren også flere gange i citatet stilling til sin egen *rolle* som sygeplejerske. *”Jeg har en opgave”* – og det at være personlig men ikke privat. Man skal således lave et intimt rum, og være personlig, men man skal ikke være privat. Dette vidner om, at han er bevidst om sin *rolle*, og påtager sig denne, og derved er i stand til at tilsidesætte sig selv og sine egne følelser. Endvidere åbner Søren fortælling, også op for det aspekt, at det ikke kun er i forhold til blufærdighed og hjælp til personlig hygiejne, at den professionelle *rolle*, spiller ind. Den er f.eks. også i spil ved en svær samtale, hvor sygeplejersken måske skal overbringe dårlige nyheder. Den studerende Ida fortæller:

”Jamen det med at tage dem med ud, sådan at de ikke ligger med de andre, og men det kan også være at tage sig tiden til at gå ind på stuen og snakke med patienten, sådan at de føler de får et forhold til en, og gerne vil snakke og fortælle”.

I ovenstående citat med Ida forsøger hun, at skabe et personligt rum, så patienten føler sig tryk og derved giver informationer, som muligvis sætter sygeplejerskerne i stand til at yde en bedre behandling.

Som Søren beskrev i starten, påtager han sig en anden *rolle*, når han tager hjem fra sygehuset, og han beskriver også at en del af den professionelle *rolle* er, at kunne lade patienterne blive på afdelingen. Flere af de øvrige nævner ligeledes, at det er en nødvendighed for dem selv og andre sygeplejesker, at være i stand til at efterlade patienterne på arbejdet, da man ellers ikke ville kunne overleve som sygeplejerske.

For de studerende virker det sværere, at lade patienterne blive på arbejdet. Tinna fortæller:

”Ja, det er noget vi eller jeg har fået at vide af flere, at det er noget man skal, sådan lidt hvis der har været en særlig eller meget syg patient, så bliver der sagt ’gå nu hjem, og vi klarer det her’ ’du skal ikke tænke på det’, og sådan noget, altså når man f.eks. er vagtskifte og sådan og man får fri”.

Tinna oplever, at hun tager nogen ting med hjem. De ting hun især nævner, at hun føler hun tager med hjem er mange tanker om afdelingen, og om hun agerede rigtigt i en situation ’om hun var

god nok', det er således udover patienterne også en tanke om hendes egen rolle, hun beskriver i citatet, at sygeplejerskerne på afdelingen er gode til at støtte hende i, at hun ikke skal tage patienterne med hjem.

Tinna fortæller videre

"Jeg har kun haft en hvor jeg havde ondt i maven, men det var også en lille dreng der var der med hans forældre - der var rigtig syg og han skulle ned til nogle undersøgelser og jeg var der ikke, når han kom tilbage, der kunne jeg godt mærke, at jeg var lige ved at ringe og spørge, hvordan det var gået, men tænkte også, at det var for dumt, det er jo nok noget man skal lære at abstrahere fra. Og synes der er fra de andre, det med at sige 'at det skal man ikke tænke på' sådan at man måske selv føler - at man skal virkelig engagere sig i de her mennesker, det, men det skal man jo ikke, ikke rigtigt, og det at få at vide fra andre, at det skal man ikke, man skal ikke tage det med sig hjem og sådan, det gør det giver en, en ro. Og selvfølgelig er de jo også bedre til at tage sig af patienterne, end jeg er, de har jo været der i mange år, og kender specialet meget bedre end mig".

Tinna beskriver særlig en situationen, hvor hun blev påvirket af en patient. Det der er spændene ved Tinnas fortælling er at hun beskriver, at man skal engagere sig i patienterne, men så alligevel ikke. Dette kunne vidne om, at den opdeling mellem at være privat og personlig, som sygeplejerskerne har, ikke er så opdelt for Tinna, som den forekommer for de øvrige sygeplejersker.

4.3 Blufærdighed

Jeg havde fra projektets start et fokus, på sygeplejerskernes egen blufærdighed, samt hvordan de håndterer patienternes blufærdighed. Gennem interviewene gik det hurtigt op for mig, at sygeplejerskernes egen blufærdighed, ikke er i spil. De har i deres *rolle* som sygeplejerske ikke en blufærdighedsgrænse, som bliver overtrådt ved at skulle hjælpe patienter med pleje. Det blev også hurtigt klart, at det at værne om patienternes blufærdighed, ikke altid er en forespørgsel fra patienten selv, men mere det at beskytte patienten fra hans eller hendes egen ublufærdighed.

Jeg havde formodet, at patienternes egne blufærdighed, ville komme til at spille en væsentlig rolle i sygeplejerskernes fortælling og derfor også i analysen. Det viste sig dog hurtigt, at denne problematik, mod forventning ikke har en større betydning for sygeplejerskernes emotional work.

Karina fortæller:

"Og det er jo ikke, det vi ser på, de synes selvfølgelig det er pinligt at vise nedre dele, hvordan personer nu er og hvordan man lige får snakket sig til rette om det, og så inden at de der kan klare sig selv. De får lov til at klare sig selv og igen, hvis det nu er en yngre og en ældre, at man får dem dækket ordentlig til i sengen, når man nu vasker dem, at man lige tænker over sådan noget, og får skærmet af, hurtigt lige få trukket noget hen over dem, beder nogen om at gå ud fra stuen, når man skal lave et eller andet, også som personale at man lige påtænker det"

”Ja, men ikke så meget nej, for det er blevet lidt mere legalt, fordi så har du brug for at få noget hjælpe af en eller anden art, og det jeg siger, med at man påtænker det, af en eller anden art, dem der kan de får lov til selv, og man får dem dækket til, der er nogen de kan godt selv vaske sig for oven men de skal have hjælp til for neden, så gør man det inde i sengen, så får man dem klædt på så de ikke sidder der, helt nøgen, påtænker det eller få dem dækket til sådan - også selvom det er ude på et badeværelse prøv lige at påtænke det, hvis de er ude på en bækkenstol få dem kørt ud på badeværelset når det er - det tager to minutter ja men alligevel, det kan være der sidder en anden inde på stuen og det er ikke rart hvis man slår en prut eller tisser i et bækken, og man også får dækket noget over dem når de bliver kørt ud, sådan de ikke sidder der med bar’ rumpe”.

Karina og de øvrige sygeplejersker oplever ikke en større problematik i forhold til patienternes blufærdighed. Karina beskriver, at det er legalt for patienterne at modtage hjælp, når de er indlagt. Ligeledes henviser Karina til at patienterne har en opfattelse af sygeplejerskerne som professionelle, og derfor bliver situationen okay.

Karina og flere af de øvrige sygeplejersker nævner desuden, at det er deres opgave, at varetage patientens blufærdighed og påtænke at få rullet gardinet for, eller lægge en dyne over patienten. For Karina handler det at påtænke patienternes blufærdighed om, hvordan hun selv ville føle, hvis det var hende.

Karina siger:

”Jeg ville ikke selv bryde mig om at skulle sidde inde på en stue og sidde og tisse eller hvis jeg skulle køres ud på badeværelset for at komme ud og tisse at man så har fået trukket bukserne ned og man bare kører igennem stuen med bukserne nede det ville jeg da ikke bryde mig om, at man lige tænker på sådan noget”.

Det er dog ikke altid at sygeplejerskerne husker at værne om patienternes blufærdighed.

Susanne fortæller:

”Ja, og hvor lidt vi sommetider tænker over patientens blufærdighed, fordi vi arbejder i det, og det er en naturlig ting at hjælpe tøjet af og sådan, og vi kan godt somme tider lige glemme og lægge dynen over dem. Mange ting sådan.

Jo, og sommetider, det der med ekg som du fortalte om, så kan vi måske lige se, om jeg skal lige ud og se om den er printet ud på kopiermaskine, der er et rum hvor de bliver printet ud, og så kan man måske lige glemme at dække dem til, så ligger de der, de ligger godt nok bag en skærm, men det kan man egentlig ikke tillade sig vel... så vi som plejepersonale er heller ikke altid al for gode til det der, ikke altid”.

Susanne fortæller, at hun og andre sygeplejersker sommetider glemmer at tænke over patientens blufærdighed. Jeg formoder, at i forhold til tidligere afsnit, omkring sygeplejerskernes

professionelle rolle, og det at få et så naturligt forhold til andres nøgenhed, kan bevirke at de selv glemmer, at det ikke er normalt for patienten.

I forhold til sygeplejerskernes egen blufærdighed, fandt jeg, at de ikke oplever at deres grænser bliver overskredet.

Susanne fortæller

"... det der med at blive pinlig berørt, det kan man selv selvfølgelig godt blive, for vi er jo mennesker, men det der er vigtigt at man ikke, at man ikke bliver det, når man skal vaske, men det bliver de unge studerende, det kan de godt blive."

Søren fortæller

"Noget som jeg ser som en stor udfordring er fx at snakke seksualitet med folk når de har fået stomi, en på min egen alder en der er yngre end mig, det er edermame specielt at fortælle hvordan man skal løse det. Og stadig have en professionel tilgang til det, der er noget fagligt i det, sådan ind ad til også"

Ingen af de interviewede sygeplejesker, fortæller særlig meget om deres egen blufærdighed. Dette skyldes at de ikke oplever deres egen blufærdighed jf. deres *professionelle rolle* og tilgang til patienterne.

Susanne siger:

"... det er de helt nye studerende, der vil have svært ved at kunne berøre en patient, for det er noget du lærer under din uddannelse at ku', det er noget du skal ka', det er en del af din uddannelse, at du skal kunne berøre en patient uden at det er grænseoverskridende, for det er selvfølgelig det, at skulle vaske en patient for neden, en mand, eller noget det kan jo være meget grænseoverskridende, selvfølgelig for patienten men også for den der gør det."

Susanne er bevidst om, at det kan være grænseoverskridende, at vaske en patient, både for patienten men også for sygeplejersken. Men som hun beskriver, så er det noget man lærer under sin uddannelse.

Sygeplejerskernes egen blufærdighed og deres grænser, er stort set ikke i spil. De overtræder ikke deres egne grænser, de har tillagt sig et *professionelt ansigt*. i forbindelse med de opgaver, som kunne være grænseoverskridende. For at undersøge om sygeplejerskerne på et tidspunkt har følt en vis blufærdighed, blev der tilføjet tre sygeplejerske studerende til empirien. Under dette afsnit, vil jeg første kort præsentere hvordan de studerende møder blufærdigheden. Herefter vil jeg komme ind på patienternes ublufærdighed, og sygeplejerskernes håndtering af denne.

4.3.1 Blufærdighed - De studerende

Flere af sygeplejerskerne nævnte, at det var de studerende, som kunne synes, det var grænseoverskridende at vaske en patient, og de kunne også godt selv huske, at de havde fundet det grænseoverskridende engang. Derfor blev det valgt at de sidste tre interviews skulle være med sygeplejeske studerende, for at undersøge hvordan de forholder sig til blufærdighed, og om de oplever andre ting end deres færdig uddannede kollegaer. Her vil jeg kort præsentere de resultater, som fremkom fra de studerende om deres egen blufærdighed.

