

Mellom læring og verdighet

Møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen på sykehus

Anders P. Cameron



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

15. februar 2005

Forord

Jeg vil takke alle som har hjulpet meg med arbeidet med denne oppgaven. Spesielt vil jeg takke min veileder, Dag Album, for uvurderlig hjelp gjennom hele prosessen. Videre en takk til Jan Helge Solbakk ved Senter for medisinsk etikk for god hjelp med å sette i gang prosjektet.

Informantene og de ansatte ved universitetssykehuset jeg har gjort feltarbeid ved, har vært behjelpelige og velvillige i møte med en utenforstående, og uten deres velvilje ville ikke dette prosjektet blitt noe av.

Underveis har jeg hatt mange hjelpere. Særlig har Knut, Kari og Nils August kommet med gode innspill, kritikk og oppmuntringer. Harriet Holters hus har mange rom, ett av dem er viktigere enn andre: En takk til pauserommet og befolkningen der for mye tøys og litt alvor.

Blindern, februar 2005.

Anders P. Cameron

Sammendrag

Hovedspørsmålet i oppgaven er: Hva kjennetegner møter mellom pasienter og studenter i undervisningen på sykehus. Denne har blitt spesifisert i følgende underspørsmål:

- Hvilke mål kan studentene og pasientene sies å ha med møtene dem imellom?
- Hvilke samhandlingsressurser er tilgjengelige for studentene og pasientene for å nå målene i samhandlingen?
- Hvordan anvender studentene og pasientene samhandlingsressursene strategisk for å oppnå sine mål?

Metode og data

Jeg har gjennomført feltarbeid ved et universitetssykehus, der jeg har fulgt to ulike undervisningstyper studentene gjennomgår omtrent midt i studiet. Notater fra dette feltarbeidet utgjør det empiriske hovedgrunnlaget for oppgaven. Jeg har også benyttet meg av noen skriftlige, foreliggende datakilder, hovedsaklig pensumlitteratur fra medsinstudiet ved UiO.

Teoretisk grunnlag

I utgangspunktet ønsket jeg å gå inn i feltet med svært åpne forutsetninger, for på denne måten å gjøre arbeidet med oppgaven så datadrevet som mulig. Imidlertid var min tilnærming preget av den retningen innen sosiologisk teori som har blitt kalt symbolsk interaksjonisme, og særlig Erving Goffmans sosiologi. Jeg ønsket å konsentrere meg om fortolkning av hva aktørene sier og gjør, og hvilken symbolsk betydning dette har i samhandlingen dem imellom. Denne interessen var også en årsak til valget av feltarbeid som metode.

I analysen av datamaterialet har jeg snevret inn problemstillingen i tre underspørsmål, og til grunn for dette ligger et maktperspektiv: Inspirert av blant andre Erving Goffman og Mary Rogers' (1974) fortolkning av maktbegrepet i hans forfatterskap, har jeg særlig vært opptatt av den relasjonelle makten i møtene mellom studenter og pasienter. Den relasjonelle makten er her tenkt som muligheten til å oppnå sine mål i samhandlingen.

Funn

Pasientene og studentene har ulike mål med møtene dem imellom. Et sentralt mål for både pasienter og studenter er å gjøre møtet til et møte mellom to verdige selv. I tillegg til målet om verdighet, har studentene et mål om å lære noe av situasjonen. Pasientene og studentene arbeider ved hjelp av seremonielle ressurser for å framstå med verdige selv i situasjonen.

Pasientene og studentene har ulik tilgang på ressurser for å oppnå sine mål i møtene dem imellom. I tillegg er det i situasjonen ulike faktorer pasientene og studentene må konfrontere for å kunne oppnå sine mål. Jeg har identifisert en rekke samhandlingsressurser som er tilgjengelige for aktørene, og en rekke strategier som aktørene kan benytte seg av for å anvende ressursene for å oppnå sine mål.

Innhold

FORORD	II
SAMMENDRAG	IV
INNHold	VI
1. INNLEDNING	1
HOVEDSPØRSMÅL OG UNDERSPØRSMÅL	4
MØTER MELLOM PASIENTER OG STUDENTER I UNDERVISNINGEN PÅ SYKEHUS.....	6
DE TO UNDERVISNINGSFORMENE	8
DEN VIDERE LESINGEN AV OPPGAVEN - DISPOSISJON	11
2. EN SYMBOLSK-INTERAKSJONISTISK TILNÆRMING TIL MØTER MELLOM PASIENTER OG LEGESTUDENTER	13
FORSTÅELSER AV SELVET I SOSIOLOGIEN GENERELT OG HOS GOFFMAN SPESIELT	14
BRUK AV GOFFMANNS BEGREPER.....	15
LOKAL TEORI: DEN HELHETLIGE TANKEGANGEN BAK ANALYSEN	25
3. FELTARBEID SOM METODE	27
FELTARBEID	29
FORSKERROLLENS BETYDNING, INFORMASJON OG SAMTYKKE	32
DATAMATERIALET OG HVA MAN KAN SI PÅ BAKGRUNN AV DET	35
FRA OBSERVASJONSNOTATER TIL TEKST.....	36
OPPSUMMERING: SVAKHETER OG STYRKER VED FELTARBEIDET OG DATAMATERIALET	38
4. PASIENTENES MÅL OG RESSURSER.....	41
PASIENTENES SUBSTANSIELLE OG SEREMONIELLE MÅL	41
TVETYDIGE RESSURSER	43

PASIENTENES ENTYDIGE RESSURSER	53
KONKLUSJON: KUNNSKAP ER EN RESSURS	61
5. STUDENTENES MÅL OG RESSURSER.....	63
STUDENTENES MÅL. MÅLKONFLIKTER	63
SITUASJONELLE RESSURSER	65
STUDENTENES PERSONLIGE RESSURSER.....	69
KONKLUSJON: MÅLKONFLIKTER KAN LØSES	75
6. BRUK AV STRATEGIER, SAMARBEID OG KONFLIKT OM MÅL	77
PASIENTENES STRATEGIBRUK.....	78
STUDENTENES STRATEGIBRUK	85
FELLESSTRATEGIER OG FORHANDLINGER	92
KONKLUSJON – STRATEGIER OG POSISJONER	93
7. AVSLUTNING – MELLOM LÆRING OG VERDIGHET.....	96
LÆRING OG VERDIGHET I KONFLIKT?.....	96
SAMMENHENGEN MELLOM VERDIGHET OG MAKT	98
DET ET SYMBOLSK-INTERAKSJONISTISK PERSPEKTIV IKKE FAVNER. NYE OG UBESVARTE SPØRSMÅL	99
VED Å GÅ I DET SMÅ KAN MAN OGSÅ FÅ SVAR SOM KAN PÅVIRKE HELHETEN	100
REFERANSER	101
Figurer:	
Figur 1: Møter mellom pasienter og studenter.....	7
Figur 2:Gangen i et forskningsopplegg.....	26

1. Innledning

Utdanning er for tiden et av de heteste politiske stridstemaene i Norge. Fra grunnskole til doktorgrad skjer det store endringer når det gjelder lover, regler, praksis, vurdering og pedagogiske tilnærminger. I løpet av de siste elleve årene har det vært gjennomført dyptgripende reformer på alle utdanningsnivåer i Norge.¹ Et annet tema som er hyppig diskutert i den offentlige debatten er helsevesenet. I 2002 ble ansvaret for sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten, og allerede nå diskuteres det å endre organisasjonsstrukturen på nytt (Aftenposten 17.1.2005). Avisene er fulle av saker der blant annet problemer og utfordringer, effektivitet, privatisering, kunnskap/spesialisering og etikk i helsevesenet er nøkkelord.² Med denne oppgaven går jeg inn i krysningpunktet mellom helsevesen og utdanning. I den politiske debatten diskuteres gjerne de store linjene og de store trekkene, men i denne oppgaven vil jeg gå i det små. Med å ”gå i det små” mener jeg at jeg i denne oppgaven vil undersøke samhandling mellom mennesker til daglig. Møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen på sykehus er et eksempel på hvordan mennesker under utdanning møter mennesker i helsevesenet.

Jeg har alltid vært fascinert av hvordan mennesker samhandler. Det er min bestemte mening at ved å gå inn i samhandling i det små og studere den i detalj, kan man også si noe om, og dermed påvirke, den større sammenhengen samhandlingen er en del av. Denne studien av noen møter mellom legestudenter og pasienter vil ikke berøre alle spørsmålene som stilles ved helsevesenet og ved utdanning i Norge. Men den kan si noe i detalj om en del av feltet, innsikter som kanskje kan overføres til å forstå andre situasjoner. At det som skrives kan komme til nytte for legestudenter og lærerne deres, og dermed også indirekte for pasienter som deltar i undervisningen på sykehus, var min motivasjon da jeg begynte mitt feltarbeid blant legestudenter og pasienter. Mye av studien har endret seg underveis, men håpet har

¹ 1994: Reform-94 i Videregående skoler. 1997: Reform-97 i Grunnskolen, 2002: Kvalitetsreformen for Høyere Utdanning i Universitets- og høyskolesektoren. Ett eksempel på debatt av nyere endringer i utdanning er den pågående debatten i januar 2005 om bruken av normerte prøver i skolen.

² Et søk i Aftenposten, Dagbladet og Dagsavisen i tekstadatabasen Atekst med søkeord ”helsevesen” for januar 2005, gir 24 treff på reportasjer og debattinnlegg der helsevesenet er det sentrale temaet og omtrent like mange der helsevesenet er trukket inn på en eller annen måte.

hele tiden vært, at man ved å gå i det små og i detalj kan bidra til å skape en forståelse av et sosialt fenomen, og at arbeidet kan komme noen til nytte i deres daglige liv.

Min interesse for temaet har såvel personlige som samfunnsmessige og faglige årsaker. Personlig har jeg aldri hatt nær kontakt med helsevesenet som pasient. Imidlertid har sykdom i familien gitt meg lyst til å forstå mer av hva som foregår i helsevesenet. Jeg kjenner også en del legestudenter, og det er fra dem jeg har fått ideen til denne oppgaven.³ Jeg har også alltid vært interessert i hvordan læring foregår. Lenge tenkte jeg på å skrive om skolen, men koplingen av utdanningsaspektet og helsevesenet som jeg fant i det å studere legestudenter, tiltalte meg enda mer. Bruk av pasienter i undervisningen er en egenartet praksis, som har viktige samfunnsmessige og faglig interessante implikasjoner.

I 1996 ble undervisningen i medisin ved Universitetet i Oslo lagt om. En viktig endring var å integrere klinisk og teoretisk undervisning sterkere grad. En hovedmålsetting med denne endringen og med den liknende reformen som allerede var innført i Trondheim, var at studentene, i større grad og tidligere i studieløpet, skulle komme i kontakt med pasienter.⁴ Til grunn for målsettingen om tidligere og mer pasientkontakt, lå en kritikk av at leger gjennom studiet hadde tilegnet seg mye teoretisk kunnskap, men fikk for lite undervisning i det som utgjør en viktig og omfattende del av legeyrket: kontakt med mennesker.⁵ Man kan se kritikken av legeutdanningen og den påfølgende endringen i retning av mer kontakt med pasienter som del av en grunnleggende endring i den sosiale forståelsen av helsevesenet og legeyrket: I helsepolitikk og debatt om helsevesenet de siste tretti årene, kan man se en endring i retning av at oppfatningen av helsearbeidere, og spesielt leger, går fra å se dem som profesjonelle velgjørere med tilnærmet monopol på ”god helse”, til å se dem som tilbydere av en tjeneste. Samtidig har flere pasienter gått fra en mer blind tiltro til legens faglige autoritet til en kritisk innstilling. En del pasienter framstår som eksperter på egen kropp, og de ”shopper” helse (for eksempel i form av alternativ medisin og andre tilbud som skal gi helse og velvære) i mye større omfang enn tidligere. Dermed blir det stadig viktigere

³ Tematikken var opprinnelig presentert av Senter for medisinsk etikk (UiO), som et forslag til prosjekt for legestudenter som valgte forskerlinja (et eget forskningsrettet studieprogram), eller som skulle skrive semesteroppgave i medisin.

⁴ Slik studiene er presentert på henholdsvis www.med.uio.no og www.ntnu.no, legges det vekt på integrasjonen av kliniske og teoretiske fag som vesentlige fordeler ved medisinstudiet ved disse universitetene.

⁵ For eksempler på en avisartikkel om dette, se Aftenposten (Aftenutgaven) 10.9.1991, side 34: ”Leger må lære å lytte”. En litt annen vinkling på samme tema i Aftenposten (Morgenutgaven) 1.7.1992, side 4: ”Mange legestudenter usikre”

for leger å kunne konkurrere med andre tilbydere av helse i et marked (Nettleton 1995). Dersom det er en kopling mellom endringer i holdning til helsevesenet og utvikling i retning av en legeutdanning som i stadig større grad vektlegger pasientkontakt og å utdanne dyktige kommunikatører, virker det sannsynlig at utstrakt bruk av pasienter i undervisningen er kommet for å bli, og kommer til å bre seg. I stedet for å utdanne rene eksperter, vil skolemedisinen framover også måtte kunne utdanne servicearbeidere for å konkurrere med andre helsetilbydere i et marked.

I en del tilfeller er bruk av pasienter i undervisningen etisk betenkelig. Særlig er spørsmål om manglende informasjon og samtykke problematiske. Intime undersøkelser, som gynekologiske undersøkelser av pasienter i narkose, har vekket den etiske debatten i media. Dette ble tatt opp i januar 2005 her i Norge av ukebladet KK (KK 04/2005) (idet dette skrives pågår debatten på www.kk.no). Men temaet har også vært diskutert tidligere i andre fora. En mindre britisk undersøkelse fra 2003, viser at 14 % av de intime undersøkelsene som ble foretatt i narkose ved en britisk medisinsk klinikk i 2000, ble gjort uten at pasienten hadde gitt sitt samtykke (Coldicott 2003). Den kliniske undervisningen jeg har fulgt, har vært av en annen karakter. Jeg har ikke vært til stede under gynekologiske eller andre intime undersøkelser i denne fysiske forstand av ordet, og de pasientene jeg har vært med på å besøke, har vært våkne og informerte. Likevel kan man reise etiske spørsmål om praksisen med å bruke pasienter i undervisningen på medisinstudiet. I undervisningen er pasientene på et vis midler. De brukes for å lære teknikker og for å være ”modeller” med hensyn til ulike sykdomstegn. Men slik jeg forstår det, framstår pasientene ofte som noe mer enn bare midler, de framstår også som mål i seg selv. Det samfunnsmessige og etisk viktige poenget denne oppgaven forsøker å gripe, er på hvilke måter pasienter og studenter kan gjøre møtene seg imellom til noe mer enn en mål-middel-situasjon. Et viktig mål med å skrive oppgaven er nettopp å forsøke å bevisstgjøre studenter og lærere ved medisinstudiet om dette.

Sosiologifaget har lang tradisjon for studier av forholdet mellom pasienter og leger. Den første sosiologen som tok for seg dette forholdet var Talcott Parsons (1951), og siden har mange sosiologer befattet seg med dette temaet. I norsk sammenheng er særlig Løchens (1970) studie av pasienter ved psykiatriske sykehus⁶ kjent. Også kvalitativt orienterte studier

⁶ Denne studien tok også for seg andre forhold i pasientenes tilværelse.

av legestudenter har en viss tradisjon i sosiologien, de mest kjente klassiske studiene er Robert Merton med fleres *The student physician* (1957) og Howard Becker med fleres *Boys in white* (1977). Forskjellen på disse klassiske studiene og denne, er at Becker og Merton hovedsakelig er interessert i studentene, og i bare i liten grad kommer inn på konkret interaksjon mellom studenter og pasienter. Meg bekjent har det ikke vært gjort noen norske sosiologiske studier av møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen, og lite internasjonalt. Jeg må reservere meg her fordi jeg ikke har hatt mulighet til å søke gjennom all mulig litteratur på feltet, men jeg har etter samvittighetsfull leting, ikke funnet noen sosiologiske studier som omhandler interaksjon mellom legestudenter og pasienter.⁷ Dermed er temaet en relativt ny variant over et klassisk tema i sosiologi om helse og sykdom⁸.

Hovedspørsmål og underspørsmål

Jeg begynte forberedelsene til undersøkelsen ved å lese, for å finne en teoretisk innfallsvinkel jeg ville forstå møter mellom legestudenter og pasienter utfra. Dette resulterte i at jeg bestemte meg for å anlegge et interaksjonistisk grunnperspektiv. Kort oppsummert vil det si at menneskelig handling må forstås, for det første i relasjon til situasjonen den er en del av, og for det andre i relasjon til de andre aktørene som deltar i situasjonen. Videre ønsket jeg å se på de symbolske aspektene ved aktørenes handlinger. Hva formidler aktørene om sine selv i situasjonen gjennom sine handlinger og måtene de utføres på? Gjennom symbolske sider ved sine handlinger formidler aktørene noe om hvem de er i situasjonen, de framstår med et *selv*. Deltakerne i en situasjon vil, sammen og hver for seg, med ulike grader av bevissthet formidle slike selv, og forsøke å formidle dem som verdige selv. Det å formidle et verdig selv vil utgjøre et *mål* for aktørene i en samhandling.

Valget av en symbolsk-interaksjonistisk forståelse av handling, er i tråd med en tradisjon innenfor sosiologiske studier av helse og sykdom, og særlig studier av forholdet mellom behandler og behandlet (Silverman 1987, Album 1996, Storvik 1996). En slik teoretisk tilnærming innebærer en gjøreorientering: Ved å studere samhandlingen mellom studenter

⁷ Det har vært gjort noen studier internasjonalt fra medisinsk hold, for eksempel Coldicott med flere 2004.

⁸ Sosiologi om helse og sykdom er direkte oversatt fra det som i nyere sosiologisk litteratur (for eksempel Nettleton 1995) vanligvis er den internasjonale termen for dette temaområdet: The sociology of health and illness.

og pasienter, og ved å stille spørsmålet: "Hva er det som foregår her?" (Album 1996, Goffman 1986), ville jeg finne data om hva som *gjøres* i samhandlingen mellom aktører i en bestemt situasjon. For å samle denne typen data valgte jeg å gjøre et feltarbeid, blant annet fordi jeg mener feltarbeid er den metoden som er best egnet til innsamling av data som kan fortolkes i et gjøreperspektiv. I tre måneder fulgte jeg deler av undervisningen til studentene på femte og sjette semester på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo. Resultatet av datainnsamlingen var feltnotater, gjort etter hver enkelt undervisningsøkt.

Da jeg begynte å samle data til denne undersøkelsen, hadde jeg altså et svært åpent spørsmål: "Hva foregår i samhandlingen mellom legestudenter og pasienter?" Dette spørsmålet kan gi mange svar og ulike typer svar. Eksempler på de ulike typene svar kan være: Kjennetegn som gjør disse situasjonene unike i forhold til alle andre situasjoner, hvordan samtalen mellom studenter og pasienter føres, hvem som er til stede og hvorfor de er der. Med dette åpne spørsmålet gikk jeg i gang med å samle data gjennom å gjøre feltarbeid. For å ordne observasjonene og analysen har det vært viktig å gjøre noen valg, det mest grunnleggende valget har vært en spesifisering av perspektivet: Forskerens analytiske ståsted i lesingen av datamaterialet.

