

**STANDARDFORSIDE  
TIL  
EKSAMENSOPGAVER**

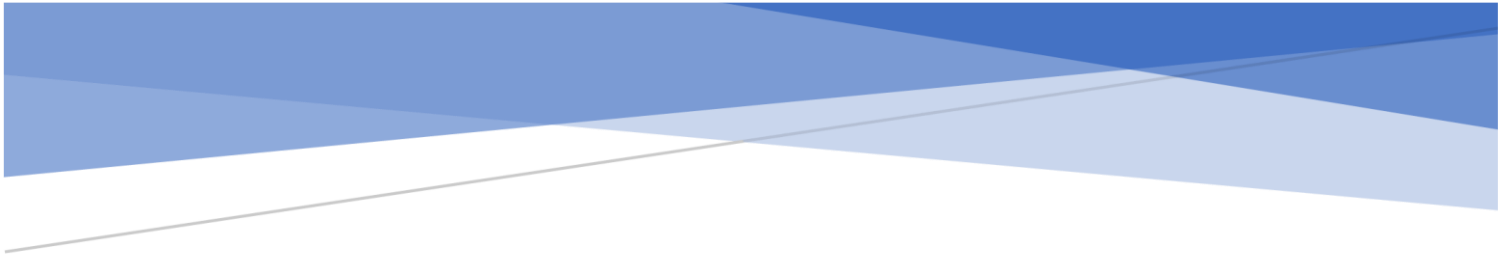
Fortrolig

Ikke fortrolig X

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Artikel	Speciale <b>X</b>	Skriftlig opgave
-----------------------------	---------	----------	---------	----------------------	------------------

Uddannelsens navn	<b>Kandidat Anvendt Filosofi</b>	
Semester	<b>10. semester</b>	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	<b>Kandidatspeciale</b>	
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift
<b>Lisa Varberg Rosenberg</b>	<b>20147830</b>	
<b>Linda Lykke</b>	<b>20093113</b>	
Afleveringsdato	<b>31-05-2022</b>	
Projekttitel/Synopsis titel/Speciale-titel/ opgave nummer	<b>Hvordan kommer "individet" til udtryk i relationen mellem læge og patient?</b>	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	<b>140 sider á 2400 tegn= 336.000 tegn</b>	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	<b>256.647 tegn</b>	
Vejleder (projekt/synopsis/speciale)	<b>Antje Gimmler</b>	

Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlige for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): <http://www.plagiat.aau.dk/regler/>



# HVORDAN KOMMER "INDIVIDET" TIL UDTRYK I RELATIONEN MELLEM LÆGE OG PATIENT?

En filosofisk analyse af individbegrebet i  
sundhedsfaglige relationer

Linda Lykke & Lisa Varberg Rosenberg  
Kandidat Speciale 2022  
Aalborg Universitet

## Indhold

Resumé .....	4
Indledning til problemstilling.....	6
Indkredsning af problemfelt.....	8
Metode .....	12
Begrebsafklaring og teori .....	14
Tillid .....	15
Løgstrup.....	17
Luhmann.....	18
Omsorg .....	19
Værdighed .....	21
Resiliens og sårbarhed.....	22
Patient og læge - et rollebegreb.....	23
Uddybelse af begrebet individ.....	24
Taylors tre niveauer af goder .....	26
Foucault.....	31
Foucaults forståelse af diskurs .....	32
Moral .....	35
Psykologien.....	36
Karakter holdninger og forsvarsmekanisme .....	38
Magt og etik.....	39
Stuegangens betydning .....	41
Stuegangens magtrelationer .....	41
Pligt og nytteetikken.....	42
Rummet finder sted.....	43
Martin Buber .....	44
Præsentation af cases/artikler .....	46
Artikel 1: .....	47
Artikel 2 .....	48
Artikel 3: .....	48
Artikel 4: .....	49
Podcast .....	49
Dokumentar:.....	51
Refleksive overvejelser i forhold til dokumentaren og valgte artikler .....	53

Analyse .....	54
Tillid .....	54
Patienten - opgave eller individ? .....	59
Individ begrebets forskellige anskuelser .....	64
Individbegrebet i praksis .....	65
Etik og magt .....	69
Stuegangens etik og magtrelationer .....	76
Omsorg i relationen .....	79
Psykologisk aspekt .....	82
Konklusion .....	90
Perspektivering til natur og selvopretholdelse .....	94
Refleksion .....	97
Bibliografi.....	103

## Resumé

A philosophical analysis concerning the following issue: how "individual" is expressed in the relations between doctor and patient (with subsequent problem area). Supervisor: Dr. phil Antje Gimmler

This thesis in Applied Philosophy at Aalborg University is based on its conceptual section, where we are engaged in investigating what characterizes an individual and how the individual is expressed in the relation between doctor and patient.

We review the concept of the individual thoroughly using Charles Taylor's three goods and Michel Foucault's discourse understanding, which aims to demonstrate the different approaches to the individual as a concept. Furthermore, we have a Freudian section that aims to elucidate the mind of the individual, where we present the defense mechanisms for further use in the analytical part of the thesis. We have sought to cover most aspects of the individual concept, as we have found them relevant to our problem.

Furthermore, we present articles, a podcast and a TV documentary that will serve as our cases, which will be worked through theoretically in the analytical sections.

Our analytical approach is of a hermeneutical nature, and the analysis consists of several parts that are divided into headings.

Throughout our thesis we have had a focus on the individual (i.e. Taylor- *self*), with the patient as the primary individual. When we choose to refer to the doctor as being the individual, we will make due notice of it. Furthermore, we present the concept of power. We will discuss and analyze power relations in that of doctor and patient, and individual and profession. Additionally, we will address Michels Foucault's understanding of the power concept. Here both the power that can lie in the relation between patient/individual and the healthcare professionals, but also the power that can play out in the relations and cooperation during rounds. Also, the role concepts and what it means to enter into the role of doctor are examined, and what this profession means for the power relations that can unfold.

We also entertain a Kantian view of humanity and ethics, which aims to investigate how we as individuals view relations and how we should thus approach the relationship in an ethical way.

The categorical imperative compliments areas such as vulnerability, trust, and morality that all help to examine the relationship between doctor and patient, nurse and patient, midwife and patient, and finally priest and patient. In the relation, trust and care are seen as being important components, as sentient components that are contrast to a more technical-instrumental understanding of life.

Moreover, we present Martin Bubers *I and Thou* theory to investigate the way the hospital staff view the patient. Do they see the patient as a job or an individual? We explore the concept of trust and the theories of K.E. Løgstrup and Niklas Luhmann to investigate the role of this concept in the relations between doctor and patient.

## Indledning til problemstilling

Når man, som person, behandles i sygehusregi, oplever man tit at blive henvist til som værende *patienten*. Hvilket man jo rent fagligt er. Langt de fleste tænker måske ikke videre over det, da de er indforstået med, at de nu er en patient, og tænker derfor heller ikke over om det påvirker dem som individ, hvordan lægen eller sygeplejersken taler med og til dem. Som individ har man forskellige præferencer i forhold til sundhedsvæsenet, én kan foretrække en læge, der ikke pakker sagens kerne ind, men én der derimod siger tingene ligeud, mens andre foretrækker en læge, der langsomt og forsigtigt og med så mange detaljer som muligt, italesætter eventuelle dårlige nyheder. På samme måde er vi, som individer, forskellige når det kommer til vores reaktioner på f.eks. en diagnose. Nogle er gode til at holde hovedet koldt i pressede situationer, mens andre er i deres følelsers vold. Langt de fleste, i den vestlige verden, har været i kontakt med sygehusvæsenet, enten som patient eller som pårørende. Nogle i lykkelige omstændigheder såsom fødsler, og andre under mere alvorlige situationer som alvorlig sygdom eller dødsfald. Uanset hvilke situationer der bringer os til sygehuset, er det som oftest en situation, hvor der er mange følelser på spil. Hvad enten disse følelser er glæde, sorg, frygt eller andet, så er de en reaktion på den situation, man står i, og hvordan man reagerer på en given situation, er meget forskelligt, meget individuelt.

Under en samtale, i forbindelse med et observerende ophold på Aalborg Sygehus Syds neurokirurgiske sengeafsnit i 2019, forklarede neurokirurg Pia Olesen, at patienterne og de pårørende reagerer meget forskelligt på specielt dårlige nyheder. Hun nævnte én situation hvor patienten, en ung kvinde, var kommet ind på skadestuen som følge af et voldsomt uheld. Patienten døde desværre af sine kvæstelser, og kirurgen skulle informere patientens forældre om udfaldet. Moderen virkede fattet og bad om at få nyheden kort og præcist, for derefter at konstatere "hun er død, okay" og forlade lokalet. Faderen blev siddende, grædende, og havde behov for flere detaljer for at kunne forstå, hvad der var sket. En del af reaktionen, fra begge forældre, må kunne tilskrives, at de har været i en choktilstand, der har fået dem til at handle på en bestemt måde, men handlingsmønstret må antages at have noget at gøre med, hvem man er som individ, hvilken kultur man er opvokset i osv. Den baggrund ens identitet er formet af, følger med en når man møder andre, også lægen i konsultationen.

Mødet med lægen, i konsultationen, hvad enten denne foregår på et kontor som ambulant patient, eller på en stue som indlagt patient, er den samme. I hvert fald i den forstand, at det er et møde mellem en læge og en patient. Omstændighederne for mødet er en anden faktor, som også påvirker stemningen, men må ses som værende en rammesættende faktor, der overordnet set ikke påvirker magtbalancen mellem lægen og patienten. Vi vil i nedenstående afsnit på side 39 gå mere dybdegående til værks med det magtforhold, der udspiller sig i mødet mellem lægen og patienten. Her vil vi undersøge, om der er tale om en skævvridning af magten, og hvordan dette evt. kan påvirke relationen mellem de to parter.

Ser man bort fra alle de udefrakommende faktorer som omstændighederne for mødet, og om mødet foregår på en stue, et kontor, eller på gangen, så er der, som udgangspunkt kun to personer til stede i mødet, lægen og patienten. I de tilfælde hvor der er f.eks. en sygeplejerske til stede også, befinder vedkommende sig som oftest i periferien af mødet, og er derfor ikke relevant i mødet i den forstand, at vedkommende ikke påvirker magtforholdet mellem lægen og patienten. Lægen besidder en form for magt i forhold til patienten, en autoritet, der følger med den hvide kittel. Som Dr. med. Inga Marie Lunde skriver:

*Konteksten indebærer også den magtrelation, at eksperten er overordnet den, der søger hjælp, når det gælder om at definere, hvad der er gyldig viden om sygdomme og behandling. Til trods for en demokratisk intention er den kliniske samtale et møde mellem to parter, som på dette område befinder sig i ulige positioner. (Lunde, 1998) s. 84.*

Vi benytter os flere steder i specialet af begrebet 'patienten' frem for individet samtidigt med, at vi skriver 'lægen' frem for individet. Dette er ikke tilfældigt, for mødet er netop mellem en læge og en patient, det er ikke mellem to individer, selvom lægen og patienten begge også er individer, så er det i dette tilfælde ikke et møde mellem 'Karen' og 'Kristian'. Lægen må og skal blive i sin rolle som læge, og ikke som 'Karen'. Lægen er der i en professionel kapacitet, og dermed ikke som individ. Er patienten bevidstløs, giver det sig selv at vedkommende ikke aktivt kan træde ud af rollen som patienten og være et individ. Når man er bevidstløs, hvad enten dette skyldes et traume, eller en frivillig narkose, er man uden muligheder, set i forhold til om man aktivt kan og vil træde ud af rollen som patient. Man kan, som læser, her spørge sig selv om hvorfor, det er relevant at skelne mellem patienten som patient og patienten som individ. Relevansen ligger i at sikre, at man behandles, ikke som én ud af mange, men som det hele menneske man er, som dét specifikke



individ man er, med alle sine individuelle og subjektive præferencer. Komplexiteten i dette ligger i, at man som individ er netop én ud af mange, men i sundhedsvæsenet er det vigtigt, at man ses for det, der gør én til dén, man er, og ikke 'bare' som endnu en patient ud af mange andre patienter. Når lægen ser patienten som et individ, der adskiller sig fra de andre individer, kan han eller hun tilpasse kommunikationen således, at patienten bedre kan træffe et informeret valg ud fra den behandling, der er til rådighed og egne præferencer. Her er man nødt til at spørge sig selv, om lægen i det hele taget kan indfri alle disse forventninger, og om det i det hele taget er nødvendigt for, at lægen kan udføre sit arbejde.

Vi skriver i ovenstående, at lægen ikke er der i rollen som individ, men måske er de alligevel, i hvert fald i en vis forstand. Når lægen står op om morgenen og tager på arbejde, er det ikke som lægen, men som et individ hvis profession er læge. Når kitlen kommer på, er man lægen, man "trækker i" en identitet sammen med kitlen, og det må antages at denne identitet indeholder aspekter af, hvordan lægen er, når ikke lægen er på arbejde. Altså hvordan lægen er som individ. Lægen som læge må i denne forstand antages at være farvet af, hvordan lægen er som individ, altså kulturel baggrund, opvækst, moralske overbevisninger m.m. Patienten derimod er mere fri til at være individ end lægen, patienten er som sådan ikke 'trukket i' en identitet som patient, begrebet patient definerer ikke det syge individ, på samme måde som lægen defineres af begrebet læge. Hvordan og hvis dette påvirker relationen mellem lægen og patienten, er det så overhovedet relevant i forhold til lægens behandling af patienten.

Dette speciale har til formål ikke bare at undersøge, hvad magt betyder i relationen og dialogen mellem læge og patient, men også at undersøge hvilken betydning individbegrebet har i relationen mellem patient og læge, hvad et individ er, og undersøge hvordan individbegrebet kommer til udtryk i sygehusvæsenet. Dette ud fra følgende problemstilling:

### **Hvordan kommer "individ" til udtryk i relationen mellem patient og læge?**

#### Indkredsning af problemfelt

Vi har indbyrdes talt om, hvad et individ egentlig er for en størrelse, og hvordan vi bedst får defineret, hvad et individ er, samt hvad der kendetegner et individ. Vi fandt det relevant først at definere, hvad et individ er, for at kunne besvare vores problemstilling, og det har dermed ledt os til

følgende tilgange til individet: en tilgang med Charles Taylor i front, der har til formål at demonstrere og undersøge begrebet individ, og dermed også hvordan vi bliver os selv.

Individualismen giver os mennesker mulighed for at realisere os selv, og dermed kan vi vælge vores livsmønstre. Vi har et fokus på Taylors tre goder, fordi Taylor advokerer for, at det menneskelige selv, lever i et rum af kvalitative distinktioner, hvor vores handlinger og forståelse for den verden, vi lever i, er struktureret ud fra vores egen verdensforståelse (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 62-63.

Ligeledes introducerer vi Sigmund Freud til at være med til at definere individbegrebet, da vi anser en psykodynamisk tilgang som værende vigtig til at hjælpe med at forstå, hvordan et individ interagerer og reagerer, når individet konfronteres med svære tider, ligesom vi finder det interessant at inddrage det psykologiske aspekt i relationen med andre individer. Freuds personlighedsteori har til formål at gøre det lettere at forstå de forskellige dele af sindet, som i sidste ende kan være med til at definere, hvad et individ er, i kraft af individets handlinger og reaktioner i diverse relationer.

Ydermere inddrager vi Immanuel Kants menneskesyn, som vi ved er opbygget i takt med Kants kendte "domme", dog er det ikke dem, der er i fokus eksplicit. Kant betegner menneskets "jeg", som værende inden for tænkningen logisk set et simpelt subjekt, men dermed mener han ikke, at jeget er simpelt. Mennesket ses som værende et tænkende væsen, der skelner egen eksistens fra andre ting, og disse ting skal ses som værende inden for ens egen sfære. Vi har valgt at inddrage Kant for at belyse, hvad menneskesyn er, og hvordan det kan spille en rolle i relationen mellem individer, der befinder sig i forskellige positioner. I dette speciale vil vi have fokus på lægens og patientens positioner i forhold til hinanden.

Desuden opererer vi også med begrebet magt, der bliver kort defineret hos Foucault, ligesom det bliver set i sammenhæng med det etiske i lægegerningen. Magten skal have til formål at illustrere de forskellige positioner, individerne har i kraft af deres rolle i en given situation. Her vil vi blandt andet inddrage Foucaults teori om magt som diskurs. Diskurserne vil ligeledes komme i spil i andet format end magt, da Foucault taler for at individet er et afkast af diskurserne.

Vores intention, da vi startede på dette projekt, var kort at fremhæve begrebet tillid, eftersom det spiller en central rolle i forhold til vores problemstilling. Begrebet er ikke med i vores problemformulering, men må anses som værende implicit, eftersom relationer vil bygge på en form for tillid, uanset hvordan dette så måtte anskues. Som vores arbejde skred frem, blev det dog tydeligt, at begrebet har en større betydning end først antaget, i forhold til at undersøge relationen

mellem læge og patient, og hvordan individet kommer til udtryk i denne relation. Tillid vil derfor blive redegjort for og diskuteret i et større omfang end først intenderet.

Derudover præsenterer vi Michel Foucaults definition af individet, der har til formål at være en form for et modstykke til Taylors definition og tilgang til individet for at belyse, at der er forskellige måder at tilgå individet som værende både et subjekt, men også en genstand.

Vi har valgt at inddrage Charles Taylors definition, hvor han vælger at inddele individet i tre goder, der har til formål at illustrere, individets forestilling om, hvordan det skal levet sit liv, og hvad individet vægter højest i livet. Taylors goder danner ligeledes et billede af, hvordan individer lever i et individualistisk samfund, og hvor stor en betydning vigtige værdier har for det moderne menneske. Taylor beskæftiger sig derfor også med selvets ontologi, for netop at få en bredere forståelse af individet. Taylors teori kan ses som en form for kortlægning af individets individualitet. Denne pleonasmе illustrerer det stigende behov individet har for yderligere at udskille sig fra mængden, der er større fokus på, hvordan den enkelte lever sit liv ud fra egne overbevisninger, der er rodfæstet i det indre moralske kompas såvel som samfundets moralske fordringer. Men samtidigt har individet også et behov for at blive set for det individ det er, med egne præferencer og eget normsystem, der på sin vis er tilpasset så individet kan interagere og indgå i relationer med det omkringliggende samfund. Denne udvikling beskriver Taylor i værket *Sources of The Self- The Making of the Modern Identity*.

I gennemgangen af Taylor inddrager vi desuden Georg Herbert Mead, og Horace Romano Harré. Dette for at bringe flere dimensioner i spil i forhold til at definere, hvad der udgør et individ i teoretisk forstand. Vores mål med dette er at komme i dybden med, hvad et individ egentlig er for bedre at kunne identificere individet i relationen mellem læge og patient samtidig med, at vi på denne måde bedre vil kunne analysere os frem til, hvordan individet kommer til udtryk i denne relation, og om det overhovedet er relevant i forhold til behandlingen af patienten.

Vi har valgt disse tilgange til individet, netop for at demonstrere, at der er flere måder at anskue begrebet på. Gennem de metoder vi har valgt til dette speciale, ønsker vi at vise, hvordan begrebet har udviklet sig gennem tiden fra at betyde noget der ikke kan deles, til den nutidige betydning, nemlig én af en race f.eks. en person ud af racen menneske. Men det betyder meget mere end blot én person ud af mange, individbegrebet kan defineres på flere måder, afhængigt af hvordan man anskuer den enkeltes plads i tiden, samfundet, og om man ser det som noget der skabes relationelt.

Vi mener derfor, vi kan få et bredere og mere tilfredsstillende greb om, hvad der definerer individet, og hvordan dette kommer til udtryk i relationen mellem lægen og patienten, ud fra de valgte teorier.

Endvidere er det interessant kort at skitsere, hvad ”det hele menneske” er. Når vi skriver om det hele menneske, er det altså ikke blot et menneske, der er reduceret til ”kun” at være et biologisk væsen, men et menneske der rummer fysiske, psykologiske og åndelige aspekter. I det hele menneske forefindes der altså en legemlig og en sjælelig substans. Det hele menneske skal ses, som værende et individ med individuelle behov, følelser, forsvarsmekanismer og reaktionsmønstre. De aspekter der end måtte findes i det menneskelige sindelag er altså med, når vi mener, det hele menneske. Det er dermed et menneskesyn, der er med til at karakterisere, hvad et helt menneske er.

Ligeledes er det værd at nævne, at vi som mennesker og ifølge vores personalisme og vores iboende værdi som menneske, har en naturlig ret til selvopretholdelse. Mennesket anses som værende et selvstændigt subjekt, der samtidig tager del i det fællesskab, der hedder samfundet.

Ydermere er det relevant at nævne, at menneskets moralprincip kan anses som værende anerkendende, da alle individers interesse og ønsker om livsudfoldelse er præcis lige så vigtige og centrale, som ens egne, fordi de maksimer man selv opererer ud fra, skal man kunne ville at alle andre individer også lægger til grund for deres.

Når begrebet natur bringes på banen, vil dette ske i vores perspektivering, eftersom dette kan anskues på forskellige måder, da det både kan ses som værende Guds værk, altså en teologisk tilgang, og begrebet kan ses som værende et fænomen felt, der omhandler menneskets medfødte selvopretholdelsesdrift, altså en menneskelig natur drift, ligesom fænomen feltet henviser til værdibaserede forestillinger og holdninger. Naturen kan ligeledes ses som værende det grundlæggende, det som mennesket er fast forankret i, fordi naturen er medvirkende for menneskets balance og eksistens. Endvidere kan naturen også betegnes som værende et moralsk ”subjekt”, der kan anses som en substans, en form for pejleform, for hvad der er rigtigt, og for hvad der er forkert. En substans der kan krænkes, og som også har krav på at blive beskyttet. Naturens relevans for denne opgave må være at se behovet for en filosofisk afklaring af forholdet mellem mennesket, naturen og institutionen (som i dette tilfælde er sygehusvæsenet). Vi finder det relevant at nævne det skel, der er mellem naturens verden og den menneskelige verden, eftersom den moderne institution med al sin teknologi på sin vis trækker os mennesker væk fra naturen.

Vi har tidligere rejst spørgsmålet om individet, især under vores praksis ophold på Aalborg Sygehus Syd, og dennes behandling i sundhedssektoren, hvorfor vi fandt det relevant først at definere hvad et individ egentlig er. Vi vil kort præsentere førnævnte praksis ophold i afsnittet om vores cases på side 46. Vi vil undervejs i projektet kort komme ind på dette ophold i forbindelse med enkelte argumenter, og vi vil slutte specialet af med at forholde os mere reflekterende i forhold til opholdet i et separat afsnit på side 97.

## Metode

Efter ovenstående afsnit, hvor vi har indkredset vores problemfelt, finder vi det nu relevant at præsentere vores metodiske afsnit. Vi har valgt en hermeneutisk tilgang til vores speciale, der vil tjene til det formål, at vi i vores analytiske afsnit vil komme fra konkrete beskrivelser til en form for meningsfortolkning, der så vil give os en ny forståelse af, hvordan man erfarer sin væren inden for det valgte problemfelt. Formuleret mere præcist, hvordan vi, som specialeskriverne, beskriver den betydning, individerne i vores valgte materiale, tilskriver sig bestemte oplevelser, som vi har valgt, ud fra det præsenterede materiale. Specialets formål er netop at studere individet som værende et handlende og tænkende væsen, for så derefter at klarlægge om, der er plads til individet i sundhedsvæsenet.

Vi går derfor i vores materiale og valgte teori ind og fortolker på emner, der kan anses som værende svære at måle og veje, men det gør det ikke mindre vigtigt, eftersom fortolkningen er med til at demonstrere filosofiske og psykologiske aspekter og tilgange til vores materiale og valgte teori. Vi har, via den hermeneutiske tilgang, forsøgt at skabe en større og endda bredere forståelse af, hvad et individ er, og hvordan det eventuelt behandles i sundhedsfaglig regi.

Vi gør opmærksom på, at når vi behandler begrebet tillid, gør vi det både ud fra en filosofisk tilgang præsenteret af Løgstrup, ligesom vi har et sociologisk perspektiv på begrebet også, præsenteret af Luhmann. Vi er klar over, at disse to perspektiver byder på væsentlige forskelle, da eksempelvis Luhmann demonstrerer i sin teori, at den måde han behandler tillid på, er den måde hvorpå tilliden er opbygget gennem samfundet, hvorimod Løgstrup anser og behandler tillid som værende et livsvilkår. Vi redegør for disse teorier på henholdsvis side 18 og side 17.

Ligeledes har vi gjort os overvejelser om brugbarheden ved en freudiansk tilgang, hvor især forsvarsmekanismerne har lagt os på sinde. Vi har fundet det relevant at benytte dele af den psykoanalytiske tilgang for at forstå og kortlægge specialets valgte materiale. Endvidere har vi

fundet det relevant at besøge Freuds personlighedsmodel, både for at lære at forstå, hvordan sindet er opbygget, men også for at finde ud af, hvordan det er med til at definere individets og dets reaktioner igennem forsvarsmekanismerne. Vi er opmærksomme på, at en psykoanalytisk tilgang kan ses som værende generaliserende, og at ikke to individer er ens, dog har vi valgt at inddrage teorien alligevel, fordi vi finder det nødvendigt også at kunne analysere det materiale, vi har valgt at arbejde med, ud fra et mere eller mindre psykologisk perspektiv. Vi har i vores analyse forsøgt at give det en filosofisk drejning.

Vi bruger hovedsagelig Foucault til at analysere på magt, når denne udspiller sig i udvalgte situationer, eftersom magt og diskurser, ifølge Foucault, spiller en væsentlig rolle for individet. Vi har også brugt Foucault til at beskrive individet, dog gør vi opmærksom på, at dette sker gennem diskurserne, da Foucault ikke anser individet som værende andet end et afkast heraf. Hans syn på individbegrebet er ikke dermed sagt ikke relevant for at undersøge vores problemstilling, tværtimod giver det et andet syn på begrebet, der gør, at vi kan analysere bredere og dybere. Når vi ligeledes inddrager Charles Taylor, er det interessant at opdage, at når vi arbejder med deres teorier, så tager både Taylor og Foucault, når de arbejder med individbegrebet, begge udgangspunkt i den historiske udvikling, og de instanser, der har udviklet sig gennem tiden i vores samfund, men det gør de på hver deres måde. Taylor bliver i denne opgave brugt til at gribe individbegrebet an via hypergoderne, eftersom disse er med til at revidere og kritisere livsgoder.

Igennem vores speciale forsøger vi at benytte Taylors bud på, hvordan individet forholder sig til sin identitet og sit moralske liv igennem hypergoderne, som er af moralfilosofisk karakter. Dette gør vi gennem vores analytiske afsnit, hvor vi undersøger, hvordan disse hypergoder eventuelt kommer til udtryk i udvalgte situationer fra vores cases. Af samme grund har vi valgt at inddrage George Herbert Mead og Horace Romano Harré. Yderligere to forskellige syn på begrebet der tillader os at vende og dreje begrebet rent filosofisk, for dernæst at undersøge begrebets plads i praksis.

Dette leder os til vores begrebsafklarende og teoretiske afsnit, der har til formål at identificere og beskrive begrebernes betydning og egenskaber.

## Begrebsafklaring og teori

I dette speciale ønsker vi at undersøge, hvordan individet kommer til udtryk i behandlingssammenhænge, særdeles i relationen mellem læge og patient, men for at gøre det, må vi først undersøge, hvordan individbegrebet defineres, for netop at se individet som værende en genstand i relationen. Individet som genstand skal ses både som værende patienten, lægen, og evt. pårørende. I dette afsnit vil vi redegøre for ordets etymologi, omend i kort format, samt redegøre for de nærliggende begreber *identitet* og *selv*, da disse begreber, i moderne tid virker til at være medvirkende faktorer i dannelsen af individet.

Ydermere vil vi redegøre for de andre begreber vi benytter i dette speciale.

Når man taler om begrebet *individ*, er det vigtigt at have in mente at, dette er et forholdsvist nyt begreb, der først blev relativt almindeligt i 1600-tallet som værende en beskrivelse for én separat ting. Men det var ikke før 1889, at det blev beskrivende om én person i modsætning til en gruppe eller et folk.

Ordet *individ* stammer fra det latinske *individuus*, som er en sammensætning af de latinske ord *in* (ikke modsat af) og *dividuus* (dividér bar/delelig). I denne form betyder ordet *ikke delelig*, altså at dét som ordet beskriver, ikke kan deles. Ordet udviklede sig i middelalderlatin til *individualis* og videre i starten af 1500-tallet til *individual* som betydende én og udelelig. I nedenstående afsnit om definitionen af begrebet *individ*, vil vi gå mere i dybden med begrebet, og udfolde de mange facetter af begrebet i en mere moderne og personlig forstand (Online Etymology Dictionary, u.d.).

Identitetsbegrebet er ligeledes en relativt ny opfindelse, ordets latinske grund kerne har haft en anden betydning end begrebets nuværende betydning. Nu henviser begrebet til det, der kendetegner én person og adskiller vedkommende fra alle andre personer. Den latinske grund kerne *idem*, betød *det samme*, altså noget der var mage til eller det samme som noget, og blev brugt når man i latinske skrifter ønskede at undgå repetitioner. Ordet udviklede sig i middelalderlatin til *identitatem*, på engelsk betydende *sameness* og i løbet af 1400-tallet udviklede det sig gennem fransk til *identité*, videre gennem 1600-tallet til *identity* betydende en tilstand af at være det samme. Op gennem 1700-tallet udviklede ordet sig til at betyde, at man anså "oneself as being the essence of", altså at identiteten er essensen af én selv (Online Etymology Dictionary, u.d.).

Selvet er ligeledes et relativt nyt begreb, som er relevant at få afklaret tidligt i dette speciale, da begrebet spiller en vigtig rolle i forståelsen af både begrebet *identitet* og af *individ*. Begrebet har sin rod som et pronomen i oldengelsk, hvor det refererede til 'ens egen person', 'én selv'. I 1400-tallet udviklede begrebet sig til et substantiv der beskrev helheden af en persons identitet og individualitet (Merriam- Webster, u.d.).

Selvet tilhører den analytiske psykologi, og selvet indeholder betegnelsen for hele personlighedens samlede princip, som kan ses som værende menneskets samlede helhed.

Hertil kommer den udvikling, der er sket over relativt kort tid i nyere tid, som identitetsbegrebet har gennemgået. Identitetsbegrebet har udviklet sig væk fra, hvordan man anså dét at være et individ i f.eks. antikkens Grækenland til, hvordan vi tænker begrebet nu. Det at være et individ med en særskilt identitet er ikke længere kun en måde, hvormed man kan identificere én person fra alle andre personer, det er blevet afgørende faktorer i alle livets beslutninger. I nedenstående afsnit vil vi udfolde, hvordan Charles Taylor tænker disse begreber i moderne tid, tanker der fremgår allerede i titlerne på de to værker vi benytter os af, nemlig *Modernitetens ubehag - autenticitetens etik* og *Sources of The Self- The Making of the Modern Identity*. Han fremsætter i disse værker, begreberne identitet, individ, og selvet, som værende historiske produkter af moderniteten.

Dette leder os videre til begrebet tillid, som skal ses som værende det fænomen, der kendetegner sig ved, at et individ har en tro på eller en forventning om, at et andet individ er pålideligt. Ligeledes kan fænomenet ses som værende afgørende for den gode relation mellem eksempelvis patient og sundhedspersonale.

## Tillid

Et begreb, der er relevant for at undersøge, om der i behandlingsøjemed er plads til individet, er begrebet *tillid*, et begreb der bruges ofte, ikke bare i forhold til andre mennesker, men også til div. medier, og medicinalvirksomheder m.m. Tillid kan, afhængigt af hvilken teoretiker man spørger, være noget man opbygger gennem sin opvækst, eller noget givet som alle besidder, en form for livsvilkår. Der er altså ikke en entydig definition af begrebet, og derfor ønsker vi her at undersøge og redegøre for flere måder at anskue tillid på. Dette gennem b.la. ordbogens definition, en definition der har til formål for lægmand at kunne få en kort og præcis, definition af begrebet, i



hvert fald sådan som begrebet benyttes i daglig tale. Vi undersøger ligeledes begrebet ud fra både sociolog Niklas Luhmann, og teolog og filosof Knud Erik Løgstrup, der har hvert deres syn på begrebet. Hos dem er det ikke et entydigt begreb, men derimod mere kompliceret, end den dagligdags brug af begrebet, som ordbogen definerer det. Vi vil starte med at redegøre for hvordan begrebet er defineret i ordbogen Merriam- Webster.

Her defineres begrebet tillid (trust) på følgende to måder:

**a:** assured reliance on the character, ability, strength, or truth of someone or something

**b:** one in which confidence is placed (Merriam- Webster, u.d.).

I dette speciale vil vi benytte os af begrebet i to henseender, nemlig i forhold til tilliden i forholdet mellem læge og patient, og den tillid som patienten kan have til sygehusvæsenet. Vi behandler altså begge ovenstående definitioner af begrebet. Vi mener, det er relevant at skelne mellem disse to, da man som patient kan have tillid til én læge, men nære mistillid til sygehusvæsenet, lige såvel som patienten kan nære tillid til sygehusvæsenet som helhed, men nære mistillid til én bestemt læge, eller sygeplejerske. Både tilliden og mistilliden må antages at bygge på personlige oplevelser, og præferencer, men tilliden er umådelig vigtigt i læge/patient forholdet. Denne antagelse vender vi tilbage til i de to nedenstående afsnit om Løgstrup og Luhmann.