Et af de interessante aspekter kom fra Line, hun har tidligere arbejdet på plejehjem, og har derfor et kendskab til at hjælpe andre med personlig pleje, Line fortæller:

Det er noget jeg har lært der, og været vant til i mange år før jeg startede så det er ikke noget der generer mig, det er bare naturligt. Selvfølgelig skal de i bad, og det skal de have hjælp til"

Line ligger tæt op af de færdig uddannede sygeplejesker i sin betragtning af, at det er en naturlig ting og derfor ikke noget, som hun personligt finder grænseoverskridende.

Dog forekommer der et andet perspektiver senere i interviewet.

"Når det er en på ens egen alder eller ældre men ikke gammel, er det lidt noget andet fordi, de har ikke brug for det, eller jo det har de selvfølgelig – men ikke normalt. Så er de ikke vant til det, og jeg er ikke vant til det"

Det er ganske interessant, de modstridende synspunkter som Line stiller op. Hun har været vant til at hjælpe plejehjemsbeboere, med deres daglige gøremål og hygiejne, og har derfor et helt naturligt forhold til dette. Her har hun et professionelt ansigt og ved hvordan tingene skal gøres. Men på sygehusafdelingen møder hun flere forskellige typer patienter, da det ikke kun er ældre mennesker, der er indlagt. Der er også yngre, både unge men også midaldrende mennesker, som selv er vant til at klare den personlige hygiejne. I forhold til disse patienter får hun rykket sine grænser, og synes, det er en anden situation. Som flere af sygeplejerskerne hævder er det at vaske, noget man lærer, og dette går i tråd med Lines oplevelse. Hun har på plejehjemmet lært at vaske folk, der er vant til at modtage hjælp. På sygehuset bliver hun derimod konfronteret med mennesker, som måske for første gang i deres voksenliv har brug for hjælp til personlig hygiejne.

Line fortæller:

"Ja, nogen kan blive lidt flove, og det er jeg, det har jeg ikke oplevet før. Det var der ikke nogen på plejehjemmet der blev. Så det er sådan lidt, hvordan man lige skal, få det til at blive okay"

"Det er en sjov ting du tænker over det på en hel bestemt måde, men det er også. Det er, jeg ved det ikke, jeg bliver ikke blufærdig, men lidt nervøs og utilpas. Ikke som at jeg viser det, og heller ikke så meget, men det er bare en mærkelig situation, også for mig mere end nogle af de andre fordi jeg er vant til det, men så alligevel ikke"

Line har svært ved at finde ord til, hvordan hun beskriver situationen, da den er genkendelig for hende. Hun er *regelmæssig udøver* af *scenen 'at vaske en patient'*, men hun har før sin tid på A2, kun været sammen med andre regelmæssige udøvere. Forstået således, at både plejepersonale og plejehjemsbeboer har været regelmæssige udøvere, af '*vaske scene*'. Her på A2 bliver hun nu konfronteret med, at skulle lave den ellers regelmæssige *scene*, med en ikke *regelmæssig udøver*. Hvorfor *scenen* bliver en anden, end den hun kender fra plejehjemmet. Derfor kan den samme situation, nu få hende til at føle sig en smule utilpas, da der er andre og nye ting hun skal tage hensyn til, i udførelsen af *scenen*, nemlig det, at det er en unaturlig *scene* for patienten, og han derfor kan blive flov eller føle sig krænket.

For de to andre studerende, har de ligeledes oplevet en vis blufærdighed i forbindelse med, at hjælpe patienterne.

Tinna beskriver:

"Jaaa. Og nej, jeg tror, jeg var sådan så fokuseret på ikke at gøre det forkert, at, jo det var grænseoverskridende, fordi man skulle røre et andet menneske og sådan, men jeg tror ikke jeg tænkte så meget på mig selv, men mere var bange for at patienten lige pludselig sagde noget, og det så bare ville gå helt galt. ... Jamen sådan at det bare ville blive akavet, og jeg fik vasket dem for meget eller for lidt, eller hvad kan man sige".

Ida beskriver:

"Det er bare en surrealistisk situation, fordi det jo ikke er noget man normalt gør, vi gør mange ting man normalt ikke gør. Og ting man ikke snakker om, spørge patienterne om nogle mærkelige ting eller ikke mærkelige for det er jo nødvendigt, men sådan i forhold til hvad man ellers kan tillade sig at spørge folk om".

De sygeplejerske studerende finder det ikke lige så naturligt som sygeplejerskerne. Men det er ikke så meget blufærdigheden, der er på spil. Det er mere deres *rolle* som professionel, i hvert fald et stykke hen af vejen. For der er ikke nogen, der nævner noget med at vaske nedre dele, som er det mest sensitive område. De beskriver mere situationen, og den er uvant, og de er måske mest nervøse for at krænke patienten ved ikke at være professionelle nok.

I forhold til den mulige krænkende situation det at hjælpe med den personlige hygiejne beskriver den studerende Tinna

”Åh, det var meget svært, altså man ville bare så gerne gøre det rigtigt, og være god. Og sådan. Altså jeg var meget nervøs, for sådan hvad man skulle gøre, og man har jo ikke prøvet det før.”

Det at de muligvis skubber deres egen blufærdighed til side, fordi de gerne vil være professionelle i deres arbejde er et spændene perspektiv. Det kunne tyde på at sygeplejerske erhvervet virkelig kræver emotional work, og derfor kan betegnes som emotional labor. De studerende tilsidesætter deres egne følelser, for at leve op til den *professionelle rolle* som sygeplejerske, som er den *rolle*, der anses for at være den gode *rolle*. Tinna skubber således sine egne følelser i baggrunden, og det, der betyder mest for hende er at gøre det rigtige i situationen. Line beskriver, at hun bliver lidt nervøs og utilpas, men at det ikke er noget hun viser.

De studerende nævner deres egne følelser, på en måde som sygeplejerskerne ikke gør, hvilket kunne tyde på at de ikke har taget *rollen* på i samme grad. Det er således heller ikke deep acting som Line udfører i situationen, da det blot er en facade, hun tager på for ikke at vise patienten sine sande følelser.

Men jeg fornemmer i citaterne og interviewene som helhed, at de studerende stræber efter den *professionelle rolle*, og det at kunne udføre deep acting, således at *rollen* vil være nem at bevare, da man ved at udføre deep acting ikke udsætter sig selv for de mulige *ansigts* tab, som surface acting kan medføre. Dog er det ikke noget de mestrer helt endnu, på alle punkter. Ud fra eksemplet med Line, kan jeg tilslutte mig sygeplejerskernes holdning, at det, at kunne klare de situationer som sygeplejerskerne havner i, kræver erfaring. Line, havde erfaring i at have en *professionel rolle* på plejehjemmet, og havde ikke et problem med at yde hjælp til hygiejne ved plejehjemsbeboeren, den erfaring har hun ikke med patienter endnu, men den havde hun formodentlig heller ikke, da hun startede med at arbejde på plejehjemmet.

4.3.2 Ublufærdighed

Som tidligere nævnt, havde jeg en formodning om at det ville være patienternes blufærdighed, som kunne kræve ekstra omtanke og emotional work, fra sygeplejerskernes. Dog viste det sig i langt højere grad at være patienternes ublufærdighed, som krævede ekstra opmærksomhed fra sygeplejerskerne. Det er således en del af sygeplejerskernes arbejde at beskytte patienterne fra deres mangel på blufærdighed.

Grunden til at det er vigtigt for sygeplejerskernes at beskytte patienterne mod deres egen blufærdighed, argumentere jeg, handler om patientens *ansigt*. Som Goffman skriver, er det vigtigt at begge parter bevarer *ansigt*, for at en interaktion kan lykkes. Derfor ville det ikke være hensigtsmæssig, hvis patienten taber *ansigt*. Endvidere nævner Goffman, at et *ansigtstab* fra den ene part kan have større indflydelse på modparten, hvis denne har påtaget sig en *rolle*, som den ansvarlige, eller som den professionelle. Sygeplejerskerne kan derfor selv komme til at lide et *ansigts* tab, eller underminere deres egen *rolle*, hvis de ikke formår at beskytte patienterne mod et *ansigtstab*. Dette værende både i deres interaktion med patienten, men muligvis også i

patientens interaktion med medpatienter, pårørende og andre personer, der færdes på afdelingen. Her ville sygeplejerskerne muligvis stadig kunne ses som de ansvarlige i forhold til at bevare patientens ansigt, da de, i forhold til de værdier, der findes i de sygeplejeetiske retningslinjer og definitionen af sygepleje har et vist ansvar for at bevare, patientens værdighed under indlæggelse

Susanne fortæller om patienternes ublufærdighed:

”Ja, det er rigtigt, det er lidt sådan at når man kommer på sygehuset så mister man lidt den blufærdighed man har, som man normalt man går jo ikke herude, inde i Salling der går man jo ikke med bare bukser uden bukser vel”

Karina Fortæller:

”... med det samme de kommer på hospitalet, jamen så mange de lægger ens blufærdighedsgrænse, den ligger de udenfor. For så bliver det lige som legalt, at rende rundt i underbukser og en undertrøje ude på gangen, det er ligesom når de kommer herind så er det ligesom noget helt andet. Det at man skal gå og opfordre folk til ’øh skal du ikke lige have en morgenkåbe på, skal du ikke lige have noget tøj på’. Det er ligesom noget helt andet, og hvorfor det er sådan det ved jeg ikke – det kan jeg ikke svarer på”

Her nævner både Karina og Susanne, hvordan de oplever at mange patienter lægger deres blufærdighed ved ’hoveddøren’ når de tjekker ind på sygehuset. Flere af de andre informanter fortæller om samme problematik, med at skulle huske patienterne på deres egne blufærdighed, ved f.eks. at minde dem om at tage tøj på.

Denne problematik kan tyde på, at der ligger nogle forskellige forventninger fra patienternes side, til hvad det er for et rum eller kultur, de nu er blevet en del af. Ud fra interviewene virker det tydeligt at patienterne har nogen andre forventninger og formodninger om, hvordan tingene foregår på et sygehus end sygeplejerskerne har. Jeg har i mit teori kapitel, nævnt Goffmans teori om totalinstitutionen, og på trods af, at hans undersøgelse af bl.a. psykiske sygehuse adskiller sig meget fra min undersøgelse, mener jeg, der kan trækkes paralleller, da man som patient møder en ny verden, hvor der eksisterer andre normer og værdier, end dem man oplever udenfor i samfundet. Susanne nævner i ovenstående citat, at man ikke ville bevæge sig rundt i et stormagasin som Salling i underbukser, da dette ville overskride samfundets normer, men samtidig ville man i Salling have sit eget tøj på, og man ville højst sandsynlig ikke stille op til en undersøgelse af ens krop, eller være villig til at svare på personlige og intime spørgsmål, eksempelvis om ens tarmsystem

Jeg formoder på baggrund af mine egne erfaringer som patient, at det kan være svært for patienterne at finde ud af og navigere i hvilke normer og regler, der findes på sygehuset, samt hvilke regler der gælder på stuen, og hvilke der gælder på gangen. Hvornår skal jeg, som patient være blufærdig, og hvornår skal jeg ikke. Når jeg ligger i min seng, og der kommer en læge eller sygeplejerske, skal jeg ikke være blufærdig. Jeg skal muligvis tage tøjet af og lade dem undersøge min krop, jeg skal dele private og intime informationer med dem, såsom personlige oplysninger,

samt om jeg den pågældende dag har haft afføring. For i næste nu, igen at påtage mig min normale blufærdighedsgrænse, for at gå 10 meter ud på gangen for at hente et glas saftvand. Det er dette aspekt, som gør at flere spændinger kan opstå, da der er forskellige forventninger, og disse forskelligheder kan føre til besvær i interaktionen, som igen kan kræve, en større portion emotionel work fra sygeplejerskernes side. Jeg oplevede selv aspektet under min egen indlæggelse, men havde dog ikke formodet at, det ville være så omfattende, som det forekom under interviewene.