Jeg har valgt å anlegge et maktperspektiv, fordi jeg har oppfattet makt som en sentralt i møtene mellom pasienter og studenter. Makt som utgangspunkt for å studere forhold i helsevesenet er ikke en ny tilnærming (se for eksempel Nettleton 1995 for en detaljert gjennomgang). Makt må her forstås i en vid forstand. Det å ha makt vil bety å ha muligheten til å nå sine mål i situasjonen, såvel i substansiell som i seremoniell forstand (Goffman 1967b). Et seremonielt mål jeg anser som grunnleggende i pasientenes og studentenes handlinger, er å gi uttrykk for sine selv i situasjonen. Målene må ikke forstås som motiverte i tradisjonell forstand. Meningen i aktørenes handlinger forstås som konsekvenser av handlingen, og samtidig på et visst nivå som intenderte.

Jeg ser på makt som et potensial, og dermed vil jeg omtale de virkemidlene aktørene kan benytte seg av for å nå sine mål som ressurser. Makt i den forstand som diskuteres her, manifesterer seg ikke utenfor relasjoner mellom mennesker. Ut fra sin utgangsposisjon i en situasjon vil den enkelte aktør kunne bevege seg og reposisjonere seg for å oppnå sine mål. For å forstå hvordan aktørenes posisjoneringer foregår, vil jeg benytte meg av Erving Goffmans begrep *footing* – posisjonering (Goffman 1981). De analytiske kategoriene som er

skissert her, vil bli mer utførlig presentert og diskutert i neste kapittel. På bakgrunn av hvordan jeg har valgt å lese datamaterialet, kan man omformulere det overordnede spørsmålet til: *Hvilke ressurser er tilgjengelige for pasientene og studentene i samhandlingen dem imellom, og på hvilken måte benytter de seg av dem i strategier for å nå sine mål om verdighet i samhandlingen?* Jeg har valgt å kalle arbeidet pasientene og studentene gjør for å nå sine mål i situasjonen for *verdighetsarbeid*. Ikke fordi verdighet er det eneste målet aktørene har i situasjonen, men fordi de, uansett hvilket mål de måtte ønske å oppnå, også arbeider med å framstå som verdige selv i møtene dem imellom.

For å besvare dette mer spesifikke hovedspørsmålet, har jeg utledet noen underspørsmål, og disse danner utgangspunkt for analysen av datamaterialet:

- Hvilke mål kan henholdsvis pasientene og studentene sies å ha med samhandlingen dem imellom på sykehuset?
- Hvilke ressurser for innflytelse i situasjonen og innflytelse over egen selvpresentasjon står til disposisjon for henholdsvis pasienter og studenter i møtene dem imellom?
- Hvordan anvender pasientene og studentene ressursene strategisk for å oppnå sine respektive mål i situasjonen?

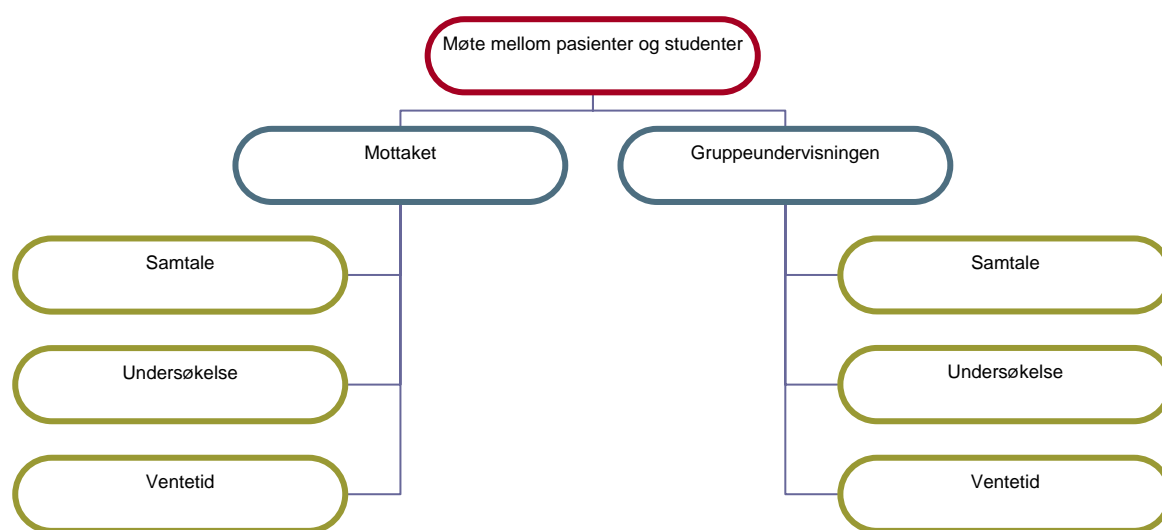
Møter mellom pasienter og studenter i undervisningen på sykehus

Allerede her er det nødvendig å gi leseren en kort innføring hva jeg sikter til med ”møter mellom pasienter og legestudenter”. Først og fremst sikter jeg til de møtene mellom legestudenter og pasienter som jeg har vært med på. Eksempler på andre møter som kunne vært interessante å studere, men som jeg ikke fikk plass til innenfor det formatet masteroppgaven i sosiologi representerer tidsmessig og tekstmessig, kunne være møter innen psykiatri, møter i forbindelse med større partiklinikker⁹, eller møter som inkluderer studenter med mer eller mindre erfaring enn de jeg har studert.

⁹ Der undervisningen foregår i et auditorium med flere (ca. 30) studenter til stede og noen ganger med ”profesjonelle” pasienter.

Her følger en kort oppsummering av den undervisningen jeg har deltatt i. Jeg har konsentrert meg om to hovedtyper av møter mellom legestudenter og pasienter, for det første det som i studentenes timeplan kalles klinisk smågruppeundervisning, og dernest møter mellom pasienter og studenter i akuttmottaket på sykehus. Dette er to relativt forskjellige situasjoner. I smågruppeundervisningen går studentene rundt på de ulike sykehusavdelingene sammen med en lærer. De er som navnet tilsier, i gruppe, og de møter pasienter som er innlagt eller til poliklinisk behandling ved sykehuset. Møtene i akuttmottaket er annerledes. En god betegnelse på studentenes møter med pasienter i mottaket kunne være egenarbeid eller selvstudium. Her er studentene alene, i følge med verken medstudenter eller lærer. Pasientene er ikke innlagt, men i ferd med å legges inn. Man kan videre dele begge disse to ulike møtetyper inn i forskjellige faser. Studentene har i begge tilfeller en bestemt dagsorden de skal gå gjennom, som preger formen på møtene mellom pasient og student. Både i gruppeundervisningen og i akuttmottaket består møtene av først en samtale og deretter en fysisk undersøkelse av pasienten. I tillegg er det vanlig at det blir noe dødtid eller venting, og denne benytter studentene og pasientene ulikt. At de ulike møtetyper er forskjellige, og at hver inneholder ulike faser, har betydning for samhandlingen mellom studenter og pasienter. Figur 1 er en skjematisk oversikt over de situasjonene jeg har deltatt i.

Figur 1: Møter mellom pasienter og studenter



De to undervisningsformene

I akuttmottaket på det sykehuset jeg har vært, setter studentene seg opp på ”vakter” á fire timer. I løpet av denne tiden skal de ta opp og diktere en eller flere journaler. En journal er en oversikt over pasientens sykdomshistorie (anamnese) og fullstendige nåværende tilstand (status praesens). Studentene møter opp og venter på at aktuelle pasienter skal komme inn.¹⁰ På en vakt behøver det ikke å komme inn en eneste aktuell pasient, men som oftest kommer det én eller flere. Før studentene kommer inn til pasientene, er sykepleiere inne og tar prøver og setter i gang eventuelle foreløpige tiltak. Pasientene får også en ansvarlig lege, og studentene må avtale med den ansvarlige legen før de går inn til pasienten.

Pasientene kommer til mottaket fra legevakt eller andre sykehus, eller de er sendt av fastlegen sin. Det er ikke mulighet til å komme direkte til mottaket, man må henvises fra en annen instans. De ankommer i ambulanse, i taxi, eller de blir kjørt av familie og venner. Når pasientene kommer, melder de seg selv i skranken, eller de blir meldt av ambulansepersonellet. Deretter blir de tildelt et rom med en seng og en del undersøkelsesutstyr. Dersom det er nødvendig, får de behandling (for eksempel oksygen eller væske) før de blir undersøkt. Pasientene ligger i utgangspunktet alltid på enerom i mottaket. Når de har fått rom, seng og sykehusklær, må de ofte ligge og vente en stund før legen eller studenten som skal ta opp innkostjournal på dem, kommer. Noen ganger er pårørende med inn på rommet og venter sammen med dem.

Studenten får beskjed av en sykepleier eller av ansvarlig lege om at hun får lov til å ta opp journal på denne pasienten. Noen ganger blir studenten og pasienten introdusert for hverandre av legen eller av en sykepleier, som oftest må de gjøre det selv. Studentene håndhilser på pasientene. Deretter begynner selve journalopptaket.

En innkostjournal skal gi så mye relevant informasjon om pasienten som mulig. Det er viktig å få med tidligere sykdommer, hvordan pasienten har det nå, allergier, symptomer og psykososiale faktorer¹¹. I tillegg skal pasienten undersøkes for å kartlegge kroppslige funn.

¹⁰ Ikke alle pasienter er aktuelle, på femte semester skal studentene ta opp to indremedisinske journaler og en kirurgisk. På sjette semester skal de ta opp seks indremedisinske og seks kirurgiske. De får heller ikke lov til å ta de mest akutte tilfellene der det kan være nødvendig med svært rask behandling.

¹¹ For eksempel arbeidsforhold, rusbruk eller familieforhold.

På forhånd har studentene en del informasjon. Det er alltid oppgitt en antatt årsak som grunn til innleggelse. De fleste pasientene som kommer inn har allerede en journal, en dokumentasjon av sykdomshistorien. Denne kan studentene se på mens de venter på at pasienten skal bli klar for å undersøkes. Dermed vet ofte studentene en del om pasienten før de møtes. For mange av pasientene er det mye som er usikkert når de kommer inn i mottaket. Det er ikke sikkert om de skal bli på sykehuset, det kan ofte være usikkert hva som feiler dem og i enkelte tilfeller om de noen gang blir friske igjen. Samtalen varer i alt fra ti minutter til en halv time. Etter samtalen er det tid for den fysiske undersøkelsen. En fullstendig undersøkelse av en pasient er i prinsippet den samme for alle leger og studenter, men i praksis er det ikke uvanlig at både legene og legestudentene konsentrerer seg om færre deler av kroppen. Undersøkelsen består som regel av blant annet undersøkelse av øyne og pupiller, undersøkelse av slimhinner i munn og svelg, blodtrykk og puls, lytting på lunger og hjerte, undersøkelse av bein og føtter og noen ganger en nevrologisk undersøkelse. Når den fysiske undersøkelsen er over, er journalopptaket ferdig. Noen studenter oppsummerer, og går over opplysningene en gang til sammen med pasienten.

Deretter blir den ansvarlige legen tilkalt. Det er alltid en ferdig utdannet lege som tar den endelige avgjørelsen om pasienten skal legges inn, ved hvilken avdeling og hva slags behandling som eventuelt skal igangsettes. Avhengig av hvor mye det er å gjøre i mottaket den dagen, kan det ta tid før legen kommer. I dette intervallet er det veldig ulikt hva studentene gjør. Pasientene ligger som oftest der og sier ikke så mye, hvis de ikke har fått spesielt god kontakt med studenten. Noen studenter velger å fortsette utspørringen, eller innlede en samtale om noe som er tatt opp tidligere. Andre benytter tiden til å diktere journalen. Det finnes ingen mal for hvordan man skal opptre i disse situasjonene. Idet legen kommer inn, gjenskapes ordenen. Legen og studenten begynner å diskutere seg imellom, og noen av undersøkelsene blir kontrollert. Det er legen som snakker med pasienten nå, studenten svarer til legen. Kommunikasjonen mellom pasient og student er i all hovedsak over idet legen kommer inn. Etter at pasienten har fått beskjed om hva som kommer til å skje, tar studenten farvel, som oftest med et håndtrykk.

Gruppeundervisningen skiller seg fra mottaket på flere måter. En gruppe består av mellom fem og ti studenter. Ofte deler læreren opp gruppa i mindre grupper på to til fire studenter, som går inn til hver sin pasient. Læreren går da mellom de ulike gruppene. Som oftest foregår denne undervisningen inne på pasientens rom, og innimellom er det flere pasienter til

stede. Jeg har også vært med på at undervisningen har foregått i felles oppholdsrom og i undervisningsrom. Dette kan være fordi pasienten er dagpasient og ikke har eget rom, eller fordi pasienten allerede oppholder seg i et fellesrom der det ikke er mange andre til stede. Læreren har avtalt med pasienten på forhånd, og introduserer studentene og pasienten for hverandre. Pasienten blir gjerne presentert med etternavn, studentene blir ikke introdusert én for én, men som gruppe. Det er opp til den enkelte student å hilse og presentere seg for pasienten. Det er vanlig at de av studentene som innehar hovedroller når det gjelder utspørring og undersøkelse, håndhilser og presenterer seg før utspørringen begynner. Som regel leder én student samtalen, mens de andre følger med og kommer med oppfølgings spørsmål underveis. De andre studentene som deltar står likevel relativt fritt til å komme med innskytelser og tilleggsspørsmål, særlig hvis det er noe hovedutspørreren har glemt. I utgangspunktet skal studentene spørre om de samme tingene i smågruppeundervisningen som i mottaket. Begge steder trener de på de samme kliniske metodene. Samtalene i gruppeundervisningen kan likevel arte seg annerledes: Det er flere mennesker til stede i denne situasjonen, og forutsetningene for samtalen er dermed andre.

Også den fysiske undersøkelsen omfatter de samme punktene som undersøkelsen i mottaket. Men her kan alt fra to til åtte-ti studenter gjøre deler av undersøkelsen, fordi resten av gruppa ofte blir invitert inn for å lære om typiske trekk ved en pasients sykdom, for eksempel å lytte på spesielle hjertelyder eller kjenne på en ekstra stor lever. Bortsett fra dette foregår undersøkelsen omtrent på samme måte som den i mottaket.

Når undersøkelsen er ferdig, hender det at studentene og læreren snakker sammen om hvilke funn de har gjort, eller om hvilke prøver det ville være naturlig å ta for å utrede pasienten videre. Noen lærere har med seg prøveresultater som studentene får se på og kommentere. Denne undervisningen foregår noen ganger inne på rommet til pasienten, andre ganger i korridoren. I alle tilfeller er dette en del av undervisningen der pasientene ikke blir involvert, og dermed vil den ikke spille noen viktig rolle i denne oppgaven.

Det kan altså sies at et møte mellom en pasient og en gruppe studenter kan deles i to relativt separate deler, samtalen og den fysiske undersøkelsen. De to fasene gir ulike forutsetninger for aktørene til å øve innflytelse. Vanligvis (avhengig av hvor mange aktuelle pasienter som ligger inne og hva læreren har planlagt) går studentgruppa innom to-tre pasienter i løpet av en undervisningssesjon som varer i cirka to timer. Det kan variere hvor lang tid de bruker

hos hver pasient, og hvor stor vekt som legges på samtale og fysisk undersøkelse hos hver pasient.

Den videre lesingen av oppgaven - Disposisjon

For at leseren kan orientere seg i oppgaven, vil jeg her kort gå gjennom den videre kapittelinnstillingen. Kapittel to tar for seg teoretiske forutsetninger for undersøkelsen og analysen. Kapittelet vil ta for seg definisjoner av sentrale begreper i analysen, forholdet mellom dem, og hvordan de forholder seg til sosiologisk teori. I kapittel tre går jeg gjennom hvilke metodologiske og etiske avveininger som er gjort i forbindelse med feltarbeidet. Jeg vil også gjøre rede for hva datamaterialet konkret består av, og hva man kan si noe om på basis av den typen observasjonsdata som ligger til grunn for undersøkelsen. Kapittel fire, fem og seks utgjør hoveddelen av analysen av mine data fra møter mellom legestudenter og pasienter. Analysen er inndelt på følgende måte: I kapittel fire vil jeg belyse spørsmål om hvilke mål pasientene har i møtene med studentene, og hvilke ressurser som er tilgjengelige for pasientene i møtene. I kapittel fem stiller jeg de samme spørsmålene som i kapittel fire, men denne gang i forhold til studentene. I kapittel seks beskriver jeg hvordan pasientene og studentene hver for seg og sammen benytter seg av ulike strategier for å oppnå sine egne og felles mål. Jeg vil også komme inn på tilfeller av konflikter og forhandlinger om mulige løsninger på konfliktene. I kapittel syv vil jeg oppsummere og konkludere, særlig i forhold til forståelsen av makt i møter mellom pasienter og studenter. Dessuten vil jeg foreslå hvordan legestudenter og deres lærere kan dra nytte av det jeg har funnet i undersøkelsen.

2. En symbolsk-interaksjonistisk tilnærming til møter mellom pasienter og legestudenter

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for og drøfte de teoretiske forutsetningene for oppgaven og vise hvordan de har implikasjoner for analysen i de følgende kapitlene. Min teoretiske hovedinspirasjon for denne oppgaven har vært Erving Goffmans sosiologi, og særlig boka *Vårt rollespill til daglig* (1992) og essayet *The nature of deference and demeanor* (1956). Mer allment er jeg preget av det synet på menneskelig handling jeg leser inn i store deler av Goffmans forfatterskap, at menneskelig samhandling må kontekstualiseres og forstås i relasjonelle termer. Det er dette jeg mener ligger i begrepet interaksjonisme, å studere handlinger som situerte og i relasjon til andre aktører i situasjonen. Et annet aspekt ved Goffmans forfatterskap som vil bli vektlagt, er det symbolske eller seremonielle: Hvordan man i det daglige gjør bruk av symboler og symbolhandlinger. Symbolhandlinger skiller seg fra instrumentelle handlinger ved at de ikke utføres som middel for å nå et mål i seg selv, men er gester og tegn som forteller noe om selvet til den som utfører handlingen. I denne oppgaven vil jeg beskrive to typer av symbolhandlinger, de som utelukkende skal fortelle noe om aktørens selv, og de som brukes for å formidle symbolske aspekter i tillegg til at de er instrumentelle handlinger.

Barry Barnes skriver at samfunnet i Goffmans forståelse kan sies å være ”en serie av møter” (Barnes 1995: 71). Jeg har også lagt denne tolkningen til grunn i min lesing av Goffman. Jeg anser møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen på sykehus for å være én type slike møter som til sammen konstituerer samfunnet. I de neste avsnittene vil jeg gå inn på det jeg mener er sentrale grunnlagsteoretiske forutsetninger hos Goffman, for så å gjøre begrepene anvendelige for min analyse av møter mellom legestudenter og pasienter.

Bruken jeg gjør av Goffmans teorier og begreper, kan på et nivå kalles eklektisk. Jeg er ikke hele veien trofast mot Goffmans tankegang og hans begreper slik han selv har beskrevet dem. I stedet bruker jeg begrepene på en egen måte og der jeg mener de passer inn. På et annet nivå anser jeg meg for å være trofast mot Goffmans hovedanliggende, fordi jeg gjennom hele analysen holder meg til situerte samhandlinger mellom aktører og hele veien forsøker å se aktørens handlinger i relasjon til de andre som er til stede.