Tilliden, eller manglen på samme, siger noget om individet, altså patienten, og lægen. Det siger faktisk en hel del om deres identiteter, og hvilke moralske værdier de værdsætter højere end andre, jvf. Taylors tre niveauer af goder i nedenstående afsnit. Tilliden er en afgørende faktor, når man som patient skal 'blotte' sig, i alle henseender, for en læge eller anden behandler. Har man som patient ikke tillid til lægen, er man måske mere tilbageholdende med at udlevere alle fakta om en selv. Vi vil senere gå mere i dybden med begrebet, og vigtigheden heraf. Dette vil vi gøre med inddragelse af Dr. med. Inga Marie Lundes afsnit *Tillid og nærvær- Kommunikation mellem læge og patient* i bogen *Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom*. Her skriver Lunde bl.a. om, hvordan tillid ikke må være en "envejstillid" (Lunde, 1998) s. 85, men at den skal gå begge veje. Og netop det at tilliden skal gå begge veje kan K.E. Løgstrup argumentere for.

## Løgstrup

Tillid er i dette speciale et begreb, der går igen, og bl.a. derfor er K.E. Løgstrup og hans *Etiske Fordring* relevant i forhold til opgavens problemstilling. Ydermere er den Etiske Fordring et værdifuldt redskab til at forstå, hvorfor man, som individ, handler som man gør i mødet med andre i og med, at den kan anses for værende en fænomenologisk analyse af tillid.

Løgstrup skriver i værket *Den Etiske fordring*, at man som udgangspunkt altid møder folk med en ubevidst og underliggende tillid. Han ser tillid som noget deontologisk og almengyldigt, et livsvilkår, der er os givet og derfor kan denne tillid kun brydes såfremt den anden tages i at lyve, stjæle eller lignende. Når der sker et brud på tilliden, er det ifølge Løgstrup ikke så meget det at tilliden brydes, der er kernen i problemet, det er følelsen af at have blottet sit indre uden at være blevet imødekommet. "Den altid enkle konflikt i konflikten- at man har vovet sig frem for at blive imødekommet og ikke er blevet det- gør dertil al ting enten sort eller hvidt og gør ens dom til tilsvarende uigenkaldelig" (Løgstrup, 2010) s. 19. Her er ikke tale om en generaliseret mistillid, men derimod en mistillid rettet mod denne specifikke person i denne specifikke sammenhæng.

I værket fremlægger Løgstrup den teori, at vi som mennesker er dybt afhængige af hinanden, og at vi derfor er nødt til at møde det andet menneske med en underliggende tillid. Vi forventer, at den anden møder os med samme tillid og tone, men risikoen for at blive afvist er der altid, og det er denne risiko der udgør udleveringen af os selv til den anden. Løgstrup skriver i værket, at man i mødet med den anden holder noget af den andens liv i sine hænder.

*Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej (ibid) s. 25.*

Dette er med til at skabe en interdependens, og måske endda også et magtforhold, med risiko for at magten kan misbruges. Det er ifølge Løgstrup op til den enkelte, hvordan man varetager, det som den anden ligger i ens hænder, man må blot have tillid til at den anden behandler det med respekt, og dermed lever op til tilliden.

Hermed afslutter vi den korte redegørelse af Løgstrups filosofiske syn på tillid, og bevæger os dermed over til Luhmanns sociologiske syn på begrebet. Man ser tydeligt forskellen mellem den etiske fordrings underliggende form og den kausale form, som Luhmann fremlægger.

## Luhmann

Den tyske professor i sociologi Niklas Luhmann anskuer begrebet tillid helt anderledes end Løgstrup. Han argumenterer for, at tillid og evnen til at udvise tillid afhænger af den enkeltes socialisering. At evnen til at udvise tillid er noget, der udvikler sig i vores tid som spæd, gennem et samspil med vores nærmeste omsorgsgivere. Vi erfarer, som spæd, hvordan vores behov for mad og omsorg dækkes af omsorgsgiveren, og derigennem erfares og opbygges tilliden til andre. Men evnen til at udvise tillid afhænger af den enkeltes personlighed eller psyke, der ikke alene kan forklare om man udviser mistillid eller tillid. Luhmann skriver: "tillid bliver (...) udvist eller nægtet af psykologisk set yderst forskelligartede grunde, og tillid er under alle omstændigheder et socialt forhold, som er underlagt sine egne lovmæssigheder" (Reinhold & Dybdal, 2000). Luhmann betragter altså begrebet tillid som et socialt og psykologisk betinget fænomen, i modsætning til Løgstrup der betragter tillid som et givet etisk livsvilkår.

Luhmann opererer med begrebet *kompleksitet*, som dækker over det faktum, at verden er uoverskueligt for mennesket. Ingen kan have indsigt i alt eller overskue alt for den sags skyld. Kompleksiteten i samfundet er årsagen til, at mennesket skal kunne udvise tillid eller mistillid for overhovedet at kunne fungere i samfundet. Han mener dog, at overskueligheden kan lettes gennem den enkeltes tanker om, at alt kan være anderledes samtidigt med, at man som menneske har en idé om, at andre i samfundet tænker, i en vis udstrækning, det samme. Altså at andre har den samme opfattelse af, hvordan samfundet er indrettet. Her præsenterer Luhmann begrebet *kontingens*, der for ham betyder, at intet er nødvendigt, og at alt i bund og grund kan være anderledes. Man vælger, hvad der er det rette for én selv i den givne situation. Luhmann forklarer, at det faktum at de samme muligheder også gøre sig gældende for alle andre mennesker, kaldes for *dobbelt-kontingens*.

Det faktum at alt kan gøres, være, og tænkes anderledes, gør at man, i en hvilken som helst relation, aldrig kan vide sig sikker på hvordan modparten vil reagere. Denne usikkerhed håndterer man gennem anvendelsen af tillid eller mistillid. To mekanismer vi som mennesker benytter for at mindske den kompleksitet, der følger af verdens uoverskuelighed.

Ifølge Luhmann forsøger vi, som mennesker, at forhindre at den anden taber ansigt, og her er tillid en mekanisme man kan anvende for at styrke samarbejdet om at opretholde hinandens selvbilleder. Ligesom Løgstrup, mener Luhmann, at tilliden er forbundet med en risiko, da man ikke på forhånd kan vide, hvordan den anden vil håndtere, eller reagere på, det man byder ind med. Netop derfor er tilliden altafgørende. Man må have tillid til den anden. Tilliden, som den Luhmann fremstiller, er betinget af begreberne *forventning* og *fortrolighed*, da man gennem andres eller egne erfaringer kan have opbygget en tillid til f.eks. en profession som sygeplejerne. På baggrund af erfaringen opbygger man forventninger, som i tilfældet med sygeplejeren gør, at man forventer, at denne vil pleje en på en måde, der tillader at man beholder sin værdighed. Der er her tale om en generaliseret tillid, altså en tillid som de fleste har, og som altid vil forbindes med den specifikke profession, medmindre tilliden brydes. Den tidligere erfaring skaber det, som Luhmann kalder for en *ydre sikkerhed*. Når man bekræftes i sine forventninger, ændres den ydre forventning sig til en *indre sikkerhed* (Reinhold & Dybdal, 2000).

Hermed afsluttes redegørelsen for, hvordan man kan definere begrebet tillid. Redegørelsen af dette begreb har til formål at give en forståelse for to forskellige måder, man kan se, tolke og forstå en persons handlemønstre på i forbindelse med sygdomsforløb samtidigt med, at det giver et indblik i hvorfor læger, sygeplejersker og andre behandlere agerer og kommunikerer, som de gør i deres interaktioner med patienter. Denne interaktion involverer i sygehusregi, som oftest omsorg. I nedenstående afsnit vil vi gå i dybden med dette begreb. Vi vender tilbage til tillidsbegrebet i vores analytiske afsnit.

## Omsorg

Den norske filosof Kari Martinsen har i den grad forholdt sig til emner som omsorg, sygepleje og hvordan denne foregår i relationen til hinanden, eftersom hun formidler det faktum, at omsorg og sygepleje netop er et samspil mellem patient og personalet, ligesom sygeplejeren også har pligt til at handle efter den maksime, der giver det bedste for patienten. Martinsen beskriver relationen mellem patient og sygeplejepersonalet som at se med det dobbelt øje, der på den ene side forholder sig fagligt til patienten, og på den anden side forholder sig empatisk sansende. Det "sansende" øje er en fænomenologisk tilgang til patienten, der indbefatter at sygeplejepersonalet optræder som tilstedeværende i relationen med patienten, således at personalet ser patienten med "hjertes øje". Det "registrerede" øjes formål er at have en mere fortolkende tilgang, der også indbefatter, at

personalet skal bruge den, tilegnede viden og faglighed til at vurdere patientens plejebehov (Martinsen, 2010) s. 13- 14. Hun skriver: “at se med hjertets øje er at se deltagende opmærksomt, og at dette øje ikke gør nogen forskel samtidig med at det gør en forskel” (Martinsen, 2010) s. 22.

Det handler i den grad for Martinsen om, at personalet har fagkundskaber nok til at være i stand til at betragte patienten som et menneske, et individ, således patienten ikke bliver reduceret til at være et objekt (ibid.) s. 13-14. Ligeledes handler det om, at eksempelvis sygeplejersker bruger deres sanser til åbent og fordomsfrit at forstå patienten samt at være i stand til at møde patienten i den relation, de i fællesskab skaber.

I relationen mellem sundhedsfaglig personale og patienter, er omsorg et vigtigt værktøj, der helst gerne skulle føre til en opfyldelse af patientens behov. I forbindelse med et sygehusbesøg, hvad enten dette er i form af ambulans behandling eller et længerevarende forløb med indlæggelse, har omsorgen og tilliden til formål at sørge for, at patienten bibeholder sin værdighed. Det er et begreb, der er i den grad må siges at være meget individuelt, og personligt defineret.

Når omsorg er en del af sygeplejepersonalets professionelle opgaver, kan man kalde omsorgen for professionel. Denne professionelle omsorg kan stå overfor en udfordring, såfremt den forbindes til en form for hverdags omsorg. For fortolkes hverdagsomsorgen kan man tro, at man blot skal agere ud fra egen umiddelbare opfattelse af, hvad der kendetegner god og dårlig omsorg.

Når sygeplejepersonalet yder professionel omsorg, skal denne omsorg stadig kendetegnes som værende naturlig og dermed også ægte, dog er der den forskel, at personalet er uddannet til at yde omsorg, ligesom de modtager løn for det, og derfor kan det også anses som et krav, at der er kvalitet i den omsorg, de yder. Holder vi fast i at omsorg fødes i de sociale relationer, bidrager Socialfilosof Alex Honneth med, at alle former for sociale interaktioner indeholder gensidige moralske krav, og at sociale forhold anses som værende anerkendelsesforhold (Nørgaard, 2005) s. 61. Dog gør Honneth det klart, at det af og til kan anses som værende af nødvendighed at sætte omsorgen før anerkendelsen (ibid.) s. 67, dog skal det nævnes, at der ikke foreligger en redegørelse for, hvordan Honneth præcis definerer omsorgsbegrebet. Når begreberne omsorg og anerkendelse bruges i samme sætningskonstruktion, giver det mulighed for at åbne op for flere dimensioner af begreberne, der kan være bidragende til den sociale relation og dermed det fællesskab, der dannes i relationen.

Med denne redegørelse for begrebet omsorg og det mange facetter, bevæger vi os videre til et begreb der er tæt knyttet til omsorgsbegrebet.

## Værdighed

Et andet begreb der bliver relevant i denne forbindelse, er *værdighed*. Begrebet værdighed (dignitas) blev i middelalderen brugt til at kendetegne Guds skabninger, og i renæssanceperioden blev begrebet værdighed brugt om menneskers værdi. I dette speciale bruges begrebet værdighed til at medvirke til at afklare, hvordan individet som værende patient bliver behandlet i sundhedsvæsenet, ligesom det bruges til at undersøge om der bliver taget hensyn til patientens værdighed i relationen mellem læge og patient.

Synet på værdighed kan ofte være forbundet med Immanuel Kants menneskesyn, der i form af det kategoriske imperativ påbyder, at vi, som mennesker, altid skal behandle vores medmennesker, som værende et mål i sig selv, og dermed aldrig som værende blot et middel i sig selv (Kant, 2020). Det står klart, at Kant betragter mennesket som værende et fornuftsvæsen uden tid og rum som anskuelsesformer, og at den menneskelige fornufts særlige skæbne er, at den i en af sine erkendelsesmåder har til formål at belemre sig selv med spørgsmål, der ikke kan afvises, simpelthen fordi de spørgsmål udspringer fra egen natur (Pojman & Vaughn, 2011) s. 818-827.

Vi finder det relevant at nævne menneskets værdighed, eftersom værdighedsbegrebet indebærer, at alle mennesker har en værdi, ligesom de ligeledes har en egenværdi, der ses som værende et formål i sig selv (Pahuus, 2012) s. 154-155.

Grunden til vi påpeger denne værdi og egenværdi er, at mennesker evner at forholde sig til verden, og til de individer, der er i verden, og dette er med til at gøre dem til selvformende og selvbestemmende mennesker, og netop denne selvbestemmelse er forbundet med værdifuldhed (ibid.) s. 156-157.

Der er ligeledes en etisk forbindelse til menneskets værdighed, fordi værdighed for mennesket er centralt, fordi vi, som tænkende mennesker, evner at forholde os til forskellige aspekter i livet, og fordi vi er selvbestemmende væsner. Værdighedsbegrebet er på sin vis forankret i en måde, hvorpå vi forstår mennesket, fordi værdighedsbegrebet påpeger menneskelige træk, som vi alle kan forholde os til, gennem den erfaring vi har pådraget os ved at leve vores liv. Værdighed kan ses som værende et individs ret til at blive værdsat og dermed også respekteret for deres egen skyld, ligesom

individet også har ret til at blive behandlet etisk. Dette kan karakteriseres som værende menneskets iboende rettigheder.

I forlængelse af begreberne tillid, omsorg, og værdighed, kommer begreberne resiliens og sårbarhed ligeledes i spil. Når man som individ, træder ind i rollen som patient, er man gerne i en sårbar situation, og hvorvidt man er i stand til at håndtere denne situation, er meget individuelt.

### Resiliens og sårbarhed

Begrebet resiliens bruges til at betegne, hvor modstandsdygtig et individ er til at stå imod og klare sig godt trods belastninger, traumer og stress. Når vi bruger begrebet sårbarhed, er det blandt andet til at beskrive tilstanden hos terminale patienter, dog vil vi også bringe sårbarhedens etik på banen. Judith Butler formulerer i sin essaysamling *Precarious Life. The Power of Mourning and Violence* en "ethics of vulnerability", at vi alle kan anses som værende sårbare. Dette gælder både os som individer, men også på det kollektive plan. Derfor mener Butler, at vi, som individer, er forpligtede til både at acceptere og favne sårbarheden. Dette netop fordi at den sorg mennesker føler, er med til at tydeliggøre de bånd, der er mellem mennesker, og deraf følger der en etisk forpligtelse med, der omhandler ikke at gøre andre mennesker ondt (Butler, 2004) s. 22.

*At forstå, at sårbarhed er et fælles menneskeligt grundvilkår, kan være første skridt til at skabe ligevægt i den ømfindtlige balance, som læge/patient-forholdet er. Lægens sårbarhed kan blive den styrke, som når patienten. For ganske vist er sårbarhed kernen til afmagt og frygt, men det er også fødestedet for gavmildhed og håb.* overlæge, formand for Etisk Råd 2003-2007

(Hartling, 2018) s. 9.

Med dette citat gøres det tydeligt, at sårbarhed er et vilkår, der bliver italesat i relationen mellem læge og patient, ligesom det beskriver, at det kan anses som værende både skræmmende, men også styrkende. Det demonstrerer også, at man bør være varsom med at kategorisere patienten som værende den sårbare og lægen som værende den stærke.

Vi har nu redegjort for flere begreber, der er relevante i forhold til at forstå, hvor meget der egentlig er på spil, når man som patient eller pårørende er i kontakt med læger og andre behandlere i

sygehusregi. Og på samme vis hvor meget der er i spil når læger, sygeplejersker, fysioterapeuter m.m. interagerer med patienter og pårørende. Men som det kan ses i ovenstående, har vi skrevet, at patienten er en rolle, som individet indtager, når man bliver syg. På samme vis træder både lægen og de pårørende ind i roller som henholdsvis læge/behandler, og patientens forældre, ægtefælle, børn osv. træder i rollerne som de pårørende. Vi vil derfor i nedenstående afsnit uddybe disse roller og deres fordeling, for bedre at kunne skabe et overblik over, hvor vigtige disse rollebegreber er.

### Patient og læge - et rollebegreb

Rollerne som henholdsvis læge og patient, er ikke uden deres betydning, specielt for dette speciale. Vi henviser flere gange til lægen og patienten som værende roller, der indtages. Når vi skriver, "indtages", menes der ikke roller som skuespillere indtager frivilligt for at fremføre på en scene, men derimod som en betegnelse for de normer der findes og forventes af den enkelte afhængigt af hvilken rolle, de udfylder.

Som individ påtager vi os forskellige roller, der kan have stor betydning for, både hvordan vi forstår os selv, men også for hvordan vi forstår hinanden (Poulsen, 2005) s. 161.

Deles patient og læge op som værende rollebegreber, findes det nødvendigt kort at opridse, hvorfor rollebegrebet anses som værende af vigtig karakter. Når rollebegrebet defineres, foregår det ved, at der defineres på de normer og forventninger, folk har, til præcis den rolle, der eventuelt er tilknyttet rollen, som læge og også rollen som patient. En rolle kan defineres som værende summen af de præcise normer, der forefindes til en bestemt stilling, eksempelvis stillingen som læge, fordi der i rollen er skabt en forventning om, hvordan individet skal optræde, når individet indtræder i rollen. I vores analyseafsnit på side 76 vil det fremgå, hvordan disse roller optræder, ligesom vi vil berøre muligheden for, at selv om der eventuelt er forventninger til bestemte roller i samfundet, så forefindes der også en form for distance til disse roller, eftersom en rolle ikke opsluger et individs personlighed.

Når et individ indtager rollen som læge, bliver læge til individets profession, og til en sådan profession følger etikken med, hvorfor vi kort ønsker at nævne og belyse professionsetikken, eftersom det sundhedsfaglige personale i kraft af deres profession, daglig støder på etiske problemstillinger, der skal behandles og tages stilling til. Professionsetikken har til formål at sætte



fokus på de centrale værdier i det sociale arbejde. Denne etiks formål er dog ikke at kortlægge konkrete svar til diverse problemstillinger, men netop at give den plads, der er brug for, til at reflektere og diskutere på, hvad der er gode handlinger, og hvordan dette gode bedst mulig fremhæves. Professionsetikken handler bl.a. om individets værdighed, medmenneskelige ansvar, den sociale retfærdighed og sluttelig den professionelle integritet (Socialrådgiverforening, 2011).

Med disse begreber på plads vil vi nu uddybe individbegrebet i nedenstående afsnit. Vi vil gå mere grundigt til værks med dette begreb da det danner rammen for hele vores undersøgelse i dette speciale. Ovenstående redegørelser for b.l.a. omsorg, tillid og rollebegreberne, skal fungere som fundamentet for forståelsen af individet og hvordan denne kommer til udtryk i relationen med f.eks. lægen.

## Uddybelse af begrebet individ

Ovenstående redegørelser af begreber har nu ledt os til at uddybe det vigtigste begreb i dette speciale, nemlig individbegrebet. I ovenstående gav vi en kort etymologisk beskrivelse af ordets oprindelse og udvikling, og vi vil nu fremføre flere måder, hvormed man kan anskue det at være et individ på.

I filosofien betegnes et individ som værende et levende væsen, adskilt fra dyrene, med iboende ønsker, bevidsthed, behov, og rettigheder. Individbegrebet betegner det enkelte menneske til forskel fra staten, og et individ ses derfor som værende en særskilt aktør, der behandles adskilt og uafhængigt af andre i samfundet. Samtidig er individets plads som individ afhængigt af individets del i og af samfundet. Sagt med andre ord; samfundet kan ikke eksistere uden individet, lige såvel som individet kun eksisterer i form af samfundet. Samfundet fastsætter individets værdi og rolle, på samme måde som individerne fastsætter samfundets værdi og rolle. Som nævnt i ovenstående afsnit, er individet udelelig og skal tænkes som værende en uafhængig enhed, adskilt fra samfundet, men eftersom samfundet formes af individer, må det antages at individerne også formes af samfundet (Taylor, 1989).

Det er, af vores opfattelse, at der findes flere typer af identitet, heriblandt social identitet, kulturel identitet, og personlig identitet m.fl. Alle beskriver de hvordan man som individ forholder sig i relation til andre. Vi vil i dette speciale fortrinsvist benytte os af den personlige identitet, og vi vil derfor kort uddybe dette begreb.

Som det fremgår af ovenstående etymologiske gennemgang af begreberne identitet, individ, og selvet, er disse tre uafhængige begreber, der beskriver henholdsvis dét der kendetegner en person, det at der er tale om én person ud af flere, og helheden af ens person og individualitet. Alle tre begreber er beskrivende i forhold til den enkelte person, enten ved at være en betegnelse for dét, der kendetegner denne person eller ved at præcisere, at der er tale om én person frem for flere personer. *Personlig identitet* kan på denne måde virke som værende en pleonasme, for dét der kendetegner den ene person fremfor den anden, er personligt, det er det, der gør denne person til netop denne person, og ikke en anden person. Man kunne også sige, at det er deres personlighed.

Vi starter med at præsentere Taylors tilgang til individbegrebet. For Taylor spiller religion og natur en væsentlig rolle i at forstå, hvad et individ er. Dette vil vi behandle, ud fra Taylors tre niveauer af goder (Taylor, *Sources of The Self - The Making of the Modern Identity*, 1989). Vi vil undervejs komme ind på moral og etik, hvorefter vi vil behandle andre dimensioner, der har stor relevans for vores speciales opbygning samt problemfelt. Vi vil ligeledes berøre den psykologiske dimension, da psykologien giver et andet indblik i hvordan identiteten og dermed også individet er bygget op. Ydermere vil vi behandle begrebet *magt*, da det har relevans i forhold til forståelsen af individet og individets plads i relation med andre. Dette vil vi forsøge at gøre ved hjælp af den canadiske filosof Charles Taylor, preussisk filosof Immanuel Kant, psykolog Sigmund Freud, Professor i psykologi ved Aalborg Universitet Svend Brinkmann, og filosof, sociolog, og psykolog George Herbert Mead, samt filosof og psykolog Horace Romano Harré. Vi har valgt denne blanding af filosoffer, sociologer, og psykologer til at redegøre for dette begreb, der har mange facetter, da vi ved at kombinere disse forskellige grene af videnskaben ønsker at illustrere, hvor forskelligt individbegrebet kan defineres, og har været defineret op gennem historien, samt danne et grundlag, hvormed vi kan undersøge individets plads i sundhedssystemet ud fra. Det sidstnævnte vil vi gøre i et af nedenstående afsnit, hvor vi ønsker at undersøge hvorvidt der er plads til individet i behandling i sygehusregi.

## Taylors tre niveauer af goder

Mennesket adskiller sig fra dyrene b.la. ved vores evne til moralsk refleksion, og det er, ifølge Taylor, denne evne der afgør, hvem vi er som individ. Hvilke moralske goder vi sætter højest og dømmes alle andre goder ud fra, skaber vores identitet og adskiller os fra alle andre individer. For at definere Taylors forståelse af begrebet 'individ' skal vi først omkring hans filosofiske antropologi der har to aspekter. Det første aspekt siger, at man rent fænomenologisk set kan påvise at mennesket lever i et rum "udspændt af menneskelige goder". Dette 'rum' formes af vores færden i verden og livet, hvor vi orienterer os ved hjælp af kvalitative distinktioner (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 62-63. Det andet aspekt henviser til, at vi analytisk kan skelne imellem forskellige strukturerende niveauer af goder, *livsgoder*, *hyper goder*, og *konstitutive goder* (ibid.) s. 62-63. Taylor argumenterer for at de tre typer goder er hierarkisk opdelt. Dette skal forstås således, at man i godernes hierarki har livsgoderne nederst, herefter kommer det, som han kalder for, hypergoderne, og øverst de konstitutive goder. Taylor mener, at *selvet*, altså vores identitet, det der gør os til et individ, adskilt fra andre individer er vores syn på *det gode*, herunder de tre førnævnte goder. I nedenstående vil vi kort redegøre for disse tre goder, og hvordan de er med til at definere individet- *selvet*.

*...I have been concentrating on qualitative distinctions between actions, or feelings, or modes of life. The goods which these define are facets or components of a good life. Let us call these 'life goods'.* (Taylor, 1989) s. 93.

Livsgoderne finder vi på det individualistiske plan og omfatter f.eks. familie-, og kærlighedslivet, hvor man har plads til at udfolde sig selv og blive set for den, man er. Disse er eksempler på livsgoder, der producerer en gensidig involvering og omsorg. Livsgoder er personlige enheder, vi bestræber os på at opnå med henblik på at give vores liv en værdi, det er de enheder, der gør, at man føler om man lever et godt liv eller ej.

Den hierarkiske opdeling sker gennem refleksioner, hvor man afgør om det at "leve af kærlighed og kildevand" er mere afgørende for ens identitet end en karriere, hvor man har mulighed for at dygtiggøre, endda nyttiggøre sine evner, eller om man vil udføre frivilligt arbejde, gå i byen hver weekend, eller bruge sin fritid på at vandre i de norske fjelde. Hvordan man prioriterer disse præferencer, skaber individet- selvet.

Hypergoderne er de goder/ værdier vi sætter højest, det er dem, vi bedømmer andre goder ud fra og er, til forskel fra livsgoderne der er subjektive, kulturelt prægede. Eksempler på disse kan være lighed, menneskerettigheder, og frihed. Hypergoderne hjælper til fortolkning, og kritik af livsgoderne, de sætter, så at sige, rammerne indenfor hvilke vi kan skabe vores identitet. Sagt med andre ord, hypergoderne er en gode, en slags værdi, man sætter over alle andre goder, dette kan være troen på Allah, eller troen på retfærdighed. Denne hypergode får topprioritet og en afgørende rolle i hvordan man anskuer livsgoderne, altså hvilke livsgoder man anser som værende vigtigere end andre. Det bliver ligeledes en værdi, hvormed man dømmer andre på deres prioritering af både livsgoder og hypergoder. Eftersom disse goder er kulturelt bestemt, må hypergoderne også være en del af ens kollektive identitet, altså følelsen af et tilhørsforhold til en større gruppe af personer. Man kan her være et individ blandt mange, en gruppe der deler den samme prioritering af hypergoder. Hypergoderne kan ændre sig over tid, de kan ifølge Taylor endda erstattes af nye og mere fuldendte hypergoder. Han forklarer at hypergoderne er historisk betinget og har udviklet sig over tid (Taylor, 1989) s. 64.

Dette bringer os til den tredje type goder, som Taylor peger på som værende identitetsdannende, nemlig de konstitutive goder. De konstitutive goder refererer til noget, der befinder sig i vores verden, der er så godt og har så stor betydning for os, at vores menneskelige kærlighed til det, er med til at give os energi til livet, ligesom det kræver, at vi som mennesker lever op til det, hvis altså vi som mennesker vil kalde os for gode (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 65. Eksempler på konstitutive goder kan f.eks. være sundhed, fred, frihed, og uddannelse.

De konstitutive goder har rodfæste i det ontologiske (Taylor, 1989) s. 66, hvilket betyder, at de udspringer fra det værende, altså ud fra det, der allerede eksisterer og noget som vi på forhånd kan tillægge et vist empirisk indhold. Endvidere repræsenterer de konstitutive goder også en ekstern og motiverende faktor, der bedst beskrives ved Taylors tese om, at denne motivation, der driver individets normative handlinger, har sin rod i en form for dybere lag, der ligeledes henviser til en dybere menneskeopfattelse, der er med til at konstituere det menneskelige værd ontologisk. Dette viser dermed også, at menneskeværd kræver vort engagement og vores energi. En forklaring på at kunne forstå de konstitutive goder bedre, er ved at lave en sammenligning med hypergodet. Morten Raffnsøe-Møller fremstiller følgende sammenligning ved netop at pointere, at det konstitutive gode netop adskiller sig fra hypergodet, men stadig står i relation til hypergodet (Taylor, 1989) s. 67.

Hypergodet kan stå side om side med begrebet ligeværdighed for alle individer, og vi bruger ligeledes hypergodet til både at revidere og kritisere livsgoder (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 66. Ifølge Taylor gør de konstitutive goder mere, end blot at definere, hvad moral teori er, eftersom en kærlighed til noget, er med til at give mennesker kræfter, der skal til, for at være gode mennesker (Taylor, 1989) s. 93. De konstitutive goder henviser ligeledes til vores værdihorizont på en anden måde end hypergoderne. Værdihorizonten skal ses som værende almengyldig, og dermed skal den også være rummelig nok til kunne anerkende individets mulighed for at opretholde det gode.

Begrebet anerkendelse nævnes her, da det er vigtigt at understrege, at anerkendelse er vigtigt, da det er med til, at vi som mennesker kan etablere et forhold til os selv, og dermed vokse og udvikle vores integritet, som hører under det moralske system, vi også lever i. Taylor tegner dermed et billede af det menneskelige individ, som efterlever det godes ide, og via fornuft og handling en indretning af vores moralske univers, vi som individer optræder i. De konstitutive goder betegner altså det virkelighedsforhold, vi som individer lever i, og de er ligeledes med til at gøre hypergoderne gode, fordi de er med til at afkaste den førnævnte motivation og energi, vi benytter i forsvaret for, hypergoderne og en udvikling af dem (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 67.

I forbindelse med ovenstående forklarede livsgoder, der er med til at kendetegne begrebet individ, kan det antages, at det nærmest er et menneskeligt grundvilkår, at vi som individer har en smule distance til os selv, hvortil Taylors argumenter vedr. det religiøse og naturismen er med til at give en bredere forståelse af det menneskelige individ.

”As beings designed by God with a strong urge to self-preservation.” (Taylor, 1989) s. 238.

Med ovenstående citat henvises der til det religiøse aspekt, hvis indhold byder på, at det er Gud, der har skabt manden, og i den skabelse har Gud ligeledes skabt en iboende trang til menneskelig selvopretholdelse. Endvidere formulerer Taylor, ud fra Lockes teologiske teori, at Gud ønsker, at mennesker skal være produktive, i form af at vi giver os selv intelligente, energiske og meningsfulde opgaver, der har til formål at opretholde os selv, samt det er med til at indgå i den protestantiske bekræftelse på et almindeligt liv (ibid.) s. 238. Man kan forsigtigt antage, at det religiøse aspekt, og hvordan mennesket gennem tiden har defineret deres forhold til Gud, har været med til at påvirke, hvordan vi ser og behandler livsgoderne, fordi det viser, at det at være et selv, og dermed også forholde sig til at være en værdi. Med dette in mente bevæger vi os videre fra

mennesket og Gud til naturen, for hvor der er konstitutive goder, er der nemlig natur goder (Raffnsøe-Møller, 2007) s.67.

Taylor forklarer i værket *Modernitetens ubehag, autencitetens etik* fra 2008 (Taylor, *Modernitetens ubehag - autencitetens etik*, 2008) s. 86-87, at identiteten kun kan opstå, generelt set, gennem kontakt med andre mennesker, dvs. gennem menneskets evne til at udtrykke sig selv gennem dialog og gestik, samt andre udtryksmåder som kunst og kærlighed. Det er her vigtigt at have in mente at begrebet individ har udviklet sig gennem tiden, som beskrevet i ovenstående afsnit om ordets etymologi på side 14. Vores identitet opstår i dialogen med andre personer, personer der betyder noget for os, og hermed hjælper os med at tilvejebringe identiteten. Sagt med andre ord; identiteten er et resultat af vores interaktion med andre individer. Dette skal ikke forstås sådan, at man ingen identitet har, såfremt man lever et isoleret liv, man mister ikke ens identitet, fordi man ikke interagerer med andre mennesker i en periode. Her er Covid-19 nedlukningerne og selvisolation et godt eksempel. Man har muligvis oplevet psykiske gener af at være afskåret fra kontakt med andre mennesker, men man er stadig den person, man var før isolationen. Der kan ganske vel ske ændringer i ens opfattelser af, hvad der er vigtigt i livet, og man kan måske endda også virke en smule anderledes i øjnene på ens omgangskreds, men dette skal ikke tolkes, som at man har mistet sin identitet af den korte periode i isolation. Dette er blot et udtryk for at identiteten er foranderlig.

Et individ er én af en art eller race, hvilket vil sige at individet først kan opstå set i forhold til andre af samme race eller art. Individbegrebet er altså relationelt i den forstand, at man først bliver til et individ, adskilt fra alle andre individer, når man perciperes af andre individer. George Herbert Mead skriver: "Et individs oplevelse af sig selv sker ikke direkte, men kun indirekte (...) kommunikation forsyner os med en adfærdsform, hvorigennem organismen eller individet kan blive genstand for sig selv" (Mead, 1934) s. 168. Sagt med andre ord, identiteten, og dermed individet, kan først blive til når man, om man vil, filtreres gennem andres opfattelse af én.

Horace Romano Harré skriver i bogen *The singular self: An Introduction to the Psychology of Personhood*, at man kan definere 'selvet' på tre måder (Harré, 1998) s. 4. Selv 1 er, ifølge Harré, fornemmelsen af at have ét udgangspunkt hvorfra man perciperer og handler på verden. Harré skriver: "It is to have a sense of one's point of view, at any moment a location in space from which one perceives and acts upon the world, including that part that lies within one's own skin" (Harré, 1998) s. 4.