Flere af informanterne har samme forestilling, om hvordan det kan være at patienterne reagerer som de gør, og bliver ublufærdige når de kommer på hospitalet. Maj fortæller

”De glemmer helt at man måske skulle tage en morgenkåbe på, og det er også fordi at vi hjælper dem, og vi lader os jo ikke mærke med det, - at der er sår, og stomi eller kateter og dræn, så glemmer de helt at det ikke er helt normalt, og når de så kommer ud på gangen, er der nogen der ikke synes, det er helt normalt”

’Da vi synes, som sygeplejersker at det er normalt, at patienterne også kan få en fornemmelse af at, det er normalt’. Er den analogi som Maj, sætter op. Hun mener, at da patienterne oplever, at sygeplejerskerne synes, det er normalt at se kateter, ar og generel nøgenhed, smitter denne naturlighed af på patienterne, som således også begynder at opfatte det som normalt, og derved kommer til at bryde de normer, der egentlig findes på afdelingen.

Det er dog således at det ikke er tilladt, at gå uden bukser eller morgenkåbe på gangene, dette står også nedskrevet i den velkomstpjece som patienterne får, når de kommer til afdelingen. Men hvordan får sygeplejerskerne informeret patienten om denne overtrædelse af normen, uden at patienten oplever flovhed, og muligvis taber ansigt. Ud fra Goffmans teori om *ansigtsarbejde*, vil det være med til at ødelægge interaktionen med patienten og også have en negativ effekt på sygeplejerskernes eget ansigt og dermed muligvis underminere deres rolle som professionel.

Maj Fortæller:

”Der er nogen, der er rigtig skrappe, synes jeg, til at sige ’du må ikke gå ud’ (laver skrap stemme), men jeg synes også, det er så hårdt, og folk står der og er sårbare i forvejen, så jeg prøver tit, ’skal vi lige finde en kåbe til dig’ (glad stemme) så du kan komme ud, og så er det også nogen gange, at de kommer til at kigge, ’nåh, ja’, eller vil du hellere have et par bukser. Der er nogen gange, så kommer de bare lige i tanke om det”

Maj forsøger, at få patienten til at forstå og se sygehusafdelingen, som et almindeligt offentligt rum, samtidig vil hun ikke være for striks i sin udmelding, da hun ser patienten som sårbar, og vil ikke skælde ham eller hende ud for at gøre noget forkert. I forhold til Goffmans teori om *ansigtsarbejde*, og det at bevare ens eget *ansigt* og ikke lade andre tabe *ansigt* i en interaktion, forsøger

Maj, at bevare patientens *ansigt*, således at han ikke taber *ansigt*, og bliver flov over, at han ikke overholdt de gængse normer. Samtidig er hun ikke positiv indstillet over de sygeplejesker, som ikke formår at bevare patientens *ansigt*, og muligvis ikke betragter patienten som sårbar, og derfor skælder patienten ud for dennes forkerte adfærd

Ved denne tilgang, forsøger hun også at gøre patienten bevidst om det mulige *ansigts* tab, som de kunne lide ved at gå ud på gangen uden bukser. Således forklarer hun, at hun vælger en tilgang, hvor patienten selv kan blive bevidst om deres overtrædelse af grænserne, således at de til en anden gang vil være bevidste, om de normer der findes. Det at patienten bliver bevidst om normerne, vil også medføre, at de bliver beskyttet mod at gøre det igen. Ved blot at skælde patienten ud for deres forkerte opførsel kan patienten tabe *ansigt* og blive flov, og det vil ikke være hensigtsmæssigt hverken for sygeplejerske eller patient, i det videre patient forløb. Denne samme form for analogi som Maj stiller op, anvender Susanne også:

"Ja, fordi de fik gjort det uden at tænke sig om, man skal da lige have den der fornemmelse af pli, kan man sige, kom nu med ind på stuen så finder jeg lige et par bukser til dig det ser lidt pænere ud, det bruger vi her i afdelingen det at gå med bukser, det kommer lidt an på hvad det er for en patient."

Susanne tænker på patienten som uskyldig og beskriver, at man skal anvende en vis pli i mødet med patienten. Men man kan også fornemme en vis humor i Susannes måde at tale til patienten, hun fortæller at det ser pænere ud, og det med bukser, er noget vi bruger her. Ved at komme med en sød eller lidt sjov bemærkning, omkring patientens påklædning eller mangel på samme, for at få patienten til, at indse at han bryder normen. Ved at gøre dette er det en anden måde at bevare patientens ansigt på, da de vælger ikke blot at informere patienten, om at de skal have en morgenkåbe eller bukser på, når de går ud på gangen, de anvender humor. At gøre dette tror jeg er med til at sikre patientens ansigt, da de ved at anvende humor gør episoden sjov og humoristisk. Derfor bliver det ikke en farlig situationen, hvor patienten har gjort noget forkert, men en mindre episode, som nemt kan affejes uden at nogen behøves at revidere *ansigt* eller skamme sig.

Dog er det ikke alle patienter, som selv kommer til at tænke over disse regler, og derfor skal der mere end blot en venlig påmindelse til, for at få dem til at dække sig selv til.

Maj siger:

"Folk siger også tit 'det genere ikke mig', nej med der er også andre patienter, som man også vil skærme lidt, når patienterne bliver 'det er lige meget for mig' at de viser deres stomi, 'ja, men det kan godt være det ikke er for den anden'"

Susanne fortæller:

"Ja, det kan også det modsatte kan også ske, jamen så står de, de skal af i bad jamen så står de og tager tøjet af inden de går ind på badeværelset og lukker døren. Og der er vores pligt jo også at sige, at det kan godt være at du er ligeglade med at vi ser dig nøgen men det kan godt være, at der er andre der ikke er helt ligeglade med det, og det bliver man nødt til at konfrontere dem, med det du må gå derind, de kan finde på al verdens ting, eller de går ude på gangen med underbukser på og en ble der hænger ned af dem jamen så må vi ha' bukser på dem eller en morgenkåbe på dem, det kræver selvfølgelig også lige lidt erfaring, det med at ture skulle sige til patienterne 'ved du hvad det er ikke helt i orden at du ser sådan ud overfor andre' det er jo sådan en lidt en opdragelse, det er sådan det kan jo godt være sådan lidt men det må man altså gøre".

Dette aspekt er særligt interessant, da det ikke handler om patientens blufærdighed, eller sygeplejerskens blufærdighed, men derimod medpatienternes eller andres blufærdighed. Det at det ikke handler om en interaktion mellem to men flere. Sygeplejerskerne skal holde patientens blufærdighed intakt, ikke blot for patientens egen skyld men også for medpatienternes skyld således, at deres grænser ikke bliver overtrådt.

Det at sikre medpatientens blufærdighed og det at beskytte patienten mod sig selv, er også noget de studerende møder.

Tinna Fortæller

"Jeg synes det er okay nu, men jeg kan godt huske de første gange, hvor man skulle gå hen til en gammel eller ældre mand og fortælle ham, at han skulle have noget tøj på.. Det var det var lige sådan en man skulle sluge fordi, det er (smiler) Men det er noget man lærer, og man hører hvad de andre sygeplejersker siger til dem. Sådan at man gør det på en god måde. "

"Jamen det er sådan at sige det lige så stille og pænt og roligt, og sådan det er jo også synd for dem hvis man skælder dem ud, fordi de ved det ikke, det er ikke noget de tænker over, det er noget de bare gør, så de bliver tit lidt kede af det eller sådan flove når man siger det til dem, så det er jo sådan at sige det på en sød måde"

Tinna beskriver at det først var grænseoverskridende, at skulle huske patienter på deres egen blufærdighed, men at det var noget man hurtigt blev vant til. Hun beskriver endvidere, at det er vigtigt at sige det på en god måde, for ikke at skade patienten. Hun oplever ofte at patienterne bliver lidt flove, når hun påpeger deres ugering, derfor er det for Tinna vigtigt at sige det på en venlig måde. På samme måde som Maj, og Susanne stiller en analogi om at patienten ikke tænker sig om, og ikke tænker over at det ikke er naturligt, stiller Tinna en analogi op at patienterne ikke ved, at de gør noget forkert.

Ida fortæller om sit møde med patienternes ublufærdighed:

”Hvor blev den af... hehehe... nej, jeg synes virkelig der er nogle patienter der rykker grænsen nogen gange, det er jo ikke dem alle, men der er nogen hvor man godt nok tænker ’kan du ikke selv se det’, og det er jo også en del af det og lærer hvordan man skal håndtere de situationer.

Det synes jeg, jeg kan stadig bliver overrasket, men den der med at gå hen og sige du skal have et par bukser på, eller synes du ikke, du skal have et par bukser på, synes jeg sådan, den lærer man altså ret hurtigt. Og nogen gange tænker folk ’åh jo’ og andre gange siger de ’nej tak’, men så kan man jo så sige, at de skal, og så gør de det, men det med at de. Der er nogen gange hvor de overrasker, og man lige skal finde ud af det, for man vil jo heller ikke være for strid, sådan der er nogen, når de skal i bad så tager de tøjet af, inden de går ud i badet og, hvad skal man lige sige der, og kan man nå at sige noget før de gør det, eller før de har gjort det. Der bliver man sådan lidt forbløffet, hvor jeg godt kan hører på nogen af de ældre sygeplejersker, de siger det bare ’du skal lige vente med at tage tøjet af, indtil du er gået ud på badeværelset’, og det er jo nemt nok, men det er også en rettelse på en person et voksent menneske, der blev jeg bare sådan lidt overrumplet og forvirret.

Havde også en patient, som lå meget nøgen i sengen, og kun lige havde dækket det vigtigste, det var lige der, hvor jeg var startet, efter jeg havde været på stuen med et eller andet og set det, der spurgte jeg godt nok en anden om hjælp, måde fordi jeg ikke vidste om patienten måtte, det er jo sådan set kun på gangen der er regler, og ikke på stuerne og i sengen, og jeg vidste heller ikke helt, hvad jeg skulle sige, fordi patienten også skulle være der, og de er der jo hele tiden, men synes også det var lidt meget, og patienten var jo ikke alene på stuen, så det spurgte jeg min vejleder om, også gik vi sådan sammen der ind, ikke får at være bussemand, men ind på stuen og spørge om der var noget de manglede, så min vejleder kunne se patienten, og hun valgte så at det var lidt for meget og sagde at det var fint nok, men ’om vi ikke skulle rulle for, så alle ikke kunne se patienten’, og det var sådan set fint for patienten. Også blev den klaret, men lige der hvor jeg kommer ind, ved jeg ikke lige hvad, både om det er okay, og hvad man eventuelt skal sige.”