Forståelser av selvet i sosiologien generelt og hos Goffman spesielt

I bunn og grunn er det som studeres i denne oppgaven det sosialt projiserte og sosialt situerte selvet. Hos noen forfattere er også identitet brukt som betegnelse på noe som er beslektet med det som i sosiologisk teori har blitt kalt selvet. Jeg velger å bruke selvet, i og med at dette er en betegnelse som har færre bruksområder, og håper på denne måten at framstillingen blir klarere. Samfunnsvitenskapelige teorier om det sosiale selvet har sitt utspring i George Herbert Meads tanker i boka *Mind, Self and Society* (Mead 1967). Min forståelse og fortolkning er i stor grad basert på Goffmans forståelse av selvet, som igjen er inspirert av Mead. Forholdet mellom Goffman og Mead er ganske komplisert, men jeg vil peke på noen likheter og forskjeller som har betydning for denne oppgaven. Både Goffman og Mead forstår selvet som refleksivt. Det selvet man projiserer i en situasjon, projiseres i de andre deltakernes fortolkning av ens selv. Men mens Meads aktører i stor grad ser ut til å være formet av og styrt av de andres oppfatninger av deres projiserte selv (Mead 1967: 155) er Goffmans aktører hele tiden aktive med å styre det inntrykket andre deltakere i situasjonen får av dem. Man kan hevde at mens selvet hos Mead er et resultat av en internaliseringsprosess, er selvet hos Goffman en vedvarende eksternaliseringsprosess (Jacobsen og Kristiansen 2002: 44). Både Goffman og Mead er opptatt av handlingers symbolske betydning, men Goffman er mer opptatt av å fortolke den symbolske betydningen av handlinger i en gitt situasjon. Mead konstaterer handlingers symbolske innhold, men ser ut til å vurdere det symbolske innholdet som mer universelt, og dermed mer uavhengig av situasjonen. Goffmans aktører har altså en helt egen oppfatning av sine selv, men denne selvoppfatningen manifesterer seg først gjennom andre aktørers anerkjennelse av dette selvet. Når pasientene og studentene er sammen på sykehuset, er jeg av den oppfatning at hva de gjør når de presenterer sine selv ikke er tilfeldig, men heller ikke uavhengig av de andre tilstedeværendes oppfatning av dem. De lever opp til hvordan de selv mener å være gjennom å gi andre det inntrykk at det er den de er.

Det er også viktig å trekke klare linjer mot sosialpsykologien her. Sosialpsykologien har individet og dannelsen av individuelle selv i en sosial kontekst som sitt hovedanliggende. Goffmans hovedanliggende er at det sosiale selvet ikke eksisterer uavhengig av situasjonen, og er ikke motivet for handlinger i seg selv. Bare i situerte samhandling kommer selvet fram, og da ikke som en årsak til situasjonen, men som et resultat av situasjonen (Goffman

1992). Det sosiale selvet er altså ikke en motiverende faktor for handlinger i seg selv. Det er heller ikke en bestemt og fastlagt egenskap ved aktøren, uavhengig av situasjon i den forstand at man ikke *er* for eksempel høflig, og derfor oppfører seg på en spesiell måte. Men ved å anse seg for å være høflig og derfor opptre høflig i en situasjon, framstår man som høflig, og dermed *er* man også høflig. Dette bunner i et skille mellom intensjonalitet og motiv (intensjonalitet vil bli drøftet mer utførlig om litt): Man må i følge Goffman kunne se resultatet av en sosialt situert handling som intensjonalt, i den forstand at det er et villet resultat, men samtidig ikke se resultatet som det som motiverer handlingen.

Det sosiale selvet blir dermed et mål, og ikke et a priori motiv. Et mål må forstås på et til tider underbevisst nivå. Målet er ikke et mål i en mål-middel-forstand, men et mål for hvordan en handling skal gjennomføres i tråd med det selv aktøren mener å ha i situasjonen. Aktørens symbolske handlinger vil ikke være motivert av ønsket om å framstå på en spesiell måte, men målet med handlingen er å framstå på denne måten. I denne oppgaven skriver jeg lite om hvilke motiver som ligger til grunn for at studentene og pasientene framstår som de gjør. Jeg ønsker derimot å forsøke å skrive om hva de forteller om seg selv ved det de gjør. Det jeg omtaler som seremonielle mål vil altså være mål om framstillinger av selvet på en måte som gir selvet en viss verdi i situasjonen.

Bruk av Goffmanns begreper

Jeg kommer som sagt til å anvende noen av Goffmans sentrale teoretiske begreper. I avsnittene under vil jeg gjøre rede for dem, og for bruken av dem i denne oppgaven. Begrepene som benyttes er fortolket i den hensikt å anvende dem på mine data, og jeg hevder ikke at min anvendte fortolkning er den eneste mulige eller den beste av flere mulige fortolkninger.

Situasjon

I utgangspunktet tenkte jeg meg ”møter mellom legestudenter og pasienter” som en situasjonstype med visse fellestrekk, og jeg bestemte meg for å gjøre situasjonen til den grunnleggende undersøkelsesenheten. Da jeg begynte datainnsamlingen, viste det seg imidlertid at den ensartede situasjonstypen jeg i utgangspunktet tenkte meg, igjen kan deles inn i en rekke ulike undersituasjonstyper. Den kjennetegnes vel så mye ved mangfold som

ved felles egenskaper. Man kan knytte så mye uklarhet til den anvendte og den teoretiske forståelsen av begrepet situasjon, er det viktig å få klarhet i hva det betyr i akkurat denne sammenhengen.

Erving Goffman understreker også denne problematikken i innledningen til sitt teoretiske hovedverk for studier av situasjoner og situasjonsdefinisjoner, *Frame Analysis* (1986). En situasjon må ha grenser, man må vite når den begynner og slutter for å kunne snakke om den som en enhet. I utgangspunktet ser møtene mellom pasienter og studenter ut til å ha klare begrensninger som situerte i tid og rom. Dette kan selvfølgelig problematiseres ved at møtene til en viss grad er forberedt, studentene begynner møtene i garderoben før de møter pasientene. Etter at møtet er ferdig, blir det et minne som både pasientene og studentene kan tenke på og bearbeide. Studentene og deres lærere diskuterer ofte i ettertid seg imellom hvordan møtet har gått. På grunnlag av at jeg hovedsakelig baserer meg på observasjonsdata, anser jeg det som naturlig å avgrense møtet som situasjon til den tiden pasientene og studentene tilbringer sammen. Dette betyr ikke at de ikke tar med seg egenskaper og forventninger inn i situasjonen. Imidlertid har jeg valgt å definere situasjonen slik, at den begynner når studenten kommer inn i rommet, og slutter når studenten går ut.

Situasjon vil altså i denne sammenhengen omfatte den tiden pasientene og studentene tilbringer sammen. Alt som faller utenfor dette tidsrommet vil være eksterne faktorer i forhold til situasjonen, alle mindre "bolker" innenfor tidsrommet ansees ikke som å være situasjoner i seg selv, men for å være enten ulike formelle faser av situasjonen "møte mellom pasient og student(er)" (for eksempel undersøkelse og samtale) eller ulike tilfeller av det Erving Goffman kaller *footing* (Goffman 1981). Footing er et begrep som ikke så enkelt lar seg oversette til norsk. Jeg vil bruke den norske betegnelsen posisjon at aktørene posisjonere seg.¹² Det å posisjonere seg innebærer for en kortere tid å redefinere situasjonen, og aktørene kan i løpet av en situasjon innta ulike posisjoner der de definerer hva som foregår og hvem deltakerne er for hverandre. Det at både formelle inndelinger forekommer, og at de enkelte aktørene innenfor de formelle rammene har muligheter for å

¹² Dette er upresist. Footing kan oversettes med fotfeste eller plattform, men jeg finner ingen av disse ordene adekvate på norsk. Fotfeste fordi footing er et dynamisk begrep, mens fotfeste fort konnoterer noe statisk. Plattform av de samme grunnene som fotfeste og fordi man med plattform lett kan få inntrykk av at aktørene er på ulike nivåer, noe de ikke nødvendigvis er.

endre sin posisjon i forhold til den andre og til situasjonen underveis, gir dem, som analysen vil påpeke, muligheter til å påvirke situasjonen.

I *Frame Analysis* tar Goffman opp et interessant aspekt med hensyn til hvordan man oppfatter hva som foregår i en situasjon, nemlig hvorvidt man snakker om det han kaller et grunnleggende rammeverk (*primary framework*) (Goffman 1986: 21), eller om det man studerer er det han kaller en transponering¹³ (*keying*) (Goffman 1986: 40). Et grunnleggende rammeverk er en kulturell mal for hvordan man oppfatter hva som foregår i en gitt situasjon, en transponering er en variasjon over et grunnleggende rammeverk. Det som foregår, er ikke hva det tilsynelatende er. Goffmans første eksempel for å illustrere hva han mener med transponering, er dyr som lekeslåss. Det de gjør er nesten det samme som om det hadde vært en virkelig slåsskamp, og for en utenforstående observatør kan det være vanskelig å skille, men dyrene som slåss vet at dette ikke er alvor, og de skader hverandre ikke (Goffman 1986: 40).

De møtene mellom legestudenter og pasienter som jeg har studert, har karakter av å være nettopp transponeringer. De er (med hensikt) lagt opp på samme måte som et møte mellom en lege og en pasient, men begge parter vet at dette er en øvelse. I akuttmottaket kan det, for en utenforstående observatør, i noen tilfeller være mulig å misforstå og tro at dette var en helt vanlig undersøkelse. At møter mellom legestudenter og pasienter er en transponering av en annen situasjon, har to implikasjoner: (1) Det er lege-pasient relasjonens grunnleggende oppførsel som ligger til grunn. (2) Likevel vil pasientene og studentene vite at det de driver med, ikke i samme grad kan ha de alvorlige konsekvensene for dem som et møte mellom en pasient og en lege kan ha, og de kan tillate seg å handle på andre måter.

I analysen vil jeg i noen tilfeller komme inn på hvordan det at møter mellom pasienter og studenter er transponeringer, påvirker deres handlinger og handlingsmuligheter.

Respekt og respektabilitet - Verdighet

I artikkelen *The nature of deference and demeanor* (Goffman 1956), lanserer Goffman dette begrepsparet, som siden har blitt oversatt til norsk med respekt og respektabilitet. Respekt er

¹³ Dette er en musikkmetafor hos Goffman. En transponering i musikken er å endre tonearten (engelsk: key) i et musikkstykke.

symbolske aspekter ved handlinger som på ulike måter formidler at man verdsetter en annen person:

By deference I shall refer to that component of activity which functions as a symbolic means by which appreciation is regularly conveyed to a recipient of this recipient or of something of which this recipient is taken as a symbol, extension or agent (Goffman 1956: 477).

Respektabilitet på sin side er seremonielle aspekter ved en aktørs handlinger som signaliserer at man innehar visse positive eller negative egenskaper:

By demeanor I shall refer to that element of the individual's ceremonial behavior typically conveyed through deportment, dress and bearing, which serves to express to those in his immediate presence that he is a person of certain desirable or undesirable qualities. (Goffman 1956: 489)

Respekt og respektabilitet ligger til grunn for verdighetsbegrepet som i denne oppgaven brukes for å beskrive mål for samhandlingen mellom legestudenter og pasienter. Begrepet er inspirert av Tonje Houg (1998), som i sin studie av sykehjemspasienter vektlegger det *verdighetsarbeidet* pasientene nedlegger i sitt daglige liv på sykehuset. Mitt begrep om verdighet er også inspirert av Cato Wadels studie av arbeidsledige på Newfoundland, og hvordan de i hverdagen jobber med produksjon av verdige selv (Wadel 1985). På basis av de dataene jeg har til rådighet, er det min bestemte mening at det aller vanligste i møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen på sykehus, er at begge parter gjør en innsats for å vise den andre respekt, og at de også benytter seg av tegn på respektabilitet for å avkreve (eller gi den andre mulighet til) å vise respekt.

Det er altså gjennom å få og gi respekt at studentene og pasientene kan framstå som verdige overfor hverandre, og dette er deres felles mål for møtet dem imellom.

Intensjonalitet og målrettethet

Jeg har valgt å fortolke møtene mellom legestudenter og pasienter som tilfeller av det Goffman kaller sosiale rammeverk (1974: 22). Sosiale rammeverk er en grunnleggende kategori man kan forstå en situasjon som et tilfelle av. Sosiale rammeverk er motsatt naturlige rammeverk. Det skillet Goffman gjør, er at innenfor det sosiale rammeverket legger man til grunn en viss form for intensjonalitet hos aktørene. Den typiske fortolkningen

av en situasjon innenfor et naturlig rammeverk, er værmeldingen på TV (Goffman 1986: 22), der:

(...) success or failure in regard to these events is not imaginable (...). Full determinism and determinateness prevail. (Goffman 1986:22)

I møter mellom pasienter og legestudenter foregår det mye som kan fortolkes innenfor et naturlig rammeverk. Mye av det som foregår kan være determinert, men de sidene av møtene mellom legestudenter og pasienter som jeg har konsentrert meg om, har de kjennetegnene som Goffman gir det sosiale rammeverket:

Social frameworks, on the other hand, provide background understanding for events that incorporate the will, aim, and controlling effort of (...) the human being. (Goffman 1986:22)

Grunnen til at jeg har gjort dette valget av fortolkningsrammeverk, er at jeg mener at aktørene selv oppfatter situasjonen som overveiende sosial. I sosiale sammenhenger vil man, selv om man ikke er helt artikulert med hensyn til hvorfor man gjør noe på en bestemt måte og ikke noe annet på en annen måte, svært ofte bli tillagt intensjonalitet. Det man gjør som fortolkes innenfor et sosialt rammeverk, vil bli forstått som intensjonalt, og vil bidra til det inntrykket en gir den andre av sitt selv.

I innledningen til *Vårt rollespill til daglig* (1992) skriver Goffman om noen sentrale aspekter ved den typen handlinger denne oppgaven vil ta for seg, handlinger som har som mål å gi og å avgi bestemte inntrykk. Det første skillet er nettopp dette, mellom de uttrykkene en person *gir* og de uttrykkene man *avgir*. Inntrykk man gir:

(...) innbefatter verbale eller tilsvarende symboler som han [aktøren] benytter åpent og utelukkende for å formidle de opplysninger han og de andre åpenbart forbinder med disse symbolene. (Goffman 1992:12)

Motsatt dette er inntrykkene man *avgir*, som ikke har denne nødvendige og eksplisitte gjensidige forståelsen, men som *kan* føre til at den andre oppfatter dem som symboler på visse kjennetegn ved aktøren. I denne oppgaven vil både uttrykkene som gis og de som avgis bli tatt i betraktning.

Et annet av Goffmans poeng i innledningen til *Vårt rollespill til daglig*, som er relevant her, er at:

Når en person kommer sammen med andre, vil han altså vanligvis handle målrettet for å gi de andre det inntrykk det er i hans interesse å formidle. (Goffman 1992:13)

Setter man disse to punktene sammen, vil man få det som er basis for handlingsforståelsen i oppgaven. De handlingene som gjøres for å gi inntrykk, men også en del av de handlingene som avgir bestemte inntrykk, kan forstås som intensjonale, selv om intensjonen ikke nødvendigvis er eksplisitt. Jeg mener man kan tenke seg at aktørene i en gitt situasjon handler relativt konsistent i forhold til det selvet de projiserer i situasjonen, og dermed at også inntrykkene de avgir vil ha en form for intensjonalitet.

I denne oppgaven har jeg kombinert begrepet om mål for samhandlingen med Goffmans begreper om substansielle og seremonielle handlinger (Goffman 1956: 476). Slik jeg ser det, kan man også snakke om substansielle og seremonielle mål. De målene Goffman selv beskriver, er nesten utelukkende seremonielle. Det handler om å framstille seg selv på en bestemt måte i en bestemt situasjon overfor bestemte andre. De substansielle målene, derimot, vil være å oppnå konkrete fordeler for seg selv som aktøren beholder også etter samhandlingen. Studentenes substansielle mål med møtene mellom dem og pasientene er læring. Pasientene på sin side har ikke på samme måte et felles substansielt mål i akkurat denne situasjonen. De ønsker å bli friske, og det er deres substansielle mål med i det hele tatt å være i kontakt med helsevesenet. Man kan tenke seg at det nærmeste pasientene kommer et felles substansielt mål i samhandlingen med studentene er et altruistisk mål: Gjennom å bidra til undervisningen, kan pasientene bidra til at man får gode leger i framtiden. Men for dem er det ellers ikke mye konkret de har til felles og kan ta med seg ut av møtene med studentene, kanskje bortsett fra at de kan lære noe, de også.

Målrettethet og intensjonalitet er litt farlige ord å bruke. Goffman har blitt kritisert for å framstille kalde og målrettede aktører som benytter seg av ”triks” i samhandlingen dem imellom for å gagne seg selv. Dette forutsetter, slik jeg forstår det, to premisser: (1) Samhandling er et slags nullsumspill, der den ene ikke kan oppnå sine mål uten at det går på

bekostning av den andre, og (2) de målene aktørene har står i konflikt med hverandre.¹⁴ Slik jeg leser Goffman, og slik jeg bruker hans begreper i denne oppgaven, er ingen av disse påstandene universelt gyldige. Jeg mener bestemt at det i de fleste samhandlinger er rom for at begge aktørene kan oppnå sine mål samtidig, gjerne også med gjensidig hjelp fra hverandre. Jeg mener også at det ofte er enighet om viktige mål for samhandlingen, i dette tilfellet er det for eksempel som oftest enighet mellom pasienten og studenten om at de skal ha det hyggelig med hverandre og respektere hverandre. Dette betyr ikke at det ikke er rom for konflikter. Situasjoner der en av eller begge påstandene som er beskrevet over er gyldige, forekommer. De ender ofte med konflikt, og dette vil jeg komme inn på i analysen av møter mellom pasienter og studenter.

Makt, strategier og strategisk samhandling

Den interaksjonistiske retningen innen teoretisk sosiologi, som denne oppgaven i stor grad bygger på, har ikke vært så interessert i å eksplisere sitt forhold til makt. For eksempel har Goffman selv bare et implisitt forhold til begrepet makt (Rogers 1977). Likevel er det klart at dersom man skal snakke om makt som et sosialt fenomen, må makten på en eller annen måte manifestere seg i møter mellom mennesker, og dermed burde makt være et begrep også interaksjonister burde interessere seg for. Sosiologen Mary Rogers (1977) har forsøkt å oppsummere noen av Erving Goffmans tanker om makt, og det er hennes fortolkning jeg bygger videre på for å konstruere et begrep om makt i denne oppgaven. Rogers understreker at makt ikke er et begrep som er teoretisk utarbeidet og artikulert hos Goffman. Hun mener likevel å kunne lese inn en forståelse av makt i hans forfatterskap. I det følgende vil jeg gjøre rede for og drøfte implikasjonene av maktbegrepet Rogers leser inn i Goffmans teorier.

Et hovedpoeng hos Rogers er at Goffman anser makt for å være potensiell. Potensiell i betydningen motsatt av en fast egenskap hos en aktør. Makt er ikke noe man har, men noe man bruker. En aktørs potensielle makt er basert på aktørens tilgang til ressurser, midler til å nå sitt mål i situasjonen. Ressursene en aktør disponerer i en situasjon, vil igjen være sammensatt av situerte ressurser (kun tilgjengelige i den gitte situasjonen) og kontinuerlige ressurser (som aktøren har med seg inn i situasjonen og ut av den). Rogers konkluderer med

¹⁴ Man kan (kanskje med rette?) kritisere Goffman for å konsentrere seg mye om nettopp denne typen av situasjoner. Min oppfatning er at dette er et stilistisk virkemiddel for å få fram poengene tydeligere.

at det Goffman kaller en aktørs makt i en situasjon, vil være en funksjon av situasjonsbaserte og individbaserte faktorer. Rogers konkluderer sin diskusjon av Goffmans maktbegrep ved å slå fast at makt hos Goffman er ressurser (Rogers 1977:90-91). Mens ressurser er nødvendige forutsetninger for å kunne handle, er strategi hvordan man velger å bruke ressursene. Ressursene vil for pasientenes del for eksempel være rettigheter, evnen til å forholde seg til andre, evnen til å forklare seg på en interessant måte, kort og godt alle faktorer de kan gjøre bruk av for å oppnå det som er deres hovedmål, verdighet. For studentene vil ressurser for eksempel være status, evnen til å tilpasse seg ulike samtalepartnere og medisinsk kunnskap. Alle faktorer de kan gjøre bruk av for å oppnå sitt hovedmål: Å selv få et læringsutbytte, samtidig som de selv og pasientene produserer verdige selv i situasjonen.