Den anden måde, Selv 2, beskrives som værende totaliteten af personens egenskaber “hvilket også inkluderer personens overbevisninger om egne egenskaber; det vil sige personens idéer om, hvem vedkommende er” (Brinkmann, 2008) s. 26. Svend Brinkmann forklarer i bogen *Identitet: Udfordringer i forbrugersamfundet* at egenskaberne i Harrés Selv 2 er relationelle og kun kan “defineres ud fra en persons relationer til andre mennesker” (ibid.) s. 26. Dette stemmer overens med Taylors teori om, at identiteten først opstår gennem dialogen og andre interaktioner med andre. Kernen i Harrés teori er, at identitet, og individ, bliver til set i forhold til andre individer. Man kan altså først tale om én identitet, eller ét individ, hvis det står i forhold til noget andet. Brinkmann skriver: “Man kan kun være udadvendt, buddhist eller fremmedfjendsk, hvis der er andre mennesker at være udadvendt i forhold til, hvis der i praksis udøves en religion som buddhismen, og hvis der findes mennesker, som defineres som “fremmede”, som man kan nære fjendtlige følelser over for” (ibid.) s. 26.

Harrés Selv 3 beskriver den person som man anses for at være af andre. Dette må antages at være den identitet Taylor taler om, når han siger at vores identitet først bliver til i det vi perciperes af andre, i hvert fald i den forstand at vi bliver til i mødet med andre. Ved første øjekast kan det være svært at skelne mellem Selv 2 og Selv 3, den grundlæggende forskel ligger i at selv to er personens egne ideer om hvem vedkommende er, mens Selv 3 beskriver hvordan vedkommende anses af andre. Forskellen er altså et spørgsmål om selvforståelse, kontra hvordan andre perciperer vedkommende.

Som Brinkmann pointerer, mangler Harrés teori en ekstra dimension, hvilket for dette projekts anskuelse af individbegrebet er vigtig. Taylors teori om de tre goder, som nævnt i ovenstående afsnit om goderne, er moralsk defineret, og det er netop denne dimension som Brinkmann mener der mangler i Harrés teori om selvet og identiteten. Han skriver:

*“... personer er i stand til at identificere sig med bestemte værdier og derigennem kan forpligte sig på bestemte moralske projekter. Disse værdier og projekter har en særstatus i personers selvfortolkning, da de udpeger, hvad der er vigtigt for personen, og derved indrammer vedkommendes identitet... Kun de egenskaber og reaktioner, der har at gøre med personens moralske forpligtelser, har i identitetsmæssig forstand betydning for vedkommende...”*

(Brinkmann, 2008) s. 27.

Brinkmann påpeger her manglen på den moralske dimension, som er afgørende for Taylors, og dette projekts definition af individbegrebet.

Det at være individ defineres her ud fra de moralske værdisæt, som personen handler ud fra, mens det samtidigt defineres ud fra ens relation til andre. Vi har nu fremført flere måder at anskue individbegrebet på, men da det er så komplekst et begreb, vil vi inddrage endnu en definition på begrebet. Denne gang tager vi udgangspunkt i Michel Foucaults teori omkring begrebet.

## Foucault

Foucault er kendt for sit opgør med fænomenologien og eksistentialismens tilgang til mennesket som værende frit og handlekraftigt. I hans værk *Vidensarkæologien* (*L'archéologie du savoir*) fra 1969, skriver han, at vi som mennesker er forskellige, ikke bare fra hinanden, men også fra os selv. Det handler nemlig ikke om at bestemme vores identitet ud fra hvem eller hvad vi ikke er. Han skriver at hans "diagnostik ikke gør status over vores identitet gennem et spil af forskelle. Den bringer i stand, at vi er forskel (*que nous sommes différence*)" (Foucault, 1969) s. 192. Med dette mener han, at vi hele tiden er i bevægelse, på vej fra noget til noget andet, men der er ikke tale om vilkårlige bevægelser der lader sig ændre for forgodtbefindende. Foucault mener, at vi hver især er bundet til en specifik kontekst, og netop derfor er bevægelserne ikke vilkårlige. Hans ønske er, at man kan "tænke begivenheden som en tilblivelse der gør sig gældende igennem det der er, og som bevirker at det forandrer sig i specifikke, men ikke altid umiddelbart bestemmelige henseender" (Raffnsøe, Gudmand - Høyer, & Thaning, 2008) s. 67.

Foucault behandlede efterfølgende det umiddelbart enestående og usædvanlige som en singularitet. Noget der står i modsætning til det almindelige og systematiske. For Foucault er det singulære det der "adskiller sig fra og udskiller sig fra mængden i kraft af, at det ikke kun er særskilt, men også udgør en *engangsforeteelse*" (ibid.) s. 69. Dette forstået således, at et menneske ikke betegner et bestemt væsen, der tilhører arten menneske i den almene og partikulære forstand, ej heller at det henviser dette specifikke menneske til det individuelle, hvor dette menneske adskiller sig fra andre mennesker. Men derimod i den forstand at, "det træder frem som et simpelt 'dette-her' der skiller sig ud i kraft af at det kun hænder én gang" (ibid.) s. 69.

Det er vigtigt her at gøre klart, at individet for Foucault er et afkast af de diskurser, der er på spil i en given situation. Ud fra disse diskurser fremstår individet som én af fire måder.



Ifølge Foucault kan man altså anskue et individ på fire forskellige måder. Først og fremmest det *almene*, hvilket er det fællesskab der binder alle af en art sammen. Dette kunne f.eks. være termen ‘menneske’, en fælles betegnelse for arten menneske. Det almene tillader ingen særegenheder eller andet, der adskiller ét menneske fra et andet, vi er alle mennesker. Det *partikulære*, er det begreb Foucault benytter til at beskrive det særegne, det der gør, at man kan adskille det ene menneske fra det andet. Han indfører endnu et begreb, nemlig det *individuelle*, der betegner “ et væsen der ikke lader sig adskille fra væsener tilhørende samme underste art gennem værensbestemmelse” (ibid.) s. 68. Her er vi tilbage ved den latinske grundstamme af ordet *individ*, nemlig ordet *individuum/individuus*, altså noget der ikke er deleligt. Ifølge Foucault skal man se det singulære som noget enestående, men ikke alenestående. Singulariteten skal ses i relationen til noget andet, “Det bliver først muligt at præcisere hvori begivenhedens singularitet består ved at opridse de sammenhænge som den på én og samme tid indgår i og adskiller sig fra” (ibid.) s. 69-70. I forhold til lægevidenskabens udvikling gik man fra at se diagnosticeringen som noget alment, i bedste fald det partikulære eller særegne, til at anskue det syge individ og dets sygdomsforløb som noget singulært.

*“Den anatomo-fysiologiske klinik producerede en viden om individet der ikke forholdt det til en universalitet, men som iagttog hvordan individet blev ramt af enestående tilstande eller hændelser. En diskurs blev mulig som forholdt individet til det singulære. Fra da af ophørte sygdommen med at være almen og blev i stedet et forløb der tog individualitetens form.”* (ibid.) s. 138.

Foucault ser altså individet som noget særegent, der ikke bare lader sig reducere til én ud af mange, altså en person ud af arten menneske, men som noget helt exceptionelt og enestående. Denne måde at anskue individet på adskiller sig fra de ovenstående måder, vi ellers har fremstillet, og vi vil i et senere analyseafsnit gå mere i dybden med, hvordan de forskellige definitioner adskiller sig fra hinanden, samtidig med at vi vil forsøge at præcisere, hvorfor det er vigtigt, hvordan man anskuer individet i forhold til at undersøge, hvordan individet kommer til udtryk i relationen mellem lægen og patienten. På vejen mod analysen vil vi uddybe flere begreber og redegøre for flere parametre som vi finder relevante for vores undersøgelse. Heriblandt vil vi nu kort præsentere Foucaults diskursteori.

### Foucaults forståelse af diskurs

Foucaults diskursteori er ikke uden relevans, når man, som vi, ønsker at undersøge hvordan individet kommer til udtryk i relationen mellem lægen og patienten. Relevansen ligger i hvordan

man anskuer bl.a. magt og individet. Dette påvirkes af om man anskuer begreberne som noget der opstår i relationerne, hvor relationerne er diskurserne eller ej. Sagt med andre ord, diskursen er det tankesæt der omgiver et givent emne, og hvordan man anskuer f.eks. magt- eller individbegrebet afhænger af diskursen.

En diskurs ses som værende en gruppe af udsagn, der alle er underlagte nogle eksistensvilkår og regler, det er altså måder, hvorpå man kan opfatte og tale om forskellige forhold på. Det kan ses som en form for tankesæt, der omkranser et emne. Ligeledes er diskurs tæt forbundet med teorier om magt, hvor det at være i stand til at definere diskurser, ofte sidestilles med at kunne definere virkeligheden.

*The general point is that, in social interaction, speakers are achieving meaning at many levels. They are exchanging information between them (although very little of the extract under discussion is concerned with transmitting 'information' in the sense of 'fact' or 'data'), and negotiating particular relationships between them as individuals. (Jaworski & Coupland, 1999) s. 10.*

Fortolkelsen af sprogbruget er derfor, at det rummer langt større aspekter, end kun det talte ord, hvilket kan argumentere for, at diskurser i sproget derfor har til formål at skabe både social orden og samspil med det samfund, individet befinder sig i.

I dette speciale laver vi ikke en direkte diskursanalyse, men vi demonstrerer, at vi er klar over at diskurserne spiller ind, når vi arbejder med Foucaults definition af magt, og i forhold til vores analyse af individet i forhold til Foucault. Vi er bevidste om, at sproget i relationen mellem læge og patient kan være med til at skabe den sociale verden, de indgår i, i relationen. Vi gør det dermed klart, at formålet med forståelsen af diskurserne ikke har til formål at tjene til en lingvistisk analyse.

Når Foucault arbejder med forståelse af diskurs, kan det antages, at han har til formål at forstå menneskets subjektivitet. Ligeledes argumenterer han for, at magt er det, der er med til at producere individet, fordi magt skal ses som værende det, der produceres af individets subjektivitet gennem relationer (Hedde, 1992) 39-43. Magt for Foucault er derfor en grundlæggende komponent i alle de relationer, som individet indgår i (ibid.) s. 39.

Det står derfor klart, hos Foucault, at magt er en bred vifte af institutionelle praksisser, hvorved individet altså undersøges og på sin vis kontrolleres på en sådan måde, at individet kan manipuleres til at få en mere effektiv adfærd, og derfor præsenteres denne magt udførelse i en egalitær retorik.

Det lyder en kende voldsomt, når det sættes op sådan, men det kan også anskues som værende en mere smidig form for magt, forstået sådan at dette ikke er med tvang, men at individet via relationen simpelthen glider, så at sige, ind i denne tilstand, hvorpå individet eksempelvis blot stoler på en læges ytring og fordring i kraft af lægens autoritet.

”Men den magt, der varetager livet, har brug for stadigt regulerende og korrigerende mekanismer” (Foucault, V. Retten til døden og magten over livet, 1994) s. 148.

Med dette henviser Foucault til magten over livet, men vi har bragt citatet for at illustrere, at magten til stadighed skal reguleres, for netop at få den tilpasset til de situationer og diskurser, den befinder sig i. Endvidere henviser det også til loven, for uanset hvilken institution, der er tale om, så er loven med til at opretholde og fungere som en norm, dette gælder også for sundhedsvæsenet i deres magt diskurs (ibid.) s. 149.

Magtdiskursen er i dette speciale uhyre vigtig, da vi antager at lægen, i form af at patienten opsøger ham eller hende, indtager magtdiskursen. Dette er medvirkende til at det er lægen der definerer sandheden. Hvordan lægen definerer individet, er altså sandheden. Men alligevel definerer Foucault selv individet, dette ud fra den ene af hans hovedpointer der siger, at vi skaber os selv som individer gennem utallige magtrelationer, og diskurser om individet. Dette gør at individet, historisk set, ifølge Foucault, er blevet gjort til objekt gennem diverse institutioner som eksempelvis lægevidenskaberne m.fl. Idet at mennesket gøres til objekt, og på sin vis også gør sig selv til objekt, bliver individet sideløbende genstand for kontrol (ibid.) s. 149. Magtdiskursen er altså afgørende for, ikke bare hvordan samfundet anskuer individet, men også for hvordan individet anskuer sig selv som individ.

Dette samler vi op på og uddyber løbende gennem vores analyser af både individet og af magten i relationen. Ligeledes vil der, i nedenstående, komme et afsnit, hvor vi definerer magt yderligere. Et andet begreb som Foucault beskæftiger sig med i forbindelse med magt og diskurser, er begrebet **moral**. For Foucault var morale endnu en form for magt, en magt der forsøger at fastholde forholdet af dominans. Vi vil, i nedenstående afsnit, uddybe moralbegrebet ud fra Taylor og Kant, men vil ikke inddrage Foucault i dette afsnit. Vi behandler dette begreb ud fra Foucaults optik løbende igennem specialet.

## Moral

Taylor var meget optaget af moralen i forbindelse med hans teori om hvordan selvet og individualiteten udvikles. Derfor giver det god mening, at han trækker på Immanuel Kant. Taylor nævner Kant i *Sources of the self* og dermed individets myndighed og ligeledes pligten til at tænke selv. Kant inddeler mennesket både som værende aktør og som værende iagttagere. Kant anså ligeledes mennesket som værende både godt og ondt, men at mennesket havde den fordel, at det kunne forbedre sig (Bengt-Pedersen, 1995) s. 229. Kant argumenterer ligeledes i sin tredje paralogisme om personligheden, at der hersker en form for indre anskuelse af en selv, og på dette grundlag argumenteres der videre med, at man derfor må betragte sjælens personlighed som værende identisk i tiden, hvorfor dette er grunden til at den har a priori gyldighed (ibid.) s. 278-279.

“Det, der til forskellige tider er sig den numeriske identitet af sig selv bevidst, er i den forstand en person. Nu er sjælen etc. Altså er det en person” (Kant, 2020) s. 278

Det ses som værende den første definition på det at være et individ, og numerisk identitet betyder, at der er tale om én og samme entitet, noget der ikke kan deles, hvilket stemmer overens med ovenstående etymologiske beskrivelse af begrebet identitet. Når man, ifølge Kant, kan erfare identiteten, skal man være opmærksom på det uforanderlige i subjektets fremtræden, ligesom man skal være opmærksom på alt det andet, der også knytter sig til det (ibid.) s. 278 - 279.

Identiteten er derfor bevidstheden om sig selv en formel betingelse for ens egne tanker og tankernes sammenhæng, men alene det beviser ikke den numeriske identitet, netop fordi, der i subjektet kunne have foregået en form for en rotation, der gør, at det uagtede jeg'ets logiske identitet, kan bevare sin identitet, selv om subjektet hele tiden har et enslydende jeg (ibid.) s. 279. Her gøres det tydeligt, at individet påvirkes af en ydre iagttagere, der ikke vil kunne slutte sig til den objektive uforanderlighed af individets selv ud fra det, der i individets bevidsthed ledsager de førnævnte tankers sammenhæng (ibid.) s. 279. Med dette argumenterer Kant for, at vi som individer, på den ene side har en numerisk identitet, men at vi, selvom vi har numerisk identitet, vil have kunnet gennemgå en forandring i vores indre, der bevirker at vi er på en anden måde.

Med dette afsnit bevæger vi os nærmere psykologien, hvilket er ganske bevidst. Man kommer ikke udenom det psykologiske aspekt af individbegrebet i en undersøgelse af, hvordan individet kommer til udtryk i relationen mellem læge og patient. Grunden til at dette ikke kan lade sig gøre uden

psykologien, er at vi som individer er meget komplekse, lige så komplekse som individbegrebet og denne kompleksitet ligger i, hvordan vi, som individer, er opbygget. I ovenstående fremføres individbegrebet som værende afhængigt af vores moralske domme over hvad, der er vigtigst i livet, hvad der er rigtigt og forkert, og hvordan vi handler herudfra. Men psykologien kan give os et indblik i, hvorfor vi handler, som vi gør. Dette bygger nemlig ikke altid på bevidste handlinger ud fra hvad, der gavner os selv bedst eller ud fra en utilitaristisk beregning om hvordan, vi skaber mest mulig nydelse og glæde ud fra vores valg.

## Psykologien

Når begrebet individ defineres, kan der også inddrages det psykologiske perspektiv af, hvad det vil sige at være et individ. Tager vi de freudianske briller på er individet ikke defineret ved sin bevidsthed, ej heller ved sine sociale relationer, da individet er et samlet produkt af det hele, og her menes både de biologiske, psykologiske og sociale aspekter, hvor de psykologiske aspekter ud over bevidstheden og de personlighedsdannelse også indeholder det ubevidste, hvor det ubevidste ikke er direkte tilgængeligt via bevidstheden. Individet er derfor både det bevidste og det ubevidste, hvorfor en af Freuds vigtigste opdagelser var forekomsten af væsentlige og ubevidste drivkræfter i både vores handlinger og den måde, vi, som individer, tænker på (Cullberg, 1999) s. 88.

Individet er i Freuds perspektiv derfor opstået som en form for et skæringspunkt mellem mange interaktioner med andre, fordi enhver interaktion mellem to subjekter, lagres i subjekterne, ligesom det så at sige påvirker dem. Denne lagring er vigtig for, hvordan det ene subjekt betragter det andet subjekt. Med dette går vi til den psykiske personligheds bestanddele. Freud argumenterer for, at mennesket bliver syg af den konflikt, der hersker mellem de krav, der er fra driftslivet og den modstand, vi oplever, der rejser sig mod disse krav (Freud, 2004) s. 400. Ud fra dette er det tydeligt, at der i mennesket ligger både drifter og konflikter, der er medbestemmende for, hvordan mennesket handler og interagerer. Med dette introduceres en hurtig fremstilling af jeg-psykologien, bedre kendt som Freuds personlighedsmodel. Det er ikke meningen, at vi vil gå meget i dybden med den, vi vil blot belyse, hvordan den psykologiske del af menneskets personlighedsstruktur er konstrueret.

Freud inddeler den menneskelige psyke i tre: Jeg (ego), det (id) og overjeg (superego) (Cullberg, 1999) s. 89.

Jeg'et er, ifølge Freud, ikke et subjekt i egentlig forstand, men jeg'et kan tage sig selv som objekt, og dermed er det jeg'ets fornemste opgave at iagttage og registrere de forskellige faktorer, som påvirker jeg'et. Det vil sige, at jeg'et altså bl.a. kan kritisere sig selv som andre objekter kan (Freud, 2004) s. 401. Jeg'ets funktioner er f.eks. tænkning, hukommelse, perception og motorik (Cullberg, 1999) s. 89.

Jeg'et ses som spaltet, fordi det spalter sig over mange funktioner, som nævnt ovenfor (Freud, 2004) s. 401. Jeg'et kan ligeledes blive udsat for forstyrrelser, som f.eks. kan være problemer i barndommen, der vil have en stor betydning for, hvordan jeg'et udvikler sig, og om jeg'et formår at udvikle en stærk og integrerende funktion (ibid.) s. 89.

Det'et skal ses som de forankrede biologiske drifter og fungerer i samhørighed med lystprincippet, da det'et opretholder de drifter, der er med til at sikre, at vi som art overlever (Cullberg, 1999) s. 89. Når det'et samler drift krav, er det jeg'et, der må registrere dem. Det'et søger ligeledes direkte mod lystdrifterne uden at tage hensyn til andre faktorer, idet det'et søger direkte tilfredsstillelse uden at påtænke eventuelle konsekvenser (ibid.) s. 89.

Overjeg'et dukker ind i det'et (Freud, 2004) s. 417, hvilket betyder at overjeg'et sørger for at tilpasse det'et til de normer, der hersker for, hvad der er ret, og hvad der er uret, hvad der er godt, og hvad der er dårligt. Overjeg'et dukker ind i det'et og den udvikling individet har gennemgået i livet (ibid.) s. 89. Overjeg'et har ligeledes to funktioner bestående af jegidealet, som er det billede individet har af sig selv, og samvittigheden, der tilhører den straffende instans, der aktiveres, når noget er uden for de normer, individet normalvis befinder sig i og handler efter (Freud, 2004) s. 417 og (Cullberg, 1999) s. 89.

Ses der på mennesker generelt, og dette værende mennesker, der er i balance med sig selv, er det altså normalt, at der foregår en form for indre dialog mellem det'et og overjeg'et. Denne indre dialog gør det muligt for individet at håndtere driftsbehovet, ligesom det er med til at regulere, via skyldfølelse og selvkritik, individets handlinger (Fjordbak, 2019) s. 30.

Vi har nu gennemgået den freudianske personlighedsmodel, som har til formål at illustrere den sindslige sammensætning af et individ. Endvidere finder vi det relevant at gå lidt dybere til værks, fordi vi ligeledes ønsker at undersøge flere dele af det psykologiske aspekt, eftersom vi erfarer, at det vil hjælpe os med at se og definere, hvad et individ er, og hvordan handlingsmønstre og

mekanismer udfoldes, og dermed er medbestemmende for et individs behov, tanker, reaktioner og følelser.

### Karakter holdninger og forsvarsmekanisme

Når vi i dette afsnit vælger at gå ind og definere på karakter holdninger og begrebet forsvar, er det vigtigt at have in mente, at vi med forsvar mener, at et individ kan gå i en form for forsvars tilstand, når der eventuelt skal gives en sundhedsmæssig hård besked, ligesom et individ kan gå i forsvar, når en hård sundhedsmæssig besked skal gives til et andet individ.

Menneskers karakter kan ses som værende en form for sammenhængende system af diverse holdninger og syn på forskellige ting, og dette system bliver udfordret, når det er i samspil med tidligere gjorte erfaringer, så vel som når systemet er i samspil med andre individer, der måske har et anderledes fungerende system, end man selv har (Cullberg, 1999) s. 92.

Forsvarsmekanismer bor i individets 'jeg' funktion, hvor de er ubevidste for individet selv, og forsvarsmekanismerne har vigtige funktioner for individets psykiske overlevelse (ibid.) s. 92. Når et individs forsvarsmekanismer iværksættes, er det altså for at regulere på diverse følelser, et individ føler, på grund af indre konflikter eller ved konflikter der vedrører personer og/eller situationer, individet befinder sig i. Man kan antage, at det er for at individets personlighed kan beholde en form for ligevægt. Forsvarsmekanismer anses som værende vigtige for individet, når individet skal fungere socialt, netop fordi forsvarsmekanismerne har til formål at bremse eventuelle umiddelbare impulsive følelser, således individet handler i overensstemmelse med, hvad der er socialt acceptabelt i en given situation.

Endvidere kan begrebet forsvarsmekanisme blive anvendt, når et individ bliver konfronteret med personlige kriser, som sorg og sygdomme. Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at når vi nævner begrebet forsvar, er det ikke nødvendigvis negativ ladet, men simpelthen måden hvorpå, man, som individ, reagerer i de forskellige situationer, man kan befinde sig i.

Vi fortsætter i det freudianske perspektiv, hvortil vi kort vil præsentere relevante dele af teorien fra *Modstand og fortrængning*, som vil tjene formålet at belyse patienternes modstand og fortrængning, ligesom vi vil komme ind på, hvordan Freud beskriver lægens syn på patienten, idet lægen pålægger patienten at hensætte sig selv til en tilstand af rolige iagttagelser. Dette skal gøres uden at spekulere,

mens patienten samtidig skal meddele lægen om de indre iagttagelser, han gør sig under sygdomsforløbet (Freud, 2004) s. 221.

Vi har in mente, at det er psykoanalysen, vi her arbejder med, ligesom vi ved, at Freud er psykolog, der primært arbejder med patienter, der har ondt i sindet, men det er relevant, at Freud i sin teori beskriver, at man træffer patienter, der aktivt gør et forsøg på at reservere dele eller bestemte dele af sig selv, og dermed deler patienten ikke dette med fagpersonen (ibid.) s. 221-222. Sagt med andre ord, patienten yder en form for modstand mod lægen. Freud nævner ligeledes den intellektuelle modstand, som værende den modstand, der kæmper mod argumenterne, ligesom denne form for modstand bliver beskrevet som den analytiske, og den der iværksætter patientens modstandsfaktor (ibid.) s. 223-224. Endvidere nævnes den patogene proces, som vises gennem modstand, og denne proces kalder Freud for fortrængningen, og fortrængningen er en forudsætning for symptomdannelse. En proces, der bevirker, at der sker en udvikling, således det ubevidste forvandler sig til det bevidste (ibid.) s. 227-228.

Efter grundig gennemgang af blandt andet forsvarsmekanismerne og andre sindstilstande, som lægen kan risikere at møde i relationen med patienten, arbejder vi os frem mod magt og etik, der vil tjene til oplysning om, hvordan disse begreber rodfæster og arbejder i de relationer, der skabes i den professionelle sfære i sundhedsvæsenet.

## Magt og etik

Begrebet magt ses som værende et udtryk for samfundsmæssige og mellemmenneskelige relationer. En form for forhold mellem individer og ligeledes mellem individer og menneskabte institutioner, såsom hospitalsvæsenet, hvor hospitalspersonalet i kraft af deres uddannelser befinder sig i en magtfuld position, når de er på arbejde. Dette modsat patienten, der kun opsøger hospitalets personale, når patienten har behov for det. Ligeledes er vi klar over, at der eventuelt er asymmetriske magtforhold, hvor magten ikke er ligeligt fordelt, og hvor den ene bestemmer mere i den relation, der skabes, når læge og/eller sundhedspersonale og patient og/eller pårørende møder hinanden. Dette vil vi vende tilbage til. Ligeledes er det værd at huske på, at sundhedspersonalet ikke kun er sat til at gøre, hvad der er bedst mulig for det enkelte individ, men at sundhedspersonalet også har et ansvar om at varetage fællesskabets interesser. Vi antager denne førnævnte magtfordeling, netop fordi patient empowerment vinder frem i sundhedssektoren, hvilket antyder, at der er en magtfordeling, og ligeledes antydes det, at man finder det vigtigt, at både



patienter og pårørende tiltrædes mere aktive roller, eftersom det er i relationen, der kan gøres en forskel (Pedersen & Kirk, 2014).

Læge Inga Marie Lunde italesætter, i bogen *Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom*, kort magtforholdet mellem læge og patient som en samtale med ulige positioner og at det er lægen der er eksperter, jvf. citatet på side 2 i dette speciale (Lunde, 1998) s. 84.

Magt kan opfattes som noget, man kan erhverve sig, miste eller genfinde. Michel Foucault argumenterer for, at vi som individer skaber os selv gennem forskellige magtrelationer og diskurser, og denne proces kan ses som værende en form for objektivisering af individet (Foucault, *Brugen af nydelserne*, 2004) s. 429. På denne måde er individet derfor blevet objektiviseret igennem diverse samfundsmæssige menneskeskabte institutioner, og fordi individet bliver til et objekt og dermed også gør sig selv til et (Richter, 2011 (32)).

Det kan endvidere antages, at Foucault ser det sociale rum, hvor magten udspiller sig, som værende en kamp, der udøves med kroppen. Ikke via slåskamp, men via tankevirksomheden og sindet, der styrer menneskets krop. Antager vi dette, vil det være naturligt at påføre det til etikens lære. Inden pligtetikken præsenteres, retter vi fokus mod følgende argument, at uden magt duer etikken ikke. Der argumenteres for, at begrebet magt er et vilkår, der fremgår i det professionelle hjælpearbejde, som også indbefatter det arbejde hospitalspersonalet udfører på daglig basis (Meiner, 2018). Joachim Meiner, cand.psych. og cand. public, argumentere for, at man bør sige sig fri fra drømmen om en magtfri praksis, og i stedet for at forholde sig til det faktum, at der forekommer en magt og at denne altid er til stede, ligesom denne magt kan have mange forskellige former (ibid.) s. 2. Med dette menes, at der forekommer nogle etiske parametre, der også bevirker, at man kan gå skridtet videre, og dermed måske acceptere, at man ikke ønsker at komme af med den magtfaktor, der forekommer i førnævnte professionelle hjælpearbejde (ibid) s. 2. Meiner argumenterer videre og forklarer dermed, at grunden til, at man ikke ønsker at komme af med denne magt skyldes, at magten netop udgør udgangspunktet for, at det er os muligt at handle etisk (ibid.) s. 2.

Ud fra ovenstående afsnit om magt og etik, finder vi det relevant at gennemgå stuegangens betydning, eftersom stuegangen er central for en læges relation til indlagte patienter. Relationen til lægen opbygges som oftest i konsultationen og i stuegangen, hvorfor vi har valgt at inddrage dette afsnit. Ligeledes er det relevant at undersøge om der findes diverse magtrelationer i stuegangens betydning.

## Stuegangens betydning

Stuegangen skal ses som værende et centralt organisatorisk redskab, som skal ses som værende en form for patientkonsultation, netop fordi der under stuegangen er et socialt og fysisk møde mellem læge, sygeplejerske og patient. Stuegang er en aktivitet, der foregår dagligt, og det er en ressourcekrævende aktivitet, eftersom der inden stuegang forekommer forberedelse via diskussion af patienterne på en tværfaglig afsnitskonference og også ved en gennemgang af patienterne af den aktuelle sengeafsnitslæge og stuegangssygeplejerske (Pedersen A. R., 2000) s. 58-59.

Stuegang kan ligeledes opfattes som værende en form for arbejdsværelse for lægen, hvori samarbejdet mellem læge og sygeplejerske er med til at skabe den forestående dialog med patienten og/eller de pårørende. Stuegangen kan derfor ses som værende et socialt rum, hvor netop patientens sygdom/tilstand bliver italesat (ibid.) s. 71. Stuegangens overordnede formål er at være med til at sikre, at der foregår en optimal behandlingsplan i patientforløbet, der er koordineret mellem læge, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og eventuelle andre tværfaglige samarbejdspartnere, og dette foregår med en høj patientinddragelse. Hertil er det vigtigt at have in mente, at selvom det sundhedsfaglige personale har tilegnet sig generel viden om patientens sygdom, og behandlingen af sygdommen, så er det patienten der har den helt særlige viden om, hvordan sygdommen indvirker på hende eller ham.

Stuegangen er dermed et rum, der kan anses som værende et vidensforum, og i dette vidensforum spiller andre relationer ligeledes ind, og nemlig magtrelationerne, som vi vil uddybe i nedenstående afsnit.

## Stuegangens magtrelationer

Til dette afsnit finder vi det relevant at genbesøge begrebet magt, og særligt to magtaspekter, *den direkte magt* og *den strukturelle magt*.

### Den direkte magt

Den direkte magt skal ses som værende en magtform, der udøves direkte i en konkret beslutningsproces. Den direkte magt kan f.eks. være den magt en læge har tilegnet sig i kraft af både sin uddannelse (MD) og i kraft af den stilling lægen har ved sin ansættelse. Her er det eksempelvis både kompetence og autorisation, der er i højsæde. (ibid.) s. 69. Sagt med andre ord, magten ligger hos lægen som eksperten, jvf. citatet af Lunde på side to i dette speciale.

## Den strukturelle magt

Den strukturelle magt er den magt, der eksisterer i kraft af de forskellige strukturer, der har til formål at bestemme, hvordan en stat opfatter virkeligheden. Den strukturelle magt er derfor en magt, der ikke bliver udøvet direkte af staten. Petersen forklarer kort, at den strukturelle magt ses ved at der i organisationer foregår handlinger, der gentages så hyppigt, at de handlinger til sidst opfattes med største naturlighed og dermed bliver indgroede rutiner, som de ansatte ikke engang selv er bevidste om (ibid.) s. 69.

Med gennemgangen af stuegangens betydning, finder vi det nu relevant at inddrage, hvordan det etiske ses som en medspiller, hvorfor vi kort vil introducere dele af den kantianske pligtetik, ligesom vi kort vil redegøre for nytteetikken.

## Pligt og nytteetikken

I ovenstående har vi gennemgået det psykoanalytiske aspekt af det at være patient, vi har redegjort for magt og magtfordelingen i relationen mellem læge og patient, og vi har redegjort for stuegangen og de magtrelationer der kan ligge i stuegangen. Ligeledes har vi kort været inde på den etik, der knytter sig til magten. Vi vil dog her genbesøge etikken, da der knytter sig mange etiske overvejelser og forskrifter til sundhedssektorens regi. Dette bringer os til pligtetikken, som stræber efter at skulle finde frem til de alment gyldige principper og pligter, som hvert fornuftsvæsen kan erkende.

” ifølge den maksime, ved hvilken du samtidig kan ville, at den bliver almengyldig lov” (Kant, 2020) s. 63

Ifølge dette citat, kan der altså via det kategoriske imperativ, bestemmes om en brug af magten, kan ses som værende moralsk, for så vidt man ville, at alle andre også handlede på selvsamme måde, hvis de stod i samme situation. Pligtetikken henstiller så at sige til en form for etisk bevidsthed, hvor vi som individer, kan fundere over, om vi vil ophøje handlingen til en ”lov”, der også bør gælde alle andre individer.

Nytteetikken henviser til et vigtigt princip, hvor alle individer tæller for én, ligesom det handler om, at man som individ danner sig et overblik over samtlige interesser, der end måtte være i en situation inkl. egen interesse. I nytteetikken overvejer man derfor både fordele og ulemper ved en handling,

inden der handles (Meiner, 2018) s. 3. Meiner henstiller til, at der forefindes nødvendige og også vigtige erkendelser i både nytteetikken og pligtetikken, da netop disse to etikker implicit altid er til stede, når man befinder sig i svære situationer, og når man skal vurdere, hvordan man bedst handler i situationen (ibid.) s. 3.

Efter gennemgang af både stuegangens betydning og etikken, finder vi det relevant at beskæftige os med "rummet". Rummet er medspiller i det sundhedsfaglige personales arbejdsgang, ligesom det også spiller en væsentlig rolle for patienten.

### Rummet finder sted

I dette afsnit vil vi se nærmere på begreberne rum og sted. Vi ønsker både at beskrive rummet, som værende det vi ser via rummets indretning, og ligeledes lægger vi fokus på rummet som værende en anskuelsesform, og dermed det rum der skabes, når man som individ skaber et rum via eksempelvis dialog og interageren med andre individer. Rummet kan altså i denne forstand opfattes på to måder, det fysiske rum man sidder, står eller ligger i, og som det rum som skabes i dialogen.