Ida beskriver, at de hurtigt lærer, at bede en patient om at have det rigtige tøj på ude på gangen. Men ved de lidt mere specielle tilfælde, bliver Ida i tvivl om, hvordan hun skal agere. Hun beskriver i begge sine fortællinger, at den garvede sygeplejerske ikke lader sig mærke af episoden, og bare siger *”du skal lige vente med at tage tøjet af, indtil du er gået ud på badeværelset”*. Og hun beskriver det som nemt nok, at sige for sygeplejersken, da det er en rimelig naturlig sætning, sygeplejersken skælder ikke direkte patienten ud for at gøre noget forkert, men mere husker patienten på at han lige skal vente. Det er interessant, det skel Ida laver mellem ikke altid selv at være i stand til at rette henvendelse til patienten, samtidig med at hun beskriver det som nemt nok.

Dette skel opstår blandt andet vurderer jeg fordi Ida føler at det er svært at rette på folk, hun siger:

”Ja, det er nok det, at den der hvor man bliver for meget og man måske også synes folk selv må bestemme, eller folk burde forstå, og det kan jeg jo godt se, at nogen af dem ikke gør, så for mig i 20’erne der skal fortælle en mand på 50 at han skal lige vente med at tage tøjet af til han er på badeværelset, det er bare sådan lidt, det burde jeg måske ikke, og sådan de mere sjældne tilfælde der kan jeg godt blive i tvivl om, hvad man skal sige”.

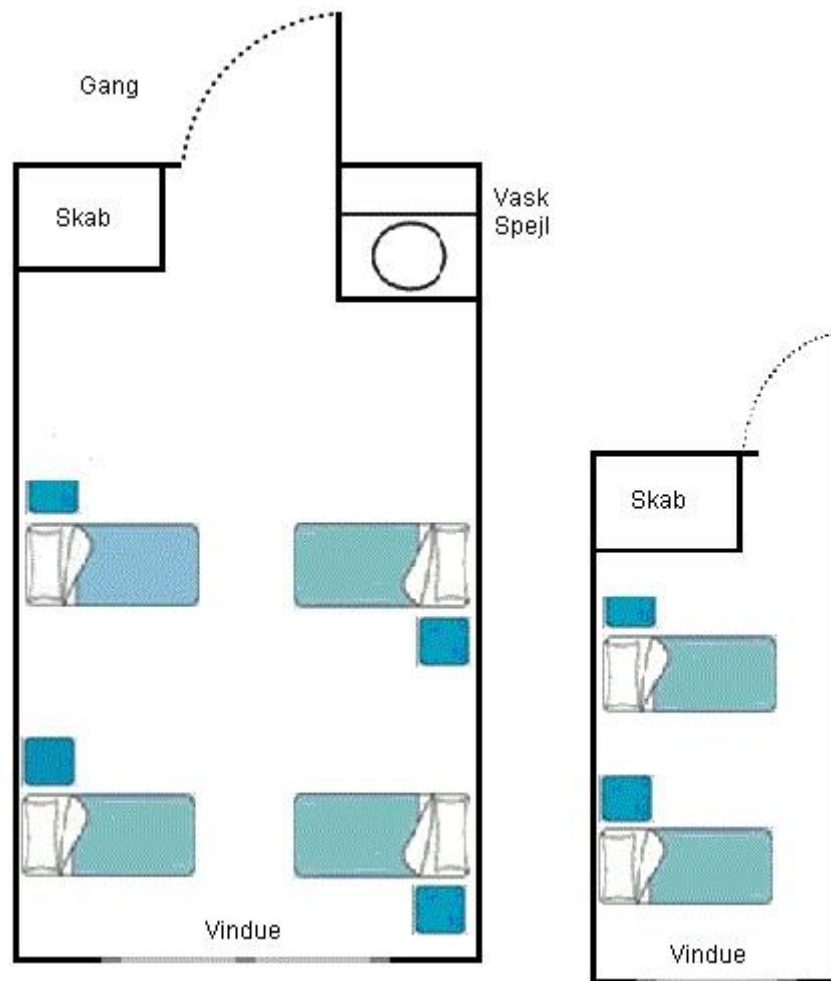
Det er således nyt for Ida at rette på patienter, under mere særlige omstændigheder. Hun ved ikke helt hvordan hun skal reagere. Dette vidner om, at hun ikke, på samme måde som de færdig uddannede sygeplejersker, har helt den samme *deep acting* i forhold til at have forestillinger om patienterne, som gør det nemt at rette på dem uden, at de eller sygeplejersken selv taber *ansigt*. Det er således tegn på at den helt *professionelle rolle*, ikke er opstået for de studerende endnu.

4.4 Rummet

Det næste tema i analysen, vil koncentrere sig om rummet, det rum, som sygeplejerskerne arbejder i. Sygeplejerskerne arbejder under nogle særlige vilkår, i det de fysiske rammer er som de er, og at patienterne oftest ikke ligger på enkeltstuer, men fire- og tomandsstuer, og derved vil det muligvis påvirke patienternes følelser. Dette aspekt blev beskrevet i teorien i forhold til Goffmans teori og totalinstitutionen, og hvordan sådan en institution kan påvirke, samt hans essay om selvets territorium, særligt med hensyn til kroppens berøring, som han kalder hylsteret og hans informations og samtale reservat. Jeg har således været bevidst om at det særlige rum som sygeplejerskerne arbejder i, dog overraskede det mig i interviewene, hvor stor vægt sygeplejerskerne ligger på det i deres fortællinger, og hvor meget indvirkning det har på deres emotional work.

Der er i interviewene spurgt ind til, hvordan den konkrete afdeling er indrettet, i forhold til senge pladser, på AMA, hvor to af interview personer har deres daglige gang, er der kun 2 mandsstuer, på A2 er der to enkeltmandsstuer og ellers er alle fire-mandsstuer. På afdelingen i Hobro, hvor tre af respondenterne tidligere har arbejdet, findes der kun firemands stuer.

Nedenfor her ses en illustration af hvordan en firemandsstue og en to mandsstue er indrettet:



Figur 1: illustrer hvordan en firemandsstue og tomandsstue er indrettet på Aalborg universitets hospital.

Alle respondenterne udtrykker gennem interviewene, at der er en mangel på privatliv på stuerne. Det er noget, der påvirker patienterne. Stuerne er også det rum, som danner rammen om størstedelen af patientens og sygeplejerskernes dagligdag på afdelingen. Som det ses på Figur 1, er der ikke et adskilt rum, som kan benyttes til private undersøgelser, det eneste, der visuelt afskaller patienterne, imens de bliver undersøgt af deres læge, er et forhæng. Dette ændrer dog ingenting for den audiotære del af undersøgelsen, som det kan anskues fra Figur 1 så er alle hændelser på en stue inden for medpatienternes rækkevidde.

James M. Henslin og Mae A. Biggs har lavet undersøgelsen *"The Sociology of the vaginal examination"*, Her undersøger de, hvordan læge og sygeplejerske påvirker rummet i forbindelse med udførelsen af en gynækologisk undersøgelse. De beskriver i deres undersøgelser de *scener* og de *sceneskift*, som udspiller sig i forbindelse med sådan en undersøgelse. Formålet for læge og personale, er at afseksualisere den intime undersøgelse. Henslin og Biggs finder at, der er et vigtigt *sceneskift*; når lægen forlader stuen, tager kvinden tøjet af og lægger sig på briksen, hvorefter sygeplejersken lægger et klæde over hendes ben, så hun ikke kan se sin egen nøgne krop, og lægen vil kun kunne se kvindens underliv. Første når kvinden ligger på briksen, kommer lægen ind igen. Det, der er interessant ved denne beskrivelse af rummet, er de *sceneskift* og den umage som læge

og sygeplejerske gør for at påvirke rummet og derved situationen. Jeg finder i min analyse, at sygeplejerskerne på samme måde gør sig tanker omkring, hvordan de kan påvirke rummet til fordel for patienterne.

På samme måde, laver sygeplejerskerne også *scene* skift, alt efter hvad det er, der skal foregå inde på en stue. Sygeplejerskerne laver vurderinger af, hvilken situationen der skal foregå inde på en stue, for derefter at lave en vurdering af, hvordan rummet skal se ud.

Maj fortæller:

”Ja, og hvis det er, nogen der skal have skiftet et sår, og der er mange gæster, så nogen gange så ruller vi for, og så prøver vi at gøre det ligeså stille alligevel, det er sådan lidt en balance gang om man så burde rydde hele stuen, hvis der så ligger en gammel dame som endelige har fået gæster, så skal til at sende dem ud lige fordi at, det er altid svært, så vi prøver lige at veje efter hvor meget det er vi skal gøre, og om vi godt kan gøre det diskret uden at de bliver udstillet, de kan jo ikke hører de ved bare at vi står der inde de ved jo ikke hvad vi laver, fordi skulle man til at gøre noget der ville lugte rigtig meget, så ville man være nød til at sende dem udenfor. Og passe på patienten. Det er sådan en overvejelse, en evig kamp.”

Her beskriver Maj, at det konstant er en overvejelse af hvad man kan gøre, om man skal sende pårørende ud fra en stue for at gøre noget, eller ej. Det er hendes job, som sygeplejerske at vurdere hvilken *scene* der skal udspille sig på stuen, og hvem der skal være med i *scenen*. Der kan således blive spillet mange forskellige *scener* på en stue i løbet af en dag. En af de af de mest velkendte for sygeplejerskerne er '*stuegang*'. Det er også den *scene*, som flere af informanterne selv fremhæver i interviewene, og er vel også den mest markante, som finder sted. I *scene* '*stuegang*', har sygeplejerskerne og lægerne kontrol over rummet, de er de regelmæssige skuespillere, hvor patienterne er de uregelmæssige. Denne *scene* vil blive beskrevet i afsnittet nedenfor. Men hvor rummet viser sig at være ekstra interessant ved nærværende analyse, er at sygeplejerskerne ikke altid er dem, der har kontrollen over rummet. I flere tilfælde kan det siges, at det er patienterne, der bestemmer over rummet. Flere sygeplejersker beskriver, at der dannes små kulturer på stuerne. Disse kulturer vil sygeplejerskerne oftest være nød til at tage hensyn til i deres arbejde, og påtænke hvordan der kan og skal reageres i forhold til den stue de træder ind på.