Hvis makt er ressurser og aktørene er intensjonale, kan man også snakke om strategier. Innen sosiologien har begrepet strategi blitt brukt med ulike referanser. Den vanligst brukte er nok forståelsen av strategisk handling som en handling utført av en bevisst, målrettet og ofte nyttemaksimerende aktør (altså innen den teoriretningen som har blitt kalt *rational choice*). I denne oppgaven vil strategi ha denne betydningen, men med noen viktige modifikasjoner: Aktøren er ikke nødvendigvis veldig artikulert med hensyn til hvilken strategi som velges for å oppnå hvilke mål. Strategien kan likevel forstås som en plan for å nå et bestemt mål. I motsats til den vanlige forståelsen av strategi som en eksplisitt plan, vil det i denne oppgaven også være snakk om implisitte planer, eller rutiniserte handlinger. Alfred Schütz har understreket viktigheten av nettopp dette: En rutinehandling kan ikke sies å ikke være planlagt og å være formålsløs (Schütz 1964). Her vil dermed både strategier som aktørene utfører som ren rutine og uten nødvendigvis å ha planlagt i detalj (denne gangen), og strategier som er mer artikulerte bli behandlet som intenderte. Nytte (i *nyttmaksimerende*) må forstås videre enn i den tradisjonelle oppfatningen av rasjonelle aktører, og også inneholde et element av seremoniell nytte. Randall Collins (1993) har beskrevet denne formen for nytte som følelsesmessig energi (*emotional energy*). Seremoniell aktivitet som er vellykket vil styrke fellesskapet og tilføre følelsesmessig energi, mens mislykket seremoniell aktivitet vil tære på den følelsesmessige energien. Nytteten det er snakk om her er altså å lykkes med både sin substansielle og sin seremonielle aktivitet, og dermed også med sitt selvuttrykk. Begrepet strategi slik jeg bruker det her, har mange fellestrekk med det Goffman kaller *line*:

Every person lives in a world of encounters (...). In each of these contacts he [aktøren] tends to act out what is sometimes called a *line* – that is, a pattern of verbal or nonverbal acts by which he expresses his view of the situation and through this his evaluation of the participants, especially himself. (Goffman 1967b: 5)

Grunnen til at jeg har valgt å bruke begrepet strategi her, er fordi i møter mellom legestudenter og pasienter, slik jeg har oppfattet dem, benytter aktørene seg gjerne av flere ulike strategier i samme møte. Dersom man legger til grunn begrepet om posisjon – *footing* – i stedet for situasjon, vil man kunne si at en strategi er en linje – *line* – innenfor en bestemt posisjon, men at studenter og pasienter i møtene seg imellom inntar ulike posisjoner. Dermed mener jeg det gjør det enklere å benytte meg av begrepet strategi, for å skille det posisjonelle fra det situasjonelle.

Aktørenes valg av strategier er altså ikke nødvendigvis bevisst og artikulert. Valget av strategi er gjerne basert på hva man ellers gjør for å oppnå sine mål i analoge situasjoner. For å oppnå målene for samhandlingen benytter aktørene de ressursene de har til rådighet (som er gjort rede for i de foregående kapitlene), noen ganger på en måte de kjenner fra tidligere, andre ganger kanskje for første gang. En strategi vil altså i det følgende referere til planer som aktørene følger og som gjør at de når bestemte mål.

De empiriske uttrykkene for ressurser og strategier i mitt materiale er ulike. Hvilke ressurser aktørene bruker for å få innflytelse i situasjonen, kommer til uttrykk gjennom hva de konkret sier og gjør. Innholdet i det som sies og meningen i det som gjøres (inkludert hvordan ting blir sagt), vil i datamaterialet være uttrykk for hvilke ressurser som tas i bruk. For eksempel tar pasientene i bruk ulike kulturelt betingete fortellemåter når de skal snakke om sykdommen. Å beherske fortellingsmåtene kan sees som en ressurs som dermed gir dem muligheter for å styre situasjonen i en retning som er gunstig for det bildet de ønsker å framstille av seg selv. Strategiernes empiriske uttrykk i mitt materiale er gjennom bruk av ressurser på en sammensatt måte, eller gjennom forhandlinger aktørene imellom.

Er sykehuset en total institusjon?

Erving Goffman har også befattet seg med institusjoner og hva de gjør med folks muligheter til å presentere seg selv. Goffmans grunnleggende definisjon av en total institusjon er at den er total fordi den, motsatt det vanlige dagligliv i moderne samfunn der folk jobber, sover og spiser på ulike steder, inkluderer alle de daglige aktivitetene på ett sted, og dernest at alle

disse daglige aktivitetene er styrt av en ledelse. Det tredje viktige kjennetegnet er mangelen på privatliv, det er alltid andre mennesker til stede (Goffman 1967a:13). Prototypene på totale institusjoner Goffman beskriver, er psykiatriske sykehus og fengsler. Men man kan fortolke Goffman dit hen at en total institusjon er en idealtipe, og at institusjoner har ulik grad av totalitet ved seg. Sykehuset jeg har vært på, sperrer ikke pasientene inne, og pasientenes dager er slik jeg forstår det, ikke lagt opp og styrt av en ledelse. I forhold til pasientenes selv og selvpresentasjon, er det imidlertid sider ved sykehuset som viser relativt totalinstitusjonelle trekk. Goffman skriver:

Den nyankomne træder ind i institusjonen med et forestillingsbillede af sig selv, som er muliggjort af visse, stabile sociale forhold i det hjemlige miljø. Ved ankomsten bliver han omgående berøvet den støtte, som disse forhold har givet ham. (Goffman 1967a:19)

Det er dette trekket ved den totale institusjonen som er mest karakteristisk for et moderne norsk sykehus (og som det sannsynligvis er vanskelig å gjøre noe med, innenfor rimelige økonomiske grenser). Pasientene mister ved innleggelsen mange, ja kanskje de fleste, av de sosiale markørene de er vant med å ta i bruk i sin selvscenesettelse, og den tryggheten kjente omgivelser gir. På samme vis kan man si om studentene at de, gjennom å uniformere seg og gå inn i sykehuset som ”ansatte” både mister en del sosiale markører, og at det stilles krav til dem som ikke stilles til dem i dagliglivet.

Utgangspunktet for analysen i denne oppgaven er de situasjonene som jeg har fulgt på universitetssykehuset. Men disse situasjonene er deler av en større institusjonell kontekst, som preger samhandlingen mellom aktørene. Den institusjonelle konteksten vil i denne oppgaven som regel bli skildret som noe som binder og hindrer aktørene i selvpresentasjonen. I noen unntakstilfeller vil den også bli skildret som noe positivt, da særlig for studentenes del. Denne vekten på institusjonen som noe begrensende er basert på hvordan jeg oppfattet dette under mine observasjoner. I observasjonene og i analysen har jeg ganske sikkert vært preget av både Goffmans *Anstalt og menneske* (1967a) og av annen sosiologi om institusjoner, som overveiende har vært negativ og kritisk. Men man kan også tenke seg at institusjonen tilfører aktørene ressurser i samhandlingen, og jeg har tatt dette med der jeg mener det har vært relevant.

Lokal teori: Den helhetlige tankegangen bak analysen

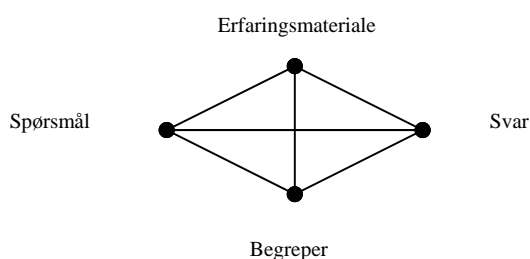
Etter å ha vært gjennom en del sentrale teoretiske begreper, er det på tide å samle trådene og si noe om den helhetlige tankegangen som ligger til grunn for analysen. Jeg har altså tatt utgangspunkt i makt. Med Rogers' forståelse av Goffmans maktbegrep, vil makt kunne analyseres som ressurser som aktørene disponerer i samhandlingen seg imellom, som de kan bruke for å projisere seg selv i situasjonen, og dermed oppnå sine mål, da særlig om å produsere verdige selv. Jeg har tidligere i dette kapitlet argumentert for at studentene og pasientene opptrer intensjonalt, og at det altså er en målrettethet i deres selvpresentasjoner. Imidlertid er som nevnt møtene mellom pasienter og studenter også deler av en større kontekst, sykehuset og helsevesenet som institusjon. Den institusjonelle konteksten representerer både utfordringer og ressurser for pasientene og studentene. I kapittel fire og fem, vil jeg på bakgrunn av forståelsene av begrepene som er skissert her, beskrive henholdsvis pasientenes og studentenes mål i samhandlingen, og hvilke ressurser som står til deres disposisjon for å nå disse målene.

Det at pasientene og studentene er intensjonale og besitter potensiell makt i form av ressurser i samhandlingen seg imellom, gir også rom for å analysere deres handlinger som strategier: Hvordan de anvender ressursene for å oppnå sine mål om selvpresentasjon i samhandlingen. I kapittel seks vil jeg beskrive noen av strategiene pasientene og studentene benytter seg av.

3. Feltarbeid som metode

Dette kapittelet skal være en kritisk gjennomgang av forskningsopplegget jeg har fulgt i denne undersøkelsen. Innledningsvis kan det være nyttig å gjøre kort rede for en generell vitenskapsteoretisk modell for et forskningsopplegg, som grunnlag for det som tas opp i dette kapittelet. Ragnvald Kalleberg (1996: 33) har oppsummert gangen i et forskningsopplegg i følgende figur:

Figur 2: Gangen i et forskningsopplegg



Spørsmålene i denne oppgaven er definert i kapittel én, og videreutviklet teoretisk i kapittel to. Begrepene, eller de analytiske kategoriene¹⁵ som vil bli benyttet for å fortolke og forstå dataene (erfaringsmaterialet), er redegjort for og satt i forhold til spørsmålene i kapittel to. I dette kapittelet vil jeg grunngi valget av metoden for innsamling av data, i forhold til spørsmålene og til de analytiske kategoriene jeg har valgt å forstå møtene mellom pasienter og studenter innenfor. Jeg vil gjennom hele kapittelet også trekke inn etiske vurderinger.

Hvorfor feltarbeid?

Da jeg hadde bestemt meg for å undersøke møter mellom pasienter og legestudenter på sykehus, begynte selve forskningsprosessen. Det var på tide å finne en ut hvordan jeg teoretisk ville fortolke møtene mellom legestudenter og pasienter, slik det er redegjort for i kapittel to, og hvordan jeg ville samle inn data om møtene. De sentrale spørsmålene må i stor grad må avgjøre metodevalget; det skal være sammenheng mellom de ulike elementene i et forskningsopplegg (Kalleberg 1996: 33, Widerberg 2001: 57). Valg av metode vil virke

¹⁵ Kalleberg mener teori brukes upresist i faglitteraturen, og benytter dermed i stedet "begreper". (Kalleberg 1996: 56-57)

inn på hva slags data man får, og dermed på hvordan datamaterialet kan belyses og hvilke svar man kan gi. Innen sosiologien finnes en rekke metoder. Det er vanlig å skille mellom kvalitative og kvantitative metoder, eller rettere metoder som hovedsakelig frambringer henholdsvis kvalitative og kvantitative data (Grønmo 1996: 73). Min interesse her har vært i kvalitative data, ikke fordi man ikke kunne finne interessante kvantitative tilnærminger til møter mellom legestudenter og pasienter, men fordi jeg har hatt som mål å gi en analytisk beskrivelse av innholdet i møtene mellom pasienter og studenter. Til dette egner en kvalitativ tilnærming seg bedre (Grønmo 1996).

Innenfor den kvalitative tilnærmingen i sosiologi er det vanlig å skille mellom flere metoder. David Silverman (2001: 11) skiller mellom tekstanalyse, intervjuer, opptak og transkribering og observasjon. Alle disse metodene lar seg kombinere, og jeg har brukt elementer fra alle. Imidlertid har jeg i størst grad vektlagt observasjon. Tekstanalyse som hovedmetode ville ikke fungert tilfredsstillende. Jeg var interessert i å fortolke det som virkelig foregår i møter mellom legestudenter og pasienter, og måtte derfor ha tilgang til hovedrolleinnehaverne selv. Jeg kunne gjort intervjuer med pasienter og studenter, og dette kunne gitt meg bedre data enn de jeg har for å forstå deres opplevelser av møtene dem imellom. Jeg har gjort et gruppeintervju med studenter, og har gjort ustrukturerte intervjuer med både pasienter og studenter i forbindelse med observasjonene. Problemet med intervjuer i denne sammenhengen, er at jeg ikke primært var interessert i aktørenes opplevelser av det som foregår i møtene dem imellom, men i deres ord og handlinger i situasjonen. Intervjuer gir ikke denne typen av data. Da gjenstår opptak av lyd og eventuelt bilde, og observasjon. Det mest fullstendige datamaterialet ville jeg nok fått ved å gjøre videoopptak av møtene mellom pasienter og studenter. På denne måten ville jeg ha fått med meg alt som skjedde, og kunne spilt av situasjonene mange ganger. Når jeg likevel valgte å ikke bruke denne metoden, er det hovedsakelig fordi den så ut til å være vanskelig å gjennomføre. Videoutstyr er en ekstra ting å dra med seg, og for å sikre meg gode bilder og ikke minst god lyd, ville jeg måttet kunne noe om filming (noe jeg ikke kan), og til enhver tid hatt mulighet til å se situasjonene fra en vinkel der jeg både fikk lyd og bilde. Foruten disse rent praktiske problemene, ville min tilstedeværelse med kamera sannsynligvis ha påvirket pasientene og studentene. Derfor valgte jeg å bruke mine egne sanser, og å skrive ned så raskt og detaljert som mulig hva jeg hadde observert.

I tillegg til at en metode må kunne gi data som kan gi svar på hovedspørsmålet for undersøkelsen, er valg av metode en smakssak. Hva forskeren selv føler seg kompetent til og komfortabel med, påvirker også metodevalget. Det er kanskje vanskelig å snakke om smak i forkant av sin første større datainnsamling. Men gjennom en del år med sosiologistudier har jeg lest studier med ulike tilnærminger, og noen har gitt meg mer lyst enn andre til å prøve meg. Jeg har alltid likt å lese etnografiske studier, særlig har jeg latt meg imponere av hvordan forskeren har fått en spennende nærhet til informantene. Gode eksempler på dette er William F. Whytes (1993) kontakt med nøkkelinformanten Doc, og Cato Wadels (1991) kontakt med sin nøkkelinformant George. Som Wadel selv beskriver, er det å gjøre feltarbeid et direkte studium av samspill mellom mennesker (Wadel 1991: 6). Dette, og det at forskeren ved bruk av deltakende observasjon gis muligheten til å stille åpne spørsmål, og hele tiden å forandre perspektiv, ga meg lyst til å prøve ut denne metoden først. Anne Solberg beskriver den åpne innstillingen som en sentral forutsetning for feltforskning: ”Det er viktig å ikke ha fastlåst problemstilling på forhånd, men være åpen for den virkeligheten en studerer” (Solberg 1996: 132). Det hadde jeg lyst til.

Det jeg fikk mest utbytte av ved å velge observasjon som metode var nærheten til situasjonene. Jeg har aldri arbeidet i helsevesenet og sluppet å være pasient, og kjente derfor lite til sykehusets indre liv fra før. På grunn av min fjernhet til feltet i utgangspunktet, ble det ekstra viktig for meg å faktisk delta i de situasjonene jeg skulle skrive om. Dersom jeg skulle ha gjort intervjuer, ville jeg ikke kunnet få den deskriptive vinklingen jeg ønsket. Den mikroorienterte og interaksjonistiske teoriretningen innen sosiologien som har inspirert meg, har også gjort mye bruk av deltakende metoder, og dermed er dette en vel utprøvd metode for å få svar på den typen av spørsmål jeg har vært interessert i. Mitt valg av metode var altså begrunnet av tre ulike hensyn: Hvilke spørsmål jeg ville ha svar på, personlige preferanser, og den teoretiske inspirasjonen for prosjektet. Disse ulike sidene ved metodevalget er også knyttet innbyrdes til hverandre.

Feltarbeid

Hva er feltarbeid? Cato Wadel (1991: 11) oppsummerer det han mener er de viktigste kjennetegnene ved et feltarbeid. En feltarbeider vektlegger det prosessuelle og relasjonelle ved menneskelige handlinger, og dette gjenspeiles i hva slags teorier feltarbeideren forsøker

å utvikle, teorier om samhandling. Disse teoriene benytter seg av relasjonelle begreper, begreper om samhandling mellom individer og grupper. Wadel konkluderer med at den metoden som best egner seg til å framskaffe denne typen innsikter er deltakende observasjon, fordi man ved å være tilstede selv kan få et helhetlig inntrykk av hva det er som foregår.

Wadels syn på feltarbeid er altså svært vidt, og begrenser seg ikke til bare en metode, men omfatter også en måte å tenke på og en måte å tilnærme seg dataene på. Feltarbeid er altså et navn på hele forskningsprosessen, mens den metoden man hovedsakelig bruker, er deltakende observasjon. I litteraturen gis det ikke noen entydig definisjon på hva deltakende observasjon består i. Den vanligste fortolkningen er at man med deltakende observasjon ikke bare observerer.¹⁶ *Deltakelsen* er altså viktig, men slik jeg forstår det har ikke deltakelse noen entydig betydning i litteraturen. Jeg tror grunnen til dette kan være at deltakelse kan gjøres på flere ulike måter. Anne Solberg beskriver i artikkelen *Erfaringer fra feltarbeid* (1996), at deltakelse for henne var noe svært konkret. Gjennom å utføre konkrete arbeidsoppgaver sammen med sine informanter fikk hun rik tilgang til data. Andre (Album 1996, Whyte 1993) har fått gode data ved å være sammen med informantene sine sosialt. Deltakelse på dette nivået forutsetter imidlertid at det man ønsker å studere, gir rom for at man kan delta. Møter mellom legestudenter og pasienter har ikke rom for en ny deltaker som gjør noe meningsfylt i situasjonen.

Likevel vil jeg kalle det jeg har gjort deltakende observasjon, fordi jeg i aller høyeste grad har deltatt ved å være til stede. Når det har passet, har jeg snakket med studentene og pasientene om deres forståelser av møtene dem imellom, men jeg har ikke tilført situasjonen noe annet enn min tilstedeværelse. David Silverman argumenterer for at deltakelsen ikke nødvendigvis behøver å være aktiv. I stedet hevder han at deltakende observasjon mer enn å være bare en metode, er en viktig ressurs i all kvalitativ forskning. Man kan ikke være til stede uten å delta, og deltakende observasjon kan forstås som en måte forskeren er til stede på (Silverman 2001: 45). Denne måten å være til stede på innebærer at man som forsker har en ryddig og ærlig holdning til informantene, både i form av informert samtykke og at man

¹⁶ Et billedlig eksempel på hva jeg mener med dette kan man se i filmen *Salmer fra kjøkkenet* der forskeren (som studerer bevegelsesmønstre på kjøkkenet hos enslige norske menn) sitter på en høy stol og noterer og tegner hvordan eieren av kjøkkenet beveger seg omkring.

tilpasser seg den situasjonen man er gjest i. Min rolle som deltakende observatør har altså vært som gjest, og lenger ned kommer jeg inn på hvilken betydning dette har hatt for datainnsamlingen.