### Den spatiale vending

Når begrebet spatial vending skal forklares, er der på forhånd visse parametre, der skal være i spil, ellers vil en forestående analyse af "rummet" ikke kunne finde sted. En af disse parametre er det erkendelsesmæssige (Bjerre & Fabian, 2010) s. 12. Den spatiale vending omhandler nemlig, hvor vi, som individer, er placeret i verden. Den handler om, hvordan vi erfarer og reagerer på verden. Den spatiale vending handler om vores sansninger, og de betydninger der er, for de forskellige situationer, vi befinder os i. Det handler om stedernes (rummet) betydning for vores egen selvforståelse og egen erindring, ligesom det handler om erindringen for stederne (rummet) (ibid.) s. 12.

Til dette hører også den ontologiske tilgang, der har til formål at belyse, hvad tid og rum egentlig er. Der sondres over, om der eventuelt kun findes ét rum, eller om der kun findes de rum, man som individ kan gå ud og ind af (ibid.) s. 12. Tanken bag dette er, at der bliver tænkt og analyseret på, hvad og hvor rummet eksisterer og hvordan rummet eksisterer.

Det er nu fastslået, at det er muligt at anskue et rum på forskellige måder, og den betydning disse måder har, hører under det politisk-praktiske, da dette er med til at kendetegne, hvordan vi, som individer, definerer, forstår og ligeledes forvalter rum og sted (ibid.) s. 13.

Eftersom det moderne sygehusvæsen virker til at være mere travlt, anonymt og også en anelse bureaukratisk, kan det rum, hvor mødet med patienten skabes, synes mere hektisk, eftersom sygehuspersonalet kører efter en stram tidsplan, hvilket både påvirker patienten og ligeledes også personalet. Kari Martinsen taler ligeledes om et rum, og dette rum beskrives ved at menneskene skal være til stede i nuet. Igen er det ikke et rum med møbler, der beskrives, men det rum man skaber, når man er i andres nærvær (Martinsen, Sanselig Sygepleje, 1997).

Rummet har en vigtig betydning for hvordan samtalen mellem lægen og patienten forløber, og må derfor også anses for at spille en væsentlig rolle i relationen mellem læge og patient. En ting er hvordan man har indrettet det fysiske rum man befinder sig i, men noget helt andet er altså hvordan man skaber det rum hvori dialogen holdes. Det er altså rammesættende for hvordan samtalen forløber, og for hvordan relationen opbygges, men det kan ikke stå alene hvorfor det vil være relevant at præsentere Martin Bubers Jeg - du og jeg - det forhold.

## Martin Buber

Når vi her vælger at inddrage Martin Buber, skyldes dette, at vi finder hans teori relevant i forhold til hvordan personalet anskuer individet. Anskuer man patienten gennem et jeg- det forhold kan det være svært at se hvordan individet kan få lov at udfolde sig. Sagt med andre ord; er der plads til individet, hvis ikke man står i et jeg- du forhold? Dette vender vi tilbage til i vores analyse på side 59. Her vil vi først redegøre for Bubers teori.

I mødet med andre er det ikke helt ligegyldigt, hvordan man stiller sig, ikke ergonomisk set eller hvor i rummet, men hvordan man opfatter den anden, altså hvilken holdning man tager til den anden. Man kan i følge Martin Buber anskue den anden fra to forskellige positioner. I værket *I and Thou* skriver Buber om forskellen på et *jeg- det* (I-It) forhold og et *jeg-du* (I-Thou) forhold, og hvordan disse to forhold hver især påvirker mødet med den anden. Det, Buber ønsker at sige med titlen er, at et menneske ikke kan blive til et *jeg* eller en person, før det perciperes af andre mennesker som den, det er. Han beskriver de relationelle sammensætninger *jeg-du* og *jeg-det* som grundord. Han skriver:

*The primary words are not isolated words, but combined words. The one primary word is the combination I-Thou. The other primary word is the combination I-It; wherein, without a change in the primary word, one of the words **He** or **She** can replace it. Hence the I of man is twofold...*

*Primary words do not signify things, but they intimate relations (Buber, 1958) s. 3*

Med dette skal forstås at mennesket altid står stillet over for noget **værende**, og at dette værende kan mødes i jeg-du forholdet eller i Jeg-det forholdet. For Buber er det mødet med andre, og de relationer der opstår i mødet, der er afgørende for et individs selvforståelse og udvikling af identiteten.

*If **Thou** is said, the **I** of the combination **I-Thou** is said along with it. If **It** is said, the **I** of the combination **I-It** is said along with it. The primary word **I-Thou** can only be spoken with the whole being. The primary word **I-It** can never be spoken with the whole being (ibid.) s. 3.*

Han fortsætter med at skrive, at der ikke findes noget *jeg* i sig selv, kun dét jeg der kommer ud af jeg-det forholdet og dét jeg der kommer ud af jeg-du forholdet. Når man italesætter et af disse grundord, stiller man sig i lyset af det forhold som grundordet fremstiller (ibid.) s. 4.

Buber forklarer at jeg-det forholdet ikke tillader dig at se og sanse 'det' andet selv, som man står overfor. Man kommer ikke ind til kernen af det andet selv, så at sige. Træder man derimod ind i et jeg-du forhold, så er man pludselig i stand til at se forbi den andens form, fylde, bevægelser m.m. Han skriver:

*In all this the tree remains my object, occupies space and time, and has its nature and constitution. It can however, also come about, if I have both will and grace, that in considering the tree I become bound up in relation to it. The tree is no longer **IT**. I have been seized by the power of exclusiveness. (ibid.) s. 19.*

For at træde ud af jeg-det forholdet og ind i et jeg-du forhold, må man gå fra at se den anden ud fra **hvad** og **hvordan** de er, til at se dem i lyset af **at** og **hvem** de er.

I Løgstrups etiske fordring ligger et aktivt jeg-det forhold, hvor vi konstant udleverer os selv. Dette skal forstås på den måde, at når vi vover os frem og blotter os selv, så åbner vi også op for at blive set af den anden, lige så meget som for at se den anden. Men dette kan ikke søges, det må og skal ske naturligt, det kan ikke forceres.

Vi har hermed udfærdiget en grundig gennemgang af, hvad et individ er, hvordan det kendetegnes, og ligeledes hvordan jeget og identiteten er opbygget. Det psykologiske aspekt, og hvordan menneskesyn fremgår, har ligeledes haft betydning for vores valgte tilgang til individet. Alt dette med henblik på at kunne identificere, om individet får plads i mødet med sundhedsvæsenet, samt at undersøge hvordan det i så fald kommer til udtryk. For at kunne gå grundigt til værks med denne problemstilling, har vi udvalgt forskellige cases i form af artikler, en podcast, og en dokumentar. Vi har valgt så forskellige cases for bedst muligt at kunne gå grundigt til værks i vores analyse. Vores cases er ligeledes udvalgt med henblik på at illustrere så mange forskellige synspunkter som muligt i korrelation med den valgte, og ovenfor redegjorte for, teori.

## Præsentation af cases/artikler

Vi vil her præsentere de cases, som vi har udvalgt til dette speciale. Først vil vi dog præsentere førnævnte praksisophold. Vi gør her opmærksom på, at vi ikke vil lade dette ophold indgå som værende en case, men derimod ganske kort inddrage det løbende i specialet for at underbygge enkelte argumenter og dermed bringe yderligere en dimension i spil i forhold til det pågældende argument. Vi vil vende mere dybdegående tilbage til praksis opholdet i et reflekterende afsnit på side 97. Dette vil vi gøre, da vi i det reflekterende afsnit ønsker at demonstrere, hvilke tanker vi har gjort os i forbindelse med dette speciale. Herunder hvordan man ellers kunne have grebet emnet an, hvilke andre filosofiske discipliner kunne vi ellers have anvendt, og hvorfor.

De udvalgte cases vil løbende blive brugt i analysen til at demonstrere de forskellige teorier i praksis, samtidig med at de danner grundlaget for hvordan individbegrebet kommer til udtryk i praksis. Dog starter vi her først med præsentationen af praksis opholdet.

I 2019 tilbragte vi dagen på neurokirurgisk sengeafsnit på Aalborg Sygehus Syd. Her fik vi et indblik i hvordan en typisk dag ser ud på afdelingen fra flere synspunkter heriblandt plejepersonalet, kirurgerne, ergo- og fysioterapeuter, og patienter. Vi oplevede hvordan dagen startede for plejepersonalet med et møde, hvor de gennemgik alle afsnittets patienter, samt de patienter der var planlagt til at komme i løbet af dagen. Plejepersonalet var meget opmærksomme på patienterne, deres sygdomsforløb og behandling heraf. Vi var med én af sygeplejerskerne rundt på stuerne, og fik her lov at observere interaktionerne mellem sygeplejersken og patienter samt pårørende. Senere gav en af kirurgerne os indblik i en konkret sag, hvor patienten var diagnosticeret med en tumor i hjernen, patienten blev vurderet som værende terminal med kort tid tilbage grundet

tumorens placering. Patienten gav samtykke til vores deltagelse i konsultation med ergo- og fysioterapeuter. Konsultationen havde til formål at vurdere, hvor meget patienten var i stand til uden assistance. Her var der fokus på hverdagsting, såsom om patienten var i stand til at skylle frugt, hælde et glas vand op og drikke det m.m. Under konsultationen var det tydeligt at se, at patienten var følelsesmæssigt påvirket af den for nyligt stillede diagnose, men disse følelsesmæssige udtryk blev hurtigt lukket ned af terapeuterne for at de “bedre kunne danne sig et objektivt billede af hvad patienten var i stand til uden assistance” (Citat ergoterapeut fra noter fra dagen).

Vi vender kort tilbage til praksis opholdet i analysen, og mere dybdegående i ovenfor nævnte refleksionsafsnit til sidst i specialet. Dette bringer os til præsentationen af vores udvalgte cases.

### Artikel 1: Vi skal turde tage de svære samtaler med patienterne

Artikel bragt i Rigshospitalets medarbejdermagasin, indenrigs, d. 21.02.2022, kl. 10.00.

Artiklen formulerer en form for guide til at kunne tage de svære samtaler, eftersom man har erfaret, at både sygehuspersonalet, patienter samt pårørende sætter pris på en ny form for samtaler, hvor der netop er tid til at tale om svære emner. Ligesom den omhandler nogle af de problemstillinger, følelser og tanker patienter kan have, mens de kæmper med livstruende sygdomme.

Derfor har Stine Novrup Clemmensen, afdelingslæge og Ph.d. og Cæcillie Borregaard Myrhøj, klinisk sygeplejespecialist udviklet konceptet *Samtale om liv og behandling*. Clemmensen uddyber i den forbindelse, at som læge uddannes man til at give patienten den bedste behandling, men at mange stadig frygter den svære samtale, der kommer i forbindelse med livstruende og terminale sygdomsforløb.

I samtalerne lægges der op til, at patienterne og deres pårørende får lov til at vælge, hvad der er vigtigt for dem, ligesom de får foldere med hjem, så de kan forberede sig til de forestående samtaler og valg.

Sygeplejepersonalet træner, som en del af konceptet *Samtale om liv og behandling*, med skuespillere, forud for de forestående samtaler, eftersom det er erfaret, at det hjælper sygehuspersonalet at øve disse svære samtaler (Rigshospitalet, rigshospitalet.dk, 2022).

Efter artikel et som har til formål at bistå vores analyse i et forsøg på at bevise, at der, trods travlhed i det danske sygehusvæsen, forsøges der alligevel at uddanne og træne personalet til netop at tale



med patienter og pårørende om svære emner. Derfor finder vi det ligeledes relevant at inddrage nedenstående artikel *Lise bringer børn til verden*, for netop at kunne arbejde med det faktum, at det på nogle afdelinger, kan synes lettere at gøre plads til individet.

## Artikel 2

Artiklen *Lise hjælper børn til verden*, er bragt i Politiken d. 05.06.2018, kl. 12.54, og omhandler jordemoder Lise Knud Jensens, oplevelser og det relationelle rum, der skabes mellem den fødende, faderen og jordemoder. Primært omhandler artiklen de oplevelser, som jordemoderen har ved at observere og ved at hjælpe i kraft af sit arbejde, tankerne den fødende har, tankerne faderen har, og hvordan Jensen guider og skaber det rum, der skal til, for at den fødende er tryk. Jensen beskriver, at hun observerer hvorledes dynamikken er i stuen, samspillet mellem den vordende mor og far, og dernæst hvordan hun hjælper til at give plads til det samarbejde, der skal ske, ligesom hun hjælper til at skabe rammerne for den forestående oplevelse, det er at blive forældre. Jensen beskriver i specifik fødsel, hvor den fødende hengiver sig til kroppen, og lader den arbejde, ligesom den fødende selv tager initiativ til at faderen får en stor personlig del i oplevelsen også. Ligesom Jensen beskriver i denne situation, at hun blot observerer og holder sig i baggrunden, for netop ikke at forstyrre situationen, som de to vordende forældre har styr på selv (Astrup, 2018).

Efter præsentation af ovenstående artikel, vælger vi at rette blikket mod artikel nummer tre, der taler for, at sygepleje afhænger af den tillid, der sker i relationen mellem patient og sygeplejepersonalet. Vi har valgt denne artikel, fordi den giver et billede af, hvor vigtig en komponent tillid egentlig er.

## Artikel 3: Sygepleje afhænger af tillid

I artiklen *Sygepleje afhænger af tillid*, (Reinhold & Dybdal, 2000) kan man læse ikke bare hvorfor tillid er vigtigt i sygeplejen, men også hvorfor forfatterne (Anette Reinhold, cand.cur. Kate Dybdal, stud.cur) mener at det er vigtigt hvordan man som sygeplejer anskuer tillid. Ud fra Luhmann og Løgstrup diskuterer de forskellige måder at anskue begrebet tillid på, og sætter det i perspektiv til deres egne erfaringer i sygeplejen. De skriver:

*Gensidig tillid er en forudsætning, hvis sygeplejen skal lykkes, hvorfor det er overordentlig vigtigt, at sygeplejersker er tillidsvækkende og fremstår som tillidsværdige. At fremstå som tillidsværdig*

*eller tillidsvækkende afhænger af sygeplejerskens evne til at fremstille sig selv, hvilket belyses nærmere i det efterfølgende (Reinhold & Dybdal, 2000).*

Vi har nu præsenteret tre artikler, og den næste præsentation er af en podcast efterfulgt af en præsentation af Tv-udsendelsen “Med livet i hænderne”, hvor vi har udvalgt de første tre episoder, da vi erfarer, at disse tre episoder rummer de emner, der har til formål at hjælpe os med at løse vores problemstilling.

#### Artikel 4:

Artikel nummer fire, som vi finder relevant til vores speciale, er *Autoriteten sidder ikke længere i kittlen*, er bragt i Berlingske d 12. oktober 2009 klokken 09.31 (Krogh, 2009). Artiklen har til formål at lede opmærksomheden hen på, at der er sket et paradigmeskifte i læge kulturen. Tidligere var autoritet forbundet med at iklæde sig hospitalets uniform, den hvide kittel, hvor man her forbandt den rolle, som lægen besad som værende en alfaderlig skikkelse, der automatisk skabte både tillid og bestred en form for magt og ro.

Artiklen beretter ligeledes om, at man har ændret billedet af, hvordan man ser lægen i dag. Fra at være den autoritære alfader, der nærmest bestemte patientens skæbne, til i dag “kun” at være en anonym del af et stort sundhedssystem, hvor der forventes, at lægen besidder den største og nyeste viden. Ole Hartling, MD, beskriver skiftet med fordele, da han fremhæver, at med det nye syn på lægen, tages lægen dermed ned af piedestalen, hvilket kan anses som værende en god udvikling. Dog henviser Hartling også til, at dette skift ikke må præge tillidsforholdet mellem læge og patient, da patienten så umiddelbart ikke tør stole på lægen. Endvidere beretter han om, at nutidens læger er klar over dette, og derfor prøver nutidens unge læger at undgå at blive genstande for klager mv. Dette henviser Hartling til som værende bagsiden af autoritetstabet. Patienten anskuer nu sig selv som værende forbruger, hvor der så i stedet for et tillidsforhold, er udviklet et læge-kundeforhold.

Endvidere henviser Hartling til, at tilliden i relationen mellem læge og patient er under pres, og det får betydning for både det psykologiske, det etiske og det faglige, når der henvises til fejl og mangler i sundhedssystemet (Krogh, 2009).

#### Podcast

Endvidere finder vi det relevant at præsentere en podcast, der ligeledes er udarbejdet af Rigshospitalet (Rigshospitalet, rigshospitalet.dk, u.d.). I podcasten møder vi tre personer, Lauge

Schæffer, patient (terminal syg), hospitalspræst Lotte Blicher Mørk og Louise Bak Grifthauge (kronisk syg med døden tæt ind til livet), der hver især har forslag til, hvordan man tager samtaler, der er svære at tale om. Podcasten har til formål at belyse de tanker og følelser der går igennem individet, når man som patient eller som pårørende har døden tæt inde på livet.

Schæffer fortæller, at det for ham handlede om stadig at have en form for kontrol over livet, selv om han havde fået besked om, han skulle forberede sig på, at han kun havde omkring tre måneder tilbage at leve i. Schæffer drager paralleller til sit arbejdsliv som værende ingeniør, hvor det også handler om at planlægge og have kontrol. Endvidere taler han om, at han stadig forsøger at se det gode i livet og i situationen, ligesom han har oplyst, at han i familien vil tale åbent om sin sygdom.

Mørk tjener til formålet om, hvordan den samtale bør tages, og hun beretter om, at man som menneske ikke møder mennesker, som man egentlig selv ønsker at blive mødt. Hun fortæller, at hun mener, man bør se ind ad, vurdere og mærke efter, hvordan man selv ville have det, ligesom hun advokerer for, at man skal være så tydelig som overhovedet muligt i ens kommunikation. Hun anbefaler, at man spørger ind til den syge, også selvom at man er bange for at spørge forkert, når man selv er fyldt med angst. Hun anbefaler, at man ikke negligerer den syge og den syges situation ved f.eks. at sige floskler som ”solen skinner jo”, men derimod turde sige, at det godt nok er en ubehagelig situation, og hvordan har du det egentligt. Hun anbefaler, at man anerkender situationen og dermed også anerkender, at det er meget hårdt for den syge. Man skal turde være i den situation som den syge er i.

Grifthauge vælger også at tale om det svære, hun mener, at det er nødvendigt, at man tør tale om det. Ligeledes siger hun, at samtalerne ikke skal fylde det hele, men at samtalerne skal være der. Det er vigtigt at tale om frygten og følelsen af uretfærdighed. Endvidere fortæller Grifthauge, at humor er vigtigt, netop fordi det gør samtalerne nemmere. For Grifthauge har det været vigtigt også at gå i detaljer med de svære ting, såsom begravelse, hvilke sange, der skal synges etc.

Mørk beskriver endvidere at store essentielle spørgsmål om, ”hvorfør mig” og ”hvad er meningen med, jeg skal være så syg” for mennesker, fordi vi som mennesker gerne vil have, at det giver mening for os hvorfor. Vi vil som mennesker gerne kende svaret, hvilket vi ikke altid kan. Og så tyr mennesker til præsten og til religion, netop fordi at der er en præmis der siger, at præsten godt kan holde til at være i en situation, der er tæt på døden. Endvidere fortæller præsten, at vi som

mennesker søger denne mening med livet, simpelthen fordi vi forbinder den med livskvalitet (Rigshospitalet, u.d.).

Dokumentar: **Med livet i hænderne** (tv-udsendelse)

Vi ønsker også at inddrage de første tre episoder af DR Tv's dokumentarserie *Med livet i hænderne* (DRTV, 2022), hvorfor der nu vil komme en kort præsentation af de tre episoder. Præsentationen på den første episode vil være længere end de to andre, fordi vi præsenterer de personer, der har relevans for en senere analyse. I disse præsentationer har vi fokus på personalet, netop fordi vi før har præsenteret en podcast, der har patienterne i fokus.

Episode et: Bag de røde døre 11 april 2022

Vi befinder os først i traumecentret på Rigshospitalet, hvor man får et indblik i, hvad der sker bag de røde lukkede døre, som offentligheden normalt ikke har adgang til, ligesom man kommer tæt på de specialister som dagligt arbejder på Rigshospitalet. Vi møder traumeleder og narkoselæge Emilie Øberg og hendes kollegaer i traumecentret, og vi får et stærkt indblik i, hvordan arbejdsgangen foregår, hvordan den er og bliver koordineret, når et specialiseret traumehold kæmper for at redde menneskeliv. Traumeleder Øberg fortæller, hvordan en traumesituation hurtigt kan ændre sig, ligesom vi ser, hvordan Øberg kommunikerer ud til sine kollegaer hvordan arbejdsprocessen for at redde liv skal foregå.

Man hører ligeledes om, hvordan Øberg beskriver sit job, hvilke tanker og overvejelser der ligger bag, både i jobbet og valget af jobbet.

Man stifter også bekendtskab med neurokirurg Rune Rasmussen, der anser sig selv som værende frontløber for ny teknologi ny teknik, Rasmussen arbejder med LID-behandling, og Rigshospitalet er det eneste hospital i Danmark, som udfører denne type behandling på patienter.

Man møder også nyuddannede sygeplejerske Julie Øster, der beskriver, hvordan det er at være nyuddannet sygeplejerske og indgå i et team med sygeplejersker, der er ældre i faget. Man hører om hendes tanker og overvejelser i forhold til arbejdet og i forhold til de relationer, der skabes både kollegialt, men så sandelig også med patienterne.

Der optræder ligeledes portører og andet personale i *Med livet i hænderne*, men vi koncentrerer os udelukkende om de præsenterede personer, eftersom de vil komplimentere vores senere analyse.

### Episode to: Nattevagten 11 april 2022

Man befinder sig igen sammen med traumeleder Øberg i traumecentret, hvor man er vidne til endnu en kritisk episode med en patient. Man ser igen, hvordan Øberg og kollegerne arbejder sammen. Øberg fortæller åbent om de tanker, hun gør sig i rollen som traumeleder. Man ser, hvordan hun er i dialog med pårørende telefonisk, ligesom man er vidne til, hvordan hun tilgår sine patienter og kollegaer. Endvidere overværer man, at hun ringer hjem til sin familie, mens hun selv er på vagt.

Ligeledes møder man igen neurokirurg Rasmussen, og man ser til, hvordan han holder en opfølgende samtale med en patient, der har undergået LID-behandling. Man hører om Rasmussens tanker og de overvejelser han gør sig i forbindelse med sit arbejde.

### Episode tre: Tegnet i panden

I denne episode møder man et barn, der skal undergå LID-behandling. Selvom det er personalet som er i fokus, er barnet relevant da det har en effekt på personalet, når det er et barn, de har i hænderne og ikke en voksen,

Endvidere er man med når traumecentret laver en øvelse, som har til formål at vurdere og eventuelt effektivere traumecenterets personales indsats, således de kan blive endnu bedre til deres arbejde.

Man hører også om, hvordan Øberg opfatter denne øvelse, hvordan hun reflekterer over jobbet og egen indsats, og hvordan hun ser det faktum at blive ”bedømt” af ældre og mere erfarne kollegaer i en krisesituation.

Man hilser igen på sygeplejerske Julie Øster, hvor man hører hende fortælle om, hvordan hun trives på afdelingen. Man ser også, hvordan hun opbygger relation mellem patienter, og hvilke tanker hun gør sig om det, og hvilke tanker hun har om, den autoritet hun besidder, når hun ifører sig hendes sygehus uniform.

Disse præsentationer, har til formål at tjene som cases, der skal understøtte vores analytiske del af specialet, hvorfor der i den analytiske del, vil blive arbejdet mere detaljeret med materialet, ligesom der løbende vil fremgå henvisninger til dem, således den teoretiske del vil blive bragt i spil ved hjælp af artiklerne, podcasten og de tre episoder af *Med livet i hænderne* (DRTV, 2022).

## Refleksive overvejelser i forhold til dokumentaren og valgte artikler

Vi vil her præsentere hvilke overvejelser, som vi har gjort os i forhold til valget af vores cases. Vi har valgt disse forskellige cases, da de hver især udtrykker forskellige syn på lægegerningen, men også fordi at de illustrerer de forskellige teorier, som vi har valgt at beskæftige os med i dette speciale. Vi gør opmærksom på, at vi er opmærksomme på, at det sundhedsfaglige personales professioner i vores valgte cases er meget forskellige, og at vi derfor ikke kan sammenligne dem 1:1, hvilket påvirker vores analytiske afsnit, og giver dermed et skel, hvor vi gør opmærksom på, at vi analyserer og dermed også forholder os til præcis den profession, som vi nævner, når vi analyserer på udvalgte situationer fra vores materiale.

Undervejs har vi gjort os nogle tanker, specielt i forhold til dokumentaren *Med livet i hænderne*. Vi er her klar over de problematikker, der er i forhold til redigeringen af de valgte afsnit. Vi kan ikke tage de udvalgte scener for gode varer uden en vis mængde skepsis, da scenerne er klippet sammen og redigeret for at fremsætte et synspunkt, eller en handling som skal afspejle den virkelighed, som produceren af programmet har fastsat. Dette skaber en vis fejlmargen i forhold til vores analyser, som vi er bevidste om, og som vi undervejs vil påtale i enkelte tilfælde. Dette vil vi gøre, da vi føler et behov for at gøre opmærksomme på, at vi er bevidste om denne problematik, men også fordi vi ønsker at illustrere vores bevidsthed omkring, hvordan denne redigering påvirker vores virkelighedsopfattelse. Et eksempel på dette kan være opfølgningssamtalen i afsnit to af dokumentaren. Vi ved ikke hvor længe samtalen i virkeligheden varede, eller hvor meget der blev sagt. Var kirurgen Rasmussen meget mere trøstende og beroligende, end hvordan han fremstilles i dokumentaren, eller var han lige så "forjaget" i virkeligheden, som dokumentaren lægger op til? Der er meget vi skal have med i vores overvejelser, når vi kommer til analyserne af denne dokumentar, hvilket vi også tager højde for, og hvilket er grunden til at vi har flere cases. Tilføjelsen af, de i ovenstående, præsenterede artikler og podcast, gør at vi får et mere nuanceret billede på, hvordan lægerne og sygeplejerne i virkeligheden er; Og så alligevel ikke. For også i disse artikler og i podcasten er der subjektive holdninger, som vi skal tage hensyn til i vores analyser. I f.eks. artiklen *Lise hjælper børn til verden*, fremstilles jordemoderen Lise Knud Jensen fra hendes eget synspunkt. Artiklen er ganske vist skrevet af journalist Elisabeth Astrup, men fremstiller fortællingen om jordemoderen L.K. Jensen, som var det hendes egen fortælling. Artiklen bærer præg af subjektivitet, hvilket vi forsøger at tage højde for i vores arbejde med denne artikel,

ligesom vi tager højde for dette i de andre præsenterede cases i takt med, at vi gennemgår dem i nedenstående analyser.

## Analyse

Dette bringer os nu til analysedelen af specialet. I nedenstående analyser ønsker vi at analysere os frem til et muligt svar på vores problemstilling, **Hvordan “individ” kommer til udtryk i relationen mellem patient og læge?**

Vi vil gå frem en analyse ad gangen, hvor vi forholder os til vores ovenstående redegørelser punkt for punkt. Flere af begrebsuddybelserne vil blive brugt gentagne gange løbende gennem analyserne. Dette vil agere den røde tråd for at binde analyserne sammen. Vi vil ligeledes lave en komparativ analyse af de forskellige teorier om, hvordan man definerer individet for derefter at analysere disse definitioner i forhold til de foroven præsenterede cases. Dette for at demonstrere, hvordan individbegrebet fremstår i praksis. Vi vil starte med en komparativ analyse af begrebet tillid som redegjort for ud fra Løgstrup og Luhmann.

## Tillid

Som nævnt i ovenstående afsnit om tillid på side 15, kan man anskue tillid på flere måder, Løgstrup anskuer det som noget givet og etisk, der gælder alle som et livsbehov, mens Luhmann ser det som værende psykologisk og samfundsmæssigt betinget. Man kan sige at Løgstrup danner grundlaget på Luhmanns teori om tillid som værende generaliseret. I dette afsnit vil vi påføre de to forskellige syn på begrebet tillid på situationer i virkelighedens sundhedssystem. Dette vil vi gøre ud fra dokumentarserien *Med livet i hænderne*.

I første afsnit af dokumentaren møder man traumeleder Emilie Øberg, hun er i gang med at behandle patienten, Karsten, der er bragt til traumecentret som følge af et biluheld. Under en samtale mellem dem, siger Karsten: “Jeg stoler på dig”, hvortil Øberg svarer: “Nej, du har ikke lige noget valg lige nu” (tidskode 19:14- 19:22). Tilliden bliver her ikke noget, man kan vælge til eller fra, det er noget man er nødt til at have, og set i lyset af Løgstrups etiske fordring, er dette korrekt. Tilliden er underliggende og altid til stede, det er ikke noget man kan vælge fra eller til som det passer en. Tilliden bliver her på sin vis pålagt patienten Karsten, selvom han selv siger at han stoler på lægen. “Du har ikke lige noget valg lige nu”, indikerer enten et påbud, der siger at man skal have tillid, eller at man ikke kan andet end at have tillid. Men skal man have tillid, er det så noget man er

nødsaget til at have? Vi antager her at tilliden kan hjælpe en med at komme lidt mere afslappet igennem f.eks. et traume som det, Karsten har været udsat for, og behandlingen heraf, men kan man fremsætte tilliden som et krav, eller et påbud? Lægens autoritet kommer her i spil som værende en magt over patienten. Dette vil vi vende tilbage til.

Set ud fra Luhmanns teori om tillid og heraf begrebet *kontingens*, vil et påbud om tillid ved første øjekast ikke være muligt, da alt altid kan være anderledes. Man skal dog her huske på, som nævnt i ovenstående, at kravet om tillid sagtens kan forekomme, hvorvidt det bliver indfriet, er op til den der bliver pålagt kravet. I dette specifikke tilfælde udtrykker patienten tilliden til lægen, et fænomen som, ifølge Luhmann, tages i brug når man skal håndtere en usikkerhed som følge af den kompleksitet, der følger af situationens uoverskuelighed. Både Karsten og Øberg er her indforstået med, at der er tale om en generaliseret tillid, som nævnt i ovenstående redegørende afsnit om Luhmann og tillid på side 18. Ved at udvise og italesætte tillid, italesætter Karsten dermed sin forventning om at, i dette tilfælde, vil Øberg behandle ham på en sådan måde, at han beholder sin værdighed. Hans ydre sikkerhed, som Luhmann kalder det, er her i spil. Karstens forventninger til lægen Øberg bygger på erfaringer, som han eller nogle tæt på sig har gjort tidligere. Bliver han bekræftet i disse forventninger, vil dette ændre sig til indre sikkerhed. Desværre får man ikke et dybdegående indblik i hans oplevelse med lægen i den givne situation. Men det faktum at hans forventninger til lægen kan ændre sig fra tillid til mistillid gør, at et påbud eller krav om tillid ikke er en mulighed i henhold til Luhmanns teori. På den anden side kan man diskutere, hvorvidt Karsten faktisk har et valg her, kan han vælge ikke at have tillid til lægen? Karsten er i en situation, hvor han selv er svært tilskadekommet, og hustruen Lone skal opereres for indre blødninger. Han ligger fastsurret til et bræt for at forhindre evt. skader på rygsøjle og nakke, og kan derfor ikke rejse sig og gå til en anden læge. Har han her muligheden for at nære mistillid til lægen?

Ifølge Luhmanns teori, kan han nære mistillid til lægen, en mistillid der bygger på tidligere erfaringer med læger som ikke levede op til hans ydre forventninger om, hvordan en læge skal handle og behandle. Kravet om tillid kan eksistere ifølge Luhmanns teori, men om man får tillid, kan man ikke vide sig sikker i, men derfor hverken berettiger eller udelukker man mistillidens eksistens. Da både tillid og mistillid bygger på individets tidligere erfaringer, kan den anden kræve tillid, men om de får tilliden, bygger på de erfaringer man har gjort sig, samt den kulturelle opfattelse man er opvokset med. Alligevel ligger der en usagt forventning fra lægens side om tillid. I dette tilfælde er forventningerne fra både patienten og lægen italesat, og der er hermed lavet en



forventningsafstemning. Karsten stoler på lægen, og lægen bekræfter hans forventning med at sige, at han ikke har andet valg, hvilket hun på sin vis har ret i, i hvert fald hvis man spørger Løgstrup. Dette skal ikke forstås på den måde, at Løgstrup siger, at man skal stole blindt på den anden. I dette tilfælde skal det forstås således at tillid, til et vist punkt, er noget man har til alle, det er for Løgstrup så fundamentalt et behov, der kan sidestilles med behovet for mad og ly for vind og vejr. Som beskrevet i ovenstående afsnit på side 17, forklarer vi, at Løgstrup mener, at tilliden ligger ubevidst i os alle, men at den kan brydes. Som dokumentaren er produceret, har Øberg ikke gjort noget for at bryde Karstens tillid.