I modsætning til Hochschilds analyse virker det til at sygeplejerskerne emotional work er mere afhængig af rummet. I Hochschilds analyse, bliver stewardessernes rum, selvfølgelig nævnt da deres rum, en fly kabine, er et særligt rum, men dette mere som den overordnede analogi, i at de skal tænke det, som deres stue. Det kommer ikke frem i Hochschilds analyse at passagererne laver nogle særlige rum. Hun nævner at flere stewardesser har forskellige holdninger til forskellige fly klasser eksempelvis økonomiklasse og businessklasse, da der findes en bestemt type passager, desuden er der en forskel, i hvad stewardesserne kan tilbyde passagererne. Men stewardesserne bliver ikke konfronteret med rum, hvor der er en særlig tone eller en særlig kultur, som jeg finder, i min analyse, at sygeplejerskerne gør. En mulig forklaring kan findes i at de længste flyrejser ligger omkring de 10 timer, og passagererne har derfor ikke et behov for at interagere med hinanden,

på sammen måde som patienter, der kan ligge på stue sammen i flere dage. Men det vides heller ikke, hvor meget fokus Hochschild har haft på rummets påvirkning i sin analyse.

Det første underafsnit, vil være stuegang, hvor vi kommer tættere på den *scene* som udspiller sig, hvor det andet afsnit vil omhandle kulturen på stuen, og hvordan sygeplejerskerne oplever, at det påvirker deres arbejde og emotional work.

4.4.1 Stuegang

Et af de ritualer, der er på en sygehusafdeling er stuegang, og som udgangspunkt finder denne *scene* sted hver dag. Der er flere sygeplejersker der nævner, at stuegangen kan være problematisk, da man muligvis krænker folks *informations-* og eller *samtalereservat*, ved at de skal dele deres informationer med folk, som de ikke kender, og derfor muligvis ikke har lyst til at dele informationer med.

Søren fortæller:

"... Det samme når der er stuegang, der hører de tre andre også, hvad der bliver talt med patienten om, uanset om du vil det eller ej, men det gør de. Pårørende sender vi altid ud, når der er stuegang, men de tre andre der ligger på stuen hører jo alt, det kan være, man har haft en scanning og der rent faktisk er kommet kræft igen, eller det går godt, du får lov at komme hjem i dag, så det er fra den ene yderlighed til den anden, så privat liv er ikke meget eksisterende. Desværre"

Det som Søren fortæller er noget, som alle sygeplejerskerne oplever. De kan ikke værne om patientens personlige oplysninger.

Maj fortæller:

"Men der er så også det, at når der er stuegang, og der kommer en læge, og vi snakker om alt, al mellem himmel og jord, selvom vi sender pårørende ud, så ligger der jo tre andre mennesker, som egentlig ikke har noget at gøre med det ene menneske, som kan høre det hele. Ved ikke om det er blufærdighed, men det er også grænse overskridende for dem, og den kan vi bare ikke gøre noget ved."

Sygeplejerskerne er for så vidt bevidste om, at de går ind og muligvis krænker nogen ved dette ritual, dog er der ingen, der ser en mulig løsning på problematikken.

Selvom Maj, i ovenstående citat er bevidst om problematikken omkring stuegang, nævner hun i interviewet, at hun dog er kommet til at glemme, det muligt krænkende, der ligger i *scenen*.

Maj siger:

"Jeg havde faktisk på en eller anden måde næsten glemt det her, men så havde jeg noget familie, der havde været indlagt, der sagde ja, så startede de bare fra en ende af, og så kunne vi ligge der og hører hvad alle fejlede, hov ja det er da rigtig nok, det er bare det vi gør hverdag"

Ovenstående citat, er en god beskrivelse af, at sygeplejerskerne ikke altid er bevidste om patientens følelser. I afsnittet 'blufærdighed', beskrev Susanne at hun selv og andre nogen gange glemte, at tænke på patientens blufærdighed, og derfor ikke huskede, at dække patienten til. Denne mangel på bevidsthed fra sygeplejerskernes side, mener jeg er en, der opstår, når sygeplejerskerne glemmer at tænke det unormale ind i de ritualer og scener, som de udfører hver dag. Sygeplejerskerne bliver så vant til ritualer, at de ikke nødvendigvis tænker over, at det kan være potentielt krænkende.

Et andet aspekt i forhold til stuegang, kommer fra Susanne:

"Der er også lavet nogle undersøgelser omkring det, de lige har gjort, vi skal jo sikre at det er den patient vi giver medicin til, og det sikrer vi os ved at de siger deres cpr nummer, og de siger det mange gange i løbet af sådan en dag, der var en patient i den undersøgelse, hun kunne hendes sidepatienters cpr nummer, og det synes hun da at det var ubehageligt, at man brugte person nummer på den måde, for der har man også med, at kan det nu misbruges, hvis der er nogen der kan huske det, men på den måde er det jo også og så kan det, være det at når man går stuegang, så har man måske ikke lyst til at sige alt til lægen, for hun ligger ved siden af, og hun er der hele tiden og hun kan høre det hele, så det har nogle store ulemper, i sær ved stuegang".

Susannes frembringer, også den problematik, som finder sted ved stuegang, at alle kan høre hvad der bliver sagt. Det eneste sygeplejerskerne kan gøre, og også gør, er at sende pårørende ud fra stuen, de må dog gerne være med til deres egen pårørendes stuegang. Maj, beskriver at det engang imellem godt kan blive lidt et cirkus, hvis alle fire patienter ønsker pårørende til stede under stuegang, da der vil være et nyt hold medvirkende ved hver patients stuegang. Et andet aspekt som Susanne frembringer, er at patienterne kan undlade at fortælle ting, de ikke ønsker at dele med deres medpatienter.

For at imødekomme, den problematik som sygeplejerskerne nogen gange oplever ved stuegangen, er der på A2, lavet samtale rum, hvor man har mulighed for at tage en samtale med patienterne. Dog er det ikke altid muligt, da patienten kan være for dårlig. Maj beskriver:

"Og så kan man sige, at hvis der er nogle patienter, der skal have en svær besked, så kan vi tage dem med ud - men tit så er de [Rummet] optaget eller der ligger en, vi er nødt til at bruge dem som stue, så det er ikke sådan, det er ikke altid super godt"

Udover, ovenstående, er en anden problematik som kommer frem i interviewene, at patienterne ikke vil spørge om for meget under stuegang, Susanne fortæller:

”Ja, det kan man godt, hvis det er en meget alvorlig samtale så gør vi det, eller så ofte så gør vi det, at hvis der er pårørende så er de også ofte også med til stuegang. Og jeg tror også at de ofte glemmer, at de ligger ved siden af en når der er stuegang, så er det at de koncentrere sig, men der er virkelig nogen der ikke spørger om alting, og det er da et problem, det synes jeg det er. Ja, men det er ikke altid, man ser det, eller er opmærksom på det, og der tror jeg virkelig at vi, at der er nogen, der ikke får spurgt om det de gerne vil. Men det det er jo grundvilkårene”.

Susanne fortæller, at de ligeledes benytter den mulighed, at tage patienter ud fra stuen, hvis de skal have en alvorlig besked. Eller så benytter de sig af, at tage den til stuegang, hvis der er pårørende til stede.

Den studerende Ida fortæller også, at hun oplever folk, der ikke vil spørge om alt under stuegang, og at det finder man første ud af når, man f.eks. går en tur og har dem på tomandshånd.

”... det gør man efter en stuegang, hvor de måske ikke har sagt noget eller særlig meget, og når man så er ude og gå en tur med dem, så kan de sige ’jeg ville egentlig gerne spørge, eller jeg ville egentlig gerne fortælle’. Der kom tit nogen, hvor det måske er tilfældet, hvor de spørg mere ind, altså det gør de fleste jo, når man har dem alene, og går en tur på gangen, men der er dem hvor man tænker, det skulle du have spurgt lægen om, men det var lidt for åbent, eller noget... men hvor der kommer nogle ting bagefter, som man måske fornemmer, at folk ikke har, ville sige det foran andre”

Ida beskriver, hvordan hun ligeledes oplever, at patienterne ikke ønsker at spørge eller fortælle alt til stuegang. Så det handler for hende og flere af de øvrige informanter om, at tage sig tiden til at snakke med patienten. Således at patienten føler et tilhørsforhold og derfor bliver åben overfor at gå i en dialog med sygeplejersken. Sygeplejerskerne skal således, i nogle tilfælde forsøge at skabe det personlige rum, så patienterne føler de kan åbne sig for sygeplejersken.

4.4.2 Kulturen på stuen

Det andet aspekt, under dette afsnit, er kulturen på stuen, og hvordan patienterne kan skabe deres egen verden. Dag Album, har beskrevet dette fænomen gennem flere studier, og har døbt begrebet *de nære fremmede* i sit studie beskriver Album, hvordan patienterne danner deres egne små fællesskab på stuerne, og hvordan disse påvirker patienternes ophold på et hospital. Jeg var bevidst om dette fænomen, før starten af specialet, men kun ud fra en patient vinkel, som også er den vinkel som Album har i sin forskning. Jeg havde derfor ikke tænkt, at kulturen på stuen ville spille en stor rolle for nærværende projekt. Der viste sig dog i empiri indsamlingen, at kulturen på stuen har en relevant indvirkning på sygeplejerskernes emotional work.

Søren fortæller hvordan han oplever stuerne:

"Nogen har behov for at være på en enestue, og der er nogen, der bestemt har behov for at der er andre mennesker omkring dem, og det mærker man faktisk ret hurtigt, selvom man måske har puttet dem på en enestue og første svar var, åh det var da dejligt, indtil de faktisk finder ud af, at det var skønnere over på den anden side af gangen, hvor de kan få lov at hygge sig lidt sammen, fordi det hjælper dem også, og nogen gange så hjælper de også hinanden, f.eks. Med at hente aftensmad, jamen skal jeg ikke lige hente til dig, de begynder også at få et omsorgs-gen for hinanden. Og det er ret unikt at se at mennesker, der rent faktisk ikke kender hinanden godt kan hjælpe hinanden. For de er ikke i samme situation men tæt på."

Karina fortæller.

"Det hjælper rigtig meget, og så kan man sige at der kan godt være tre, der fungerer rigtig godt sammen, men så ikke den fjerde, og det skal der jo også være plads til, at man skal, jo absolut ikke til at indgå i sådan et fællesskab, hvis ikke man har lyst, men der er dem der da bare slet ikke passer ind på en flermandsstue, de føler måske sådan lidt at det er træls at ligge der, men det er sådan lidt nu sådan det er, så på sin vis det med at, når man skal bygge nyt, så skal der bygges enkeltstuer".

Alle informanterne fortæller, at der er patienter, hvor det at ligge på en firemandsstue, aldrig bliver helt godt. Dem de nævner, er især, de, der er meget syge, og derfor ikke har overskud til at deltage i noget socialt samvær, samt de unge. Det skyldes formodentlig, som flere af sygeplejerskerne nævner, at de unge har computer, tablet og smartphone med, så de mangler ikke selskab, de kan med moderne teknologi pleje deres omgangskreds, mens de er indlagt, modsat nogle af de ældre patienter.

Karina beskriver:

"..det kan godt gavne at ligge to, og som personale ser man jo også på, hvem der kunne ligge godt sammen, hvis man nu har en på 93 og en på 25, så er det ikke lige sådan man tænker, at de skal lige ligge sammen, så ser vi på hvad vi evt. har, og hvem vi kan flytte rundt, og vi kan lave dem om til enkelt stuer, for der er jo nogen, hvor det ikke er hensigtsmæssigt, der er jo dem der ligger og råber hele natten og hele dagen og, hvis der er nogen, der kommer ud med noget af den ene eller anden ende, som ikke er skide lækkert, så forsøger vi også at ligge dem alene, for det ved vi da godt, for hvis du har kvalme og selv er syg, så er det ikke så lækkert med sådan en dunst hele tiden, nogen gange har vi desværre ikke mulighederne, men når vi har så prøver vi da på det. "

Søren beskriver:

”Men jeg synes folk generelt er ok til det, og patienterne forstår faktisk at skabe sig deres lille verden, når de er der inde, mange gange så bestræber vi også på at få relativt samme aldersklasser.”