Gangen i prosjektet

Jeg begynte for alvor arbeidet med oppgaven i august 2003. Sommeren i forveien hadde jeg lest noen bøker og gjort meg opp noen meninger om hva jeg ville skrive om, men det virkelige dag-til-dag-arbeidet begynte da. Siden jeg fikk god hjelp fra Senter for medisinsk etikk, kom jeg ganske lett i kontakt med leger ved ulike sykehus som kunne fungere som portåpnere. Som et slags forprosjekt hadde jeg samtaler med en del leger som driver undervisning på ulike nivåer av medisinstudiet. Dessuten kontaktet jeg Medisinsk Studentutvalg, som hjalp meg med å få tak i tre studenter som jeg hadde en samtale med. Samtalen ble til et intervju jeg har hentet data fra. Gruppesamtalen med studentene dannet utgangspunktet for en endelig prosjektskisse, der prosjektet ble avgrenset til å følge deler av den kliniske undervisningen på femte og sjette semester på medisinstudiet. Dessuten fikk jeg klarere for meg hvordan undervisningen foregår, noe som gjorde det lettere å formulere mer nøyaktig hvilke temaer jeg ville forfølge og hva jeg ventet å finne. Helsevesenet er av gode grunner et felt som er litt vanskelig tilgjengelig for forskning enn en del andre felter. Hensynet til vern om pasientene, gjør det nødvendig å søke om tillatelse fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Den endelige prosjektskissen ble utformet som en søknad til REK Sør i november 2003. Den etiske komiteen stilte også en del krav til prosjektet for at det skulle kunne godkjennes. Jeg har gjort mitt beste for å imøtekomme disse kravene.

Med noen merknader og tilføyelser ble prosjektet godkjent av REK Sør i januar 2004. Deretter kunne jeg begynne observasjonene på sykehuset. Dette foregikk på to ulike måter. Jeg deltok i en del gruppeundervisning, der jeg fulgte studentene og læreren rundt. Jeg var også med studentene en og en i mottaket. Jeg la vekt på å følge med på det som skjedde mens jeg deltok, for så å skrive utførlige notater fra hver observasjon i etterkant. Hver ”økt” tok en full arbeidsdag, og det var veldig energikrevende arbeid. Feltarbeidet pågikk i til sammen tre måneder i perioden februar til april 2004. Fordi jeg i mange tilfeller var avhengig av å følge undervisning med lærere jeg hadde kontakt med, var jeg ikke i felten hver dag, noe jeg egentlig er fornøyd med. Med litt tid til å reflektere mellom hver

datainnsamling kunne jeg være litt mer målrettet for hver gang. Det er dette Cato Wadel kaller runddansen mellom teori, metode og data (Wadel 1991).

Før og etter undervisningen fikk jeg rikelig anledning til å snakke med studentene. Mange studenter hadde viktige og interessante observasjoner omkring møtene med pasientene, og de bidro til analysen. Jeg fikk i mindre grad snakket med pasientene. I gruppeundervisningen går studentene videre og pasienten er gjerne sliten etter å ha blitt undersøkt. I mottaket kommer som oftest legen inn og snakker med pasienten etter at studenten er ferdig. Dermed ble det vanskelig for meg å bli igjen. Jeg fikk innimellom snakket litt med pasientene likevel. Notater fra disse samtaler ble inkorporert i de andre feltnotatene og er også en del av datamaterialet.

Når man jobber med feltdata, er ikke datainnsamlingen ferdig når man er ferdig med observasjonene. Det er viktig å ta gode notater, men mye av den innsikten som fremskaffes kommer i skriveprosessen (Fuglestad 1997). Gjennom å arbeide med de skriftlige dataene, i mitt tilfelle observasjonsnotatene og notater fra samtaler med informanter, samtidig som man jobber med inntrykk man har fra feltarbeidet som ikke er notert, blir data til slutt til tekst. Det er i denne prosessen at dataene fortolkes og systematiseres, og man konstruerer en fortelling om hva man har funnet. Jeg brukte over et halvt år på skriveprosessen, mange ting måtte tenkes gjennom flere ganger, og gjennom skriving og omskriving struktureres det som formidles og blir det ferdige produktet. Dette gjelder ikke bare for etnografi, men for all kvalitativ forskning, det er til syvende og sist forskerens fortolkning av dataene som formidles, og forskeren er sitt eget verktøy.

Forskerrollens betydning, informasjon og samtykke

Forskerrollen er et ofte behandlet tema i litteratur om kvalitativ forskningsmetode, og særlig i litteratur om feltarbeid. Cato Wadel skriver at noe av det som driver et feltarbeid framover, blant annet er: "(...) å utvikle disse rollene og å skaffe seg stadig nye roller." (Wadel 1991: 45). Det viktige med forskerrollen for Wadel er at den vil være avgjørende i forhold til hva slags informasjon forskeren kan få. Anne Solberg (1996) viser gjennom eksempler hvordan hennes forskning ble preget av den rollen hun tok eller ble tildelt. Hun fikk ikke ordentlig innpass i feltet og dermed heller ikke gode data før hun fant riktig rolle for seg selv. Selv har

jeg også opplevd at forskerrollen har hatt noe å si for hvilke typer informasjon jeg har fått tilgang til, hvor mye jeg har kunnet delta aktivt og hvordan jeg har blitt oppfattet.

I litteraturen jeg har lest av forskere som har gjort feltarbeid blant medisinere (Album 1996, Solberg 1996), har det vært et uttrykt ønske å skape distanse til de ansatte og sykehuset som institusjon. Jeg har imidlertid deltatt i situasjoner som har vært relativt klart avgrenset i tid og rom, og jeg har i utgangspunktet bare vært interessert i å samle data om disse situasjonene. Den tradisjonelle forståelsen av feltarbeid går ut på å gjøre seg til del av en kultur, og å innta en posisjon i denne kulturen. I de nevnte sykehusstudiene har det vært et metodisk poeng å tilbringe fritid sammen med pasientene, og dermed også vært viktig å skille seg fra de ansatte. Når man driver observasjon av brokker av noe som foregår, er det ikke mange roller, i den betydningen av rolle som er beskrevet i den nevnte litteraturen som er tilgjengelige, utenom observatørrollen. Tar man i betraktning Goffmans begrep om *posisjon* (Goffman 1981), som altså beskriver mindre og mer kortvarige endringer, kan man tenke seg ulike observatørposisjoner i situasjonen. Jeg prøvde meg fram med flere ulike observatørposisjoner. Den posisjonen jeg benyttet mest var den tause observatøren, som sto litt tilbaketrukket, gjerne ved en vegg, og fulgte med. Ved noen tilfeller, og særlig i akutmottaket (hvor vi hadde bedre tid og det var færre mennesker i rommet og dermed lettere å bevege seg uten å skape problemer for deltakerne), forsøkte jeg meg også som den mer aktive observatør. Jeg flyttet meg for eksempel oftere for å se ansiktene til pasienten og studenten, og dersom det var mulighet for det, stilte jeg spørsmål. Jeg merket også at hvilken posisjon jeg inntok fikk betydning for hvordan særlig pasientene, så på meg: Den mer aktive observatøren fikk flere spørsmål og var mer interessant enn den passive.

Jeg la særlig vekt på to aspekter ved meg som observatør: Å skille meg klart fra studentene, og å informere om hvem jeg var og om prosjektet. Sykehusets kleskode hadde innvirkning på min framtoning. Lærerne og ansvarlige leger ved sykehuset gjorde det klart for meg at det beste var om jeg gikk i hvite sykehusklær slik som studentene. Det var viktig at jeg hadde uniform for å kunne bevege meg fritt på sykehuset. Det er et stort og uoversiktlig sykehus, og de ansatte liker å ha kontroll med hvem som er der til enhver tid. Ved å ha tilgang til uniform og bruke den, viser man at man er en som hører hjemme på sykehuset. Det at jeg måtte kle meg på samme måte som studentene, var en ulempe fordi det gjorde at jeg lett kunne se ut som en legestudent, og det var viktig for meg å understreke at jeg ikke var en av dem. Det ville ikke være etisk forsvarlig å framstå som legestudent overfor pasientene. Jeg

var nøye med å understreke overfor pasientene at jeg også var student, men at jeg studerte sosiologi, og var med for å observere møter mellom pasienter og studenter. En annen metode jeg benyttet for å understreke at jeg ikke hadde noe med sykehuset og undervisningen å gjøre, var at jeg ikke sa mye, og at jeg ikke gjorde det samme som studentene. Jeg holdt meg også stort sett på en viss avstand fra legestudentene, litt tilbaketrukket.

Før undervisningen startet, informerte jeg selv studentene om min tilstedeværelse, og hadde også med en side med skriftlig informasjon om prosjektet som jeg delte ut til de som ville ha. Jeg passet på å informere studentene om at de kunne nekte å ha meg med. Det var det ingen som gjorde, men noen uttrykte en viss grad av nervøsitet over å bli observert. Med pasientene var det litt annerledes. I gruppeundervisningen gikk jeg sammen med studentene og læreren inn til den aktuelle pasienten, og læreren introduserte meg for pasientene som sosiologistudent, og spurte om det var greit at jeg var med. I mottaket ble det lettere for meg å informere litt mer om prosjektet, siden det bare var meg og en student til stede. Både i mottaket og i gruppeundervisningen hadde jeg med skriftlig informasjon om prosjektet som jeg ga til pasienten. Jeg opplevde heller ikke at noen pasienter sa nei.

Det var altså informasjonen til pasientene i gruppeundervisningen jeg hadde minst kontroll over selv, og det var kanskje der informasjonen til pasientene var dårligst. Dette har sammenheng med antallet personer til stede og det som skal foregå. Det var ikke mulig for meg å fortelle lenge om prosjektet mens opptil ti studenter og en lærer sto og ventet. Dermed ble informasjonen mer kortfattet her. Likevel mener jeg å ha tilfredsstilt kravene til informert samtykke. Informert samtykke er et av de aller mest sentrale etiske prinsippene i samfunnsforskningen. I *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora* (Den nasjonale forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora 1999), stilles det krav til samtykke (punkt 8), og informasjon (punkt 9). Begge har noen unntak, men unntakene gjelder ikke her. I denne studien er krav til samtykke oppfylt. Kravet til informasjon er noe mer vanskelig å slå fast om man har oppfylt eller ikke:

De mennesker som deltar i forskning, skal få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av følgene av å delta i forskningsprosjektet, og av hensikten med forskningen (...) (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 1999, pkt 9)

I smågruppeundervisningen var det ikke alltid mulighet for å gi pasientene denne informasjonen på en måte som tilfredsstillende de etiske retningslinjene i forkant av undervisningen. De fikk imidlertid skriftlig informasjon om prosjektet i ettertid, som også inneholdt kontaktinformasjon til meg, og jeg mener å ha gjort alt som sto i min makt for å informere best mulig, også i forkant.

Datamaterialet og hva man kan si på bakgrunn av det

Etter å ha gjort ferdig observasjonsøktene og skrevet utførlige notater, hadde jeg datamaterialet klart. I prosessen med å skrive feltnotatene var et hovedmål for meg å notere så nøyaktig som mulig hva som hadde skjedd, i riktig rekkefølge, og å la analysen av hendelsene vente til etter at jeg var ferdig med å ”avspille situasjonen i hodet”. Dataene man får på denne måten skiller seg også fra dataene jeg ville fått ved bruk av video eller annet opptaksutstyr på flere viktige måter. Mens videoopptak ville hatt karakter av rådata, er mine feltnotater halvfordøyde data. Jeg har ikke bevisst forsøkt å systematisk få med noe og utelate noe annet, men samtidig har jeg helt sikkert gjort dette ubevisst. Mine data må altså sies å være et ledd i analysen, gjort der og da, i nedtegningen. Dette vil kanskje bety at jeg har gått glipp av en del informasjon som kunne vært interessant i analysen. Samtidig blir dette et spørsmål om man betrakter datainnsamlingen og analysen som to klart separate faser i forskningsopplegget eller ikke. Jeg velger å ikke gjøre det. Også med mer nøyaktige og fullstendige data som er tatt opp, vil man være selektiv i hva man velger å legge vekt på. Forskjellen blir at med den metoden for datainnsamling jeg har brukt, vil man måtte gjøre en del valg tidligere.

Det er som nevnt vesentlig i all forskning og for analysen av dataene, at man vet hvilke typer av spørsmål dataene man har kan brukes til å besvare. Ragnvald Kalleberg (1996: 38) foreslår å dele inn samfunnsvitenskapelige spørsmål i tre ulike kategorier: Konstaterende, vurderende og konstruktive. Jeg mener data fra deltakende observasjon er spesielt godt egnet til å besvare konstaterende spørsmål, spørsmål der forskeren forsøker å finne ut hva det er som foregår og hvorfor det foregår på denne måten.¹⁷ Med dette mener jeg ikke å si at

¹⁷ Jeg velger å kalle også ”hvorfor noe foregår på en bestemt måte” et konstaterende spørsmål, fordi jeg oppfatter Kalleberg (1996) i den retning at forskeren som stiller vurderende spørsmål tar stilling til det som foregår og hvorfor utfra *verdier*. Et

deltakende observasjon ikke kan gi svar på de andre spørsmålstypene, men slik jeg oppfatter det er kunnskapen man får gjennom deltakende observasjon i et felt i første omgang svar på konstaterende spørsmål, for så å kunne danne grunnlag for nye spørsmål av både vurderende og konstruktiv art.

Observasjonsdata av den typen jeg har framskaffet, er altså beskrivelser av den virkeligheten observatøren opplever. En viktig begrensning med dette er at datamaterialet som sådan ikke kan si noe om hva aktørene som beskrives føler, men bare noe om hva de sier og gjør. Derfor har jeg i analysen forsøkt å vektlegge hva aktørene sier og gjør, og å fortolke disse handlingene. Her blir det viktig å understreke at det jeg studerer ikke er enkeltindivider og deres forhold til det som foregår, men måter enkeltindivider kan forholde seg til det som foregår. Sitatene og beskrivelsene i oppgaven er utsagn fra og handlinger utført av enkeltpersoner, men de fortolkes som utsagn som representerer en måte å framstille seg selv på i konkrete situasjoner.

Ved siden av observasjonsdataene, har jeg benyttet meg av to andre datakilder. Jeg gjennomførte et gruppeintervju med tre legestudenter som et slags forprosjekt til datainnsamlingen. Intervjuet ble tatt opp og transkribert, og jeg har brukt noen sitater fra intervjuet for å illustrere noen tanker studentene har om legerollen, og som jeg gjennom samtaler med flere legestudenter fant ut var relativt utbredte. Dessuten har jeg benyttet meg av noe pensumlitteratur fra medisinstudiet ved UiO (Kringlen og Finset 1999, Vaglum m.fl. 2000). Litteraturen har vært nyttig som bakgrunnsinformasjon om hva studentene lærer om pasientkommunikasjon.

Fra observasjonsnotater til tekst

Å skrive ut et feltarbeid til en sammenhengende tekst er krevende. Cato Wadel bruker igjen begrepet *runddans* for å beskrive veien fra notater til sammenhengende tekst, men denne gangen både "(...) en "runddans" mellom valg av genre, disponering og språk i tillegg til en

godt eksempel på det jeg mener han sikter til, er den retningen innen samfunnstenkningen som kalles kritisk teori, der Jürgen Habermas er den sentrale teoretikeren.

ny ”runddans” mellom teori, begrepsbruk og data” (Wadel 1991: 160). I skriveprosessen har jeg funnet stadig nye interessante aspekter ved møter mellom legestudenter og pasienter.

Jeg har hele tiden hatt det mål for øyet at analysen skulle være empirinær. Jeg begynte som sagt på prosjektet med den grunnleggende ideen at jeg ville studere samhandling mellom legestudenter og pasienter i et symbolsk-interaksjonistisk perspektiv, særlig inspirert av Goffmans sosiologi. Utover dette har jeg forsøkt å finne kategorier og mening i datamaterialet, for så å gi dem mening i en videre kontekst ved hjelp av teoretiske begreper. I arbeidet med analysen begynte jeg svært deskriptivt. Jeg skrev om ”det typiske møtet mellom en pasient og en legestudent” og ganske konkret om det som ble sagt og gjort. For å få retning og sammenheng i teksten ble det imidlertid et behov for å benytte seg av begreper på et stadig høyere analytisk nivå, og forsøke å få til en helhet basert på de rene beskrivelsene og de teoretiske begrepene beskrevet i forrige kapittel. Robert Merton (1968) har beskrevet mellomnivåteorier i sosiologien, om hvordan man ved å utvikle begreper og konsepter for et område av samfunnet kan forstå flere ulike fenomener innenfor dette området og sette dem i sammenheng. Fra den andre siden har Glaser og Strauss (1967) skrevet om grounded theory. Ved å studere et fenomen nøye, vil man utfra feltet kunne danne seg analytiske kategorier og begreper for å forstå det, som seinere kan benyttes for å forstå andre felt. Jeg mener å ha gjort litt av begge deler, og gjerne samtidig.

Jeg begynte altså skriveprosessen deskriptivt med utgangspunkt i datamaterialet. Jeg hadde utkast til analysen klar før jeg begynte å jobbe skriftlig med teorien. Det er fordeler og ulemper ved en slik arbeidsmåte. Fordelen er at man får mye ut av datamaterialet, fordi man ikke på samme måte leser ulike teoretiske begreper inn i det. En av ulempene er at det er arbeidskrevende, fordi det har blitt mye omskriving etter at jeg fant et mer teoretisk analytisk rammeverk å forstå dataene innenfor. Likevel mener jeg at å skrive i denne rekkefølgen har gjort at jeg har fått til et empirinært resultat.

Jeg har inkorporert en del sitater i teksten, de fleste av dem er hentet fra observasjonsnotatene. Det er tre etiske problemstillinger knyttet til dette. For det første innebærer det å gjengi hva informantene har sagt en risiko for gjenkjenning og dermed en potensiell trussel mot deres personverninteresser. I den sammenhengen blir det viktig å anonymisere sitatene. Derfor har jeg, der det har vært nødvendig, fjernet deler av sitatene som kunne lede til gjenkjenning av informanten. Videre har jeg måttet la noen sitater utebli

fra teksten, fordi de inneholdt identifiserende informasjon. For det andre kan noen av opplysningene som gis om informantene være sensitive og personlige, og det er derfor viktig å ivareta informantenes anonymitet også av hensyn til dette. Den tredje problemstillingen er vanskeligere for meg å gjøre noe med: Sitatene blir nødvendigvis tatt ut av den hele og fulle sammenhengen de engang var en del av. For meg er informantene klare minner, og når jeg leser sitatene husker jeg hvem de er. For den som leser oppgaven, vil derimot sitatene være det eneste inntrykket man får av informantene. Dette er uheldig, for sitatene står ikke som representanter for informantene selv, men for typiske trekk i møter mellom pasienter og legestudenter på sykehus. Jeg har gjort mitt beste for at ingen av informantene skal framstå på en uheldig måte, og vil be leseren se på sitatene som representanter for samhandlingsmåter heller enn som representanter for informantene.