I tilfældet med patienten Karsten og Traumeleder Øberg kan man diskutere, hvorvidt tilliden egentligt spiller en rolle i forhold til, hvordan Øberg behandler Karsten. Som udgangspunkt kan en traumepatient ikke gøre noget. Lægen har den fulde magt, det er præcis som Øberg siger: "du har ikke noget valg". Den fundamentale tillid i Løgstrups teori er ikke ensbetydende med, at man ikke kan nære mistillid til en person. Som han selv siger "På forhånd tror vi aldrig, et menneske lyver. Det gør vi først efter at have grebet ham i en løgn" (Løgstrup, 2010) s. 17. Øberg refererer her måske til den grundlæggende situation, at der må herske tillid mellem mennesker, og at Karsten ikke har noget valg andet end at se det sådan. Det er derfor ikke nødvendigt for Karsten at italesætte, at han stoler på Øberg, hun ville kunne tage det for givet, og derefter behandle ham i hans mest sårbare stadie, som hun mente var bedst. Løgstrups etiske fordring dækker over to forskellige niveauer af tillid, som begge kommer til syne i scenen med Øberg og Karsten: den ene er fundamental tillid som et grundvilkår, uden denne ville vi mennesker gå næsten paranoide igennem verden og vores tilværelse. Det andet niveau foreskriver, at man også kan nære mistillid til et andet menneske. Det er her individualiteten får sin plads i Løgstrups teori. Forskellen mellem Luhmann og Løgstrup er, at Luhmann er sociolog, han kalder den basale tillid 'generaliseret tillid'. Denne tillid er resultatet af de samfundsrelationer, vi indgår i. Løgstrup derimod er livsfilosof og ser netop tillid som et grundvilkår for mennesket. Løgstrups vigtigste pointe, er at vi ikke har nogen medbestemmelse i hvordan den anden behandler det, som vi blotlægger for dem. Her kommer kravet om tillid igen på banen, vi har ikke noget valg, når vi interagerer med andre. Vi må bare stole på, at den anden behandler det, vi lægger frem for dem med den værdighed, som vi har intenderet det. Men kan man det? Luhmann siger, at tilliden afhænger af vores opvækst og formes allerede i vores tid som spæd, hvilket vil sige, at vi kan nære mistillid til en enkelt person, en gruppe af personer, en faggruppe, eller et folkefærd m.m. Dette tager den etiske fordring ikke højde for. Den

etiske fordring pålægger alle, uanset opvækst og tidligere erfaringer, at stole på alle. Det bliver som Øberg sagde til Karsten “ du har ikke noget valg”.

Som beskrevet, i ovenstående redegørende afsnit på side 16, siger Merriam-Websters ordbog, at der er to måder at definere tillid på, nemlig at man kan have tillid til en andens evner, karakter, eller sandfærdighed. Og den anden der siger, at man kan have tillid til en person, fordi man pålægger dem sin tillid (“one in which confidence is placed” (Merriam- Webster, u.d.). Når man befinder sig i sygehusregi, stoler man på evnerne hos dem, der behandler en, det er ikke det samme som at stole på dem som person, det er deres profession man stoler på. Men skal lægen og sygeplejersken stole på patienten og de pårørende? Sundhedspersonalet og lægerne er nødt til at stole på at det patienterne og deres pårørende fortæller er korrekt, ligesom de er nødt til at stole på patienternes og de pårørendes evner til og intentioner om *compliance*<sup>1</sup>. Men alligevel er tilliden her ikke den samme, som den patienterne og de pårørende har til behandlerne. Forskellen ligger i at lægerne og sygeplejerskernes liv ikke ændres af, at patienterne ikke følger deres ordinationer og råd, det ændrer udelukkende på patienternes liv, og udfaldet af et sygdomsforløb. Neurokirurgen Rasmussen er kun nødt til at have tillid til, at patienten har tillid nok til at lægge sig op på operationsbordet og lade sig operere. Patienten derimod må antages at have så meget tillid til lægens evner, at de frivilligt lægger sit liv i hans hænder. Ser man derimod på jordemoderen Lise Knud Jensen, er det et helt andet scenarie. Hun samarbejder med den fødende kvinde, og der kræves derfor en større mængde tillid fra hende til patienten og fra patienten til hende. Patienterne er her nødsaget til at have tillid til L.K. Jensens evner som jordemoder, man lægger som fødende ikke bare sit eget liv i jordemoderens hænder, men også ens ufødte barns liv. Jordemoderen skal omvendt have tillid til patientens compliance, altså at den fødende presser, når der skal presses, og ikke presser når der ikke skal presses. Udfaldet af fødslen afhænger i en vis grad af, hvor godt samarbejdet er, og hvor meget tillid de hver især nærer til hinanden. Ikke til hinanden som individer, men som samarbejdspartnere i dette forløb.

Men hvad kræver så mest tillid? Kræver det mere tillid fra patienten at indgå i f.eks. en fødsel, hvor man er ved fuld bevidsthed, eller at ligge bevidstløs på et operationsbord, mens lægen opererer? Dette er spørgsmål, hvor svaret undviger os. Det kan ikke opstilles så sort hvidt, at man definitivt

---

<sup>1</sup> Compliance er et medicinsk begreb, der refererer til, hvorvidt patienterne, og pårørende hertil, efterfølger lægens eller sundhedspersonalets ordinationer og råd.

kan sige, at man stoler mere på lægen, hvis man er vågen, end hvis man er under narkose og vice versa. Hvor meget tillid der er i spil, afhænger af det enkelte individ. I hvert fald ifølge Luhmann.

Læge Inga Marie Lunde skriver, som nævnt i bogen *Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom*, om hvor vigtig tillid er mellem læge og patient. Hun fortæller om en interviewundersøgelse, hvor det blev tydeligt, at patienterne finder det lige så vigtigt, at lægerne stoler på dem, som at patienterne stoler på lægerne (Lunde, 1998) s. 85. Her handlede det ikke så meget om den tillid, som gør at man stoler på lægens evner indenfor lægevidenskaben, men derimod om lægen tror på hvad patienten siger, og følelsen af at lægen tager patienten alvorligt. Denne form for tillid taler mere ind i Løgstrups etiske fordring og den underliggende tillid, som er givet i mødet mellem to personer end den gør i Luhmanns teori om, at tillid er individuelt tilegnet gennem opvæksten og at tilliden til lægevidenskabeligt personale er en generaliseret tillid. Dette er et spørgsmål, som vi umuligt kan svare på uden en længerevarende og mere dybdegående undersøgelse med interviews af utallige læger, men dette gør ikke, at vi ikke kan forholde os undrende i forhold til spørgsmålet. Selv uden at undersøge dette i dybden kan vi antage, at lægerne ikke kan have en generaliseret tillid til patienterne, da patienterne udgør så stor og mangfoldig en skare, at det ville være umuligt at generalisere noget som helst. Man kunne selvfølgelig dele patienterne op ud fra deres lidelser, deres etniske og kulturelle baggrunde, deres alder og køn, men selv her ville man finde det svært, at generalisere noget som helst andet end sammenfald mellem alder og lidelser m.m. Tilliden derimod vil være svær at generalisere på samme måde som den tillid, man som patient kan nære til sundhedsvæsenet. Dertil kommer det, at man i mødet med den anden, ifølge Løgstrup, ikke kan vide hvad den anden har brug for, udover generel tillid, altså den tillid der ligger ubevidst og naturligt i os alle, sådan som Løgstrup tænker den i den etiske fordring. Det er selvfølgelig givet, at lægen ved, hvad man har brug for, som patient, i den medicinske forstand, men ser man på lægen som individ, så må man antage, at også han eller hun er underlagt den etiske fordrings udtalte og underliggende fordring om tillid. Spørgsmålet bliver altså om det overhovedet er relevant for lægen at have tillid til patienten. Lægen kan have tillid til, at patienten tager sin medicin og følger de anvisninger, som lægen giver i form af compliance, men i bund og grund kan lægen være indifferent i forhold til om patienten følger behandlingen. Lægen er kun bundet op på en tillid til patientens compliance i den forstand, at lægen skal kunne udføre sit arbejde ud fra de lovgivninger, der er gældende og den hippokratiske ed om ikke at gøre nogen skade.

Uanset hvordan man vælger at anskue tillid, så er det et begreb, man ikke kan komme udenom, når man taler om behandling af patienter. Som behandler må man have tillid til, at patienterne har tillid til ens evner og dermed tør lægge deres liv i dine hænder, og som patient må man håbe på, at den tillid de fleste har til lægen og sygehuset ikke brydes. Men hvordan opretholder sygehuset og lægerne bedst muligt den tillid? Her er svaret simpelt, patienten skal have et sygdomsforløb med så få gener som muligt, skal ses som værende et helt menneske, og et individ og imødekommes i hans eller hendes følelser. Men er det nu også så lige til? I nedenstående afsnit vil vi kigge nærmere på, hvordan lægerne anskuer patienterne, og hvordan dette påvirker relationen mellem lægen og patienten.

### Patienten - opgave eller individ?

I andet afsnit af dokumentaren møder man neurokirurg Rune Rasmussen, der b.la. fortæller, hvilke tanker han gør sig om sit arbejde. Han fortæller: "Altså jeg tænker rigtig meget over, at jeg har et andet menneskes liv i mine hænder... Men så tænker man som en tekniker, som har en opgave der skal løses" (Rune Rasmussen, 10:21-10:40). I samme afsnit hører man traumelederen Øberg fortælle om, hvordan patienterne går fra, under behandlingen, at være en opgave, til bagefter at være nogens mor, far, barn eller på anden vis elskede (Øberg, 24:42-25:10). De ændrer simpelthen karakter, afhængigt af hvilken situation de anskues i.

Ses der nærmere på disse to udtalelser, kan man se Martin Bubers jeg-det og jeg-du forhold i praksis. Både Rasmussen og Øberg veksler mellem de to forhold afhængigt af situationen. I ovenstående udtalelse fra Øberg ser man, hvordan hun bevæger sig fra jeg-det forholdet over i jeg-du forholdet. Patienterne starter med at være en opgave, en syg patient der skal helbredes, behandles, reddes, til at være en mor eller far, nogens pårørende. Lægerne ser altså først patienterne ud fra hvad og hvordan, de er, for bagefter at se dem i lyset af, at og hvem de er. Der er ikke plads til at se patienterne som individer med deres særegne personlighed, når de ligger og er tilskadekomne. Dette er kongruent med ovenstående citat af Buber, der siger at de primære ord, jeg-det og jeg-du, ikke beskriver ting, men relationer. Der er her tale om relationen med patienten og lægen, og set ud fra lægens perspektiv er der tale om et læge patient forhold, et jeg-det forhold når lægen behandler patienten, men når patienten er færdigbehandlet, kan lægen træde i et jeg-du forhold, selv om patienten stadig er patient, så kan lægen nu se patienten som værende et individ med deres egen personlighed og pårørende med følelser.

Er der i realiteten tale om et ægte jeg-du forhold sådan, som Buber fremstiller det? På den ene side vil man, som i ovenstående afsnit, kunne sige at ja, der er tale om et ægte jeg-du forhold, da lægen ikke længere anskuer patienten som værende en opgave. Men på den anden side ville man kunne argumentere for, at der ikke er tale om et ægte jeg-du forhold, men stadig et jeg-det forhold, da lægen blot går fra at anskue patienten som en opgave til at se patienten som en patient med pårørende. Her dukker imidlertid en dobbelthed op, en slags dobbelt perspektiv, nemlig professionsrelationen og individrelationen. Dokumentaren gør det ikke klart, hvorvidt lægerne faktisk ser patienterne som værende andet end patienter. De udtaler ganske vist, at de er klar over, at det er mennesker og nogens pårørende, de behandler, men samtidig får vi også at vide, at de ser mennesket som en opgave, som skal løses. Vi får at vide, at Rasmussen tænker over, at det er mennesker og deres liv, han holder i sine hænder, men at han må skubbe de tanker væk og tænke som en tekniker. Han går altså fra at se mennesket, personen, individet, til at se en opgave, en patient. Dette skift gør, at man må spørge sig selv om ikke, man kan se begge dele. Altså om man ikke kan se både patienten, sygdommen, og se mennesket bagved. I dette tilfælde har vi lægernes udsagn for, at de ikke ser mennesket bagved, at de udelukkende ser sygdommen der skal 'fixes', i hvert fald i de situationer, hvor patienterne er bevidstløse og ligger på operationsbordet. Det er i denne situation at Øberg og Rasmussen udtaler, at de ser patienten som en opgave, der skal løses. De ser, i denne specifikke situation, kun patienten i forlængelse af sygdommen, og alligevel ser de ikke patienten, patienten er, så længe patienten ligger på operationsbordet eller på traumestuen, en opgave der skal løses. Som nævnt i ovenstående afsnit siger neurokirurgen Rasmussen selv, at han tænker "som en tekniker, der har en opgave der skal løses", og med denne tankegang, tillader han ikke sig selv at se patienten, eller mennesket, han ser kun sygdommen. Her kommer den førmtalte dobbelthed igen på banen. Han går fra i undersøgelserne at se det syge menneske, nogens pårørende, et individ til at se patienten som det syge menneske i foucaultsk forstand. Grunden til at vi, om man vil, borer en del i denne distinktion, skyldes, at vi finder dobbeltperspektivet interessant i forhold til, hvordan individet kommer til udtryk. På den ene side har man patienten som individet med alle følelser og tanker, og alt hvad der gør vedkommende speciel og adskilt fra alle andre personer, til at være et menneske med en sygdom, en opgave der skal løses. Vi vender tilbage til det syge menneske set ud fra Foucaults teori i nedenstående analyse.

Ifølge Buber er jeg'et afhængigt af den relation det står i, som beskrevet i citatet i ovenstående afsnit om Buber på side 45. Hvis *du* siges, siges *jeg'et* sammen med det og på samme vis hvis man siger *det*, siger man også *jeg*. Lægen er altså kun læge, såfremt han/hun står i relation til en patient,

hvad enten der er tale om patienten som patient, eller der er tale om patienten som Karsten, med alt hvad der gør Karsten til Karsten. Omvendt er patienten også kun patient, så længe denne står i relation til en læge eller anden behandler, men forskellen her er, at patienten ikke ville kunne træde i et ægte jeg-du forhold med lægen. Dette skyldes, at lægen er der ene og alene i sin kapacitet som læge. Her er ikke plads til, at lægen kan være der som lægen Emilie eller lægen Rune med alt, hvad dette indebærer. Lægen vil kun kunne ses ud fra **hvad**, og **hvordan** de er, og med største sandsynlighed ikke ud fra **at** og **hvem** de er. Skulle man begynde at se dem ud fra **at**, og **hvem** de er, ville der være en fare for at en stor del af den autoritet, der følger med den hvide kittel, ville forsvinde. Dette er ganske vist spekulativt, men man kunne forestille sig, at man ville dømme dem ud fra, hvordan de er som person. Er lægen i sit private regi dybt racistisk, ville man måske dømme dem ud fra det og på baggrund heraf forme en mistillid til deres evner som læge. Man ville som patient eller pårørende til en patient ikke kunne adskille deres kulturelle baggrund og deres opvækst fra deres evner som læge. Måske er det netop også derfor, at lægerne anskuer patienterne som en opgave, der skal løses frem for et individ, altså i lyset af et jeg-det forhold. Netop for ikke at dømme dem og for at kunne yde den samme professionelle 'service' uanset baggrund, alder, religiøse overbevisning, og hudfarve. Endnu engang viser dobbeltheden sig. Det dobbeltperspektiv, der opstår tegner til at have en større betydning end først antaget. Det skaber desuden en asymmetri.

Det interessante her er den asymmetri, der er i relationen. Man kan se patienten som individ, men ikke lægen som individ. Lægen er der udelukkende i form af sin stilling som læge, der udleveres intet af lægen til patienten eller de pårørende. Denne asymmetri vil vi vende tilbage til i nedenstående afsnit om magt. Dette vil vi gøre, da asymmetrien genererer en skævvridning af magtforholdet, mere end der i forvejen er i forlængelse af patientens position som patient, og lægen som den der besidder den nødvendige viden og evne til at helbrede patienten jvf. citat af Lunde på side 7.

Alligevel får vi et glimt af lægen som individ i enkelte scener af dokumentaren. I afsnit tre hører man neurokirurgen Rasmussen fortælle om hvordan, der er plads til følelser, altså hans og de andre lægers følelser, men at disse skubbes væk når, der skal opereres, mens opgaven udføres (9:30-9:41). Lægerne skubber følelserne væk eller tilsidesætter dem, for bedre at kunne gøre deres arbejde, og dette giver anledning til at tro, at lægerne foretrækker en vis anonymitet, både i forhold til dem selv, men også i forhold til patienterne. Dette behov for anonymitet observerede vi i vores praksisophold på neurokirurgisk sengeafsnit. Her overværede vi en konsultation mellem en patient, ergoterapeut

og en fysioterapeut. Terapeuterne var meget fokuserede, på deres opgave som var at undersøge hvor meget patienten selv var i stand til at gøre. Der var ikke plads til følelsesudbrud fra patienten. Efterfølgende spurgte vi, hvorfor de ikke gav plads til de voldsomme følelser, som tydeligt var på spil hos patienten. De svarede, at det fjernede fokus fra deres opgave, og at det samtidig med var for at passe på dem selv, da det er et psykisk hårdt erhverv. Men er dette ensbetydende med, at lægerne ikke ser individet bag patienten, altså det individ der findes bag patientbegrebet? Ikke nødvendigvis. Lægerne fokuserer på deres opgave, deres arbejde, som ikke indbefatter at danne en personlig relation patienten, de skal ikke sidde og hyggesnakke over en kop kaffe og lære hinanden at kende. Det er lægens opgave at lære lige præcis nok om patientens vaner og livsstil, præferencer, og ønsker, til at kunne diagnosticere, behandle, og forhåbentlig helbrede patienten på en sådan måde at patientens ret til autonomi ikke kompromitteres.

Ser man derimod på sygeplejersken Julie Øster, så får man et bedre billede af jeg-du forholdet. Øster ser patienterne på en anden måde, end lægerne gør. Hun ser altid personen bag patienten. Når hun taler med patienterne, er der plads til alle de følelser patienten rummer, og måske ikke kan rumme. Hun ser dem, for **hvem** de er, hun giver plads til deres identitet og individualitet. Også i artiklen om jordemoder L.K. Jensen ser man, hvordan hun giver plads til individet, men mere end det, man ser også hvordan hun træder i et jeg- du forhold med en situation, en fødsel. Selve fødslen og forældrene danner rammen for jeg-du forholdet, forstået på den måde at forældrene beskrives ud fra, hvordan og hvad de er. De er to personer, som om lidt er forældre til et nyfødt barn. De er rolige, fattede og har en "fuldstændig fantastisk forbindelse til hinanden" (L.K. Jensen). Han er landmand, og hun er bypige. Man kan her sammenligne fødslen med det træ, som Buber beskriver i værket *I and Thou*.

*In all this the tree remains my object, occupies space and time, and has its nature and constitution. It can however, also come about, if I have both will and grace, that in considering the tree I become bound up in relation to it. The tree is no longer **IT**. I have been seized by the power of exclusiveness*  
(Buber, 1958) s. 19.

Vi gentager citatet her, da det beskriver L.K. Jensens oplevelse med denne specifikke fødsel, så smukt. Mens hun observerer, går fødslen fra at være et det (it) til at være et du (thou). Relationen mellem hendes patienter og hende selv ændrer sig.

“Jeg stod stille ved siden af og trak vejret helt lydløst for ikke at forstyrre det, der foregik. Det sætter sig i mig, når jeg møder fødende, der giver sig hen til deres krop og lader den styre. Og jeg bliver høj, hvis jeg kan hjælpe fødende hen til den tilstand” (Astrup, 2018).

I relationen til hendes patienter går hun fra at se dem alene ud fra det faktum, at han er landmand og hun er bypige, til at se dem som en helhed i relation til hinanden **og** til hende selv. I citatet fra artiklen, siger hun selv, at “det sætter sig i” hende, når hun finder sig i sådanne relationer. På samme måde som Buber siger at han i sådanne relationer bliver “siezed by the power of exclusiveness” (Buber, 1958) s. 19. Man skal her have in mente, at L.K. Jensen ikke er læge eller behandler på samme måde som f.eks. Øberg eller Rasmussen. Hendes arbejde bygger mere på et samarbejde med patienterne, end Øbergs og Rasmussens arbejde gør. Dette kan selvfølgelig diskuteres på samme måde som i ovenstående afsnit, er samarbejde mere afhængig af tillid, end hvis kirurgen arbejder på en bevidstløs patient? L.K. Jensens arbejde med patienterne gør, at hun får et andet kendskab til hendes patienter, end f.eks. Øberg gør, på samme måde som sygeplejersken Øster får gennem hendes arbejde. Der er uendeligt mange flere følelser på spil under et fødselsforløb end under en planlagt operation. Vi tillader os at lave denne antagelse, da Rasmussens patient er under narkose hele operationen, og Rasmussen derfor ikke skal interagere med dem på samme måde, som L.K. Jensen skal. Hendes patienter er som oftest ved fuld bevidsthed, og der er som oftest en pårørende med under hele forløbet. L.K. Jensen skal ikke blot forholde sig til én enkelt person og personlighed, men som oftest to personer, med vidt forskellige personligheder og forskellige måder at reagere på.

Hvordan man anskuer patienterne, afhænger altså dels af ens profession. Om man er traumeleder, sygeplejerske, kirurg eller noget helt andet er en afgørende faktor for, hvorvidt man ser personen foran sig som et individ eller en opgave, og dermed også om man kan træde i et jeg-du forhold frem for et jeg- det forhold med patienten. Men alligevel ikke helt fordi, som det kan ses i dokumentaren, så afhænger den måde, som man anskuer patienten ikke bare af ens professionsmæssige baggrund, men også af situationen. Er det en stressende og livstruende situation, er der ikke tid til at stoppe op og forundres over patienten, og det individ som gemmer sig bag symptomerne, heller ikke selvom man er bevidst om, at det er et menneske, en person, nogens mor, far, datter, eller mand der ligger foran sig.

Dette leder os videre til en analyse af Charles Taylors tre goder, og hvordan de er med til at definere individet, samt Michel Foucaults måde at anskue individbegrebet på. Vi vil vende tilbage til



dokumentaren *Med livet i hænderne* i nedenstående afsnit. Her vil vi ligeledes tage fat på Bubers jeg-du og jeg-det forhold, og undersøge hvorvidt disse forhold påvirkes af et andet syn på, hvordan man definerer individet.

### Individ begrebets forskellige anskuelser

I ovenstående afsnit undersøgte vi, hvordan Bubers jeg-det og jeg-du forhold påvirker den måde lægerne og sygeplejepersonalet i dokumentaren *Med livet i hænderne* ser individet på, eller rettere hvordan de skifter mellem at se patienten som værende et individ og som en opgave, der skal udføres, altså skiftet mellem jeg-det forholdet og jeg-du forholdet. I dette afsnit vil vi se nærmere på Taylors og Foucaults definition af individet, og hvordan disse to kommer til udtryk i dokumentaren.

Som beskrevet i ovenstående redegørende afsnit om Taylor på side 24, er det vores evne til moralsk refleksion som er afgørende for, hvordan vi er som individ. Det er ikke det, at vi besidder evnen der udgør individet, det som gør os til et individ adskilt fra andre individer, er formet af hvilke moralske goder, vi sætter højest og dømmer andre goder ud fra. Taylor opererer, som beskrevet i ovenstående, med tre typer goder, nemlig *livsgoder*, *hyper goder*, og *konstitutive goder*. Vi vil her kort opsummere, hvad de tre goder er, og hvordan de adskiller sig. Livsgoderne er de individualistiske goder som f.eks. omfatter familie- og kærlighedslivet. Det er de goder der giver vores liv værdi, og de er dermed en afgørende faktor i forhold til, om man føler man lever et godt eller dårligt liv. Hypergoderne er de goder, hvormed man dømmer livsgoderne ud fra, og er kulturelt præget. Her kan der f.eks. være tale om, hvordan man anskuer menneskerettigheder og lighed. De danner rammerne for skabelsen af identiteten. Den tredje og sidste af Taylors goder er de konstitutive goder der bl.a. indbefatter vores syn på sundhed og uddannelse. Denne sidste type gode er den type gode, der giver os energi til livet i form af vores kærlighed til den specifikke gode, og såfremt at vi som individ formår at leve op til denne gode, kan vi kalde os for værende et godt menneske (Taylor, *Sources of The Self - The Making of the Modern Identity*, 1989).

Ligeledes, som beskrevet, mener Taylor, at identiteten, udover at være formet af disse tre typer goder, opstår gennem interaktionen med andre individer (Taylor, *Modernitetens ubehag - autencitetens etik*, 2008) s. 86-87. Det er gennem relationerne, at vi får plads til at udtrykke os, og det er her at identiteten opstår gennem andres perception af os. Som forklaret, i samme afsnit, ligger identiteten i os, og forsvinder ikke såfremt vi ikke interagerer med andre, dette skal forstås således

at identiteten kommer til udtryk gennem interaktionen med andre og dermed formes af denne interaktion.

Det interessante i forhold til dokumentaren er, at det på sin vis fremstår som, at individet får en identitet af værende en patient gennem relationen til lægen og det øvrige plejepersonale. Set i forhold til artiklen om jordemoderen L.K. Jensen, er sagen en helt anden, i hvert fald ved første øjekast. Dette vender vi tilbage til. Først vil vi analysere og undersøge, hvordan de forskellige teorier kommer til udtryk i vores cases, samt undersøge hvordan de forskellige teorier enten giver plads til, at individet kommer til udtryk i relationen med lægen eller ej.

Hvilken betydning, hvis nogen, har dette for hvordan sundhedspersonalet opfatter og behandler individet i sygehusregi? Dette vil vi forsøge at belyse i det kommende afsnit. Vi vil her inkludere vores cases.

### Individbegrebet i praksis

Inden vi går i gang med denne del af analysen, vil vi gerne slå fast, at vi er klar over, at Taylor og Foucault er to vidt forskellige teoretikere, og deres teorier er meget forskellige. Vi vil derfor ikke benytte de to teoretikere til direkte komparativ analyse, da det er ikke vores mål at lave en komparativ analyse, men derimod at illustrere flere forskellige måder at anskue individet på. Dette vil vi gøre ved at illustrere Taylors teori om goderne og individet som afkast af interaktionen med andre, og Foucaults individ som værende udelukkende et afkast af en diskurs, i praksis. Vi vil ligeledes inddrage Mead og Harré i dette afsnit.

I ovenstående analyser bliver det tydeligere og tydeligere, at individbegrebet ikke bare sådan lader sig indfange. Dette gør arbejdet med at undersøge, hvordan det kommer til udtryk i relationen med lægen lettere besværligt, men ikke umuligt. Anskuer man individbegrebet ud fra Taylors teori om de tre typer goder, altså at individet defineres af, hvilke typer goder de prioriterer højest, kan man se individbegrebet i spil både i dokumentaren *Med livet i hænderne*, og i artiklen *Lise hjælper børn til verden*.

I dokumentaren hører man, som nævnt i ovenstående analyser, hvordan lægerne omtaler patienterne som værende opgaver, der skal løses. Vi hører, at de er klar over, at patienterne er mennesker, og der er nogen, der elsker dem, men at de må skubbe disse tanker væk og fokusere på opgaven foran dem. Her ser man Foucaults element det *almene*, lægerne anerkender patienterne som værende en

del af det samme fællesskab som dem selv, nemlig fællesskabet *menneske*. Her stopper lægernes syn på patienterne som individ. Ingen af de tre andre måder at anskue individet på, ifølge Foucault, kommer i spil i lægernes behandling af patienterne. Dette er heller ikke nødvendigt i Foucaults teori. Man skal nemlig her huske på, at individet er og bliver et afkast af diskurserne, og er derfor ikke et relevant begreb for Foucault.

Ser man derimod på sygeplejersken Øster, så ser man, hvordan hun både ser patienterne som værende mennesker i form af det almene, men også hvordan hun ser det særegne, altså det der gør patienterne til en person, der adskiller sig fra andre personer. Dette ser man f.eks. i afsnit tre, hvor hun samtaler med patienten, Hans. Han er nervøs for at skulle flyttes til Bispebjerg hospital. De taler sammen om, hvad der er sket, og hvor voldsom en oplevelse det har været for ham (18:07-20:05). I samtalen taler de om, at han er en stærk mand samtidigt med, at man i samme klip hører Øster samtale med sine kollegaer om Hans og hans liv. Både Hans og Øster ser det singulære, det relationelle hvorigennem individet formes, dette sker i samtalen, hvor Hans siger til Øster: "Er vi ikke blevet andet, er vi blevet en slags gode venner", hvilket hun bekræfter ham i (Hans 19:34-19:39). Deres relation har her bevæget sig fra at være en professionel relation, hvor hun plejer ham ud fra lægens direktiver, til at de ser hinanden som venner, af "en slags". Det er igen vigtigt at huske på, at man er nødsaget til at se på den overordnede diskurs for at definere individet i foucaultsk forstand. Hans er det syge menneske, hvilket er den ene diskurs, men der er mange andre diskurser på spil i denne situation. Magt diskursen spiller ligeledes en rolle, og afkastet her er et helt andet individ, end det individ som kommer ud af de andre diskurser. Vi vender tilbage til magtdiskursen i nedenstående afsnit om magt på side 69.

I samtalen mellem Øster og Hans ser vi ligeledes, at de tre måder som Harré siger er vigtige for, hvordan individet bliver til. Her ser man Selv 1 i, hvordan patienten nu opfatter verden, og derfor også hvorfor patienten handler, som han gør. Han er nervøs for at skulle et andet sted hen, på denne afdeling på Rigshospitalet kender han personalet, de har opbygget en tryk relation, og nu skal han flyttes til et andet ukendt sted. Vi ser også Selv 2 i, hvordan patienten kæmper med at finde ud af, hvem han selv er nu, hvor han skal leve med dårligt helbred, og vi ser Selv 3 i, hvordan andre, inklusive Øster selv, anskuer patienten. Hun italesætter det hele over for patienten, der har svært ved at være i situationen, og hun giver dermed plads til patienten som individ.

Ligeledes ser vi i denne samtale Meads teori om, at individet opstår i det man, gennem kommunikation med andre, bliver til genstand for sig selv. Her er det vigtigt at have in mente, at

Hans allerede er et individ, inden han kommer til sygehuset, førnævnte skal forstås således, at individet kontinuerligt udvikler sig i interaktionen med andre. Dette ses ligeledes i samtalen mellem Øster og Hans. Gennem hendes italesættelse af, at det er okay at skabe plads til de mange følelser, uanset hvor voldsomme de er, bliver Hans til genstand for sig selv, han får plads til at forholde sig til sig selv, og alt det der er sket, samt hvordan det har påvirket ham.

Man kan så her spørge sig selv om, hvorfor det er vigtigt, at patienten bliver set som et individ. Ud fra dokumentaren at dømme er patienten i lægernes øjne, i visse situationer, en opgave der skal løses, så hvorfor kan patienten ikke også bare være det i sygeplejerskens øjne?

Tager vi udgangspunkt i, at patienterne skal stå i en relation, altså et forhold til nogen anden, så må det siges, at identiteten får kategorien patient. I hvert fald set i relationen mellem lægen og patienten. Øster derimod formår at indgå i et forhold med patienten, Hans, et forhold der tillader, at han kan være til stede i hans identitet som Hans og ikke som patient. Eller i hvert fald ikke udelukkende som patient, men nærmere som Hans, som i dette øjeblik er patient på Rigshospitalet.

Vender vi tilbage til idéen om, at de indlagte på sygehuset får en patient identitet, opstår der et problem i forhold til Foucaults teori. Hvis en person der er indlagt på sygehuset, får identitet som patient reduceres vedkommende til Foucaults første trin til at identificere identiteten, nemlig det almene. Individene reduceres her til blot at være en del af endnu et fællesskab, fællesskabet *patienterne*, på samme måde som man tilhører fællesskabet *menneske*. Men alligevel kan man ikke, i foucaultsk forstand tale om 'reduktion til første trin af identitet'. Foucault har ikke samme opfattelse af individet som værende noget autentisk og særegen på samme måde som Taylor, og derfor vil man, ifølge Foucault, ikke kunne reducere patienten til det almene i denne forstand. Igen skal man se patienten som værende et resultat af en overordnet diskurs, nemlig det syge menneske. Derudover vil dette som udgangspunkt heller ikke tillade, at individet træder frem som noget singulært, og det tillader heller ikke, at man anskuer individet som værende noget enestående. Det gør blot, at man anskuer individet som værende én ud af mange. Ser man helt objektivt på det, er der ikke noget galt i denne anskuelse, patienten Hans er en patient ligesom alle andre patienter i den forstand, at han gennemgår et sygdomsforløb der kræver hjælp fra fagprofessionelle. Set fra lægens arbejdsmæssige synspunkt, så er patienterne en opgave, der skal løses på lige fod med rengøringsassistenten, som skal gøre et hotelværelse rent, eller revisoren som skal balancere et regnskab. Her skal man have in mente, at Foucault ikke siger, at mennesket er mere og andet end opgaven. Forskellen ligger i, at lægerne arbejder med mennesker som besidder individuelle følelser,

tanker, præferencer, og idéer om, hvad det vil sige at leve et godt liv etc. Der er, så vidt vides, ikke nogen der er døde direkte af, at en seng er blevet redt forkert, eller at et regnskab ikke har stemt grundet en regnefejl eller et manglende bilag.

Ser man derimod på Taylors teori om at identiteten opstår gennem dialogen med andre, kan man igen tage fat i Østers samtale med Hans. Idet de taler om de følelser, som er på spil i forhold til hans oplevelse og sygdomsforløb, bliver han, som nævnt i ovenstående, gjort til genstand for sig selv, og dermed opstår hans identitet. Eller gør den? Han havde jo en identitet, da han kom til sygehuset. Vi har som personer en god idé om, hvordan vi selv er, i hvert fald i den forstand, at vi ved, hvordan vi gerne vil være, om hvad det vil sige at være et godt menneske, og hvad det vil sige at leve et godt liv. Det har vores nabo og dem, vi passerer på vores vej også, og dette stemmer ikke nødvendigvis overens med den måde, som vi ser det på. Der er her tale om den ene af Taylors tre typer goder, livsgoderne, som er individuelle, og ligger i vores selvopfattelse af, hvad der giver vores eget liv værdi. Det er her, hvor vi har plads til at udfolde os selv, og det er netop denne type gode, hvor man gerne vil ses for den, man er. Hvordan opstår dette i dialogen med andre, og nærmere betegnet, i dialogen med lægen?