Sygeplejerskerne bruger således også rummet, ved at tage stilling til hvilke patienter, der skal ligge på stue sammen, og hvilket patienter der ikke skal, inden for de rammer de har til rådighed. De nævner alle, at der på stuerne kan komme en god stemning, som kan være med til at løfte deres plejeopgave, både på det praktiske område, ved at hente mad til hinanden, men også i det de kan snakke om deres sygdom med patienter, som fejler det samme som dem, eller noget lignende. På A2 som også er en afdeling der lægger stomi, kan de opleve, at patienterne snakker om deres stomi, og *”gør din også sådan, og har du prøvet”*, derved bliver sygeplejerskernes informationsarbejde mindre, da patienterne kan få svar på nogle af deres spørgsmål hos medpatienter, eller stille mere kvalificerede spørgsmål til lægen eller sygeplejersken. Det at patienterne har det godt på stuerne og danner et fællesskab, mener jeg er en del af deres emotionelle work, idet sygeplejerskerne sammensætter patienterne, ud fra nogle overvejelser om hvem der kunne passe godt sammen. Endvidere kan det gøre deres emotionelle arbejde lettere, ved at patienten finder støtte hos dennes medpatienter, de behøver derfor ikke lige så stor støtte fra sygeplejerskerne.

Dog kan disse fællesskaber også få en mere negativ karakter, ved at de trækker hinanden ned, hvilket kan føre til mere emotionel work fra sygeplejerskernes side, i det de skal forsøge at trække en hel stue op, og ikke kun en enkelt patient.

Her fortæller Karina om sine oplevelser med stuerne:

”Det gør tingene nemmere, også for os, og det gør det til en god oplevelse, hvis man kan sige, det at være på sygehuset og være syg, men det gør det til en bedre oplevelse i hvert fald, og det er godt, hvis man kan tage den tråd op den jargon de nu kører, at man er lidt med på den, sådan at man godt lige kan snakke lidt med dem, uden at man lige glemmer, det er jo sådan at de godt lige kan glemme, at de er på sygehuset og nogle af dem, de er jo faktisk dødsyge, men samtidig bliver det lidt sløret, og man skal huske at det er en slyngelstue, og nogen gang der skal man da også lige dæmpe dem ned på den gode måde, det er fedt at komme ind på sådan en stue nogen gange, i stedet for en damestue nogen gange, den er bare helt nede nogle gange, hvor de kan trække hinanden ned, som hvis den ene fejler noget, så fejler den anden også noget, sådan er det sjældent på en mandestue, de er sådan lidt mere hårdføre når de kommer herind, så er de ikke så, så er de sådan lidt bedre, hvis du tager når en mand er syg så er det ligesom kvinden, der skal styre det hele, det er ligesom, når hun kommer herind, så er det legalt for hende at være syg, det er lidt ligesom om så er hun lidt mere pylret, skal have lidt af den der omsorg, der hjemme der er det dig, der også skal have det hele til at køre sådan er det i mange hjem, ik’ os, hvor mændene derhjemme der er de lidt pylret og måske også fordi de bliver pylret lidt om, hvor jeg synes det kan være lidt modsat herinde, og det er fordi nu kan jeg også ligge nu er der andre til at tage sig lidt af mig, ikke at alle er sådan det skal ikke forstås sådan, at alle skal skæres over en kam, men sådan kan det godt være. Og det er bare forskel på en herre og en dame stue, der er også de her dame stuer

der er rigtige gode, men så vidt muligt der forsøger man ikke at lave de her firesengs damestuer, fordi det ikke altid er, at det fungerer særligt godt. ”

Forskellige stuer har således forskellige karakteristika, der kan være stuer, hvor de er gode til at hjælpe hinanden og støtte hinanden, Karina beskriver også at nogle herrestuer nærmest bliver til slyngelstuer.

Maj fortæller:

”Der kan hurtig blive en stemning på en stue der er rigtig god, hvor de hjælper hinanden. Hvor hende der kan altså ikke rigtig selv komme ud, og når de ser, at hun er på vej til det så ringer de lige ’hun er altså på vej ud’ så kan man lige komme og få hende fulgt ud, de drager omsorg for hinanden.

... Ja, der kan godt gå lidt sport i den, ja hvis den ene har lidt kvalme så har alle kvalme.”

Sygeplejerskernes oplever således, at der både findes gode og mindre gode stuer. Men det at der sker denne opbygning af små mini kulturer på de forskellige stuer, påvirker således sygeplejerskernes arbejde. Og det er noget, de skal tage med sig i deres *emotional work*,

Et andet aspekt fortæller maj om:

”Hvis man har haft én på en stue, som har været rigtig dårlig og er blevet sendt ned for at blive opereret, så er det også en stor opgave at tale de andre til ro, fordi at selvfølgelig har de oplevet det, at de så lige så pludselig begynder at fortolke nu skete det ved ham mon det også sker for mig”

Ovenstående citat viser igen, at det ikke kun er den enkelte patient, sygeplejerskerne skal tage hensyn til. Det er således ikke kun den patient der er blevet dårlig, der skal sendes ned til operation, som sygeplejersken skal forholde sig til, men også dennes medpatienter, der kan blive bekymrede for, om de muligvis også kan blive dårlige og skal sendes til operation.

De kulturer, som bliver dannet på stuerne, kan altså både fungere som en hjælp til sygeplejerskernes arbejde, men kan også komplicere det. De fleste informanter, hentyder også til at mændene, kan være bedre til at støtte og hjælpe hinanden, hvor kvinderne godt kan trække hinanden ned. For Karina, er hendes tanke, at kvinderne endelig får lov at være lidt syge, når de kommer på sygehuset. Derhjemme har de måske stadig alle forpligtelserne i hjemmet, på trods af at de er syge, men når de kommer på sygehuset kan de få lov til at være syge. Denne måde at tænke på de kvindelige patienter, som kan blive påvirket eller påvirke en stues stemning i en mindre positiv retning, er højest sandsynlig en del af Karinas emotionelle work, da hun ved hendes forklaring, giver legitimitet til patientens opførsel, og derved bliver det mere

acceptabelt, at patienterne trækker hinanden lidt ned, og bliver lidt mere syge end de rent faktisk er.

I forhold til mandestuerne, fortæller Karina at det kan være rigtig positivt og have en god effekt, hvis man kan tage den jargon op, som er på stuen, at man som sygeplejerske kan påtage sig den kultur og den stemning som er på stuen. Søren nævner også at det er vigtigt at tage hensyn til og være bevidst om, hvad det er for en stue, man går ind på. Jeg tolker at det at påtage sig den kultur, som patienterne har skabt, må gøre interaktionen med patienterne nemmere. I forhold til de *'slyngel stuer'*, som Karina beretter om, tænker jeg, at det for sygeplejerskerne vil være en fordel, som Karina selv nævner, at tage den jargon op, som de har på stuen, og muligvis anvende humor.

Jeg blev, overrasket over, hvor meget sygeplejerskerne lagde vægt på stuerne og de kulture, der er på stuerne, gennem interviewend. Og hvor meget de som sygeplejersker tænkte over det i forhold til deres arbejde. Jeg var også forundret over, at de også går ind og påvirker rummet, ved at bestemme hvilke patienter der skal ligge sammen, og muligvis også rykker patienter under deres indlæggelse, med det formål at få de mest velfungerende stuer. Men som flere af informanterne nævner, så kan det hjælpe på patientens ophold, samt at det måske ligefrem bliver lidt hyggeligt at være indlagt.

Det at der opstår små mini kulturer på stuerne, er noget alle de færdig udlærte sygeplejersker fortalte meget om, når man kom ind på de rammer de arbejder indenfor. Dette aspekt blev på ingen måde nævnt i samme grad af de studerende. Hvad det skyldes, kan jeg som forsker kun gisne om, da de studerende blev spurgt om de oplevede forskel på stuerne, og om der opstod en bestemt tone eller stemning, kunne de godt genkende et billede af, at der var velfungerende stuer hvor patienterne havde det hyggeligt - og hvor de hjalp hinanden med forskellige ting. Men de beskrev ikke de mini kulture, og det at man som sygeplejerske kunne drage fordel af de kulturer der opstår, ved at gå ind i den kultur der er på stuen.

Min tanke omkring det er, at det også at skulle tænke på de patienter, som man ikke behandler, kræver en vis erfaring, således at man har overskuddet til at bemærke disse ting, og bruge det i ens sygepleje. De studerende er stadig mere usikre i deres *rolle*, og tænker meget over, at gøre det rigtige og udføre god sygepleje, dette kommer til udtryk i afsnit 4.2, og fordi de ikke har den samme rutine, fokuserer de mere på den enkelte interaktion med patienten, og har ikke det samme overskud til at tænke over medpatienterne og deres følelser.

4.5 Den vrede patient

På sammen måde som stewardesserne, kan finde det svært at være smilende og venlige i deres møde med passagererne, hvis denne vælger ikke at interagere, eller er ubehøvlet. Kan det være svært for stewardesserne at bevare deres *rolle* og deres analogi om flykabinen, som deres eget hjem. Dette mener jeg også kan gøre sig gældende for sygeplejerskerne.

Susanne fortæller om hvordan et møde med en patient nogen gange kan være frustrerende:

"Ja, og det skal du som professionel egentlig sige, og der er altså lige nogen der har trådt på en og så drejet hælen rundt ikke, så så man er også blevet påvirket af det så har man måske svært ved at bevarer det professionelle, og der må man sige fra, men det sker heldigvis ikke særlig tit. Jeg kan godt passe hende, nu har jeg passet hende før med ingen problemer, ikke lige efter der havde hun nærmest spyttet mig ind i hovedet. "

"Ja, for hvis jeg ser på hende så bliver jeg faktisk sur og gal på hende det er i hvert fald ikke den optimale pleje, men hun kan jo ikke gøre ved det..."

Susanne tilfælde er ekstremt, og det drejer sig også om en patient med psykiske problemer, men det er måske også kun de ekstreme tilfælde, der kan ryste de erfarne sygeplejersker. Men det, der er interessant er, at Susanne er bevidst om sin egne *rolle* som professionel, og når hun føler, den bliver udfordret, og hun ikke længere føler, hun kan bære denne *rolle*, siger hun fra, således at hun ikke taber *ansigt*, og derved muligvis også sin *rolle*. Ved at sige fra og lade en kollega overtage plejen af patienten, kan hun bevæge sig videre, uden at der er sket en større skade på hendes *professionelle ansigt*. Hun er således bevidst om sin egen *rolle* som *professionel*, og at denne *rolle* skal opretholdes, så da hun fornemmer, at den bliver truet, af nogle sande følelser, kan hun ikke opretholde sit *ansigt*. Hvis hun skulle tage sig af den pågældende patient, ville hun formodentlig kun være i stand til at lave *surface acting*. Dog nævner hun, at hun ikke har et problem med at passe den nævnte patient senere, hvilket kan indikere, at hun siden hen har udført *deep acting* og ændret sine følelser for patienten. I denne konkrete situation bliver hendes fokus rettet mod, at patienten lider af en psykisk sygdom, som hun beskriver som en skrækkelig sygdom, og at det må være skrækkeligt at have det sådan. Det virker til, at patientens sygdom har lagt grundlag for, at Susanne efter episoden har kunnet ændre sine følelser, således at hun igen kan behandle patienten.