Oppsummering: Svakheter og styrker ved feltarbeidet og datamaterialet

Etter å ha gjennomført mitt første feltarbeid, sitter jeg igjen med en del erfaringer med hensyn til hva som gikk bra og hva som kan gjøres bedre neste gang. Min største innvending mot min egen anvendelse av metoden, er at jeg selv føler jeg har vært for passiv, eller kanskje sjenert. Jeg fikk aldri opparbeidet den selvtilliten jeg helst ville hatt i feltarbeidet. En positiv side ved dette, er at jeg tror jeg ikke har tråkket over noen grenser. Jeg var svært forsiktig i mine henvendelser til informantene, og hadde respekt for de reglene jeg fikk beskjed om å følge. Den negative siden ved dette er at jeg i ettertid tror jeg kunne fått vært med på mye mer, og på andre måter enn det jeg fikk. Ingen var motvillige mot min tilstedeværelse, men dersom det bød på praktiske problemer for dem at jeg var til stede, var det mange som vegret seg. Jeg tror at dersom jeg hadde vært litt mer pågående i en del situasjoner, og at jeg for eksempel kunne unngått å gå i hvite klær, i alle fall i noen situasjoner, hvis jeg hadde vært mindre ydmyk.

Jeg kunne ha vært på flere sykehus, og vært med studenter med ulik erfaring. Dette ville gitt meg data om endring og kanskje en bedre forståelse av hva studentenes rutine har å si for hvordan de samhandler med pasientene. Slik det er i dag, er erfaring bare noe jeg kan anta at har noe å si. Det samme gjelder for pasientene. Jeg har bare vært ved en avdeling, ved ett sykehus, og det er godt mulig at jeg ved å oppsøke andre avdelinger og andre sykehus ville

finne andre pasienter som kunne gitt meg et klarere innblikk i pasienters selvpresentasjoner i møter med studenter. Dette har jeg imidlertid ikke hatt tid til i denne undersøkelsen.

I ettertid kan man se at datamaterialet har i alle fall en stor mangel, som er en kombinasjon av både situasjonens karakter og at jeg selv ikke ble oppmerksom på det før etterpå. Jeg har fått med meg detaljerte fortellinger pasientene har fortalt, men har mindre i mine notater om hva studentene gjør. Jeg har notert mye fra de gangene studentene har gjort noe uvanlig, men mindre når de har gjort det de pleier. Jeg tror som sagt dette har minst to grunner. For det første har det pasientene sier gjerne mer innhold, som gjør det lettere å huske. Studentene stiller spørsmål og oppfordrer pasienten til å fortelle mer eller mindre om ulike temaer. Pasientene på sin side, forteller om sykdommen sin og om mye annet, og deres fortellinger har ofte et innhold og en struktur som gjør dem lettere å huske enn studentenes kortere spørsmål og bemerkninger. Alle studentene stiller dessuten omtrent de samme spørsmålene, og ordlyden er nesten lik. Dermed ble det fortere "vanlig" for meg, det studentene sa, enn pasientenes lengre utgreininger som var litt forskjellige hver gang. Den andre grunnen til at det ble slik, tror jeg har med meg selv å gjøre. Jeg er selv student, og jevn gammel med majoriteten av de studentene jeg var med og møtte pasienter. Studentenes metoder for selvpresentasjon, deres måte å snakke på, og det faktum at vi, selv om utdannelsen er ulik, er på samme nivå når det kommer til utdanning, gjorde at jeg lettere godtok og ikke stilte spørsmål ved hva studentene gjorde og sa på samme måte som jeg gjorde med pasientene. I arbeidet med analysen innså jeg at det kunne vært nyttig og svært interessant, å ha mer detaljerte data om hvordan studentene presenterer sine selv på ulike måter, til tross for at de gjør nesten de samme tingene.

Jeg kunne altså ha gjort en rekke endringer i designet som ville gitt meg et rikere datatilfang, og jeg kunne også ha vært flinkere til å presse på selv i en del situasjoner, for å få gjennomført mine opprinnelige planer. Slik vil det ofte være. Jeg mener likevel, utfra min tids- og ressursituasjon, å ha fått samlet et godt datamateriale, som kan gi meg grunnlag for å si noe om hvilke ressurser pasienter og studenter benytter seg av for å produsere verdige selv i samhandlingen dem imellom.

4. Pasientenes mål og ressurser

I dette kapittelet vil jeg ta for meg pasientenes mål med samhandlingen, og en del av de ressursene pasientene har til rådighet for å oppnå sine mål. Her vil jeg altså beskrive to av de tre sentrale begrepene i den modellen for fortolkning av menneskelig samhandling som ble skissert i innledningen: mål og ressurser. For pasientene er det en del ressurser de kan benytte seg av som bare tjener til å oppnå målet om verdighet. Andre ressurser har i tillegg negative sider, de kan legge bånd på pasientenes muligheter til å produsere verdige selv i situasjonen. De kan altså sies, i tillegg til å være ressurser pasientene kan benytte seg av i verdighetsarbeidet, å utgjøre potensielle trusler mot pasientenes verdighet. Jeg har kalt den første typen entydige ressurser og den andre typen tvetydige ressurser. Før jeg går i gang med drøftingen av pasientenes ressurser, vil jeg gå mer i detalj om pasientenes mål om verdighet og om verdighetsarbeid.

Pasientenes substansielle og seremonielle mål

Når jeg bruker begrepet mål i denne oppgaven, må det forstås slik det er definert i kapittel to, som noe aktørene intendert streber etter å oppnå, men som de ikke nødvendigvis er veldig artikulerte i forhold til. Jeg har også valgt å skille mellom substansielle og seremonielle mål (Goffman 1956: 476). Pasientenes substansielle mål med sykehusoppholdet er å bli friske. Mer detaljert kan man si at de gjør det de kan for å få en god behandling. Imidlertid er møtene med studentene i de sammenhengene jeg har vært med, svært lite behandlingsorientert. Det virker som om pasientene også i stor grad forsto dette. De inneliggende pasientene hadde ofte vært i kontakt med studenter før, og kjente derfor rutinen, og i mottaket snakket pasientene gjerne først med den behandlende legen, eller i alle fall en sykepleier, og dermed visste de at studenten bare skulle undersøke, ikke behandle. Studentene skal lære seg metoder for utredning og diagnose. Noen lærere trekker linjer mellom diagnose og behandling, men dette er bare noe studentene og lærerne snakker om, men ikke iverksetter. I møtene mellom pasienter og studenter kan man imidlertid tenke seg at pasientene har andre substansielle mål, for eksempel å lære noe, å lære bort noe eller å fordrive tiden med noe nyttig. Her vil jeg likevel ikke gå i detalj om pasientenes substansielle mål, fordi jeg oppfatter dem som svært ulike og personavhengige. Mens noen

pasienter handler og snakker på måter som gjør dem nyttige for studentene, er det andre som ser ut til å handle på måter som gjør at de framstår som likegyldige, til og med uhjelpsomme. Her vil jeg konsentrere meg om pasientenes seremonielle mål, fordi det er disse jeg opplever er mest enhetlige, og også sterkest etterstrebet av pasientene i møtene med studenter.

Pasientenes seremonielle mål i samhandlingen med studentene er å framstå som verdige, slik jeg går ut fra at det er for alle mennesker i de fleste sosiale sammenhenger (Goffman 1956). Enkelt sagt kan begrepet verdighet, slik det brukes her, knyttes an til Immanuel Kants moralfilosofi: Ethvert menneske skal betraktes som et mål i seg selv, ikke bare et middel (Ameriks 1999: 465). Det sentrale seremonielle målet for pasientene i samhandlingen er å få uttrykke seg som mål i seg selv. I løpet av feltarbeidet kom dette svært klart fram: Pasientene vil vise mer av seg selv enn det studentene er der for å studere, de vil at større deler av deres sosiale selv skal reflekteres i samhandlingen med studentene. Det er dette som er verdighetsarbeid: Å gjøre strategisk bruk av tilgjengelige ressurser for å framstå som et menneske som er interessant i seg selv. Ved å projisere flere sider av sine sosiale selv i situasjonen vil de kunne oppnå en større grad av verdighet.

Pasientenes mål om verdighet er et forskerkonstruert begrep for å favne om noe jeg mener er viktig i de fleste typer samhandlinger, som beskrevet i kapittel to dreier det seg om det Erving Goffman kaller respekt og respektabilitet (Goffman 1956: 489). At begrepet er forskerkonstruert betyr ikke at det ikke har rot i empirien, men at det er et begrep som er konstruert med det analytiske formål å favne et symbolsk aspekt ved en del av pasientenes handlinger, og å gi en betegnelse til det jeg gjennom feltarbeidet har oppfattet som det seremonielle formålet med disse handlingene. For å konkretisere hva jeg mener med pasientenes mål om verdighet og om handlinger for å oppnå målet, vil jeg trekke fram et eksempel. Under en smågruppeundervisning jeg deltok i, spurte studenten en infarktpasient om hva som voldt henne ubehag. Pasienten svarte:

P: Jeg er så skitten på håret, jeg har vært syk i tre uker, og har ikke fått vasket håret én gang. Jeg føler meg så skitten.

Ved å komme med akkurat denne kommentaren fokuserer pasienten på verdighet. Man kunne kanskje tenke seg at pasienten skulle fortelle at det største ubehaget skyldes smerter, redsel eller annet man vanligvis forbinder med sykdom, men denne pasienten valgte altså å fortelle om sitt utseende og mangelen på muligheter for personlig hygiene som følge av det å

være innlagt. Ved å velge denne innfallsvinkelen, setter pasienten verdigheten i høysetet. Hun forteller at hun ikke har fått vasket håret, men selve handlingen å fortelle om hårvasken kan også forstås i et videre perspektiv. Hårvasken og det å kunne være ren er én av de sosiale markørene som sykdommen fratir henne kontrollen over. Ved å fortelle at hun ikke har fått vasket håret, gjør hun det klart for studentene at hun egentlig er en person som legger vekt på den viktige sosiale verdighetsmarkøren å være velstelt. Siden markøren ikke er tilgjengelig for pasienten, benytter hun seg av muligheten til å fortelle at hun vektlegger den, men at når hun er innlagt er den utenfor hennes kontroll.

Tvetydige ressurser

Sykdommen og det at de er innlagt på sykehus representerer store endringer i pasientenes liv. Sykdommen kan være mer eller mindre alvorlig. De pasientene jeg har møtt har vært innlagt på sykehus, og derfor har det vært en viss grad av alvor i situasjonen. Ved siden av det som konkret hender i møter mellom pasienter og studenter, er det sider ved det å være syk og innlagt som har mye å si for pasientenes muligheter til selvpresentasjon. Ofte ligger pasientene kledd i sykehusets klær. Mange av pasientene har ulike apparater koplet til seg. Sykehus lukter på en spesiell måte. Det er vanlig at to eller flere pasienter deler rom. Pasientens område er senga og nattbordet. Noen har også en stol stående, og har plassert ting på den. Dette er alt som er deres. De som er friske nok, går en del rundt i gangene, eller de sitter i fellesrommene. I tillegg til at de er syke, betyr det å være innlagt på sykehus å være omgitt av sykdom på alle kanter. Noe av det som er interessant ved å studere det å være syk og innlagt utfra et interaksjonistisk perspektiv er dobbeltheten: Som syke og innlagte er pasientene fratatt en del av mulighetene de vanligvis har for å presentere seg selv. Samtidig kan pasientene nettopp i at de er syke og innlagt finne viktige ressurser til verdighetsarbeidet. I de neste avsnittene vil jeg drøfte sider ved å være syk og innlagt i lys av denne dobbeltheten.

Sykdommen som trussel og som ressurs

Sykdommen bringer i mange tilfeller smerte og usikkerhet. Samtalene mellom legestudenter og pasienter dreier seg om svært nære ting, som ofte kan være vanskelige å snakke om. Sykdommen forårsaker altså psykiske påkjenninger i tillegg til de fysiske. Dette må håndteres av både pasienter og studenter. Graden av fysisk og psykisk smerte og redsel hos

pasienten påvirker samtalen. For pasienten kan det være en trussel mot verdigheten bare å måtte snakke om det som er vanskelig, det å si noe høyt virker mer alvorlig enn å tenke det, også på en selv. I noen tilfeller er pasienten så syk at han ikke orker å snakke så mye, da blir det mest undersøkelse. Andre ganger kan sykdommen gjøre hele samtalsituasjonen unormal. Noen pasienter har sykdommer som gjør at de har problemer med å snakke, for eksempel pusteproblemer eller strupekreft. I disse tilfellene begrenses pasientens handlingsrom kraftig av sykdommen. Vilåårene for å være likeverdige er ikke til stede eller i alle fall svært redusert. På denne og liknende måter kan altså det å være syk frata pasienten viktige ressurser i verdighetsarbeidet.

Aspekter ved sykdommen utgjør en trussel mot pasientenes selvforståelse. Den er noe ytre som pasienten er angrepet av. For å oppnå målet om verdighet må pasientene konfrontere den trusselen sykdommen utgjør. De fleste av oss ønsker å framstå som oppegående, selvstendige individer. Evnen til dette kan trues av sykdommen. Man orker for eksempel ikke så mye som man vanligvis gjør. Det eneste som skjer på sykehuset, er at man får besøk, eller at man er i kontakt med leger eller sykepleiere. Mange pasienter bruker en del tid sammen. Det legges mye arbeid i å få dagene til å gå så normalt som mulig. Utfra hva pasientene formidler, virker det som om det er en viktig del av det å være pasient å ikke la sykdommen overta og styre ens liv. Pasientene forsøker å gjøre det andre gjør, og det de selv gjør til vanlig. Under følger noen eksempler på hvordan trusselen fra sykdommen arter seg, hvordan pasientene håndterer denne trusselen og noen ganger bruker den som en ressurs i samhandlingen.

Vanligvis er vi mennesker vant til å kunne uttrykke oss ganske klart og tydelig ved å snakke. Det å kunne uttrykke seg muntlig, er en viktig ressurs i selvpresentasjonen. Noen sykdommer fratår pasientene denne muligheten. For eksempel kan kortpustethet eller inngrep av ulike karakterer føre til at det blir vanskeligere å snakke. Likevel er det vanlig at pasientene bestreber seg på å hjelpe til og snakke med studentene, selv om de skulle ha vanskelig for det. I disse tilfellene er det vanlig at studentene eller læreren ber pasienten om å si fra hvis det blir for tungt å snakke, og enten ta en pause eller avslutte samtalen. Jeg

opplevde ingen pasienter som benyttet seg av denne muligheten.¹⁸ I stedet er dette eksempelet fra mine feltnotater typisk:

Han [pasienten] har fjernet strupehodet, så han må tette et hull i halsen med en gummipropp før han kan snakke. (...) Læreren forklarer pasienten at han må si fra hvis han blir sliten av å snakke og vil hvile. Pasienten sier at nei, det går bra.

Læreren gir pasienten muligheten til å si fra hvis han blir sliten. Men i stedet for å svare ”det skal jeg gjøre” eller noe liknende som bekrefter at beskjeden er mottatt, svarer han at det går bra, han kommer ikke til å bli sliten. Selv om pasienten sa han ikke kom til å bli sliten, preget hans problemer med å snakke samtalen. Det å ha problemer med å snakke som resultat av at han blir sliten, er en konsekvens av pasientens sykdom. Vanligvis blir man ikke sliten av å føre en vanlig samtale, og å akseptere dette kan av pasienten fortolkes som noe nedverdiggende. Å akseptere at man blir sliten av å snakke på grunn av sykdommen, vil være å akseptere at man fratras en mulighet (kanskje den viktigste muligheten) til å framstille seg selv. Ved å ikke akseptere denne nedverdiggelsen sier man at det kan hende det er vanskelig å snakke, men at lysten til å snakke er sterkere enn hemningen sykdommen representerer. Det kan også sies å være en ressurs for pasientene å kunne vise vilje og evne til å snakke, på tross av sykdommen. Dermed kan pasienten vende noe som i utgangspunktet var en trussel mot verdigheten, til noe som viser verdighet og vilje til å kjempe mot sykdommen.

Sykdommen kan sett fra andre synsvinkler sees som en ressurs for pasienten. På en måte kan man si at veldig mye av møtet mellom pasienten og studenten går ut på å anerkjenne og å forstå hvordan sykdommen har rammet pasienten. Særlig i den fysiske undersøkelsen kan man tydelig se hvordan en del sykdommer og sykdomstegn i noen tilfeller er en ressurs for pasienten i verdighetsarbeidet. Det fine med sykdomstegn som ressurser, er at de ofte snakker for seg selv. Under undersøkelsen finner studentene sykdomstegn som imponerer dem eller fascinerer dem, og dermed bygger sykdomstegnene verdighet for pasienten selv om pasienten ikke gjør noe aktivt verdighetsarbeid selv. Andre ganger kan pasientene bruke sykdomstegn som inngang til en fortelling. Pasienten i eksempelet under, gjorde nettopp dette:

¹⁸ Derimot har jeg hørt om tilfeller der pasienter avbryter undervisningen og ber studentene om å gå.

Studenten åpner skjorta nederst og pasienten drar buksa litt ned, så magen kommer fram. Studenten spør om arret på magen er fra gallesteinsoperasjonen. P sier at det er det. Studenten ser på det, det er om lag 15 cm langt.

P: Jeg vet hvorfor det er så langt, men det skal jeg kanskje ikke si.

S: Har du tenkt til å holde det hemmelig for oss? (...) vi kan godt vente med å undersøke magen din, hvis du vil fortelle om det først.

P: Jeg holdt på å dø...

P forteller historien om hvordan hun hadde blitt operert. Dagen etter operasjonen kjente hun plutselig en veldig stikking i beinet. Hun måtte få noen til å ringe for seg. Hun husker ikke så mye av det, bare at de løp av gårde med henne. I ettertid har sønnen fortalt henne at de ringte ham, og at han hadde snakket med legen. Etter operasjonen hadde de glemt å sy igjen blodårene. Dermed hadde hun ligget og forblødd. De åpnet opp igjen og tettet blodårene med noen klyper. Hun forteller at hun fant ut det en gang hun var på Volvat. Sønnen hennes hadde kjørt henne dit fordi det var det eneste stedet som var åpent på en søndag. Og så hadde de tatt røntgen av henne, og legen hadde spurt om hun hadde belte på eller noe sånt, det ble en sånn rar stripe på bildet. Så fant de ut at det var klyper etter operasjonen.

I dette eksempelet får pasienten, ved hjelp av et sykdomstegn, det lange arret, muligheten til å fortelle en dramatisk historie fra helsevesenet, og om hvordan hun så vidt greide seg. Pasientens inngang til fortellingen om arret er elegant, hun forsikrer seg også om at studentene faktisk er nysgjerrige og vil høre fortellingen. Sykdomstegn kan altså være nyttige ressurser for pasientene både som ressurser i seg selv, men også som innganger til bruk av andre ressurser, som her, under undersøkelsen, hvor pasientene i utgangspunktet ikke får mange muligheter til å snakke.

Mangel på privatliv som trussel og ressurs

I tillegg til å være syke, er pasientene innlagte på sykehus. Som pasienter ved sykehuset er de del av en institusjon som representerer trusler mot deres verdighet, men også ressurser for dem i verdighetsarbeidet. Det å være innlagt på sykehus vil si at man gir opp en rekke ting,

sykehuset kan i noen grad, slik jeg diskuterte det i kapittel to, sees som en total institusjon (Goffman 1967a). Et viktig trekk ved totale institusjoner, er mangelen på privatliv. På sykehuset er det få steder som er helt private. Det kan være andre pasienter til stede på rommet. Noen ganger er det forheng rundt sengene, slik at man i alle fall får illusjonen av et lukket rom og undersøkelsen er skjult for eventuelle andre pasienter på rommet, andre ganger kan det være bare et lite skjermbrett som skiller pasientens seng fra nabosenga. I et ekstremt tilfelle avbrøt romkameraten samtalen mellom en pasient og studentene flere ganger. Etter at det hadde blitt bemerket at enkelte symptomer kan være svært plagsomme, brøt hun inn:

P2: Jeg skal fortelle deg en ting som er plagsomt, det er høreapparat. Her prøver jeg å sette det inn, og så bare deler det seg.