I dialogen med lægen taler man f.eks. om, hvordan man selv anskuer livet, hvad der er vigtigt i forhold til at leve et godt liv i forbindelse med behandling og livskvalitet. Denne type samtale vil dog fortrinsvis være i forbindelse med alvorlig sygdom og palliativ behandling. Uanset hvilken type samtale man har med lægen, så taler man ikke om tingene på samme måde, som man ville med en livspartner eller en fra sin nærmeste omgangskreds. I samtalen mellem Øster og Hans, er der opstået en relation der har gjort at han betegner dem som værende en "slags gode venner". Dette specielle forhold gør, at han taler mere åbent med Øster, end han måske ville gøre med en læge. Dette er selvfølgelig en antagelse, som vi laver, da dokumentaren er produceret således, at vi ikke ser ham i dialog med en læge. Det havde været interessant her at se, om han ville antage samme slags venskab med lægen, som han gør med Øster, eller om dialogen er så anderledes med lægen, at den ikke fordrer den samme type relations dannelse som dialogen med sygeplejersken. Antager vi imidlertid at samtalen med lægen er en anden, så må vi også antage, at der ikke er plads til at udfolde hans individuelle syn på livsgoderne i den forstand, at de fremstår som værende andet end udtryk for et bestemt ønske om livskvalitet.

Ydermere bringer denne antagelse emnet for vores næste analyse på banen, nemlig magt. Holder vi fast i denne antagelse om, at samtalen med lægen er en anden, må man også undersøge, hvorfor

dette er tilfældet. Antager man yderligere, at dette skyldes den magt, som lægen kan have over patienten jvf. citat af Lunde 7, må man også undersøge om denne magt fordrer etiske overvejelser. I nedenstående delanalyse ønsker vi at undersøge et evt. samspil mellem magt og etik.

## Etik og magt

Vi vil nu inddrage etikken, hvortil vi vil bringe artiklen *Lise bringer børn til verden* ind. Vores formål med denne delanalyse er at analysere på, hvorvidt det etiske giver plads til individet i en specifik situation.

Kant tager, i sit kategoriske imperativ, udgangspunkt i pligtetikken (deontologien), som defineres kort ved at sætte fokus på handlingen i sig selv. Traditionelt står pligtetikken i modsætning til nytteetikken, der foreskriver, at vi, som mennesker, bør bedømme en handling på denne handlings konsekvenser, hvor pligtetikken siger, at en handling ikke bedømmes på konsekvenser, ses som værende irrelevante, når vi skal bedømme, om handlingen skal anses som værende god eller dårlig.

Kant formulerede i sit kategoriske imperativ, at man skal handle således, at man kan ville, at handlingen gøres til en universel regel, som alle mennesker har pligt til at følge. Dermed er formålet med imperativet, at man altså ikke må bruge et andet menneske som værende et middel til at opnå egne mål, fordi man bør, af pligt, betragte mennesket som værende et mål i sig selv. Netop denne tanke kan anses som værende af stor betydning for den moderne forståelse af, hvordan vi ser menneskets værdighed.

Vi finder det relevant at inddrage etikken i vores analytiske afsnit, fordi vi blandt andet er inde og definere individbegrebet, ligesom vi igennem opgaven beskæftiger os med mennesker, som arbejder med at redde liv, og vi beskæftiger os med patienter og deres pårørende. Præcis derfor er etikken vigtig at inddrage, for etik vedgår os alle, da man dagligt konfronteres med problemstillinger, som man må tage stilling til, ligesom der vil være forskellige etiske begrundelser og overvejelser at forholde sig til. I artiklen *Vi skal turde tage de svære samtaler med patienterne* henviser Meiner til, at både pligtetikken og nytteetikken implicit er til stede, når man behandler patienter i svære situationer. En fødsel vil man måske ikke i dag karakterisere som værende en svær situation. Ikke desto mindre er situationen, hvor en kvinde skal føde sit barn en svær situation, for selvom kvinder har født børn siden tidernes morgen, er der mange ting, som kan gå galt, både med moderen, men også med barnet. Når jordemoderen L.K. Jensen i artiklen *Lise hjælper børn til verden* giver sit besyv med i debatten om at give plads til individet, beskriver hun nemlig, hvordan hun analyserer

begivenheden på fødestuen, og dermed tager hun brug af Kari Martinsens teori ”det dobbelte øje”, og her er nærhedsetikken i højsædet. Jordmoderen vurderer nemlig, hvordan der bedst handles, således, at det passer ind i den specifikke situation, den fødende befinder sig i. Ligesom jordmoderen observerer og nærmest scanner rummet for at vurdere, hvordan den fødende får den bedst mulige oplevelse i den givne situation. Jordmoder L.K. Jensen beskriver øjeblikket, hvor en førstegangsfødende får sit lille barn op på maven efter fødslen, som værende det bedste. L.K. Jensen fortsætter med at berette om, at intellektuelt har forældrene forberedt sig på netop dette øjeblik, men alligevel, trods forberedelserne, er dette øjeblik, mødet med det lille barn, så konkret en oplevelse, fordi det på en måde først går op for forældrene, at nu er det nu. Barnet har en duft, barnet græder måske. Med dette er det tydeligt, at selv om forældrene har forberedt sig på fødslen, så er det nærmest umuligt at forberede sig helt konkret på de følelser, der kommer i spil, når barnet er kommet ud i verden til moderen (og faderen).

Vi vil ligeledes belyse, hvordan L.K. Jensen afstår fra den magtrelation, som hun besidder i kraft af sin jobtitel. Vi har i vores afklarende begrebs- og teori afsnit været inde på, at når man iklæder sig hospitalets uniformen, så kan man fremstå som værende en autoritet, hvilket sygeplejersken fra dokumentaren *Med livet i hænderne* er inde på. I den ældre hospitalskultur havde lægen, iført sin kittel, et billede af at han var magtfuld, og mange deler stadig denne opfattelse. Det syner af autoritet, når en person iklæder sig sin hospitalsuniform. Dog vil vi lige understrege, at autoritet ikke alene består i ens kunnen, men så sandelig også af ens væren.

L.K. Jensen refererer til en helt specifik oplevelse, hun havde med et par. Hun beretter om, hvorledes hun havde mærket stemningen i rummet ved at se efter, hvordan dynamikken er mellem den fødende og faderen. Hun ser blandt andet efter den fortrolighed, der er mellem parret. Den oplevelse som har sat sig fast i L.K. Jensen, omhandler et par som instinktivt gjorde alt det, man skal gøre, når man befinder sig i sådan en situation. Den fødende havde overskud og var rolig, ligesom hun straks inkluderede faderen, der deltog så godt, som han kunne. L.K. Jensen knytter følgende kommentar til oplevelsen: ”Jeg stod stille ved siden af og trak vejret helt lydløst for ikke at forstyrre det, der foregik.” (L.K. Jensen) Med dette citat viser L.K. Jensen, at hun havde formået at skabe plads til individerne i den pågældende situation. L.K. Jensen havde selvfølgelig på forhånd vurderet, at hendes indblanding ikke var nødvendig, eftersom der ingen fare på færde var, ligesom den fødende og faderen synede trygge i situationen.

Det er ligeledes også interessant at inddrage begrebet magt, netop fordi L.K. Jensen tager et aktivt valg om ikke at blande sig. Hun frasiger sig på en måde den magt, som hun har i kraft af hendes job/profession, ved at træde i baggrunden og blot observere. Hun kunne sagtens demonstrere sin magt og styre fødslen, fordi hun er jordemoder, og dermed har hun en form for ret til at styre slagets gang i situationen. Dog vælger hun anderledes, naturligvis fordi hun i kraft af sin erfaring og professionalisme har vurderet, at det er nok, at hun blot observerer, fordi de vordende forældre selv har styr på situationen. L.K. Jensen ville til enhver tid kunne træde til med hjælp, såfremt hun vurderer, det er nødvendigt. Når Foucault taler om magt, så er det som værende et fænomen, som er at finde alle steder, og et fænomen der ses i menneskers adfærd og handlinger. Endvidere mener han, at magten befinder sig i det skjulte, hvorfor den på den måde er med til at påvirke menneskers hverdag. Dette er en meget interessant tilgang til begrebet magt, især i det eksempel, L.K. Jensen nævner, netop fordi det kan være med til at vise, hvordan forskellige magtmekanismer er aktive i en kontrol af individet.

Ifølge Foucault eksisterer magten ikke i sig selv, den er noget, et individ skal udøve. Ser vi til L.K. Jensens eksempel, så laver hun selv et aktivt valg om ikke at udøve sin magt, ud fra en professionel og bevidst vurdering. Denne bevidsthedsvurdering, som L.K. Jensen drager nytte af, leder hen mod det bevidste, og det bevidste sind, som ifølge Freud, indeholder alle tanker og følelser, som man er opmærksomme på i det præcise moment. I det bevidste sind tager L.K. Jensen et aktivt valg om ikke at forstyrre øjeblikket mellem de vordende forældre, hvilket leder mod Foucaults beskrivelse af magten som værende en usynlig force, som kommer til udtryk i relationer i det spændingsfelt, der er mellem individer. L.K. Jensens intention med det aktive valg, er netop ikke at forstyrre et specielt moment mellem to individer, til trods for hun selv er en del af momentet, men hendes del bliver på sin vis sekundær, når hun træffer det aktive valg.

På fødegange kan vi antage, dels af egne erfaringer, men også på baggrund af casen, at der hersker en bestemt atmosfære. Det er et sted, hvor intet ses som værende underligt, og alle reaktionsformer, som de involverede individer end måtte have, kan håndteres. Det i sig selv kan give et billede af, at der er plads til diversitet, men det er i sidste ende relationen mellem hospitalets ansatte og patienterne, der danner relationerne sammen, hvortil det så kan bevises, om der gives plads til individet. L.K. Jensen udtaler selv i artiklen, at ikke ret meget er unormalt på en fødestue, ligesom hun henviser til vigtigheden af at danne relation til den fødende, således at denne føler sig tryk. Igen kommer relationen mellem sundhedsfagligt personale og patient til udtryk, hvor det derfor kan



formodes, at netop denne relation er skabt via dialog med patienten og med en både epistemologisk og ontologisk indsigt.

Går vi mere i dybden med begrebet magt, kan vi forsigtigt antage, at denne magt ligger godt skjult i de fleste sygeplejesammenhænge, netop fordi den trives i skjul af værdier og normer, som hospitalets personale selv har. Selvfølgelig er der diverse regler og retningslinjer, der skal følges og overholdes, men det fjerner ikke det faktum, at når der tales om at drage omsorg for en patient, så må man mene, at det er personalets egne normer og værdier, der er indikator for, hvor meget eller hvor lidt omsorg, der drages.

Vi har på forhånd præsenteret både den direkte magt og den strukturelle magt i vores speciale på side 41, og ud fra den oplevelse L.K. Jensen selv refererer til, så er der ingen tegn på, at hun udøver direkte magt, eftersom hun aktivt valgte blot at observere. Havde fødslen givet anledning til komplikationer, ville det være naturligt for hende at udøve direkte magt i form af at træde i karakter som jordemoder. Havde den fødende eventuelt ønsket anden smertedækning end at føde i vand, ville L.K. Jensen gennem den indirekte magt kunne sørge for, at den fødende kunne tage stilling til, hvilken form for smertedækning, hun ønskede, ud fra de valg af medicin, som L.K. Jensen havde mulighed for at præsentere for hende. Den strukturelle magt ville kunne gøre sig gældende her, ved at det i moderne tid er blev normaliseret at blive smertedækket, når en kvinde skal føde, hvor det i fortiden ikke var en mulighed. Med disse eksempler in mente skinner Foucaults definition om magten som værende et fænomen, der skabes mellem individer stærkt igennem, ligesom pligt- og nytteetikken opererer implicit sammen med magten.

Endvidere finder vi det relevant at inddrage en situation fra TV-udsendelsen, som vi kort vil opridsede nedenfor.

I afsnit to af dokumentaren *Med livet i hænderne* ser man, hvordan neurokirurg Rasmussen samtaler med en patient i en opfølgende samtale efter en LID operation.

Patienten fortæller, at han efter operationen ikke længere har anfald, men at han til gengæld nu hører stemmer. Rasmussen siger til ham, at det vigtigste er at fokusere på, at han ikke har haft et anfald siden operationen, og at operationen dermed må anses som værende en succes. Ud fra Taylors teori om de tre typer goder, må dette siges at være ikke bare et indblik i hvordan Rasmussen er som læge, men også i hvordan patienten er som individ. Hvis vi starter med Rasmussen, så har

han fuldstændig ret i, at operationen var en succes, såfremt de eneste kriterier herfor er at patienten er i live, fortsat er mobil og at han ikke længere har anfald. Tre væsentlige faktorer i forhold til om patienten kan være tilfreds med udfaldet eller ej, men Rasmussen giver ikke rigtig plads til patienten som individ her. Det som patienten fortæller, er ikke uden relevans for patienten. Det har netop en betydning for patienten siden han italesætter det. Patienten som individ kommer her til udtryk gennem hans italesættelse af denne nye problematik.

Efter vi så afsnittet, så har vi gjort os nogle tanker om patientens tilstand ud fra vores betragtning. Vi finder det tydeligt, at patienten virker til at være hæmmet af sin sygdom, ligesom vi også kan høre, når patienten taler, at han er præget af sygdommen, og vi kan ligeledes se, at patienten er dårlig gående. Disse faktorer spiller en væsentlig rolle, når vi nu i analysen vil udfolde Foucaults magtbegreb i relationen mellem Rasmussen og patienten. Inden vi går i dybden med det, vil vi redegøre for årsagen til, at der er blevet lagt fokus der. Vi erfarede, efter grundig gennemgang af afsnit to, at vi på tidskode 5:30 til 5:43 ser, at Rasmussen går ind på patientens stue for at sætte et kryds i patientens pande som et led i den endelige forberedelse til LID operationen, og her i denne ansigt til ansigt relation, syner Rasmussen mere ”menneskelig” i sin måde at føre dialog med patienten. Rasmussen er igen inde ved patienten efter operationen (27:15), hvor han her taler med patienten om, hvordan han har det efter operation. Her spørger han ind til patientens motorik, ligesom patienten får kort sin motorik testet, ved at Rasmussen beder patienten klemme i Rasmussens hånd, hvorefter han kan konstatere, at patienten har godt med styrke. Rasmussen afslutter med at sige, at han synes, de skal glæde sig over, at det er gået så godt, og henviser til, at han vil ringe til patienten og følge op på patientens fremgang.

Ved tidskode 28:40 ringer Rasmussen til patienten, og får her at vide at patienten har været anfalds fri efter operationen. Ved tidskode 28:57 oplyser patienten, at han nu hører stemmer, og virker nervøs for, om det nu er skizofreni. 29:06 min. inde i afsnittet forklarer Rasmussen, at sagen er at hjernen har været igennem en ret voldsom operation, ligesom patienten jo også har haft voldsomme anfald, og det vil tage tid, før hjernen er kommet sig oven på det. Ved tidskode 29:23 oplyser Rasmussen, at han synes, de skal holde fast i, at det er dejligt, at han er anfalds fri og henviser til, at det med stemmerne kan være midlertidige gener.

Vi er opmærksomme på, at den opfølgende samtale som sådan kun omhandler LID operationen, og vi anerkender ligeledes, at Rasmussen tager tid til at lytte, samt forklare at det med stemmerne måske kan være forbigående gener, fordi patientens hjerne har været under kraftig belastning

igennem længere tid, så kan det stadig virke til, at netop denne gene ikke får nok tid i den opfølgende samtale. Dette eftersom Rasmussen er hurtig til at runde samtalen af med at sige, om de nu ikke skal glæde sig over, at patienten er anfalds fri. Netop i det øjeblik ses autoriteten i kitlen, magt relationen bliver synlig, da det gøres tydeligt ved Rasmussens ytring, at det "kan" være en gene, og at det ikke er der fokuset skal lægges. Hos Foucault er magt spørgsmålet centralt, men dermed ikke direkte lokaliseret, og med det menes, at der f.eks. findes et klasseherredømme, der dikterer, at eksempelvis lægen har mere magt end patienten. Dette står i strid med Foucaults teori, eftersom klasseherredømmet er lokaliseret, hvilket også ses i ovenstående citat af Lunde på side 7. Derfor søger Foucault ikke efter at finde ud af, hvem der har magten, men derimod hvad magt er, ligesom han argumenterer for, at institutioner ikke kan fungere uden magt. I eksemplet med den opfølgende samtale, illustreres hvad magten er, ligesom det illustreres, hvordan magten udføres, hvilket er et bevis på, at der i denne situation findes en professions magt.

Magten i dette eksempel, ud fra Foucaults teori, er her inkorporeret i samtalen, og magten må derfor forstås i al sin materialitet, og kommer derved til syne i udøvelsen i hverdagen. Vi gør klart, at vi dermed ikke mener, at der bliver udøvet en reel og direkte magt, men netop at magten i dette eksempel er blevet lokaliseret til institutionen, som er sygehuset, og dermed er det lægen, der udøver magten. Havde det været en mere lige samtale, kunne patienten eventuelt have valgt at adressere igen, at han nu hører stemmer. Det gjorde patienten ikke, og det kan der være flere årsager til, som vi kun kan gisne om. Dog ønsker vi at nævne et par af de gisninger, eftersom at det er dem, der har været med til at få os til at filosofere over eksemplet.

Det er ikke sikkert, at patienten har haft energien og/eller overskuddet til at spørge ind til, hvorfor han nu hører stemmer. Ligesom det kan være, at patienten er fint tilfreds med Rasmussens svar om, at det kunne være fordi, hjernen var belastet. Ydermere kan vi ikke undgå at bemærke, at det virker til, at patienten er udfordret både i sine bevægelser og lidt i sin tale. Dette kan være fordi, at hans hjerne er så belastet pga. epilepsien, men det kan også være fordi, at patienten kan være tilbage i sin udvikling. Dette kan vi ikke vide, da vi ikke får det oplyst, men vi må gå ud fra, at patienten er ved sine fulde frem, eftersom han selv tager beslutningen om operationen.

Ligeledes finder vi det interessant at nævne, om det overhovedet er i patientens interesse, såfremt Rasmussen havde valgt at sætte et større fokus på, at patienten fortæller, at han hører stemmer. Måske man først vil tænke, at der i den grad skulle bruges mere tid på den del af samtalen, men anskuer vi det således, at patienten, i netop denne situation, ikke har mulighed for at udøve sin

selvbestemmelsesret, vil det netop give mening ikke at lægge fokus på stemmerne. Det vil det ikke fordi, at lægen på forhånd har forklaret, at der kan opstå problemstillinger med operationen, og patienten har stadig valgt at få operationen, og nu fortæller patienten så om en "bivirkning", men patienten kan på det givne tidspunkt ikke bestemme over den situation, fordi det er en eftervirkning. Denne eftervirkning/bivirkning, vurderer lægen, kan være opstået fordi, hjernen har været belastet så længe. Igen viser det et broget problemfelt i forhold til, eventuelt at kunne ønske en mere jævnbyrdig relation mellem læge og patient.

Endvidere kan det anses som værende upersonligt, at denne opfølgningssamtale foregår telefonisk, da dette kan have stor betydning for, hvordan en samtale udfolder sig. Det kan dog være fordi, at patienten bor i Jylland, og dermed spares der på både patientens belastning, tid og transport, fordi Rigshospitalet ligger langt væk fra Jylland. Dog kan det også anskues som værende en etisk problemstilling, eftersom opfølgningssamtalen kunne have resulteret i, at lægen måske havde behov for at se patienten igen pga. komplikationer, ligesom patienten kunne have haft behov for at se lægen igen. Ligesom lægen kunne have valgt at møde patienten på en etisk måde, hvorpå lægen kunne have tilset og testet patientens motoriske færdigheder på ny.

Vi har ligeledes nævnt, at vi ser en forskel i dialogen, når Rasmussen er ved patienten, kontra når han er i telefonisk kontakt med patienten. Det er tydeligt, at det synes nemmere at være personlig, når man kan opretholde hinandens facework, fordi der så er mulighed for at aflæse den andens ansigt og kropssprog under egne ytringer. Det er dermed lettere at anslå om personen man står over for, forstår og anerkender, hvad der bliver sagt, da mødet ansigt til ansigt kan betragtes som et godt afsæt til kommunikativt samspil.

En telefonisk samtale kan måske opfattes som værende asynkron, fordi det dermed kan være sværere at udforske de sociale betingelser, der eventuelt går forud for samtalen. Ved en samtale ansigt til ansigt vil fordelene derfor være, at der er adgang til en social interaktion, der dermed vil styrke relationen mellem læge og patient, ligesom der er udmærkede muligheder til at formulere ekstra spørgsmål til en operation. Dog kan der også findes ulemper ved en samtale ansigt til ansigt, fordi det netop stiller krav her og nu til deltagerne af samtalen, og det kan give en form for kompleks social situation. Ser vi på den telefoniske samtale, kan en fordel være, at det kun er den mundtlige kommunikation, der tæller, eftersom læge og patient ikke kan se hinanden, og det vil dermed give en stor autencitet i relationen til operationen, men det forudsætter selvfølgelig, at

patienten, og lægen, er helt klar til at tage samtalen, fordi at en telefonisk samtale stiller krav til personernes samtalefærdigheder.

Vi fortsætter vores analyse om magtrelationer, og i nedenstående afsnit vil vi igen besøge Foucaults magt definition og dennes diskurser. Vi vil ligeledes arbejde med det etiske aspekt. Ydermere ønsker vi at adressere, antagelse om, at det i relationen og interaktionen mellem læge og patient, ikke er en nødvendighed, at patienten ser lægen som værende et individ. Det er for patienten irrelevant, om lægen evt. har en hobby mv, eftersom patienten kun opsøger lægen, når patienten har et sundhedsmæssigt problem. Det er dermed ikke vigtigt for patienten at anerkende lægen som individ. Der ligger nærmest en forventning om, at lægen ikke tager det private aspekt af sig selv med på arbejde, for arbejdet som læge handler kun om patientens helbred. Dog er det vigtigt, at lægen ser og anerkender patienten som værende det individ, som patienten er, fordi at det er lægens opgave at kortlægge eventuel behandling af patienten, således den passer præcist til patientens tilstand. Ligesom behandlingen også skal imødekomme patientens behov.

### Stuegangens etik og magtrelationer

Når vi i vores speciale behandler det etiske aspekt under stuegangen, gør vi opmærksom på, at det er en flersengsstue, eftersom det er normen på offentlige sygehuse, at patienter deler stue med andre patienter. Dette kan på sin vis kompromittere den enkelte patients ret til at få værnet om fortrolige oplysninger, eftersom der er andre på stuen, ud over sygeplejen, lægen og patienten selv. Dermed kan vi antage, at patientens integritet og værdighed ikke helt opretholdes, eftersom der ikke, blandt de andre patienter, hersker tavshedspligt om, hvad de end måtte høre om den pågældende patient. Vi gør her klart, at der selvfølgelig hersker tavshedspligt i læge og patientrelationen. Sygeplejeetisk Råd er opmærksom på denne problematik på flersengsstuerne, og derfor kan der gå information ”tabt”, fordi personalet ikke ønsker at videregive personfølsomme oplysninger i de andre patienters påhør (Råd, 2006).

Vi er opmærksomme på, at der hersker oplysningspligt, ligesom loven fastholder kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at opretholde og sikre respekt for det enkelte individ, individets integritet og også selvbestemmelse, altså retten til autonomi (Ældreministeriet, 2019). Vi finder det dog stadig interessant, at man som individ også er beskyttet af persondataloven, og derfor kan vi se en problematik i, at når lægen konverserer med patienten om sygdom på en fælles stue, så er der flere lyttere med end kun patienten og det nødvendige sundhedsfaglige personale. Dog kan man

argumentere for, at der på stuerne typisk er et gardin, som kan trækkes for, således at det angiver en form for privathed, selv om gardinerne ikke er lydisolerede. Ligeledes kan man antage, at fælles for patienterne er, at de indlagte på en stue, og derfor befinder sig i en nogenlunde tilsvarende situation, som deres senge sidemand, hvorfor det kun vil være naturligt at gennemgå patientens journal.

Såfremt stuegangen skal betragtes som værende det sociale rum, hvori patientens sygdom og behandling italesættes, er det en problemstilling, når og hvis det sundhedsfaglige personales nedstigning fra autoritet, så går ud over det informative, som finder sted på en stuegang. Dog skal det nævnes, at vi ikke betragter stuegangen som værende en udførlig gennemgang af, hvad patienten skal gennemgå i sit sygdomsforløb. Vi retter dog fokus mod, at når informationer ikke bliver givet, så kan det gå ud over den relation, der skabes mellem patient og sundhedsfagligt personale, og det vil i sidste instans potentielt skade den tillid som der end måtte være til sygehusvæsenet, og dermed tilliden som der bør være læge og patient imellem. I artikel 4 *Autoriteten sidder ikke længere kitlen*, taler Hartling om, at der forefindes en bagside af autoritetstabet, og at han i den forbindelse ligeledes nævner, at relationen mellem læge og patient kan udvikle sig til et mere korporativt kundeforhold mellem læge og patient.

I og med at der, ifølge Hartling, er sket en udvikling i, hvordan vi betragter lægen nu og tidligere, ledes vores tanker hen på magt relationen, hvor det er tydeligt, at tidligere var den hvide kittel forbundet med en magt, fordi man anså lægen som en alfaderlig skikkelse, der ene og alene kunne dømme, hvad der skulle ske med en patient. I dag kan det måske antages, at der forefindes en mere laissez faire holdning, eftersom lægen i dag også fokuserer på, at der ikke må ske fejl, så lægen dermed bliver genstand for patientklager. Med dette menes ikke, at lægen ikke tager sit job alvorligt, for det er der ingen tvivl om, at lægen gør, men vi retter opmærksomheden hen på, at lægen mere i dag beskytter sig selv, end lægen måske gjorde førhen.

Bliver vi ved magtaspektet under stuegangen, gør vi det klart, at stuegangen handler om rutiner, og disse rutiner kan resultere i magtrelationer, fordi det eksempelvis forventes, at det er lægen der bruger patientjournalen til at føre dialog, og selvom sygeplejersken også har juridisk adgang til denne journal, er det stadig ikke sygeplejersken, der fører "journaldialogen" med patienten. Med dette antydes, at der forefindes en magtrelation, hvor lægen rangerer over sygeplejersken i denne specifikke situation.

Stuegangen kan ligeledes anskues som lægens arbejdsrum, og i dette rum skal kunne rumme en udredning af patienten, og dermed også en diagnosticering af patienten. Ligesom der også skal vurderes, hvad der skal ske med patienten. Til hjælp til dette benytter lægen den førnævnte patientjournal. Desuden kan han også rådføre sig med sygeplejersken og patienten, hvis opgave ligner hinanden på dette tidspunkt i den forstand, at de bidrager med diverse observationer. Her virker det til, at lægen er den magtfulde i situationen. Ud fra ovenstående er det tydeligt, at der er en magtform i spil, en form for hierarki. Magtformen der er i spil her, må betegnes som værende den strukturelle magt, som kendetegnes ved, at "undertrykkelsen" ikke sker gennem magthaverens (lægen) bevidste forsøg på at gennemtrumfe deres interesser. Det er en magtform der står rodfæstet i de samfundsmæssige principper. I og med at lægen stadig kan rådføre sig med både sygeplejersken og patienten, er der ligeledes tale om flydende overgange i magtstrukturen.

Den norske sociolog Yngvar Løchen har betragtet sygehuset ud fra et rolleperspektiv, hvor han lægger op til, at det sociale system er opbygget af et net af roller (Mørch, 2007) s. 212-214, som er designet til at løse meget. Men ikke desto mindre løser systemet ikke alt, eftersom det sociale system netop rummer et spændingsfelt mellem hvad der er realistisk at udføre, og hvilke idealer man egentlig ønsker at stræbe mod.

Ud fra Løchens tilgang til det sociale system, er det tydeligt, at disse roller er forbundet til de forskellige magtformer, ligesom disse former af magt også bliver effektiviseret i praksis. Rollerne som individerne indtræder i, når de eksempelvis iklæder sig hospitalsuniformen, inviterer også til, at individet har en bestemt ageren i en given situation, fordi at sådan forventes det, at en sådan person handler og agerer. Med rollen som eksempelvis læge forefindes der altså en række forventninger og normer, som samfundet på forhånd har sat, hvilket leder hen mod Løchens måde at anskue det sociale system på. Det billede man end måtte have af en læge, må anses som værende autoritært, men faktum er at hvordan rolleudførelsen sker afhænger af, hvordan forventningerne er til rolle, samt det også afhænger af, hvordan det individ, der indtager rollen, formår at udføre rollen. Individets forventninger til at indtræde i rollen og til at bestride jobbet (eksempelvis læge), er ikke kun individuelle, eftersom de også i den grad afspejler den tid, de lever i. Man er påvirket af samfundets værdisæt og normer. Det kan derfor antages, at individets opfattelse af arbejdets betydning også er hentet i individets menneskesyn, hvorfor det derfor også hænger sammen med de samfundsmæssige forhold, som individet lever under. Der kan argumenteres for, at individets syn hænger tæt sammen med individets identitet, hvorfor dette derfor også vil have en betydning for,

hvordan individet udfylder sin rolle. Inden for lægegerningen kan det næsten siges, at jobbet er et mål i sig selv, ligesom det også er forbundet med både personlige og faglige kompetencer, og på den måde kan individet realisere sig selv gennem sin rolle i jobbet som f.eks. læge. Dermed kan arbejdet også få en symbolsk betydning, fordi arbejdet betyder ikke kun noget for individet, men det betyder også noget for andre.

Når vi arbejder med stuegangens betydning, så er det ligeledes værd at nævne begrebet omsorg, og dermed også forklare, at begrebet omsorg er socialt konstrueret, ligesom det er subjektivt, hverdagskulturelt og samfundsmæssigt bestemt. Vi nævner dette, da vi ønsker at belyse, at med begrebet omsorg kan der drages paralleller til tillidsbegrebet, hvilket vi vil uddybe i nedenstående analyseafsnit, som omhandler omsorg i relationen.

### Omsorg i relationen

Omsorg ses som værende en relation mellem mennesker, hvor de handlinger som udføres, har en helt særlig karakter. Filosofisk set kan omsorg karakteriseres som værende den måde, hvorpå et individ møder et andet individ moralsk. Omsorg er et begreb, der kan bruges megen tid på at definere, ligesom det kan diskuteres, om omsorg er et grundvilkår ved det at være menneske, hvortil det måske kan påpeges at magt mellem mennesker måske er mere grundlæggende end omsorg. Der forefindes altså en række problemstillinger, når sygeplejepersonalet undervises i omsorg. Omsorg kan betyde en rettethed mod et individ, og det illustrerer en måde at være i verden på, fordi at omsorgsdrageren retter sin bevidsthed mod individet, og det medfører, at man forholder sig til det, man retter omsorg mod. Man forholder sig til det, ens bevidsthed er rettet mod, ligesom man så handler i overensstemmelse med det. Omsorg kan anses som værende et generelt fænomen, hvilket også betyder, at det kan være lidt upræcist at definere, hvorfor det er svært at holde fast i som en fagspecifik term. Sygeplejepersonalet kan gøre sig tanker om, hvad der generelt ligger bag de handlinger, som de udfører i sygeplejen, men selv om de gør det, er det ikke sikkert disse tanker og refleksioner afspejler hverdagen i deres arbejde.

Det er relevant at drage nytte af Kari Martinsens teori, som netop definerer kvalitetsdimensioner ved omsorgsbegrebet, hvor hun, som vi tidligere har nævnt på side 19, siger, at omsorg er noget, som skabes i den sociale relation gennem fællesskabet via den forståelse, som man har for den anden. For at omsorg kan betegnes som værende ægte, og dermed ikke påtaget, er det centralt, at omsorgsgiveren kan forholde sig til omsorgsmodtageren, som dermed anerkender den anden ud fra



dennes situation. Den fagligt dygtige sygeplejerske handler derfor ud fra intuition. Dermed kan det antages, at hun også på sin vis ser en løsning på forhånd, netop fordi at hun ved, hvad der skal gøres i den givne situation.

Honneth argumenterer for, i sin anerkendelsesteori, at anerkendelse er nødvendigt for, at individet kan opretholde det gode forhold til sig selv. Dog skal vi huske på, at han ligeledes mener, at man skal sætte omsorg før anerkendelse, og det er selvom, at Honneth ikke har defineret omsorgsbegrebet. Han mener ligeledes, at det er igennem relationen, individet opnår anerkendelse, hvilket er interessant at belyse sammen med omsorgsbegrebet. Der forefindes altså en form for anerkendelsessfære i den sociale relation, og det kan være her, at omsorgsbegrebet opstår, når der er tale om en relation mellem sygeplejerspersonale og patient. Dog gør vi opmærksom på, at vi ikke benytter anerkendelsesbegrebet direkte i vores speciale, men vi finder, at det ligger implicit, når vi arbejder med relationen mellem mennesker.

I dokumentaren *Med livet i hænderne* afsnit tre er vi vidne til, at den unge nyuddannede sygeplejerske Øster tager sig tid til at sætte sig ned og tale med den ældre mand, Hans, som er indlagt (8:15), og er på vej til at skulle udskrives. Patienten udtrykker bekymring over, at skulle udskrives til hjemmet, og patienten bliver ked af det, hvortil Øster medgiver forståelse for mandens situation. Øster vælger endda at gå hen til stuegangens dør og lukke den, hvilket kan give et billede af, at Øster opfatter situationens private sfære. Derefter har de, hvad der synes til at være en hjertefølt samtale, hvor Østers omsorgsgiven i form af både en hånd på patientens skulder og ved dialog fremgår tydeligt. Endvidere gennemgår Øster mere eller mindre hele situationen med patienten, hvor hun fortæller, at det har været en ordentlig omgang og at efterreaktioner fra patienten kommer, når patienten bliver konfronteret med udskrivelsen til hjemmet (8:44-8:58). Dette eksempel illustrerer for det første, at sygeplejefaget ikke som sådan har nogen alder, her skinner det menneskelige aspekt igennem. Det har ingen betydning, at der er så stor aldersforskel mellem patient og sygeplejersken. Omsorgen, i denne situation, foregår i relationen, og det står klart, at hun ved, hvordan hun skal tage samtalen med patienten. Samtalen virker ægte og oprigtig, ligesom det, ser ud til at have en beroligende effekt på patienten.