Denne episode, er for nærværende projekt spændene, på grund af Susannes egen oplevelse og hendes ændring af følelser. Tilfældet er ekstremt, men som analysen viser, er den *rolle* som *professionel* som sygeplejerskerne påtager sig også ganske gennemgående. Der vil efter min overbevisning ud fra interviewene og analysen ikke findes mindre tilfælde, hvor den *professionelle sygeplejerrolle* bryder sammen. Deres *rolle* bliver ikke påvirket af almindelige vredesudbrud eller andre små episoder. Derfor er episoden medtaget i analysen, på trods af at det drejer sig om en psykisk syg patient, som ikke er formålet med denne undersøgelse. Sygeplejerskernes forhold til denne særlige type patient er medtaget, på grund af Susannes tanker om opretholdelse af hendes *rolle*.

Karina fortæller:

"... et klassisk eksempel, nede fra Hobro, han var skide upassende, og han var så ubehøvlet du tror, det er løgn selvom medpatienter og sygeplejersker, han fik noget smertestillende, og firestue. Og han fik så at vide hvad det var han fejlede, og det var simpelthen fordi han var nervøs og han var simpelthen så flov over sin opførsel, og han gik ud og delte chokolade rundt på stuen til medpatienter og til os, og jeg ved ikke hvor mange gange han undskyldte, og det er det igen du kender faktisk ikke dig selv før du kommer ud i en presset

situation. Og det gjorde ved ham, at han havde ondt og han var bange for hvad det var, han hørte det simpelthen ikke, det var først da der kom en og gav ham den endelige besked igen”.

Karina beskriver her det, hun kalder et klassisk eksempel, på hvorfor patienter bliver ubehøvlede. På samme måde som stewardesserne skal tænke på, at hvis en passager er ubehøvlet, kan det være, fordi de er bange for at flyve. Stort set det samme gør sig gældende for sygeplejerskerne. Hvis en patienten opfører sig upassende, kan det være fordi han er bange. Dette viser sig i ovenstående fortælling at være sandt, hvor patienten efterfølgende er meget flov over sin opførsel. Det at tage udgangspunktet, som Karina og flere af de andre sygeplejersker gør, at tænke på patienterne i en krise situation, og som Karina nævner flere gange *”Man kender ikke sig selv, før man har været i en krise situation”*, det at se patienterne på den måde, kan være en støtte for sygeplejerskernes emotional work. Når en patient er ubehøvlet eller vred, lader de ikke deres egne følelser påvirke, men sætter i stedet en analogi op omkring at patienten er bange, og i en krise situation, de kender ikke sig selv. Når man placerer disse labels på en person, er det svært ikke at være medfølelse for dem. Det er det som Hochschild beskriver som if princippet, man skaber en historie, som kan gøre en persons adfærd acceptabel.

Karina beskriver:

”Hvad for en situationen befinder du dig i, og du kender ikke dig selv, i sådan en ny situation, før du har været i den mange gange, mange tror de gør. Men nej, du kender ikke dig selv, og det har vi jo oplevet mange gange, nogen de lukker sig inde i sig selv og andre sidder og græder og andre er udad reagerende og det er jo forskellige, der er mange, man skal forholde sig til, når man skal ind og passe en, det er ikke bare det er det her medicin, man skal forholde sig til, hvad det er for en patient man har, og igen er der måske også nogle pårørende omkring dem, som du også skal forholde dig til, og det er igen forskellige, er det børn, eller er det voksne, for mange gange når det er med børn, så er det faktisk mere forældrene du skal forholde dig til, fordi mange gange så forældrenes bekymringer, de smitter af på barnet, hvis de er bange. Så der er det at få beroliget dem, fordi så kan de også bedre have overskud til at berolige deres barn, hvor den der er syg hvor patienten egentlig fint hører efter, hvor det er de pårørende, der er bange, og egentlig kører situationen op, også igen for at få dem til at falde ned, så du får mange aspekter i det, det er det der er med til at gøre det sjovt og spændene nogen gange mere end andre, og det kommer jo igen an på hvem de er, for nogen gange skal man da finde sig i mange ting, som man måske ikke synes er rimeligt, men så tager man bare imod og lægger af ved hinanden.”

I det, at have den tanke at patienten ikke selv ved, hvordan han eller hun reagerer, bliver det for Karinas side også accepteret, at de reagerer forkert, fordi det er ikke noget, de har en kontrol over. Derfor er en vis urimelighed fra patienternes side, nødvendigvis ikke noget der går ind og påvirker sygeplejerskerne i deres emotional work. Det påvirker ikke sygeplejerskernes *ansigt* i forhold til at bevare deres *professionelle rolle*.

Udover analogien omkring at patienterne er i en krisesituation, forskyder sygeplejerskerne også patienternes vrede eller frustrationer, væk fra dem og over på sygehusvæsnet

Susanne siger:

"Ja, og der var hun også gal, og det var jo ikke på mig hun var gal, men jeg fik skæld ud, men det var ikke på mig det ved jeg godt, det var på sygehuset, og det kan jeg godt forstå."

"Altså jeg vil sige at for det første, så tror jeg, at det også har lidt med erfaring at gøre, at man kan rumme en sur patient, fordi det er oftest ikke dig de er sure på, det er systemet de på en eller anden måde er sure på. Det kan jo selvfølgelig godt, være dig, de er sure på, og så må man jo tage det, og hvis det er dig der har lavet en fejl så må du jo undskylde, men ellers så må du prøve at forklare, for du bliver nød til at forklare. Og der er altså nogen hvor der er ingenting at gøre, de er bare gale, sådan... "

Susanne beskriver, at det at kunne rumme en sur patient er noget, der kræver erfaring, det er således noget man skal lære, at kunne håndtere. Men samtidig har hun en forståelse af, at det oftest ikke er hende patienten er vred på, men systemet. Men da sygeplejerskernes er den, der for patienten oftest er repræsentant for systemet, er det dem der står i skudlinjen, for patienternes vrede.

I forhold til de studerende, adskiller de sig fra sygeplejerskerne, i forhold til håndteringen af patienternes vrede:

Tinna beskriver

"Det når folk bliver sure, og vrede på en. Er meget ubehageligt, fordi man kan ikke rigtig gøre noget ... Det er tit, hvis de skal videre til noget scanning, og de skal vente og sådan, og der er også nogen der venter i virkelig lang tid, så det er også træls. "

Line

"Det er en træls situation, når nogen bliver sure, og det er jo oftest ikke på os de bliver sure. ... Men særligt dem de, virkelig råber højt og det også påvirker dem, de er indlagt sammen med, det er sådan lige hvordan man lige, håndtere det. Fordi man kan ikke bare råbe tilbage, selvom man har lyst."

Tinna kommer med en vis forståelse for patientens vrede, det at der er ventetid, dog beskriver hun stadig situationen, hvor en patient bliver vred, som *ubehagelig*, hvilket vidner om, at hun også bliver ramt personligt, hvor sygeplejerskerne har en mere fast tanke om, at det er systemet og ikke dem, der bliver råbt af og derved er det ikke noget der påvirker dem personligt.

Tinna har tanken om hvorfor de bliver sure – det er ventetid – det er ikke noget, hun kan gøre for, er ansvarlig for, men hun forskyder ikke hele patientens vrede over på sin uniform. På samme måde for Line, blive hun også påvirket af det på en anden måde, end de færdig uddannede sygeplejersker. De har således ikke en lige så stærk analogi, som eksempelvis Karina, om at patienterne befinder sig i en krise situation, og derfor bliver en stor del af deres uretfærdige opførsel acceptabel.

Kapitel 5 – Konklusion

Jeg har erfaret gennem analysen, at sygeplejerskerne anvender *emotional work*, for at opnå rollen som den gode professionelle sygeplejerske. For de færdig uddannede sygeplejersker finder jeg, at rollen som professionel sygeplejerske er en yderst veletableret rolle, som ikke nemt bliver rystet. Sygeplejerskerne oplever således ikke at tabe ansigt eller blive blufærdige i deres møde med patienterne i nogen nævneværdig grad. For de studerende er der en vis blufærdighed og nervøsitet i deres møde med patienterne. De studerende kan således godt blive blufærdige i forbindelse med udførelsen af plejeopgaver, hvor nervøsiteten kommer til udtryk i deres tanker om, hvorvidt de udfører arbejdet som sygeplejerske godt nok. De studerende har således ikke det samme professionelle ansigt som sygeplejerskerne, men de studerende forsøger dog stadig at påtage sig rollen som professionel sygeplejerske, og blive anerkendt for denne rolle ved at handle efter de regler, som sygeplejen foreskriver. Det at kunne udfylde rollen som sygeplejerske viser sig i nærværende projekt, ligeledes at handle om at have en vis erfaring i deres *emotional work*. Man kan i nogle tilfælde finde, at de studerende ikke altid formår at udføre *deep acting*, men derimod kun formår at lave *surface acting*. (2.2)

Sygeplejerskerne har mange overvejelser om deres egen rolle. Et af de mere interessante overvejelser er deres skel mellem at være personlig og være privat. De skal være personlige i deres møde med patienterne, men de skal ikke være private. De laver således et skel, mellem det at være privat, og det at være personlig. (4.2.1)

Blufærdighed var et fokus punkt, fra starten af analysen. Det viste sig dog hurtigt, at det ikke var blufærdigheden, men ublufærdigheden, som havde en indvirkning på sygeplejerskernes *emotional work*. Patienternes ublufærdighed, blev således et stort emne i analysen, da det viste sig at være her, at sygeplejerskerne benyttede *emotional work*. Det er særligt i forbindelse med de ublufærdige patienter eller de ubehøvlede patienter, at jeg gennem analysen finder at sygeplejerskernes *emotional work* kommer til udtryk. Det er her, de opsætter analogier og benytter *if* princippet, til at legitimere patienternes adfærd. (4.3)

Rummet viste sig i nærværende analyse at have en større betydning end først forventet. Der findes i analysen, at sygeplejerskerne tænker over de *scenaskift*, som de laver på stuerne. Endvidere viser det sig i analysen, at de fællesskaber, som kommer frem blandt patienterne, både er påvirket af sygeplejerskerne, da de bevidst lægger visse patienter på stue sammen, samtidig med at de påvirker sygeplejerskerne. Det at tage hensyn til den stemning der er på en stue, og således lade sig påvirke af kulturen, kan føre til at interaktionen bliver lettere, hvis det vel at mærke er en positiv stemning, der findes på stuen. En stue med en mere negativ stemning, hvor patienterne trækker hinanden ned, kræver derimod et større *emotional work* af sygeplejersken. (4.4)