Denne kommentaren ble etterfulgt av en del latter, siden det var åpenbart at nabopasienten ville ha på plass høreapparatet for å lytte, men det var mest studentene som lo. Mange av pasientene oppfører seg som om de er vant til et veldig innskrenket privatliv, og at de dermed ikke synes de andre pasientene på rommet er sjenerende. Dermed lo heller ikke pasienten av at den andre så åpenbart forsøkte å lytte på samtalen, hun kjente allerede til mangelen på privatliv. Når pasientene blir spurt om det er i orden at romkameraten(e) er på rommet under samtalen og undersøkelsen, svarer de som oftest ja. Dette kan også fortolkes som verdighetsarbeid. Dersom pasientene ikke hadde samtykket i å la undervisningen foregå på rommet med andre pasienter til stede, måtte man finne et annet rom. Dette ville være det man kan forstå som "unødig bryderi": Man får andre til å gå gjennom ekstraarbeid for at man selv skal få oppfylt sine ønsker. Pasienten er grei og positiv, og klager ikke. Dette er noe man vanligvis unngår i dagliglivet, og som pasientene altså også unngår i møtene med studentene. Sett på denne måten representerer mangelen på privatliv også en ressurs for pasientene.

Det skjer ofte forstyrrelser og avbrudd i møtene mellom pasienter og studenter. Enkelte pasienter får intravenøs behandling, og de kan synes det er ubehagelig, fordi det er vanskelig å bevege seg. Noen ganger må det tas blodprøver mens studentene er inne i rommet. Sykepleieren, bioingeniøren eller andre som skal gjøre det pleier ofte å unnskyldte seg overfor gruppa, for eksempel med begrunnelse i at pasienten skal opereres, og at prøvene må tas før operasjonen.

Selv om det ikke nødvendigvis har store merkbare konsekvenser for samtalen at avbrudd forekommer og kan forekomme, er avbruddene også en trussel mot pasientenes verdighet fordi de eksponeres for utenforstående (medpasienter og ansatte) i større grad enn de vanligvis gjør. Møter med studenter er en del av hverdagen for mange pasienter, og det at en del av undervisningen foregår på rommet med andre pasienter til stede, skiller disse møtene fra vanlige møter mellom leger og pasienter. Slike møter foregår ofte i enerom, nettopp fordi det man snakker om er privat og personlig.¹⁹ Mangelen på privatliv i samtaler om svært personlige temaer er en institusjonell trussel mot pasientenes verdighet, men de kan altså få verdighet ved å utføre reparasjonsarbeid, slik som i eksempelet over.

Mangelen på privatliv kan, slik jeg forstår det, i mindre grad enn sykdommen brukes som ressurs av pasientene. Bare indirekte kan de gjøre bruk av mangelen på privatliv i sitt arbeid med å framstå som verdige. Sykdommen kan gjøre dem interessante for studentene, mens mangelen på privatliv bare kan brukes til å heve seg over.

Den medisinske forståelsen av sykdom som trussel og ressurs

Pasientenes verdighet kan trues av medikalisering. På samfunnsnivå betyr medikalisering i følge Nettleton (1995: 27) at legevitenenskapen ekspanderer og begynner å ta for seg stadig flere deler av pasientens liv. Eksempler kan være røyking, alkoholvaner eller fysisk aktivitet. Man kan også tenke seg en form for medikalisering på individnivå, i ytterste konsekvens at alt pasienten sier og gjør fortolkes som medisinske opplysninger (Løchen 1965). Jeg opplevde aldri at medikalisering på individnivå foregikk i sin ytterste konsekvens. Samtidig er det klart, at siden det er i legestudentenes interesse å få rede på flest mulige detaljer om pasientenes liv som kan ha betydning for deres helse, vil det forekomme en viss grad av medikalisering i alle møter mellom legestudenter og pasienter. For pasientene representerer dette en trussel mot deres mulighet for å framstå som verdige, siden det de sier vil være gjenstand for medisinsk fortolkning, og de dermed risikerer utelukkende å framstå i situasjonen som objekter for medisinsk vitenskap.

Medisinsk vitenskap kan sies å representere visse oppfatninger og meninger (se for eksempel Foucault 2001). Man kan se visse framtrekkende trekk ved studentenes og legenes ord og

¹⁹ Også samtaler mellom leger og pasienter på sykehus kan foregå på rommet.

handlinger som tyder på at den medisinske vitenskapen innebærer en tankemåte som i alle fall delvis utelukker andre tankemåter. Dette er særlig tydelig i undersøkelsen av pasientenes kropp. Studentene spør ikke alltid pasientene om hva det er de har funnet hvis de har funnet noe unaturlig. De kan på bakgrunn av medisinsk forståelse slutte seg til det. Man kan gjerne kalle dette enten medisinske ideologier eller diskurser, og de gjør seg særlig gjeldende i hvordan man snakker om ting og hva som tas for gitt, og dermed hva som ikke diskuteres. Det å bli gjort til gjenstand for en rendyrket medisinsk forståelse og fortolkning vil samsvare med det jeg har kalt medikalisering på individnivå. Dersom pasienten selv ikke kan ta del i tankemåten sammen med studentene, vil det true pasientens verdighet, siden hun da ikke vil få muligheten til å delta på lik linje med studentene i det som sies og gjøres i møtet dem imellom. Nedenfor følger noen eksempler på hvordan de medisinske grunnoppfatningene gjør seg gjeldende, og hvordan pasientene forholder seg til dette.

Eksempler på hvordan de medisinske forklaringsmåtene ikke stemmer overens med pasientenes forståelse av det samme fenomenet, finner man for eksempel ved å se på misforståelser som oppstår i samtalene mellom pasienter og studenter. Tidlig i feltarbeidet la jeg merke til at pasientene stadig glemte å fortelle studentene om sykdommer de hadde eller hadde hatt. Studentene pleier å stille spørsmål om tidligere sykdommer. De pleier å være ganske klare i formuleringen, noen ganger spør de om pasienten har vært på sykehus før, andre ganger bare om tidligere sykdommer. Pasientene begynner gjerne med det første de hadde. De ramser opp sykdommer. Men svært mange ganger utelot pasientene noen sykdommer, og gjerne alvorlige sykdommer, for eksempel hjerteinfarkt. Jeg tror det er ulike årsaker til dette. En sykdom pasientene ofte utelater, men som er veldig viktig at sykehuset får vite om, er diabetes²⁰. Diabetes er en sykdom en del pasienter har hatt lenge, og som ofte har blitt som en tilstand for dem, mer enn noe de anser for å være en sykdom. Læreren forklarer, etter at forglemmelsen har kommet for en dag:

S: Diabetes, så du har sukkersyke?

P: Ja.

S: Hvor lenge har du hatt det?

P: X år.

L: Diabetes blir en del av livet, når man har hatt det så lenge, tenker man ikke på det som en sykdom.

P: Nei, nettopp.

Begrepet om sykdom rommer noe annet for pasientene enn for studentene. Man kan anta at disse kontrastene blir forsterket i møter mellom pasienter og studenter, siden studentene ikke har den samme praktiske erfaringen som ferdigutdannede leger.²¹ De fleste av de som har diabetes lever i det daglige med sykdommen, behandlingen foregår hovedsakelig ved at pasientene legger om kostholdet og i mange tilfeller får insulin. I seg selv har sykdommen dermed ikke konsekvenser for annet enn pasientens kosthold, men diabetes har alvorlige konsekvenser fordi den er en viktig årsak til andre sykdommer (Norges Diabetesforbund).²² Med ”sykdom” forstår pasienten i eksempelet over noe mer akutt enn studenten, som på sin side er interessert i å finne hele ”sykdomsbildet”, for ved hjelp av medisinsk kunnskap å kunne forstå hva som kan gjøres for pasienten.

Eksempelet over kan puttes i kategorien forglemmelser. Noen ganger dreier det seg likevel ikke om rene forglemmelser. Noen sykdommer vil pasientene helst ikke fortelle om, det kan være sykdommer de opplever som pinlige, eller som blir sett ned på i helsevesenet. Såkalte selvpåførte sykdommer ser ofte ut til å være knyttet til begge disse formene for nedvurdering, også det at de kalles ”selvpåførte” sykdommer peker i den retning. En del sykdommer som er knyttet til livsstil ser ut til å ha denne typen konnotasjoner for så vel studenter som pasienter. Dag Album (1991) har skrevet hvordan leger rangerer sykdommer og spesialiteter. En del av de samme kriteriene gjelder nok også for studenter, da de sannsynligvis påvirkes av lærerne sine og av den medisinske fagdiskursen. Samtidig gjelder et helt eget kriterium for studentene i vurderingen av sykdommer som interessante: De skal

²⁰ Uten at jeg vet det sikkert vil jeg regne med at jeg i de fleste tilfeller har møtt pasienter med diabetes av type, denne rammer hovedsakelig personer over 40 år, mens diabetes type en rammer yngre personer og oppdages vanligvis tidligere (Norges Diabetesforbund).

²¹ Studentene lærer seg etterhvert å spørre om diabetes og en del andre sykdommer pasientene ofte glemmer.

²² ”Type 2-diabetes er en alvorlig sykdom og en medvirkende årsak til utvikling av hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, nyresvikt, blindhet, sår på føttene og amputasjoner.” (Norges diabetesforbund). For ordens skyld: Jeg sier altså ikke at diabetes ikke er alvorlig, men at man behandler symptomene ved at pasientene endrer sitt daglige liv, og dermed at diabetes er en sykdom som for pasienten lett blir alminneliggjort og ”glemt”.

lære noe av sykdommen. Dette medfører blant annet at studentene uttrykker mer interesse for noen sykdommer enn for andre. I samtaler med studenter, og da særlig i mottaket, fortalte de meg om dette. For eksempel er blindtarmbetennelse en ”perfekt” journal å ta opp, mens blodpropp i beinet er mindre interessant. Dette kan ha flere årsaker. For det første er det vanskelig å fylle kvoten på seks kirurgiske journaler²³, da disse er sjeldnere enn de indremedisinske. For det andre tar det oftere kortere tid å ta opp journal på en blindtarmpasient enn på en blodproppasient. Altså er det både et spørsmål om tilgjengelighet og om effektivitet. Disse oppfatningene kommer sjelden direkte til uttrykk i møtene mellom pasienter og studenter. En del ganger kan man imidlertid se på hvordan samtalen utvikler seg, at studenten synes pasientens sykdom er spesielt interessant. Pasienter med ”spennende” sykdommer får mer frihet til å fortelle om ting og dermed mer innflytelse i situasjonen, mens studentene helst bruker mindre tid på pasienter med sykdommer de kan lære mindre av. Disse forskjellene blir særlig sterke i mottaket, der studentene i større grad selv legger opp samtalen med og undersøkelsen av pasienten. Studentenes klassifikasjon og forhold til ulike sykdommer betyr altså noe for pasientenes muligheter til innflytelse i situasjonen, og kan være både en ressurs og en trussel i pasientenes arbeid med verdighet.

Den kombinerte naturvitenskapelig-logiske og individuelle tilnærmingen til sykdommer er grunnleggende i vestlig medisin (Nettleton 1995). Det er individet som er sykt. Dette innebærer at en rekke årsakssammenhenger tas for gitt. Man snakker selvfølgelig om ytre påvirkning av individet og sykdommen, men den individorienterte grunnoppfatningen utelukker en del forklaringer. Man utelukker snakk om skjebnen, om Gud og andre overnaturlige makter som årsak til sykdom. Både pasientene og studentene kan tro på slike forklaringer personlig, men det er ikke noe man diskuterer innenfor sykehusets og legevitenenskapens institusjonelle rammer. Hentydninger kan forekomme, men det er ikke det vanlige:

De snakker også om nattesøvnen. Den har pasienten ingenting å si på. Men hun tar en halv sovepille hver kveld, da. Studenten spør om det er for innsovning eller om det er for å sove dypt. Pasienten tror det er for innsovning. Det er en spansk tablett, så det er ikke godt å si. Men pasienten tror den er veldig mild, for da hun var på sykehus i Spania, hadde de syntes det hadde vært rart at hun tok en halv

²³ På 6. semester skal studentene ha til sammen tolv journaler i mottaket, seks indremedisinske og seks kirurgiske.

[underforstått: De spanske legene mente at en halv pille ikke ville ha noen effekt]. De hadde syntes det hadde vært helt nødvendig. Studenten svarer at tro kan flytte fjell, vet du. Ja, det har du rett i, tro kan flytte fjell, sier pasienten.

I dette eksempelet avslører en uklarhet i forklaringsmåte. Tenker man rammeanalyse slik det er beskrevet i kapittel to, kan man se dette som et godt eksempel på et møtepunkt mellom forståelsen av et fenomen som sosialt og forståelsen av det samme fenomenet som naturlig. Det er nærliggende å tenke seg at studenten tenker på placeboeffekten²⁴ her, og dermed har en vitenskaplig fortolkning av det som blir sagt. Imidlertid kan det tenkes at pasienten på sin side forstår tro på en helt annen måte. Det interessante er at de uansett hvordan de måtte forstå ”tro” i samtalen seg imellom er enige om hovedpoenget, at tro kan flytte fjell.

Som eksemplene over viser, representerer den medisinske fagdiskursen en trussel mot pasientenes verdighet i den grad pasienten selv ikke behersker den. Unntaket er hvis medisinfaget eller studentenes behov for å ”se alt” gjør deres sykdom spesielt interessant, i så fall kan den medisinske fagdiskursen, om enn indirekte, fungere som en ressurs for pasientene.

Redsel og bekymring som trussel og ressurs

En del pasienter uttrykker redsel. Redselen kan være forårsaket både av sykdommen og av det å være innlagt. Det kan være redsel for om de noensinne kommer ut av sykehuset, og hva som eventuelt kommer til å skje når de blir utskrevet. Selv om de ikke uttrykker at de liker å være klienter, er det nok mange som synes det er trygt å ha tilsyn, og som ikke er sikre på hva de går til i verdenen utenfor sykehuset. Ofte uttrykkes redsel for konkrete ting:

Her bryter pasienten inn i samtalen mellom læreren og studentene. Hun håpet å komme ut snart. Et av oldebarna hennes, den eldste, en jente på femten, skulle snart konfirmeres, og pasienten ville så gjerne være med. Oldedatteren hadde også vært på besøk og spurt, hun var redd for at oldemoren ikke skulle kunne komme.

I dette tilfellet uttrykker pasienten en bekymring for ikke å komme ut i tide til å rekke oldebarnets konfirmasjon. Jeg opplevde ofte at redsel ble uttrykt på denne måten, ved at man

²⁴ Dokumentert effekt i utprøving av medikamenter: En del av forsøkspersonene vil reagere på det å få behandling eller medikamenter, og ikke på virkestoffene i medikamentet. Det kontrolleres for dette effekten ved å ha en kontrollgruppe som får legemiddel uten virkestoffer.

viser til noe konkret, mer som bekymringer enn som redsel for store og u håndterlige ting som sykdommen og varige mén av den. Dette er en redsel pasientene *kan* presentere, de har gjort det mange ganger tidligere. Dermed er den enklere å presentere på en verdig måte, og pasientene kan bevare sin verdighet. Å snakke om større redsler vet de kanskje ikke så godt hvordan de vil og bør håndtere uten å miste verdighet, og lar det dermed ofte være, i alle fall i møter med studenter, hvor pasientene ikke nødvendigvis får noe ut av å snakke om slike temaer. Samtidig som redselen er konkret og hverdagslig, inneholder uttrykket også et element av en mer omfattende karakter. Det å komme ut av sykehuset og dermed underforstått å bli bedre, ligger under det konkrete spørsmålet om hun vil rekke konfirmasjonen eller ikke. Bare én gang opplevde jeg at redselen og usikkerheten tok overhånd hos en pasient, og hun begynte å gråte. Det at redselen tar overhånd gjør at man mister mye av kontrollen over sine uttrykk, og er dermed negativt i forhold til pasientenes verdighetsarbeid.

Pasientenes entydige ressurser

Pasientene disponerer også en del ressurser som ikke på samme måte som de som er nevnt i forrige avsnitt, samtidig utgjør trusler mot deres verdighet. I denne siste delen av kapitlet, vil jeg gå gjennom de mer entydige ressursene. Noen av de entydige ressursene er nærmere knyttet til situasjonen enn andre, og jeg har gjort et skille mellom det jeg har kalt situasjonelt betingete ressurser og personlige ressurser. Dette har jeg gjort fordi situasjonelt betingete ressursene er til stede uavhengig av den enkelte aktør. Det er forhold som er relativt like for alle pasienter, uavhengig av egne erfaringer, egen kunnskap og andre faktorer som kan tenkes å virke inn på en persons totale ressurstilgang. De personlige ressursene på sin side er resultat av pasientenes egne erfaringer og egen kunnskap, og dermed nærmere knyttet til den bestemte pasientens biografi. De er også på et vis mer universelt anvendelige enn de situasjonelt betingete ressursene, det dreier seg gjerne om kjennskap til hvordan man forteller om noe på en måte som også bygger opp ens verdighet. Nedenfor vil jeg ta for meg henholdsvis situasjonelt betingete og personlige ressurser pasientene har til rådighet, og som de ofte mobiliserer.

Situasjonelt betingete ressurser

På sykehuset og i helsevesenet har pasientene en del rettigheter. Disse rettighetene er ressurser som er stilt til pasientenes rådighet, nettopp som en garanti for deres verdighet. Pasientenes mest grunnleggende og ”dramatiske” rettighet i møtene med studenter, er retten til å nekte. De har til enhver tid rett til å sende studentene ut, og de har også rett til å nekte å la seg undersøke og å nekte å svare på spørsmål. I de situasjonene jeg deltok var det bare svært sjelden at pasienten nektet noe i det hele tatt, men jeg har fått høre at dette hender av og til.

Jeg er usikker på hvorfor pasientene i så liten grad benytter seg av retten til å nekte, men kan i alle fall foreslå to ulike forklaringer: Den ene er at pasientene ikke nekter fordi det ikke faller dem inn: Enten fordi de ikke opplever møtene med pasientene som noe negativt, fordi de ikke er godt nok informert om sine rettigheter, eller fordi de er så vant med å bli stilt personlige spørsmål på sykehuset at de ikke tenker over muligheten. Den andre er at det vil kunne oppleves ukomfortabelt å ikke være behjelpelig, at det er mindre ukomfortabelt å svare på spørsmål man helst skulle sett ikke bli stilt, enn det er å bryte kommunikasjonen tvert av som man ville gjøre ved å nekte.