Det faktum, at man akademiserer sygeplejefaget kan måske ses som værende en fordel for patienterne, fordi patienterne har krav på, at sygeplejerspersonalet udfører deres arbejde på den bedst mulige måde. En akademisering af sygeplejefaget tillader nemlig, at personalet kan tilegne sig den teoretiske viden, således de kan forske i det, de gør.

Ligeledes er psykologien også en vigtig komponent, når der analyseres på omsorgsbegrebet, eftersom at vi som mennesker, er sociale væsener, og derfor har vi også et behov for at føle en tilknytning til andre mennesker. Dette faktum ændrer sig ikke, når et individ bliver til en patient, der har brug for pleje i forbindelse med sygdom eller indlæggelse på et sygehus. I patientens svære stund kan det antages, at behovet for at føle sig forstået, tilknyttet og behøve omsorg i høj grad er til stede. Omsorgen kan ses som værende en social relation, hvilket henviser til Martinsens definition af omsorgsbegrebet. Hvis man anskuer sundhedsvæsenet som værende mennesker, som hjælper mennesker, kan det være med til at kendetegne begrebet omsorg, og på den måde kan man også forestille sig, at mennesket sættes før institutionen.

Det psykologiske aspekt er ikke simpelt at gå til, eftersom der er flere komponenter der skal passe sammen. I en relation mellem læge og patient, er der to personer, der hver især har deres eget sind, egen mening og igen egen definition af, hvad omsorg er. Dog findes der den professionelle omsorg, der redegøres for på side 19, der bliver tillært, og det er med til at sætte barren for, hvordan omsorgen bliver udført i sundhedsvæsenet.

Lad os antage at læger i dag bliver opdraget til at være særdeles effektive på det biologiske område, og at de midt i den effektivitet ikke får ros for at kunne være menneskelige også, så er de bærende værdier måske i fare. Dette argument har lagt os på sinde, eftersom det henviser til sårbarhed, hvilket vi også har behandlet i dette speciale, for vi kan undre os over, om der bliver ved med at være plads til sårbarhedens etik i et sundhedsvæsen, som bliver mere og mere effektiviseret. Dette udgør nærmest et paradoks, og det er et scenarie individet, uanset om det er en ansat eller en patient, kan blive fanget i.

Vi har tidligere i specialet, på side 60, arbejdet med Traumeleder Øbergs ytring om, at hun først så patienten som værende en opgave, og derefter som værende nogens elskede, mor, far mv. Vi gør det hermed tydeligt, at der hersker en differentiering mellem patienten som opgave og patienten som individ, og vi er opmærksomme på, at det først er når dette skift er sket, at man kan tale om begrebet omsorg, eftersom det ikke er muligt at drage omsorg for en opgave.

Når Øberg vælger at ytre sig på en denne måde, så kan der argumenteres for, at det er Øbergs forsvarsmekanismer, der forårsager dette, eftersom hun, for at være i stand til at gøre sit arbejde, nødvendigvis må udsætte det eventuelle behov for at drage omsorg for patienten. Dette eftersom en person der er kraftigt tilskadecommet, må og skal behandles som første prioritet. Skulle Øberg

betragte og tage stilling til, hvem patienten er som individ, så ville dette fjerne fokus på den livsvigtige opgave, som hun som læge står overfor. Dette bringer os lidt videre ind i det psykologiske aspekt af denne analyse.

### Psykologisk aspekt

Psykologien har altid haft en diagnostisk ambition, men det skal nævnes, at i denne del af analysen er der ikke fokus på psykiske diagnoser. Psykologien bruges udelukkende til at klarlægge sindstilstande og årsager til reaktioner hos individer. Vi finder psykologien relevant, netop fordi vi mener, at det er en god ide, at det sundhedsfaglige personale har god forstand på det psykoanalytiske, i hvert fald dele af teorien, eftersom det ville kunne give en bedre forståelse for, hvordan det enkelte individ handler og reagerer.

Vi vil starte med at gå i dybden med, den måde individet, som i dette eksempel er Lauge Schæffer, som er terminalt syg, reflekterer over sine tanker og følelser, og dermed også på sin nye livssituation. Det står tydeligt, at Schæffer, som nævnt i præsentationen af podcasten på side 49, drager paralleller fra sit arbejdsliv til sit sygdomsforløb, idet han taler om, at det for ham er vigtigt stadig at bevare en form for kontrol over sit liv. Dermed kan det forsigtigt antages, at han implicit forsøger at kontrollere sit sygdomsforløb, hvilket vil bevise, at Schæffers forsvarsmekanismer tilpasser sig til sin nye rolle som terminalt syg.

Inden vi går i dybden med forsvarsmekanismerne, er det interessant at se på, at mennesker generelt kan være forfalden til, i dagligdagen, at besidde en form for vanetænkning eller mekanisk tænkning, der hjælper os med at gøre "som vi plejer". Denne vanetænkning udgør en form for tryghed, fordi vi kan føle, at alt er som det plejer, uden de store udsving i hverdagen. Det er netop denne vanetænkning, Schæffer har taget med ind i sit sygdomsforløb. Det skal nævnes, at Schæffer udmærket er klar over, at han er terminalt syg, så vi vil ikke påstå, at han er i et stadie af fornægtelse, dog er det forsvarsmekanismerne, der slår til, når man forsøger at styre eller koordinere et sygdomsforløb, som man på ingen måde, som lægperson, kan have kontrol over.

Dette leder os til at undersøge ud fra et filosofisk perspektiv, hvordan man som sundhedspersonale skal kunne håndtere forsvarsmekanismerne på en etisk måde. For at sundhedspersonalet ville kunne håndtere dette, kan det antages, at den måde sundhedspersonalet ville anskue forsvarsmekanismerne på, er særdeles relevant, fordi det leder op til, at sundhedspersonalet har en forståelse af, hvorfor

disse mekanismer aktiveres i patienterne. Det er ligeledes følelser i forandringsprocesser, som personalet skal kunne sætte sig ind i.

I mødet med individets forsvarsmekanismer vil det være sandsynligt, at personalet vil støde på etiske dilemmaer, der kan være karakteriseret ved, at personalet ikke kan tilgodese to eller måske endda flere centrale etiske værdier på samme tid. Dette henviser dermed til en kantiansk tilgang, hvor det kategoriske imperativ bliver en målestok for, om personalet så har handlet, eller påtænker at handle, moralsk rigtigt. Etik og moral er dermed tæt forbundet, og derfor kan man anse moralen som værende etikkens praksis. Vi kan antage, at sundhedspersonalets arbejde er værdibaseret, hvorfor etiske spørgsmål om moral ofte vil fremkomme. Mennesker ses som værende selvbestemmende fornuftsvæsner, men samtidig anses mennesker også som værende naturvæsner, som er drevet af følelser. Derfor vil der opstå en dualisme, som den kantianske tilgang forsøger at omgås i det kategoriske imperativ.

For at sundhedspersonalet kan håndtere patienternes forsvarsmekanismer på etisk vis kunne man ligeledes overveje, om personalets evne til eventuelt at kunne skifte perspektiv, og dermed se en situation på flere måder, ligesom det at ville kunne se betydningen af egne og andres handlinger og holdninger. Ligeledes bør det faktum at evne at se bagvedliggende værdier, som leder til aktivering af forsvarsmekanismerne også være i fokus.

Freud har i sin personlighedsmodel på sin vis skildret psyken som kan ses som værende et hus. I bunden af huset bor det'et, og øverst i huset bor overjeg'et. Midt i huset bor jeg'et, og det er netop jeg'et, som har til formål at sørge for, at overjeget kan færdes frit, uden at blive generet af Det'et. Dermed er det jeg'et, der er mægleren for, hvordan overjeg'et og Det'et kan eksistere sammen i huset. Med dette billede illustrerer Freud at i psyken, er det modstridende krav, som skal kunne eksistere sammen. Forsvarsmekanismerne eksisterer i jeg'et, og de iværksættes altså med dette formål at undgå at gå i en angsttilstand, der i sidste instans vil forværre psyken. Den forsvarsmekanisme, der typisk vil ligge en på sinde, når man som individ, får den frygtelige besked, at man er terminalt syg, vil være fortrængning. Fortrængningens formål er at sparre jeg'et for truende og angstfremkaldende situationer og oplevelser, og fortrængningen gør, at situationens indhold holdes væk fra bevidstheden.

Det kan antages, at Schæffer ikke fortrænger sin tilstand, men behovet for at drage paralleller til arbejdslivet beviser, at han stadig har et ønske om at have kontrol over sit sygdomsforløb. Der

foregår altså en form for reaktionsdannelse, og i Schæffers tilfælde forholder han sig intellektuelt til sit sygdomsforløb, som netop drager paralleller til sit tidligere arbejdsliv. I Schæffers håndtering og tilgang til sit sygdomsforløb ses der ej heller splitninger, fordi han netop ikke oplever sit sygdomsforløb som et "enten eller" forløb. Dette skal forstås sådan, at han netop vælger at inddrage sin familie, han inddrager kærlighed, ligesom han inddrager ærlighed. Han vælger nemlig, at det skal være muligt at tale åbent om alle de aspekter, der måtte komme i et terminalt sygdomsforløb.

De forsvarsmekanismer vi kan anspore i Schæffers tilfælde må betegnes som sunde mekanismer, eftersom de er en form for coping-mekanismer, som er med til at hjælpe individet med at få overblik og en form for kontrol over situationen. Ligesom mekanismerne hjælper individet til at indhente og søge viden om sygdommen. Til dette ville Freud sige, at det er patientens måde at tilpasse sig den situation, som patienten befinder sig i. Dette fordi det beviser, at patienten reflekterer og bearbejder situationen ved at indhente viden, og dermed, groft sagt, at få styr på situationen, der vil ende med, at patienten også vil kunne berolige sig selv ved at gennemgå denne indhentede viden.

Der er et aspekt af etik over Schæffers situation, også fordi at han nævner, at han forsøger at se det gode i livet, til trods for sin sygdom. Ligesom han forsøger at se det gode i sin situation, hvilket igen leder hen mod intellektualiseringen af sygdomsforløbet. Dette fordi at dette forsvar består i, at Schæffer tilsyneladende forsøger at finde en rationel grund til, hvorfor denne hændelse netop er overgået ham.

Bevæger vi os længere ind i podcasten, så møder vi Louise Bak Grifthauge, som er kronisk syg, og lever med døden tæt ind på livet. Hos hende er det også interessant at se på forsvarsmekanismerne, ligesom det også her skal nævnes, at Grifthauge virker yderst afklaret med sit sygdomsforløb.

Grifthauge nævner selv humor som værende en vigtig komponent i sit forløb. Humor kan opfattes som værende en forsvarsmekanisme, idet den humoristiske tilgang til et område, der eventuelt er tabubelagt, tillader psyken at beskæftige sig med området (sygdommen) uden, at man kommer i en angstlignende tilstand. Når man, som Grifthauge, er kronisk syg, så vil man være nødsaget til at tage nogle svære samtaler med familien. Disse samtaler kan krydres med en portion humor, som vil gøre emnet både lettere at tale om, og måske endda også lettere at forstå for de pårørende. Det er almenkendt, at en frisk bemærkning, kan lette en trykket stemning, og det er også tilfældet i Grifthauges situation. Ifølge Freud er humor den mest kreative forsvarsmekanisme, idet humor

tillader driftsindholdet at komme frem til det bevidste i jeg'et, og samtidig med at det fremkommer, så bliver det ligeledes behersket i sin form. Humor, som forsvarsmekanisme, kan ligeledes anses som værende en primitiv måde at udtrykke sig på, netop fordi at man, som individ, i pressede situationer, kan gå tilbage til et tidligere udviklingstrin, hvilket kaldes for regression. Dette betyder ikke, at man hverken er dum eller underudviklet rent mentalt, men det er derimod en coping-mekanisme, som gør, at man som individ, kan vende tilbage til et stadie af sit liv, der var trygt. Dog skal det nævnes, at der i regressionen kan ligge en tendens til flugt, hvilket skal forstås således, at man på sin vis ikke vil se realiteterne i øjnene, og bruger humoren til at mildne situationen.

Det skal desuden nævnes, at forsvarsmekanismer generelt er en nødvendighed for et individs balance og dermed også for individets tilpasning til diverse omgivelser, og ud fra en psykodynamisk synsvinkel er forsvarsmekanismerne med til at opretholde et individs personlighed. Desto mere nuanceret og også fleksibelt, at et individ formår at gøre brug af forsvarsmekanismerne og coping-mekanismerne, desto mere ro for jeg'et til sine aktiviteter, og igen desto mere ro jeg'et får, des stærkere bliver et individs personlighed (Møhl & May, 2005) s. 30.

Det er ikke fordi, at vi kan klarlægge et bestemt tilpasningsmønster til disse individer, eftersom alle individer er forskellige, men vi kan nå frem til, at de nævnte individer har på deres bedste vis accepteret deres livsvilkår. Desuden benytter de sig af de midler, de måtte have til rådighed, for at nå den ro og nå til den tilpasning, hvor de finder sig selv mest komfortable med den sygdomssituation, som de befinder sig i. For at understøtte dette, er det på sin plads at introducere hospitalspræst Lotte Blicher Mørk. Mørks bidrag til denne analyse er at være med til at belyse, hvordan man kan tage en svær samtale, om hvordan man kan forholde sig til sig selv, når man står ansigt til ansigt med døden. Hospitalspræsten skal ses som værende en samtalepartner, når individer oplever at f.eks. tvivlen og angsten kommer for tæt på. Netop dette er interessant for vores speciales problemstilling, eftersom det via sådanne samtaler viser, at der findes metoder hvorpå individet høres, ligesom der bliver vist, at organisationen, som i dette tilfælde er sygehuset, giver plads til individet gennem dialogen og via den relation, der skabes i dialogen. En hospitalspræst har mange evner, og som Mørk selv er inde på, er en præst vant til at tale med mennesker i alle situationer, og det er ligegyldigt, hvilken tro eller religiøs overbevisning, man end måtte tilhøre. En præst har ikke nogen bestemt dagsorden, hvorfor man forsigtigt kan antage, at præsten derfor kan give plads til individet, netop fordi det kun handler om dét bestemte individ, når samtalen går i gang. Sådant en samtale mellem et individ, der er i et sygdomsforløb og en præst kan anses som værende et frirum.

Et frirum, hvor individet kan lade paraderne falde, og dermed samtale om, hvad det er, der tynger individet mest. Præstens eneste formål er netop at være til stede i nuet og, når der er behov, være et støttende element i et svært sygdomsforløb.

Dette frirum, som hospitalspræsten tilbyder, er stort set en relation, som sker, når præst og individ går i dialog med hinanden. Det er altså ikke et rum, man kan indtræde i, og så være fri. Rummet kan flytte lokation, og dermed er det ikke det fysiske rum, der er så vigtigt, men derimod det spatiale rum, som relationen skaber. I det spatiale rum bliver der gjort plads til forholdet, der er mellem hinanden, ligesom der er plads til den anskuelse individet har af verden og den situation, individet befinder sig i. I en normal dialog mellem to mennesker, så forpligter man sig implicit til at opretholde hinandens facework, men i en situation, hvor præsten er det støttende element, og individet kan krænge sin sjæl ud, er det på sin vis ikke nødvendigt, at individet opretholder præstens `face`, fordi det netop ikke omhandler præsten. Præsten er der for at lytte, og dermed ikke for at gøre sig i form af en latent dommer, som skal vurdere en situation. Det er en etisk handling, præsten laver, når denne går i dialog med et individ, der lider. Præsten rummer, i stedet for at dømme, individets modgang, hvilket bevirker, at individet, for en stund, kan sænke forsvarsmekanismerne, og dermed lade individets overjeg færdes frit, fordi ved en sådan tryghed, så kan jeg'et holde det'et i skak.

Endvidere beretter Mørk om, at man skal anerkende den situation, som den syge er i, ligesom man skal anerkende, at den syge har det svært. Man skal groft sagt, turde være i situationen sammen med den syge. Ligeledes er det vigtigt at have in mente, at den syge muligvis også skal have tid til at vænne sig til den nye situation, ligesom den syge skal have tid til at bearbejde, det som er sket, da det uvægerligt vil give forandringer i den syges liv. I et forløb som Schæffers og Grifthauges er der flere personer, der skal tages hensyn til. Det er klart, at de syge er hovedpersonerne, men de pårørende må ophøjes fra at være statister til at have en central rolle, eftersom de pårørende har en vigtig rolle at udføre for de syge. De pårørendes ve og vel skal der også tænkes på, da de omgås den syge, og det kan sagtens være utrolig svært for pårørende at tilpasse sig en situation, hvor deres familiemedlem er blevet syg. De pårørende kan stå tilbage med en følelse af afmagt og anden frustration, og dette vil uden tvivl kunne påvirke den syge negativt.

Når vi i analysen nævner begreberne præst og tro, er det ikke just i freudiansk ånd, eftersom Freud anså religiøse forestillinger, som noget der var affødt af menneskers hjælpeløshed. Alligevel er

netop dette meget interessant, fordi det kan netop være på grund af hjælpeløshed og afmagt, at individer vender sig mod præsten og troen, når livet bliver svært.

Ydermere skal vi arbejde og analysere begrebet sårbarhed, eftersom dette er særlig relevant, når vi eksempelvis beskæftiger os med cases, der omhandler individer, der befinder sig i sårbare og endda uløselige sygdomsforløb. Judith Butler argumenterer for, at der forefindes en sårbarhedens etik, der går ind og understøtter Butlers teori om ”Den anden”. Teorien om den anden er rodfæstet i den præmis, som handler om, at moralske krav befinder sig i den måde, hvorpå andre mennesker vælger at adressere os på, og ligeledes i den måde, hvorpå vi vælger at adressere dem.

Butler ser tilstanden sorg som værende en kollektiv tilstand, ligesom hun argumenterer for, at sorgen netop tydeliggør de bånd, der måtte være mellem mennesker. Dette korrelerer til hospitalspræstens arbejde, eftersom præstens virke blandt andet består i at være en støttende samtalepartner til en patient. Præsten formår nemlig at skabe en relation sammen med patienten, og dermed dannes der bånd. Med dette menes der ikke, at relationen til præsten er det ideal, som resten af det sundhedsfaglige personale skal efterstræbe, eftersom at den rolle som præsten har er meget forskellig fra rollen som læge. Dette bånd kan sagtens ses som værende af etisk karakter, eftersom præsten ikke har nogen intentioner om at skade patienten, eftersom at præsten, og patienten for den sags skyld, følger en etisk forpligtigelse til ikke at gøre noget ondt. Med dette siges ikke at lægen eller det øvrige plejepersonale ønsker at gøre patienten noget ondt. Ud fra det som vi har adgang til at se via dokumentaren, velvidende om at udsendelsen er redigeret, så står det tydeligt, at der er brug for en sårbarhedens etik, eftersom den kan ses som værende en betingelse for de valg, som vi træffer.

Ud fra podcasten fremstår det forholdsvis tydeligt, at præstens rolle som samtalepartner kan anses som værende af vigtig karakter, da det er skelsættende at blive inviteret indenfor i en patients sind og tankevirksomhed, især fordi at den person angiveligt befinder sig i et svært og måske endda et af de værste øjeblikke i deres liv. Dermed bærer præsten også et stort ansvar og også en stor intellektuel udfordring. Ud fra dette kan man antage, at der ligger en masse forventninger til præstens rolle. Ligesom der også vil være til sundhedsvæsenet, eftersom det nu også er sundhedsvæsenet, der er med til at producere moral, hvor det tidligere var kirken, der stod for det. Det er et interessant skift. I ældre dage gik mennesker til kirken for at modtage frelse, nu foregår denne frelse også på hospitalerne, der både skal bistå med medicin, operationer, sygepleje og åndelig og personlige samtaler. Omvendt kan man sige, at når der ligger sådan et stort ansvar på



sygehusvæsenet, er der blevet en større professionalisering, som har til hensigt at give et større fokus på patienten, som værende et helt menneske. Dette skal forstås sådan at via feltet med palliation, så prøver man netop på at se hele mennesket, og ikke kun den diagnose, mennesket har. Der lægges op til at møde patienten i nuet via sundhedspersonalets viden og også den viden, som de har tilgået sig til patientens sociale baggrund.

Her kan det igen diskuteres, om det er idealet, og om det overhovedet er realistisk i sygehusets hverdag, men alligevel kan patienternes sociale baggrund ses som værende relevant. Dette kan eksempelvis være, når præsten skal agere samtalepartner, i og med patientens sociale baggrund er vigtig, da denne baggrund også rummer de pårørende. Dette vil sige, at det er med til at kortlægge netværket og dermed også den støtte, der er til patienten, når ikke patienten er i sygehusvæsenets hænder. En patient uden pårørende kan dermed måske anses som værende ekstra sårbar, eftersom de ikke har en ekstra person, som kan bidrage med både informationer og observationer undervejs, hvilket kan være med til at understøtte patientens forløb. Pårørende kan ligeledes være en stor hjælp til forløbet, da de kan bidrage med forståelse til patienten af sundhedspersonalets oplysninger ved eksempelvis at hjælpe med at stille dybdegående og opklarende spørgsmål.

Det vil nu give mening at inddrage begrebet menneskesyn, som skal ses som værende opfattelsen af menneskets væsen og menneskets plads i systemet. I filosofiens helhedsopfattelse ses begrebet menneskesyn som værende et grundlæggende element. Til at hjælpe os med at inddrage menneskesyn, så vil vi tage fat om Kants menneskesyn, som måske kan illustrere et mere praktisk imperativ. Dette fordi Kant mente, at mennesket altid selv skal vurdere alle ting eller påstande, og dermed skal mennesket ikke stole blindt på autoriteter. Vi kan anse lægen som værende en autoritet, og det ville være nærliggende at en patient stoler på lægen, måske føler patienten endda en blind tillid, eller rettere en generaliseret tillid, rettet mod lægen. Her vil en pårørende, ved at deltage i samtalen som bisidder mellem læge og patient, være med til at effektivisere Kants centrale tanke om, at mennesket ikke blindt skal stole på autoriteter, uden selv at vurdere situationen først.

En terminalt syg patient vil måske ikke være i stand til selv at vurdere situationen og de påstande lægen kommer med, hvorfor det vil være fordelagtigt for patienten at alliere sig med en pårørende. Endvidere vil det fortsat komplimentere en kantiansk tilgang med, at mennesket netop erkender verden ud fra et bestemt perspektiv.

Et humanistisk menneskesyn ses ved at dette karakteriserer mennesket som et subjekt, der besidder fri vilje, menneskelig værdighed og ansvar, og mennesket må aldrig betragtes som et middel, hvilket præcis er det, Kant udtrykker i sin teori. Det vil altså også sige, at mennesket altid kan gøre krav på at få respekt for sin egen skyld. Vi antager, at der forefindes respekt mellem læge og patient, da de hver især øjensynlig må respektere hinandens position, og på sin vis gensidige afhængighed. Et andet element, der vil synes naturligt at inddrage her er forståelse, for selv om der hersker respekt, er det ikke givet at der findes forståelse. For at kunne forstå, skal der være kommunikation, og i den kommunikation, såfremt den er frugtbar, vil der kunne opbygges tillid. På empatiparameteren ligger forståelsen, og for at kunne forstå et andet individ, er det i sandhed vigtigt at erkende, at det individ, som man forsøger at forstå, har en anden opfattelse af, hvad det vil sige at forstå. Det lyder snørklet, men det illustrerer forskelligheden i, hvordan mennesker opfatter og erkender verden. Begrebet forståelse indebærer altså en lang og dyb proces, som vi finder relevant at nævne, da dette tjener til at kunne løse vores problemstilling. Ser vi på relationen mellem læge og patient, så ved vi på forhånd, at læger har travlt, og dermed har de måske ikke megen tid til netop at kunne hellige sig en sådan proces. Kant ville argumentere for, at mennesket altid selv skal vurdere alle påstande selv, hvorfor det i en sådan relation mellem læge og patient vil være op til personen selv at vurdere, om vedkommende føler sig forstået eller ej.

“Tiden” som vi inddrager, kan også ses som være relativ, fordi nogle individer vil kunne opbygge forståelse og tillid hurtigere end andre, ligesom nogle vil føle sig forstået hurtigere end andre. Elementet af forståelse gør sig netop gældende i artikel 1 *Vi skal turde tage de svære samtaler med patienterne*, eftersom der i denne artikel er fokus på, at der skal tages tid til at tale med patienterne om svære emner. Ligesom det bliver beskrevet, at det er patienterne og de pårørende, der har deltaget i workshops for at være med til at bestemme, hvilke emner, der er både vigtige og relevante at tale om.

Igen kan vi antage at omdrejningspunktet er forståelse, og til at kunne forstå forståelse bør vi rette vores blik mod den topografiske model, hvor det menneskelige sind er opdelt i to lag, som er det ubevidste og det bevidste. Det ubevidste henviser til det, som er styret af de primitive impulser og drifter, hvor det bevidste er den logiske og realistiske del. Ligesom denne del også er i stand til at udskyde behovstilfredsstillelse og forhandle eventuelle kompromisser. Det skal nævnes, at Freud gik fra den topografiske model og over til at udvikle personlighedsmodellen, som vi tidligere har præsenteret i specialet. Med dette skift af modeller, kan vi antage, at det ubevidste på sin vis fik en

ny betydning, fordi at det med dette skift mistede en funktion, som kan beskrive en bestemt struktur i sindet. Dette er vigtigt i forhold til specialet, da der kan argumenteres for at svære beskeder og hændelser, såsom besked om eventuel terminal sygdom, registreres i menneskets ubevidste system. Ligesom mennesket således vil bearbejde "beskeden" i det ubevidste, hvilket så vil give reaktioner. Der kan derfor argumenteres for, at sådan en reaktion på en "besked" rent faktisk afhænger af individet, og dermed af præcis hvad dette individ har med af mental bagage fra sit liv.

Vi er her klar over, at vi ikke behandler begrebet forståelse i vores problemstilling. Dog fandt vi det relevant kort at nævne, eftersom vi skal undersøge om, der er plads til individet, og for at kunne det, er det relevant at arbejde med begrebet forståelse. Ligesom det leder vores tanker tilbage på det etiske aspekt, da det at kunne forstå ikke er en medfødt egenskab, men noget man, som menneske, kan udvikle, og som kan perspektiveres direkte til konkrete handlingsalternativer. Ligesom forståelsen kan danne grundlag for både behagelige og for svære samtaler. Når forståelse bliver klargjort, så kan dette også hjælpe personalet og de pårørende, til bedre at kunne se og forstå, hvad det enkelte individ har brug for i en given situation.

Med dette afslutter vi vores analyser af, hvordan individet kommer til udtryk i relationen med lægen. Vi har været vidt og bredt omkring, og vi vil nu i nedenstående konkluderende afsnit samle op på hovedpointerne i specialet.

## Konklusion

Vi har ud fra filosofiske, psykologiske og sociologiske teorier undersøgt individets relevans i sundhedsvæsenet. Formålet har været at identificere individet i relationen med lægen, og hvordan individet kommer til udtryk.

Ved at inddrage så forskellige teoretikere har vores intention været at illustrere, hvor forskellig den filosofiske gevinst kan være afhængigt af, hvilken teori man anskuer vores problemstilling, som er hvordan individet kommer til udtryk i relationen med lægen, ud fra. Ser man f.eks. på hvilken filosofisk gevinst, som man kan få ud af Taylors teori i forhold til vores specifikke problemstilling, så må det siges at være en noget anden, end den man får ud af at benytte Foucault. Taylors teori giver os et syn på individet, som værende noget der opstår i relation til noget andet, f.eks. det fællesskab som, på en og samme tid, kommer som følge af ens syn på goderne, men som også farver ens syn på goderne. Her er interaktionen med andre afgørende for individets tilbliven. For

Foucault derimod er individet ikke relevant på samme måde som for Taylor, og vores problemstilling ville vise, at individet udelukkende ville eksistere som følge af de diskurser, som er i spil på sygehuset. Hvis vi tager de andre tilgange, som vi har benyttet med som f.eks. Freud, Buber og Taylor, så kan vi konkludere, at et individ er af højeste kompleksitet, og det er dermed ikke helt enkelt at konkludere på, hvad et individ helt præcist er. Vi har i stedet konkluderet på, hvad der kendetegner et individ, hvor der her tages højde for den differentiering som forefindes, når der arbejdes med individbegrebet.

Endvidere har vi fremstillet individet som værende deltager i magtrelationerne, som befinder sig i individets livsverden, og derfor har valgt også at inddrage Foucaults magt diskurs. Også her er individet et afkast af diskursen, og derfor skal individet ses som værende et produkt af det singulære endnu engang.

Ligeledes beskæftiger vi os med sårbarhed, hvor vi i første omgang betragtede patienten som værende den sårbare, men ifølge citat fra formanden fra Etisk Råd på side 22, nævner han, at man skal være forsigtig med at kategorisere patienten som værende sårbar, og dermed se lægen som den stærke. Han indikerer, at lægen ligeledes er sårbar, og at det netop i det sårbarhedens moment er dér, hvor håb og tillid skabes, hvilket kan bevise, at i sådan et moment skabes der plads til individet. Og netop tillid har vi redegjort for, både ud fra et filosofisk, et sociologisk og et psykologisk synspunkt. Tre vidt forskellige måder at anskue tillid på, men ikke desto mindre alle tre relevante i forhold til det sundhedsfaglige felt. Desuden yderst relevant i forhold til både vores problemfelt og vores problemstilling. Relevansen i forhold til vores problemstilling beror sig på, hvordan man tilgår den anden i et møde. I vores problemstilling undersøger vi, hvordan individet kommer til udtryk i relationen med lægen, relationen opbygges i mødet, ud fra hvordan man tilgår den anden. Har man tillid til den anden vil relationen få en anden karakter, end hvis man nærer mistillid til den anden. Vi kan derfor konkludere, at tilliden har den største relevans først og fremmest for hvordan man møder den anden, men også for hvordan individet kommer til udtryk i relationen.

Vi har flere gange gennem specialet italesat, at der forefindes et dobbeltperspektiv, som udgøres af professionsrelationen og individrelationen. I vores speciale har vi beskæftiget os med den relation, som der er mellem sygehuspræst Mørk og patienten, hvilket har fået os til at overveje, om denne relation, hvor der så tydeligt skabes plads til det enkelte individ, kunne være idealet for hele sygehuspersonalet. Det mener vi ikke, det er, da der blandt sygehuspersonalet synes at være en optimal arbejdsopsætning. Dette eftersom at alle har hver deres roller, og at de indbyrdes arbejder

sammen og deler de informationer, de har om patienten, således at den, som befinder sig ved patienten, er fuldt oplyst. Dette leder os over mod den dobbelthed, som vi har observeret blandt det sundhedsfaglige personale, nemlig skiftet mellem individrelationen til professionsrelationen. Vi ser dette skift tydeligt i eksemplerne med Øbergs og Rasmussens håndtering af patienterne. Vi finder dette relevant, eftersom at personalets forsvarsmekanismer må gå ind og slå til for at beskytte dem, således at de er i stand til at varetage et job, hvor de i bogstavelig forstand står med menneskeliv, som skal reddes. Disse forsvarsmekanismer er med til at opretholde individets personlighed, og vi ser dem, i dette tilfælde, som værende et forsvar, således at de kan distancere sig personligt fra det traumatiske arbejde. Dette gør det muligt for dem at handle og agere professionelt ud fra deres profession. Denne dobbelthed ligger også i, hvordan personalet kan gå fra at se patienterne som værende en opgave til at se dem som værende et helt menneske. Her har vi spurgt os selv, og diskuteret, hvorvidt det egentlig er vigtigt for patientens behandling, om lægen ser patienten som værende et helt menneske, som adskiller sig fra andre individer f.eks. gennem sit syn på Taylors tre goder. Vi må konkludere, at lægen uden problem kan behandle en patient uden at vide, hvordan denne anskuer sit familieliv, eller hvordan denne prioriterer byture og fritidsaktiviteter. Det eneste tidspunkt hvor dette har relevans for lægen, er, hvis og såfremt dette påvirker patientens helbred. Dette kan f.eks. være ved sygdomme, som er stress-relaterede, eller der kan forværres gennem stress. Og her er det alligevel ikke identiteten lægen har et behov for at opdage eller interagere med. Lægens opgave er at sikre at patienten overlever med så få mén som muligt, og til tider involverer dette, at der skal ske ændringer i patientens levemåde. Dette kan gribe ind i livsgoderne, også i et omfang som kan gøre, at patienten begynder at ændre identitet. Dette skal forstås således, at når der sker omfattende ændringer i prioriteringerne af livsgoderne, så vil der ske en ændring af, hvem man opfatter sig selv som værende. Er man typen, som prioriterer et aktivt liv med f.eks. bjergbestigning, og man pludselig rammes af sygdom der forhindrer dette, så kan man måske opleve en følelse af at miste sig selv.

I vores indledning skriver vi at "Relevansen ligger i at sikre at man behandles, ikke som én ud af mange, men som det hele menneske man er, som dét specifikke individ man er, med alle sine individuelle og subjektive præferencer". Det var vores overbevisning, da vi gik i gang med dette speciale, at det var vigtigt at man som læge, eller anden behandler, kunne se patienten som værende et individ med egne præferencer og syn på livet, men som vores arbejde skred frem, er vi blevet klar over at det ikke er så simpelt og at det ikke er så sort/hvidt som vi først antog. Som skrevet i ovenstående afsnit så er det ikke relevant for behandlingen af patienten, at lægen ser det hele

menneske, han/hun skal se det syge menneske og behandle ud fra de medicinske, etiske og lovmæssige forskrifter. Dette udelukker ikke, at lægen kan se det hele menneske, men som både Rasmussen og Øberg gentagne gange sagde i dokumentaren, så patienten er en opgave som skal løses, så længe de ligger på deres stue/operationsbord.