I Hochschilds analyse afhænger stewardessernes *emotional work* kun af den enkelte passager, der deltog i interaktionen. Hochschild beskriver stewardessernes interaktioner med passagererne som en til en interaktion. Det er således kun den pågældende passager hun skal tage hensyn til, og hos denne hun skal frembringe de rigtige følelser. Jeg finder i min undersøgelse at sygeplejerskernes *emotional work*, afhænger af mere end blot den enkelte en – til – en interaktion. Det er sjældent, at sygeplejerskernes er alene med en patient, og jeg finder at de bruger rummet samt medpatienter og pårørende på en måde, som ikke er beskrevet i Hochschilds analyse. (2.2)

Oftest kan sygeplejerne ikke se væk fra rummet samt fra medpatienter og pårørende i deres arbejde med en patient. De skal ofte tage overvejelser for, hvad det er, der skal foregå på stuen. Hvad er det for en *scene*, og hvem skal være tilstede i *scenen*, skal gardinet trækkes for, eller skal patienten tages ind i enerum. Dernæst må sygeplejeren også forholde sig til patientens medpatienter, og hvordan de kan blive påvirket af situationen. Er det en "slyngelstue", som en af sygeplejerskerne nævner, kan det være fordelagtigt at tage jargonen op, er det derimod en stue, hvor patienterne konkurrerer om at være dårligst, skal sygeplejersken agere på en anden måde i mødet med patienten og med stuen. Ud over medpatienterne skal sygeplejerskerne også forholde sig til pårørende. I nogen tilfælde kan patientens pårørende være mere bekymrede for patienten end patienten selv. De sygeplejeetiske retningslinjer foreskriver således også, at sygeplejersken skal yde omsorg for pårørende. Sygeplejerskernes *emotional labor* kan derfor siges at være mere komplekst, end det der bliver beskrevet i Hochschilds analyse, da der er langt flere ting og personer, som kan gå ind og påvirke, og som sygeplejersken kan være nødt til at påvirke i sit, virke som sygeplejerske.

5.1 Litteraturliste

Andersen, Pernille Tanggaard og Timm, Helle (2010) "*Sundhedens sociologi en grundbog*".

Album, Dag (1989) "*Patients' Knowledge and Patients' Work. Patient-Patient Interaction in General Hospitals*" Acta Sociologica 1989 32: 295

Album, Dag "*nære fremmede pasientkulturen i sykehus ano 1996*"

Benner, Patricia & Wrubel, Judith (2001) "*Omsorgens betydning i sygepleje, Stress og mestring ved sundhed og sygdom*" Munksgaard Bogklubber.

Bolton ,Sharon C. (2000) "*Who cares? Offering emotion work as a 'gift'in the nursing lahour process*"
Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(3), 580-586

Bolton, Sharon C. (2001) "*Changing faces nurses as emotional jugglers*" sociology of health and illness vol. 23 nr. 1 2001 s. 85-100

Bryman, Alan., (2004). "*Social Research Methods*". 2. udgave red. s.l.:Oxford University Press.

Dowling M (2006) "*The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship*". Nursing Standard. 20, 23, 48-54.

- Feldman, Wulff** (1991) *"Hospitalspsykologi Sundhedspsykologi"*, Munksgaard 3. Udgave.
- Gilje, Nils & Grimen, Harald** (2002) *"Samfundsvidenskabernes forudsætninger"* Hans Reitzels Forlag.
- Goffman, Erving** (1959) *"The Presentation of Self in Everyday Life"* Anchor books.
- Handsley, Stephen & Stocks, Susan** (2009) *"Sociology and nursing: Role performance in a psychiatric setting"* *International Journal of Mental Health Nursing* (2009) 18, 26–34
- Hochschild, Arlie Russell** (1997) *"When Work Becomes Home and Home Becomes Work"* California Management review vol. 39 NO. 4 summer 1997.
- Hochschild, Arlie Russell** (1989) *"Reply to Cas Wouters's Review Essay on the Managed Heart"*. Theory Culture Society 1989 6: 439
- Hochschild, Arlie Russell** (2012) *"Managed Heart: Commercialization of Human Feeling"*. 3. Udgave. University of California Press.
- Jacobsen, Michael Hviid** (2010) *"The contemporary Goffman"*. Taylor & Francis red.
- Jensen, Thomas K, Jensen, Lars Ulrik, Kim, Won Chung** (1990) *"Grundlagsproblemer i sygeplejen etik, videnskabsteori, ledelse & samfund"*. Philosophia.
- Kristoffersen, Nina** (2003) *"Almen sygepleje 1: Fag og funktion, udvikling, værdier og viden"*. Gads Forlag.
- Kristoffersen, Nina** (2004) *"Almen sygepleje 2: Almen sygepleje. Patient og sygeplejerske - samspil, oplevelse og identitet"*. Gads Forlag.
- Kristoffersen, Nina** (2001) *"Almen sygepleje 3: Patient og sygeplejerske - krop, omgivelser og handlinger"*. Gads Forlag.
- Kvale, Steinar** (2007) *"Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview"*, Hans Reitzels Forlag.
- Langergaard, Luise Li, Barlebo Rasmussen, Søren & Sørensen, Asger** (2006): *"Viden, videnskab og virkelighed."* Forlaget Samfundslitteratur.
- Mik-meyer, Nanna & Villadsen, Kaspar** (2007) *"Magtens former sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren"* Hans Reitzels forlag.
- Riemer, Jeffrey W.** (1977) *"Varieties of Opportunistic Research"* *Journal of Contemporary Ethnography* 1977 5: 467
- Ritzer, George.** (2008). *"Sociological Theory"*. 7. Udgave red. s.l.:McGraw-Hill.

Scheff, Thomas J. (2000) *"Shame and the Social Bond: A Sociological Theory"* Sociological Theory, Vol. 18, No. 1 (Mar., 2000), pp. 84-99

Scheff, Thomas (1990). *"Microsociology"*. University of Chicago Press.

Scheff, Thomas J. (2011) *"Parts and Wholes: Goffman and Cooley"*, Sociological Forum, Vol. 26, No. 3, September 2011.

Scheff Thomas J. (2003) *"Shame in Self and Society"*. University of California, Santa Barbara, Symbolic Interaction, Volume 26, Number 2, pages 239–262,

Scheff, Thomas J. (1988) *"Shame and Conformity: The Deference-Emotion"* American Sociological Review, Vol. 53, No. 3 (Jun., 1988), pp. 395-406

Tracy, Sarah J (2000) *"Becoming a Character for Commerce: Emotion Labor, Self-Subordination, and Discursive Construction of Identity in a Total Institution"* Management Communication Quarterly 2000 14: 90.

Travelbee, Joyce (2002) *"mellem menneskelige aspekter i sygepleje"*. Munksgaard Bogklubber.

Andersen, H. et al (2007) *"Leksikon i sociologi"*. 2. red. Akademisk Forlag.

Järvinen, M. & Bertilsson, M.(1998). *Socialkonstruktivisme*. Hans Reitzels Forlag.

Glavind Bo, Inger (2002): *"At sætte tavsheder i tale – fortolkning og forståelse i det kvalitative forskningsinterview"*, i *Liv, Fortælling, Tekst – Strejftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg Universitetsforlag.

Berg-Sørensen (2012) *"Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning - i statskundskab, sociologi og forvaltning"*, Gyldendal Akademisk.

Goffman, Erving (2004) *Social samhandling og mikrosociologi - en tekstsamling*, Hans Reitzels Forlag

Goffman, Erving (1974) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*

Prieur, Annick (2002) *"Objektivering og refleksivitet : om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview"*. Aalborg Universitetsforlag.

Jacobsen, M. H., Carleheden, M. & Kristiansen, S., (2006) *"Tradition og fornyelse – en problemorienteret teorihistorie for sociologien"*. Aalborg Universitetsforlag.

Wouters, Cas (1989) *"Response to Hochschild's Reply"* Theory Culture Society 1989 6: 447.

Wouters, Cas (1992) *"On Status Competition and Emotion Management: The Study of Emotions as a New Field"* Theory Culture Society 1992 9: 229.

Wouters, Cas (1989) *"The Sociology of Emotions and Flight Attendants: Hochschild's Managed Heart"* Theory Culture Society 1989 6: 95.

Henslin, James M. & Biggs, Mae A. (1971) *"The sociology of the Vaginal Examination"*.

Bilag 1 Præsentation af informanterne

Følgende vil være syv korte præsentationer af informanterne for at give et indblik i de syv forskellige informanter, og deres sygeplejerske erfaring. Alle informanter er tildelt nye navne.

- **Søren**

Søren er i midten af trediverne, han blev færdiguddannet i sommeren 2010. Han var i sin uddannelse i praktik på afdeling A2, og arbejdede der efterfølgende som afløser, indtil han blev fastansat i sommeren 2010. Han arbejdede på A2 i to år, før han flyttede ned og blev en del af skademodtagelsen, hvor han arbejder i dag.

- **Karina**

Karine blev færdiguddannet i sommeren år 2000, og blev ansat på afdeling A5 i Hobro. Da de mave tarm-kirurgiske afdelinger i Nordjylland skulle omstruktureres blev Karina overflyttet og blev ansat på den nye A3 afdeling på Aalborg sygehus. Den blev dog senere slået sammen med AMA, hvor Karina er ansat i dag.

- **Susanne**

Susanne er midt i halvtredserne. Hun er i dag ansat på AMA, og har været tilknyttet afdeling A3, og sidenhen AMA de sidste tre år. Før det arbejdede hun i 10 år på afdeling A5 i Hjørring. Hun var lige som to af de øvrige sygeplejersker, som deltager i nærværende projekt en del af Hobro sygehus, før de flyttede sengepladserne til Aalborg sygehus, først på en A3 afdeling, som skulle fungere som en akut afdeling. Den blev siden nedlagt og senge pladser og personale blev en del af AMA.

- **Maj**

Maj er i starten af trediverne. Hun er i dag ansat som sygeplejerske på afdeling A2. Her var hun også i praktik under sin uddannelse. Da hun blev færdiguddannet søgte hun arbejde på A5, som er en mave-tarm kirurgisk afdeling i Hobro, men da der skulle laves nedskæringer, søgte hun om at komme tilbage til A2, hvor hun er ansat i dag.

- **Line**

Line er studerende på 4. semester, og i praktik på afdeling A2. Hun er 28 år. Hun har tidligere været i gang med at tage en sosu-uddannelse, desuden har hun arbejdet på plejehjem på fuldtid, og har nu dette arbejde som studiejob.

- **Tinna**

Tinna er studerende i midten af tyverne. Hun læser på 6. semester, og er i praktik på afdeling A2. Hun har tidligere været i praktik på en mave-tarm kirurgisk afdeling i Hjørring, hvor hun siden har været tilknyttet som afløser

- **Ida**

Ida er studerende i midten af tyverne. Hun læser på 6. semester, og er i praktik på afdeling A2. Hun har tidligere været i praktik på skadestuen, så afdeling A2 er den første sengeafdeling hun arbejder på.