Vi kan ydermere konkludere, at det danske sygehusvæsen virker til at være et godt bud på, hvordan man kan skabe et rum, hvor der er plads til individet. Vi er her opmærksomme på, at dette ved første øjekast står i modsætning til vores ovenstående konklusion om, at Rasmussen og Øberg kan se patienten som værende en opgave, som skal løses. Vi vil dog gerne uddybe, at den ovenstående konklusion dermed ikke er, skal ses som værende en fejl. Vi betragter det således, at der i opbygningen i det danske sygehusvæsen er plads til, at lægen kan betragte og anskue patienten som værende en opgave netop fordi, at det øvrige personale ikke har denne anskuelse, og at de varetager de øvrige opgaver. For at sætte det mere simpelt op; det er lægen, der ser det syge menneske **og** opgaven, som skal løses, det er sygeplejersken, som ser individet med alle hans eller hendes syn på Taylors goder, og det er præsten, som giver plads til individualiteten med alt, hvad dette indebærer. Derfor er det vigtigt, at der skelnes mellem relationerne med lægen, med sygeplejersken, med præsten og med jordemoderen, da disse relationer kan ikke reddes over én kam. Relationerne er forskellige, fordi professionerne er forskellige. Ligeledes går menneskers egne forestillinger også ind og farver, da det er meget let at vurdere, ud fra den oplevelse som man har haft, om man føler, der har været plads til det enkelte individ.

Vi konkluderer ligeledes, at individet kommer til udtryk på forskellig vis afhængigt af, hvilken relation individet er en del af. Relations dannelsen er altså den afgørende faktor for, hvordan individet kommer til udtryk. For at adressere denne dobbelthed, som vi tidligere har italesat, mellem profession og det at være et individ/menneske er det vigtigt at forstå, at der i professionen er tilknyttet en række faste og regulerede kompetenceområder og dermed også en hierarkisk opbygning i en organiseret form. Dette kan stå i skarp kontrast til individet bag professionen, hvorfor individet må lære at navigere i denne dobbelthed. Denne navigation kommer især til udtryk, når det står i relation til andre individer/mennesker. I professionen foregår der på sin vis en dannelsesproces, som både omhandler den proces individet indgår i, men den omhandler også de resultater, som der skabes. Netop denne dannelse kan anses som værende tæt forbundet med forestillinger om, hvad det er, der gør mennesket til menneske, hvilket er interessant, når man arbejder med den omtalte dobbelthed. Dette skyldes, at denne dannelse også omhandler

udvekslingen mellem mennesker, og derfor gør mennesker i stand til at indgå i samfundslivet. Disse dannelsesprocesser kendetegnes også via den påvirkning og intention, som mennesket har, og dette kan både være af bevidst og ubevidst karakter.

I forbindelse med denne dobbelthed vil vi fremhæve Martin Buber og hans teori om jeg- det og jeg- du forholdene. Som nævnt i flere af ovenstående afsnit fandt vi det relevant at se på, hvordan man som sundhedsfagligt personale anskuer patienten. Vi mener ikke, at individet får plads til at udfolde sig i den forstand, at individet ikke kan komme til udtryk i et rent jeg- det forhold. Vi forstår behovet for, at lægerne kan skifte mellem jeg- det forholdet og jeg- du forholdet for at sikre, at patienten får den bedst mulige og objektive behandling, men samtidig ser vi behovet for at patienten også ses gennem et jeg- du forhold, da det er her tilliden kan gå fra værende udelukkende en generaliseret tillid til værende en bidragende faktor for, eller hvorledes ens behandling forløber.

Selvom vi nu har færdiggjort og konkluderet på analysen, så føler vi stadig, at specialet mangler noget. Vi har derfor valgt at inkludere et perspektiverende afsnit, som samler op på Taylors natursyn. Dette har vi valgt at gøre for at bringe yderligere en dimension i spil, en dimension som ikke er direkte relateret til vores problemstilling, men stadig ses som værende relevant i forhold til vores problemfelt.

## Perspektivering til natur og selvopretholdelse

Når vi som individer i dag arbejder tæt sammen, og udfylder vores forskellige roller, og dermed også hver dag befinder os i en eller anden form for relation med andre individer, så bliver dette tæt sammenvævet med vores identitet som mennesker. Det kunne tyde på, at den opfattelse vi har af både vores arbejde og roller fylder meget i vores tilværelse, og derfor kan det antages, at det hænger sammen med vores livsform, hvortil det er interessant kort at besøge menneskets relation til naturen. Dette er fordi at der gennem livsformen, skabes krav og rammer, men i dette komplekse samspil, så bør vi forholde os til naturen og dermed også vores relation og opfattelse af den. Naturen og menneskets relation hertil er ikke uden relevans i forhold til at undersøge, hvordan individet defineres, ej heller i forhold til hvordan individet kommer til udtryk i mødet med sundhedsvæsenet. Vi ønsker derfor, kort, at redegøre for naturens rolle i forbindelse med individbegrebet. Dette set ud fra Taylors synspunkt, hvilket vil tjene til en anden indgangsvinkel, end den vi har valgt til specialet.

Naturen ses på den ene side som værende det fornuftige og det ordnede, og noget som mennesket kan udnytte og drage udbytte fra. På den anden side ses naturen også som værende den levende orden, noget som tilfører livskraft, ligesom naturen ses som noget, som eksisterer i os mennesker, noget der hjælper os med at resonere i os selv (Raffnsøe-Møller, 2007) s. 66-67. Naturen er altså en livskraft, vi som mennesker vil have svært ved at undvære, da den hjælper os med at fastholde os, fordi vi som mennesker lytter til naturens stemme.

*Instead of looking at the world as a providential order, we can look at it, and indeed, at our own natures, as a neutral domain, which we have to understand in order to master it, and whose causal relations we have to make use of in order to produce the greatest amount of happiness* (Taylor, Sources of The Self - The Making of the Modern Identity, 1989) s. 321.

Taylor argumenterer ligeledes for at man, med alle disse parametre i spil, også skal forstå den menneskelige psykologi, og her menes ikke, at vi skal forstå, hvad der betegnes som værende godt eller dårligt, men ganske simpelt have en neutral kausalforståelse (ibid) s. 321.

Vi har tidligere præsenteret naturen og selvopretholdelse, og nu vil vi gå mere i dybden med, hvilken relevans disse begreber har. I dette speciale ses naturen mest som værende en social konstruktion, som dermed også er en del af den livsverden af værdier, som mennesket har været med til at definere. Denne sociale konstruktion repræsenterer altså de menneskelige interessefelter og formål, samtidig med at de er betingelser for, at vi som mennesker kan leve en menneskelig tilværelse. Mennesket kan ses som rodfæstet i naturen, vi kan ikke leve uden den, og derfor påvirker det os, når vi er vidne til, at naturen bliver ødelagt af krig, industri etc. Det er ikke noget, vi som sådan vil gå i dybden med, men vi vil nævne, at når vi som mennesker ser naturen blive truet, så føler vi selv denne trussel, netop fordi at vores livsverden er skrøbelig, og den er ligeledes stærkt forankret i naturen.

Det er naturligt også at genbesøge moralbegrebet, når vi er i emnet om naturen som værende en social konstruktion. Vi er opmærksomme på, at der kan skelnes mellem forskellige former for moral, alt efter hvilken del af den menneskelige tilværelse, der er tale om. Det enkelte individ vil igennem livet tilegne sig moralske retningslinjer, der vil komme til udtryk i forskellige følelsesmæssige reaktioner. Hertil kan negative sanktioner mod naturen være en af dem, som får det enkelte individ til at reagere voldsomt. Det er måske en kende abstrakt at tænke sådan, men det er



værd at have in mente, at, som tidligere nævnt, så er naturen en betingelse for vores menneskelige tilværelse, og når naturværdier krænkes eller på anden måde ødelægges, så vil det afføde en moralsk relevans.

Selvopretholdelsesdriften hører med til det at være et menneske, og den anses som værende naturlig. I freudiansk perspektiv hører selvopretholdelse under driftslivet. Freud karakteriserer selvopretholdelsesdrifter som værende ubøjelige og imperative (Freud, 2004) s. 430.

Selvopretholdelsesdriften er ligeledes menneskets ret til at holde sig i live, og dermed forsvare sin ret til at få de mest basale behov opfyldt, såsom søvn, mad/væske og seksuelt samvær.

Selvopretholdelsesdriften tager også afsæt i overlevelsesinstinktet, som leder hen til at få opfyldt menneskets mest basale behov. Den menneskelige natur kan ses som værende egoistisk, netop fordi at mennesket er styret af selvopretholdelse ud fra egennytte. Som mennesker føler vi os berettigede til den verden, som vi lever og indgår i, men vores selvopretholdelsesdrift kan antage at lede os væk fra naturtilstanden og frem mod en samfundstilstand, hvor det groft parafraseret er alles kamp mod alle.

Midt i denne kamp er natur og dermed også moralfilosofien to vigtige komponenter, da de er med til at fastholde os i vores værdier, ligesom det er med til at minde os om, at vi alle har fælles spilleregler for at kunne indgå i den menneskelige tilværelse sammen med naturen. Ligeledes agerer moralen som et indvendigt kompas, som har til formål at hjælpe os med at huske på, hvordan vi skal opføre os, når vi indgår i en fælles livsverden med andre individer. Den filosofiske tilgang til dyderne agerer som moralens hårde kerne, der ligeledes afspejler de principper, som vores virkelighed hviler på.

Naturen har ligeledes en beroligende effekt på mennesker, og derfor er der meget der tyder på, at den menneskelige hjerne slapper af i naturen, hvilket bevirker at det menneskelige nervesystem beroliges (Langbak, 2021). Vi kan derfor tolke, at naturen kan have en helende effekt, og med dette kan vi introducere helende arkitektur til denne perspektivering. Helende arkitektur har fokus på de menneskelige sanser, som der er påvirket af blandt andet lys og natur, fordi det kan være med til at fremme psykisk velvære. Det interessante i den helende arkitektur er blandt andet, at gode bygninger ses som værende sundhedsfremmende ifølge forskningsresultater, som netop sætter sygehusenes arkitektur i direkte forbindelse med patienters trivsel og sundhed. Endvidere viser disse forskningsresultater også, at det påvirker det sundhedsfaglige personale positivt (Rockfon,

u.d.). Det kan dermed betale sig at tænke i design, når der bygges sygehuse, eftersom både natur, lys og materialer kan være katalysatorer for, hvor korte indlæggelsestider patienterne har.

Vi fandt det relevant at bruge naturen og selvopretholdelse til denne perspektivering, fordi mennesker ser naturen som et middel, de kan bruge til at nå egne mål. Naturen kan ses som værende en ressource og noget, vi som mennesker, kan bruge til at indfri egne ønsker og behov.

I specialets afsluttende afsnit har vi valgt at inddrage et reflekterende afsnit, som har to formål. Det ene formål er, at vi ønsker at reflektere over, hvad vi, i dette speciale, kunne have gjort anderledes, og det andet formål som værende at bidrage med refleksioner over egne observationer, som vi har gjort os i vores praksishold på Aalborg Sygehus Syd, Neurokirurgisk sengeafsnit. Dette eftersom vi erfarer, at disse observationer også rummer brugbare elementer til specialets problemfelt.

## Refleksion

Når man over en længere periode, f.eks. et halvt år, arbejder med et speciale, så bliver man undervejs, og i samarbejdet med ens vejleder, opmærksom på ting man kunne have gjort anderledes. I denne del af vores reflekterende afsnit vil vi kigge lidt nærmere på hvordan vi også kunne have grebet specialet an samtidig med, at vi vil italesætte de tanker, som vi har gjort os i forbindelse med disse andre muligheder. Vi vil her inddrage vores praksisophold på neurokirurgisk sengeafsnit.

Da vi i efteråret 2021 skulle til at tage stilling til, hvilket emne vi ville berøre i vores speciale, var vi enige om at tage fat i vores fælles passion for relationen mellem læge og patient. Vi har begge været i kontakt med det danske sygehusvæsen, både som patienter og som pårørende, og har begge både gode og dårlige oplevelser med i bagagen. Vores første idé til en problemstilling havde fokus på relationen og dialogen mellem læge og patient, hvilket ville være en videreudvikling af vores semesterprojekt i Sundhedsfilosofi på 4. semester.

Denne problemstilling ville tilgodese vores respektive specialiseringer indenfor henholdsvis Kultur- og subjektivitetsfilosofi og Organisations- og dialogfilosofi. Alligevel blev vi draget mere og mere mod individbegrebet som, beskrevet i ovenstående, har mange facetter. Et individ er ikke bare et individ, det er et begreb, som ikke bare sådan kan defineres.

Antager vi, at vi skulle starte forfra med dette speciale, så kunne vi have grebet det meget anderledes an. Vi har diskuteret, hvorledes specialet skulle opbygges siden vores første problemstilling, og vi var enige om en mere fænomenologisk tilgang med en kombination af spørgeskemaer og interviews. Vi drøftede frem og tilbage om mængden af arbejde, som der ville ligge i denne fremgangsmåde, men var enige om at det som udgangspunkt ikke ville være noget problem. Vi havde begge deltaget i et ”kursus” i udfærdigelsen af spørgeskemaer, som Lektor i Anvendt filosofi, Anita Naemi Holm, udbød i efteråret 2021, og anså det for at være en ressource, som vi kunne benytte til vores speciale. Vi ville have udfærdiget spørgeskemaer til henholdsvis sundhedsfagligt personale og til folk, der havde været i kontakt med det danske sygehusvæsen inden for de sidste fem år enten som patienter eller pårørende. Empirien indhentet herfra skulle lede til udvælgelsen af interviewpersoner.

Her opstod imidlertid den første problematik. Hvis besvarelsen af spørgeskemaerne skulle være anonym, så ville vi ikke kunne udvælge personer til kvalitativ undersøgelse. Vi diskuterede herefter muligheden for kun at basere en undersøgelse på en kvantitativ undersøgelse. Dette bragte os videre til næste udfordring, som indebar hvilken type spørgeskema vi skulle vælge. Dertil kommer det faktum, at vi på den relativt korte tid, som seks måneder er i denne sammenhæng, ville have svært ved at indhente nok data til at kunne lave en kvantitativ spørgeundersøgelse.

Spørgsmålet blev herefter, om vi skulle nøjes med at lave en interviewrunde, hvor vi spurgte ind til hvordan patienterne eller de pårørende havde oplevet dialogen med f.eks. lægen, sygeplejersken, fysioterapeuten etc. Dette bragte os til endnu et dilemma. Ville vi have tiden til at udføre, behandle og transskribere al den indhentede data, og hvor skulle vi finde tilpas mange interviewpersoner til, at vi kunne danne et tilfredsstillende billede af vores undersøgelse.

Vi valgte derfor ikke at udføre hverken spørgeskema- eller interviewundersøgelsen.

I stedet kom vi frem til en ny problemstilling i samarbejde med vores vejleder, Dr. phil. Antje Gimmler, med individbegrebet i fokus. Dette gav imidlertid den udfordring, at vi skulle indsamle nyt empiri, som skulle læses grundigt, og derefter passes ind efter den allerede eksisterende samling af kilder. Vi føler selv, at vi har fået lavet denne tilpasning tilfredsstillende.

Dog vil vi mene, at der altid er plads til ændringer og forbedringer. Sådan er det jo - i bagkundsens klare lys står alting klarere. Vi har derfor læst specialet grundigt igennem og

diskuteret og reflekteret over, hvad vi kunne gøre anderledes, og det vil vi give et bud på i nedenstående afsnit.

Når vi i vores speciale beskæftiger os med individ og moralbegrebet, så har det ledt vores tanker til andre teorier, som også kunne have været interessante at have haft med. Taylor har argumenteret for, at individet skabes gennem relationer og dialog, og til dette kunne Jürgen Habermas' teori om den kommunikative handling have været brugbar. Dette eftersom at den demonstrerer, hvordan der er mulighed for at udføre moralsk handling via kommunikation.

Hos Habermas ses moral nemlig som værende det, der opstår i relationen mellem mennesker, der indgår i dialog, og hvor denne dialog så byder på mulighed for argumenter, som konstant kan kritiseres og også udfordres (Skirbekk & Gilje, 1995) s. 342-347.

Diskurserne er, ligesom hos Foucault, også en medspiller hos Habermas, fordi diskursetikken bliver repræsenteret i den ideelle samtale, hvilket fører os tilbage til Taylor, som argumenterer for, at menneskets grundlæggende kendetegn er menneskets dialogiske karakter. Havde vi valgt at gå i den retning med vores speciale, så kunne vi ud fra udvalgte dialoger, eventuelt i form af interviews, have undersøgt, hvordan individet interagerer ud fra den kommunikative handling og den identitetsdannende diskurs. Ovenstående tilgang ville ikke nødvendigvis være en bedre tilgang, end den vi har valgt, men den ville have tilladt os at gå i dybden med det dialogiske aspekt i mødet mellem læge og patient, hvilket ville kunne have givet os en meget anderledes analyseform at arbejde ud fra.

Habermas er ophavsmanden til diskursetikken, og den leder os til en kommunikation, som er forbundet med etikken. Derfor kunne den kommunikative handling have været en interessant tilgang, såfremt der skulle undersøges, hvordan diskurserne og etikken spiller ind i relationen mellem læge og patient, og igen mellem profession og individ. Ved brug af Habermas havde vi også åbnet op for samfundsvidenskabernes mål og metoder, hvilket ikke ville have været relevant for netop vores filosofiske tilgang til specialets problemstilling.

Endvidere vil vi reflektere over problemstillingen i vores speciale i forhold til situationen med fysio- og ergoterapeuterne i vores praksisophold samt samtalen med ergo- og fysioterapeuten efterfølgende, hvor de sagde, at de var nødt til at se patienterne som en opgave både for patientens og deres egen skyld.

Vi vil nu præsentere vores egne refleksioner om, hvordan individet kommer til udtryk i relationen med lægen og andre sundhedsprofessionelle. Dette vil vi gøre med inddragelse af vores praksisophold på neurokirurgisk sengeafsnit på Aalborg Sygehus Syd i 2019. Vi har enkelte gange i opgaven henvist til dette ophold, men er ikke gået i dybden med det endnu. Dette skyldes, at vi er klar over, at de observationer vi har gjort os, er vores egne subjektive opfattelser af en given situation, og at det dermed ikke kan stå for sig selv som værende valid empiri. Vi mener dog alligevel, at der er en vis relevans i vores oplevelse og vores observationer som gør, at vi vælger at bringe opholdet i spil i dette afsnit.

I ovenstående afsnit om de cases vi havde valgt, da præsenterede vi vores praksisophold i korte træk. Afsnittet kan ses på side 46. Opholdet bød på samtaler med kirurger, sygeplejersker, patienter, og et indblik i hvordan konsultationer foregår. I dette reflekterende afsnit vil vi dog fokusere på en specifik konsultation mellem en patient og ergo- og fysioterapeut. Patienten havde fået konstateret en tumor i hjernen, som ikke kunne opereres på grundet placeringen og patienten ansås derfor som værende terminal. Patienten havde indvilget i, at vi måtte overvære konsultationen med ergo- og fysioterapeuter. Til vores store overraskelse endte mødet med at foregå på gangen ved siden af en elevatorskakt. Terapeuterne kunne ikke finde et ledigt konsultationsrum, og vi måtte derfor rykke os sammen på gangen. Her passerede adskillige portører, sygeplejersker og laboranter, samt pårørende der skulle til og fra de pågældende patienter på gangen. Patienten sad med ryggen til væggen, og ergo- og fysioterapeuterne sad ved siden af hinanden overfor patienten. Vi sad i baggrunden og observerede og ikke i patientens direkte synsfelt. Formålet med konsultationen var at bedømme, hvor meget patienten selv var i stand til, hvor meget genoptræning, hvis nogen, der skulle til, for at patienten kunne klare sig selv så meget som muligt, og hvor meget hjælp der skulle til i hjemmet, for at patienten kunne blive i eget hjem så længe som muligt.

Undervejs kom der kraftige følelsesmæssige udbrud fra patienten, som hurtigt blev lukket ned af terapeuterne. Det var tydeligt at patienten havde behov for at italesætte sine følelser omkring den nyligt stillede diagnose, men dette var der ikke plads til. Dette leder vores tanker hen mod sårbarhed, netop fordi den terminale patient anskues som værende sårbar, hvorfor det undrede os, at personalet ikke gav patienten tid til at være i sine følelser. På daværende tidspunkt anskuede vi ikke personalet som værende i en eventuel sårbar situation.

Efter konsultationen talte vi med terapeuterne om de mange følelser, som var på spil hos patienten, og hvordan det påvirkede os som observatører. Vi spurgte ind til, hvordan det påvirkede dem med

forestillingen om, at det måtte være lige så hårdt for dem. De forklarede, at de, for at beskytte dem selv, måtte lukke af for følelserne, og stoppe følelsesmæssige udbrud fra patienterne. De forklarede ydermere, at de var nødsaget til at behandle patienterne som en opgave, der skal løses, for at kunne holde fokus på patienternes fremadrettede behandling og dertilhørende livskvalitet, men også for selv at kunne holde til at udføre deres arbejde. De tilføjede, at det var hårdt at være i ellers, og at de var gode til at tale med hinanden efter en følelsesmæssigt hård konsultation. Dette behov for at behandle patienterne som en opgave som skal løses, rejser en række spørgsmål i forbindelse med individets plads i behandlingen.

Selvom fysio- og ergoterapeuterne ikke synes, ud fra vores observationer, at give plads til individet, var det tydeligt, at de stadig så det syge menneske. Dette fik vi bekræftet i den dialog, som vi havde med personalet efter endt observation. Her fremstod det ligeledes tydeligt, at der ikke skulle laves plads til individet, eftersom formålet med konsultationen var netop "kun" at bedømme patientens evner til at klare sig i eget hjem. Selvom det handlede om patientens livskvalitet, så var patientens syn på Taylors tre goder ikke relevant for situationen, som udelukkende handlede om, hvorvidt patienten ville kunne klare sig i eget hjem med eller uden hjælp, eller om der skulle mere drastiske midler til som f.eks. plejehjem eller hospice. Selvom der ved første øjekast ikke lod til at blive taget hensyn til patienten som individ, så er det nu blevet klart for os at dette ikke var tilfældet.

Terapeuterne tog hensyn til patientens individualitet i den forstand, at tiden som selvhjulpen i eget hjem netop giver plads til, at patienten kan udfolde sin individualitet. Dette ud fra et overordnet syn på, hvad livskvalitet er. Vi antager, at dette bygger på undersøgelser som viser, at patienter har det bedre, når de er i eget hjem forudsat, at de har hjælp.

Når vi reflekterer over store emner, f.eks. livskvalitet hos en patient, der i et sådan tilfælde som det, vi trækker frem her, så kan vi ikke undgå at genbesøge magtbegrebet. Ud fra vores observationer, ser det ud til, at det b.la. er det sundhedsfaglige personale, der er medbestemmende i at beslutte, hvad der kan kategoriseres som livskvalitet hos en terminal patient. Det er klart, at det sundhedsfaglige personale har nogle professionsmæssige forudsætninger, for at kunne bidrage til diskussionen om, hvad livskvalitet er. Ligesom de arbejder under en lovgivning, hvilket betyder, at der er regler for, hvordan en terminal patient må, kan og skal behandles. I denne proces sker der implicit en brug af magt, eftersom livskvaliteten for denne patient bliver italesat af andre end patienten selv. Diskursen her fremgår nemlig af, at der demonstreres en evne til at udvise magt igennem italesættelse af den virkelighed, som patienten befinder sig i. Magten her kan ses som en

social relation, og noget af det mest interessante ved denne situation er, at den potentielle magt, der udøves, bliver udøvet uden at nogen lægger mærke til det. Det er nemlig ikke en ond handling, som fører til denne implicitte magt, men derimod et ønske om at undersøge, hvordan patienten kan få mest muligt ud af det resterende af livet. Situationen vi bringer ind i dette reflekterende afsnit, er således ikke at finde ud af, hvem der udøver magten, men nærmere hvordan magtens natur er, og hvordan den udformes og vises.

Ud fra vores observationer i praksis opholdet fremgår det, at hvert af det sundhedsfaglige personale har hver deres rolle, der udfyldes til punkt og prikke, men der synes ikke til at være plads til at træde ud af den rolle, og eventuelt vise omsorg gennem dialog med den pågældende patient i konsultationen på gangen. Det er muligvis af så simpel en grund, at netop dette personale ikke er uddannet til at varetage sådan en funktion. Dette skal ikke ses som værende kritik, men for at forstå, hvordan rollerne for det sundhedsfaglige personale er sat sammen, hvilket, vi må antage, må give anledning til frustrationer, hvorfor det giver mening, når personalet oplyste os om, hvorfor de var nødt til at anskue patienten som værende en opgave.

Der kan ikke herske tvivl om, at dette problemfelt interesserer os. Ej heller kan der herske tvivl om, at vi kan se mange aspekter af individet i patientens møde med sygehuset og personalet. Vi kunne have grebet dette problemfelt an på et utal af måder, og har i dette speciale nu demonstreret flere måder. Med dette reflekterende afsnit vil vi nu afslutte vores kandidatspeciale på Anvendt Filosofi.

## Bibliografi

- Astrup, E. (5. Juli 2018). *politiken.dk*. Hentet fra Politiken:  
[http://politikken.dk/indland/art6603551%C2%BBJeg-har-en-top-ti-over-f%C3%B8dsler-der-er-blevet-boende-hos-mig%C2%AB?utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook#Echobox=1648734653](http://politikken.dk/indland/art6603551%C2%BBJeg-har-en-top-ti-over-f%C3%B8dsler-der-er-blevet-boende-hos-mig%C2%AB?utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1648734653)
- Bengt-Pedersen, C. (1995). Kritik af den rene fornuft. I B. Rahbek, & e. al, *Når mennesket undrer sig: Vestlige tanker i gennem 2500 år* (s. 219-235). Lindhart og Ringhof.
- Bjerre, H. J., & Fabian, L. (sommer 2010). Rummet finder sted. *Slagmark nr. 57*, s. 9-18.
- Brinkmann, S. (2008). *Identitet - Udfordringer i forbrugersamfundet*. Århus: Klim.
- Buber, M. (1958). *I and Thou*. New York: Charles Scribners's Sons.
- Butler, J. (2004). *Precarious life: The Power of Mourning and Violence*. New York: Verso.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- DRTV. (11. April 2022). *dr.dk*. Hentet fra DR: [https://www.dr.dk/drtv/serie/med-livet-i-haenderne\\_307239](https://www.dr.dk/drtv/serie/med-livet-i-haenderne_307239)
- Fjordbak, J. (2019). *Psykologi og kommunikation*. Center for Offentlig Kompetenceudvikling.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994). V. Retten til døden og magten over livet. I M. Foucault, *Viljen til Viden* (s. 139- 166). Viborg: Det lille Forlag.
- Foucault, M. (2004). *Brugen af nydelserne*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Freud, S. (2004). *Psykoanalyse. Samlede Forelæsninger*. Hans Reizels Forlag: København.
- Harré, H. R. (1998). *The Singular Self: An Introduction to the Psychology of Personhood*. London: Sage.
- Hartling, O. (2018). Sårbarheden i Nødvendige Bånd. I M. Sodemann, *Sårbar? Det kan du selv være* (s. 9). Odense: Scandinavian Book A/S.
- Hedde, D. (1992). *Det tomme menneske - introduktion til Michel Foucault*. Museum Tuschulanums Forlag.
- Jaworski, A., & Coupland, N. (1999). *The Discourse Reader*. London: Routledge.
- Kant, I. (2020). *Kritik af den rene fornuft*. Frederiksberg : Det lille Forlag.
- Krogh, K. (12. Oktober 2009). *berlingske.dk*. Hentet fra Berlingske:  
<https://www.berlingske.dk/nyheder/autoriteten-sidder-ikke-laengere-i-kitlen?fbclid=IwAR3xjusvzuarfqdm4EWwTt3Jg9Jw5AXvUMp8Y1QC6hLu63DI8Nhfbzoypc>
- Langbak, M. (21. Februar 2021). *naturli.dk*. Hentet fra Naturli: <https://www.naturli.dk/artikel/naturen-som-helbreder/>
- Lunde, I. M. (1998). Tillid og nærvær - Kommunikation mellem læge og patient. I D. K. Forening, *Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom* (s. 80 - 89). København: Månedsskrift for praktisk lægegering.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den Ethiske Fordring*. Århus: Forlaget klim.



- Martinsen, K. (1997). Sanselig Sygepleje. *Sygeplejersken nr. 7*, s. 18-22. Hentet fra Sygeplejersken: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1997-7/kari-martinsen-sanselig-sygepleje?fbclid=IwAR3Aghw7XYsv5f-Pv7YAh3CChs5yjK5xbK6YjVEU63cgPjnlfKFZIWOSCfQ>
- Martinsen, K. (2010). *Øjet og Kaldet*. København: Munksgaard.
- Mead, G. H. (1934). *Sindet, selvet og samfundet*. Chicago: Chicago University Press.
- Meiner, J. (Februar/Marts 2018). Hvordan bruger vi magten etisk? *Clavis*, s. 4-11.
- Merriam- Webster. (u.d.). Hentet fra merriam-webster.com: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/self>
- Møhl, B., & May, S. (2005). Barndommen som personlighedens fundament. I M. Brørup, L. Hauge, & U. L. Thomsen, *Den nye psykologihåndbog* (s. 21-60). København: Nordisk Forlag A/S.
- Mørch, S. I. (2007). *Individ, institution og samfund- pædagogiske perspektiver*. København K.: Hans Reitzels Forlag.
- Nørgaard, B. (2005). Axel Honneth og en teori om anerkendelse. *Tidsskrift for Socialpædagogik nr 16*, s. 63-70.
- Online Etymology Dictionary. (u.d.). Hentet fra etymonline.com: <https://www.etymonline.com/word/individual>
- Online Etymology Dictionary. (u.d.). Hentet fra etymonline.com: <https://www.etymonline.com/word/identity>
- Pahuus, M. (2012). Respekt for menneskets integritet og værdighed - Hvad er det? I *Praksisformernes Etik - Bidrag til anvendt etik* (s. 149-166). Aalborg Ø: Aalborgs Universitetsforlag.
- Pedersen, A. R. (2000). Stuegangens betydning og fremtrædelse. *Grus nr. 61*, s. 58-71.
- Pedersen, L., & Kirk, K. (2014). Ny rolle- og magtfordeling mellem patienter og sundhedsprofessionelle- Patient empowerment i teori og praksis. *Sundhedsvæsenet lige nu (2)*, s. 30-43.
- Pojman, L. P., & Vaughn, L. (2011). *Classics of Philosophy*. New York - Oxford: Oxford University Press.
- Poulsen, B. (2005). Roller og rollekonflikt -fra entydighed til flertydighed. I A. Esmark, C. B. Lausten, & N. Å. Andersen, *Socialkronstruktivistiske analyser*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Raffnsøe, S., Gudmand - Høyer, M., & Thaning, M. S. (2008). *Foucault*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Raffnsøe-Møller, M. (2007). Taylors politiske filosofi- Ontologisk politik og hermeneutisk retfærdighed. *Slagmark (49)*, s. 61-82.
- Reinhold, A., & Dybdal, K. (2000). Sygepleje afhænger af tillid. *Sygeplejersken (21)*, s. 36-41.
- Richter, J. (2011 (32)). Magt og afmagt i individets liv. *Psyke & Logos*, s. 418-431.
- Rigshospitalet. (21.. Februar 2022). *rigshospitalet.dk*. Hentet fra Rigshospitalet: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2022/februar/vi-skal-turde-tage-de-svaere-samtaler-med-patienterne.aspx>

- Rigshospitalet. (u.d.). *rigshospitalet.dk*. Hentet fra Rigshospitalet: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/fortaellinger-fra-riget/patientpodcasts/Sider/livet-med-livstruende-sygdom-om-at-finde-mening-paa-trods.aspx>
- Rockfon. (u.d.). *rockfon.dk*. Hentet fra Rockfon: <https://www.rockfon.dk/om-os/vores-tankegang/urbanisering/helende-arkitektur/>
- Råd, S. (7.. Februar 2006). *dsr.dk*. Hentet fra Sygeplejeetisk Råd: [https://dsr.dk/ser/holdninger/etiske-aspekter-ved-flersengsstuegang?fbclid=IwAR1z3C2h7DDjIQRtjREodikSf9ikv7xEuoYe3VxMRrSdDTs\\_S7Dhe9mQo84](https://dsr.dk/ser/holdninger/etiske-aspekter-ved-flersengsstuegang?fbclid=IwAR1z3C2h7DDjIQRtjREodikSf9ikv7xEuoYe3VxMRrSdDTs_S7Dhe9mQo84)
- Skirbekk, G., & Gilje, N. (1995). *Filosofiens Historie 2 - Fra oplysningstiden til modernismen*. København: Gyldendal.
- Socialrådgiverforening, D. (2011). *Værdighed, Retfærdighed, Integritet, Ansvar - Professionsetik*. Dansk Socialrådgiverforening.
- Taylor, C. (1989). *Sources of The Self - The Making of the Modern Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (2008). *Modernitetens ubehag - autencitetens etik*. Philosophia.
- Ældreministeriet, S. o. (26.. August 2019). *retsinformation.dk*. Hentet fra Retsinformation: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903#id3a46f1d2-c6ed-449-9dfd-42bc57f85a6e>