Siden den er lite brukt, og siden jeg ikke vet mye om hvor god informasjonen til pasientene om retten til å nekte er, kan man spørre seg om den kan kalles en ressurs, og om jeg burde kalle den en ressurs. Jeg velger å gjøre det av to grunner: For det første er en ressurs en ressurs, uavhengig av om den benyttes eller ikke. For det andre er det i alle fall en del pasienter som kjenner til muligheten for å nekte, og selv om alle pasientene ikke skulle kjenne til den, er den en ressurs for de pasientene som kjenner den. Alle pasientene skal informeres om retten til å nekte. På denne måten er denne rettigheten en grunnleggende ressurs, og dersom pasientene ikke er informert, er det sykehuset og læreren som ikke har gjort jobben sin. Mot at det å nekte er en ressurs, taler at pasientene vurderer det som mer ukomfortabelt å nekte enn å være med på undersøkelsen, selv om de kanskje ikke vil. I så fall er retten til å nekte deltakelse fortsatt være en ressurs, men mindre anvendelig enn intendert, i den forstand at den ikke er umiddelbart brukbar i samhandlingen med studentene og deres lærere. Dersom det er denne siste mulige forklaringen som er den riktige, er det grunn til bekymring på et mer generelt plan for om pasientene finner det mindre ukomfortabelt å finne seg i overtramp fra sykehuset og de ansattes side enn å si fra når de mener deres rettigheter er krenket.

De ulike undervisningstypene jeg har fulgt, akuttmottaket og smågruppeundervisningen, innebærer ulik ressurstilgang for pasientene, nettopp fordi de er ulike. En ressurs som i mindre grad er tilgjengelig i mottaket enn i gruppeundervisningen, er trygghet. For mange av pasientene er det mye som er usikkert når de kommer inn i mottaket. De vet ikke om de skal bli på sykehuset, det kan ofte være uklart hva som feiler dem, og i enkelte tilfeller om de noen gang blir friske igjen. Trygghet er viktig når man skal snakke med andre om noe. Det man vet, er det lettere å framstille på en verdig måte. Usikkerhet er det derimot vanskeligere å framstille verdig, nettopp fordi man ofte ikke vet hva nøyaktig hva usikkerheten bunner i eller hva men i det hele tatt lur på.

Noe som derimot kan være en ressurs for pasientene i mottaket, men da for deres videre behandling og kunnskap om sin tilstand, og ikke for deres verdighet, er at de er garantert tilbakemelding fra en lege etter at studentene har undersøkt dem. Informasjonen behøver ikke å være så veldig spesifikk, som oftest fikk jeg inntrykk av at de fleste blir lagt inn for videre utredning. Likevel får de altså informasjon om hva som skal skje og mulighet til å snakke med en lege om hvordan de har det. I gruppeundervisningen har de ikke denne muligheten, når studentene går får ikke pasientene noe igjen utover det de måtte ha fått ut av samtalen med studentene og læreren.

Antallet studenter er en ressurs pasientene kan dra spesielt nytte av i gruppeundervisningen. Da er det flere studenter til stede på en gang, og som samhandlingsressurs har dette betydning for pasientene. Når en større gruppe studenter går inn til en pasient, er det vanlig at de(n) studenten(e) som har hovedansvaret for å snakke med pasienten, sitter ved siden av senga, mens de andre står langs veggen eller ved sengas fotende. De utgjør et slags publikum som både pasienten og den studenten som fører samtalen, kan benytte seg av. Studenten som sitter, stiller gjerne pasienten direkte spørsmål. Når svaret er kort, retter gjerne pasienten det til studenten som spør, men andre ganger, hvis spørsmålet inviterer til det eller pasienten selv ønsker det, kan svaret formes lenger, gjerne som en fortelling. Da henvender pasienten seg ofte til hele publikum, og scenen forandres. Fra å være pasienter og studenter går de over til å bli fortellere og lyttere. I mottaket er det bare en student og en pasient, og dette begrenser til en viss grad pasientenes muligheter for interaksjon, siden de kun kan henvende seg til den ene studenten. Ressursen å kunne framstå som forteller er mindre tilgjengelig. Det å kunne framstå som forteller er en viktig ressurs for pasientene i deres verdighetsarbeid fordi det gjerne er gjennom lengre fortellinger pasientene får understreket sin verdighet,

både som pasienter og som noe mer enn pasienter. Det å kunne framstå som forteller gir gjerne pasientene større mulighet til å gjøre bruk av sine personlige ressurser.

Sykdomsfortellinger som personlig ressurs

Pasientene benytter seg av personlige ressurser for å framstå som verdige. De personlige ressursene er kunnskap og erfaringer som pasientene har tilegnet seg, og som de kan benytte seg av i møtene med studentene. Personlige ressurser er mer løsrevet fra selve møtet mellom pasienter og studenter, i den forstand at de også vil kunne være nyttige i andre sammenhenger. Videre kan de knyttes opp til mer allmenne kulturelle kunnskaper, kunnskaper man ofte har bruk for i samhandlinger med andre.

I samtalen med studentene er pasientene fortellere. De skal på oppfordring fra studenten(e) fortelle om sykdommen. Det varierer hvordan pasientene strukturerer disse fortellingene, men den mest synlige forskjellen, er om fortellingens struktur er medisinsk eller ikke. Noen av pasientene er vant med å være syke og å fortelle om sykdommen, men også pasienter som kanskje ikke er så vant med å være syke, behersker måter å gjøre rede for sykdommen på. Måten de strukturerer fortellingene om sykdom på, har likhetstrekk med hvordan man ellers forteller om noe som har hendt. Pasientene trekker på kulturelle fortellinger (Frønes 2001) når de gjør rede for sykdommene og sykdomstegnene. Kulturelle fortellinger brukes til å strukturere og forstå hendelser. Gjennom å knytte sykdomsfortellingen opp mot et rammeverk for framstilling de kjenner fra før, kan de framstå som forståelige og etterrettelige for seg selv og studenten(e). På denne måten gjør de det enklere for seg selv å gjøre rede for sine egne opplevelser av sykdommen. Fortellingen kan være knyttet til dagliglivet - hverdagsfortellingen, eller den kan også, for mer rutinerte pasienter og pasienter med mer kjennskap til medisinske forklaringsmodeller, være strukturert som en medisinsk fortelling om sykdom.

Hverdagsfortellingen støtter seg ikke på medisinske forståelser av sykdom og helse, men på hvordan man vanligvis har det og hva sykdommen har forandret. En pasient fortalte denne historien da han ble spurt hvorfor han var på sykehuset:

En kveld hadde han sittet hjemme med en kaffekopp. Han forklarer studenten:

P: Av og til, med kaffekopper, så gidder ikke vi gutta å holde i hanken. Vi bare tar den sånn [viser at han lukker hånden om en kaffekopp], på guttemåten. Jeg holdt den sånn, men så plutselig datt den rett ut av hånda på meg.

S: Hvordan da? Var det vondt eller?

P: Nei, jeg merket ingenting før den bare lå der. Det er som du går på gata med kjæresten din (tar S i hånden) så kommer det noen som går midt mellom, også bare må man slippe (glipper/glir S sin hånd ut av sin egen). Jeg sa til kona, den skal jo ikke ligge der...

I denne fortellingen er det hverdagen som er det viktige. Fortellingen er helt fri for medisinske fagtermer og medisinsk strukturering, og er i stedet strukturert omkring den hverdagslige kaffekosen med kona. Fortellingen gir et innblikk i hva som har skjedd, men på en helt annen måte enn den medisinske fortellingen. I stedet for å snakke om det som skjedde i medisinske eller kroppslige termer, forklarer pasienten hvordan den hverdagslige kaffekosen blir avbrutt av en dramatisk hendelse. Ved å plassere hendelsen inn i en hverdagsfortelling kan pasienten her fortelle på en måte som han kjenner godt. Evnen til å framstille sykdommen på denne måten som forståelig er en viktig ressurs for pasienten i arbeidet med verdighet. Å kunne få snakke på egne premisser gir mulighet for å selv uttrykke, ikke bare hva som har skjedd, men hvordan det kjentes for akkurat ham.

Den medisinske fortellingen består av flere medisinske fagtermer og er bygget opp i forhold til en medisinsk forståelse av kausalitet. Den er altså bedre tilpasset den medisinske fagdiskursen. Kroppen og fysiske symptomer står sentralt. Det kan for eksempel høres slik ut:

S: Kan du begynne med å fortelle litt om hvorfor du er på sykehus?

P: Jeg har anemi, så jeg har vært og fått blod ganske ofte. Og så har jeg fått blod i avføringen nå. De trodde de hadde funnet ut hva det var, jeg hadde en hemorroide, men det var ikke den som var problemet. Så her ligger jeg.

I denne medisinske varianten av sykdomsfortellingen analyserer pasienten det som har skjedd utfra egen kunnskap om medisin. Uten at hun sier hva som feiler henne (det vet hun ikke), forteller hun konsist om hva som har skjedd hittil, og om hva man skulle kunne tro det var. Den medisinske fortellingen er en ressurs på en annen måte enn hverdagsfortellingen:

Pasienten kan fortelle at hun vet hva som har skjedd tidligere, at hun faktisk er like orientert som legene om hva som feiler henne. Hun kan vise at hun er interessert, at hun gjerne lærer om sykdommen og om sin tilstand. Ulikt hverdagsfortellingen er den medisinske fortellingen avhengig av kjennskap til egen sykdom eller til medisinfaget generelt. Den avkrever derfor en annen erfaring av pasienten.

Ulike fortellingstyper kan brukes i pasientenes verdighetsarbeid. Bruk av hverdagsfortellingen gir pasienten muligheten til å framstille det som har skjedd på egne premisser, og på den måten å selv kunne relatere til det som blir sagt. Det gjør også den medisinske fortellingen, men fordi den krever kunnskap og forståelse av medisinsk fagterminologi, er den ikke tilgjengelig for alle pasienter, og alle pasienter ønsker kanskje heller ikke å framstå på denne måten. Men for de som har den nødvendige kunnskapen og som ønsker det, gir den medisinske fortellingen en fin mulighet til å framstå som verdig fordi pasienten kan vise en oppriktig interesse for sin egen tilstand som studentene helt klart vil forstå og kjenne seg igjen i, fordi den likner på studentenes egen interesse i pasientens tilstand. Den medisinske fortellingen kan også forstås som en slags appell om verdighet, som et tilbud til studenten om å behandle pasienten som en (tilnærmet) likemann.

Fortellinger om motstand mot sykdommen som personlig ressurs

Flere pasienter fortalte historier om hvordan de ”yter motstand” mot sykdommen, også i situasjoner utenfor sykehuset. Selv pasienter som er ganske syke, forteller om hvordan de bestreber seg på å gjøre det samme som friske mennesker gjør. En pasient som var inne med store pustevansker fortalte at:

P: Folk vet jeg er syk, så nå er det mange som har spurt, de har sett meg stå og henge nede på senteret, så har de tenkt, ja, nå er hun virkelig syk.

Selv om hun ble så sliten at hun måtte stå og lene seg på noe og se syk ut, ville hun gå på senteret. Både det at hun gjør det, og at hun forteller om det er verdighetsarbeid. Pasienten får vist at hun ikke har gitt opp, både til vennene som ser henne på senteret og kommer og spør henne hvordan det går, og til studenten hun forteller historien til. Tilgangen på slike historier er en ressurs for pasientene i arbeidet med verdighet.

Såfremt det er mulig, er det altså mange som forsøker å la ting gå som de gjorde før sykdommen, og de forteller om det i samtalene med studentene. Denne typen fortellinger

kan brukes til å vise troen på at ”dette nok skal gå bra”. En mann med leukemi som egentlig hadde passert aldersgrensen for cellegiftbehandling, uttrykte stolthet over likevel å ha kjempet seg til behandling, og med det også vekket behandlernes tro på at dette skulle komme til å ordne seg:

P: Men da de sa til meg at jeg var for gammel for å få behandling, så ble jeg litt sint. Så jeg ville ha det. Og det har fungert, men man må bestemme seg for det, hvis man er sta, bestemt og i god form, da går det. De sa at det var like stor sjanse for at jeg kom til å dø av behandlingen som av kreften, men da sa jeg: ”Jeg har ikke tenkt til å dø, det er for dårlige alternativer”.

Han fortalte at nå hadde han gått gjennom tre behandlinger, og var inne for å få den siste. Han fortalte også at han ikke har hatt mange bivirkninger, han har ikke merket mye til det. Men behandlingen bryter ham ned:

P: De bryter meg ned, vet du, men å bygge deg opp igjen, det er det ingen som gjør noe med, det må du gjøre selv.

Fortellingen om motstand mot sykdommen, om kampvilje, er også fortellingen om at man ikke har gitt opp. Ved å fortelle studentene dette får pasientene, på samme måte som når de forteller om sykdommen, understreket sin verdighet. Igjen er tilgangen til fortellingen en ressurs pasientene kan benytte seg av i verdighetsarbeidet.

Fortellingen om tapperhet som personlig ressurs

Noen pasienter gjør bruk av fortellingen om tapperhet. Denne fortellingen kan sees som en litt utvidet variant av fortellingen om motstand mot sykdommen, men den er gjerne mer de eldre pasientenes variant, den dreier seg også om at det kommer et liv etter sykdommen, og at det ikke nødvendigvis er den aktuelle sykdommen som er problemet, men at det like gjerne består i å være gammel, og dermed ofte syk, men at man likevel forsøker å ta vare på den helsa man har. Pasientene understreker ofte overfor studentene at det ”er ikke så ille” eller ”dette er ingenting mot hva jeg hadde i fjor”. En kvinnelig pasient på 85 år fortalte for eksempel i samtale med en legestudent at hun pleier å gå trappene på sykehuset hver dag, fra tredje etasje ned til kafeteriaen i første, men i det siste hadde det blitt vanskeligere:

P: I det siste har jeg av og til hatt problemer med pusten. Første gang jeg merket det skulle jeg over gata til butikken. I etasjen over har de åpnet en ny butikk, og dit ville

jeg gjerne gå. Men på vei opp trappen fikk jeg plutselig ikke puste, og alt ble svart. Jeg måtte gå ned igjen, og sette meg i salongen nede ved inngangen. Men da jeg reiste meg for å gå opp igjen, fikk jeg det igjen. Nå hender det at jeg får det bare jeg går i korridoren. Jeg synes det er skummelt, jeg, når jeg ikke får puste.

Likevel fortsatte hun å gå hver dag, men noen ganger bare i korridoren. Denne historien var i utgangspunktet et svar på om hun hadde problemer med pusten, men det er også en fortelling om det å være tapper. Hun ville ikke slutte med å gå tur selv om sykdommen hennes gjorde det vanskeligere, og det som skjedde skremte henne, hun fortsatte:

P: Jeg er jo sånn som liker å gå litt i korridorene for å få litt..., eller for i alle fall å holde meg litt i form (...)

Denne typen av fortellinger er en ressurs i som kan brukes for å oppnå pasientenes mål om verdighet. Ved å påpeke at hun vil holde seg litt i form, understreker pasienten nettopp at livet vil gå videre, og at hun ser fram til det. Dette er en form for verdighet.

Også de entydige ressursene kan bli tvetydige

Jeg har i de foregående avsnittene beskrevet en del entydige ressurser pasientene benytter seg av i møtene med studentene. Fortellinger om sykdom og andre fortellinger pasientene bruker, kan også motvirke deres verdighetsprosjekter. Det er to grunner til at jeg ikke har skrevet om det under avsnittene for hver enkelt ressurs. For det første mener jeg det jeg har kalt entydige ressurser, i større grad enn de jeg har kalt tvetydige, kan brukes utelukkende med positiv innvirkning på pasientenes verdighetsprosjekt. For det andre opplevde jeg aldri i mitt feltarbeid at det jeg har kalt entydige ressurser virket negativt inn på pasientenes verdighetsprosjekter. Studenter jeg snakket med, hadde likevel klare oppfatninger om hvordan en del pasienter overdrev bruken av de entydige ressursene, og på denne måten framsto som uverdige.

Det mest talende eksempelet på en pasient som overdriver, og som studentene dermed oppfatter som slitsom, er pasienten som snakker for mye om irrelevante, personlige detaljer. Studentene liker ikke å bli forhindret for lenge i sin læring av at pasientene snakker og snakker, og heller ikke lar seg avbryte av studenten. Man kan også komme til å møte på en bedreviterpasient, en som tror at han kjenner den medisinske koden, men som egentlig ikke har peiling. Alle ressurser er dermed tvetydige på et vis. Likevel er de ressursene jeg har

beskrevet som entydige bare tvetydige ved uvøren og overdreven bruk, mens de ressursene jeg har beskrevet som tvetydige, er tvetydige hele tiden.

Konklusjon: Kunnskap er en ressurs

Dette kapitlet har tatt for seg en del ressurser pasientene benytter seg av i verdighetsarbeidet i møtene med studentene. Eksemplene er fra mitt feltarbeid og mine møter med pasientene, og for seg selv står de som eksempler på konkrete elementer i de konkrete pasientenes verdighetsarbeid. Men de står også som representanter for andre elementer i andre pasienters verdighetsarbeid: Pasientene har tilgang til en rekke institusjonelle og personlige ressurser som de kan benytte seg av i verdighetsarbeidet overfor studentene. Hvilke ressurser de benytter, er avhengig av en rekke faktorer som jeg ikke har god nok kjennskap til for å slå fast. Alle ressursene forutsetter en viss form for kunnskap, til medisinfaget konkret, eller mer generelt til andre kulturelt funderte koder og framstillingsmåter, hva man kan kalle kulturell kunnskap eller erfaring. Jeg har forutsatt at pasientene i de fleste tilfeller benytter seg av de ressursene som de selv er mest komfortable med, og at valget av ressurser i liten grad er artikulert, men foregår som en form for automatisk intensjonalitet. Man kan imidlertid også tenke seg at noen pasienter er mer artikulert i forhold til de ressursene de benytter seg av. Mine data fra feltarbeidet kan ikke gi noen svar på dette, men det ville være interessant å finne ut av i hvilken grad pasientenes valg av ressurser er artikulert, og hva som i så fall er deres motivasjon for disse valgene.

Pasientene benytter ressursene som ledd i strategier i et verdighetsarbeid overfor studentene. Kapittel seks vil gå nærmere inn på disse strategiene, og på hvordan pasientene også tilpasser bruken av ressurser til studentenes væremåte.

5. Studentenes mål og ressurser

Dette kapitlet omhandler studentenes mål og ressurser i samhandlingen med pasientene. Studentene er i utgangspunktet ikke behandlere ennå. De skal lære å bli det, og det at møter mellom pasienter og studenter må sies å være det Goffman (1986) kaller en transponering (keying) av lege-pasient-relasjonen, gjør at de benytter seg av mange av de samme ressursene som leger i samhandlingen med pasientene. Imidlertid innebærer det også at de ressursene som er tilgjengelige for studentene har annet meningsinnhold enn en vanlig leges samhandlingsressurser, og at de har tilgang på litt andre ressurser enn leger vanligvis har. Før jeg går i gang med drøftingen av studentenes ressurser, vil jeg imidlertid gå nærmere inn på studentenes mål i samhandlingen.

Studentenes mål. Målkonflikter

På samme måte som pasientene, har studentene både substansielle og seremonielle mål i samhandlingen dem imellom. Studentene har egne verdighetsprosjekter, de vil framstå med verdige selv i situasjonen. Samtidig deltar studentene aktivt i pasientenes verdighetsprosjekt.²⁵ De gjør seremonielle handlinger for å gi pasienten verdighet. Dette kan enten ha form av det Goffman kaller respekt (deference) (Goffman 1956), å direkte bygge opp under pasientens verdighet gjennom sine egne handlinger, eller studentene kan bidra til pasientenes eget verdighetsarbeid ved gjennom gester og små handlinger å invitere til eller anerkjenne pasientenes verdighetsarbeid. Studentenes seremonielle mål kan altså sies å være dobbelt, de arbeider med både sin egen og pasientenes verdighet.

Studentene har et mer entydig substansielt mål i samhandlingen med pasientene enn hva pasientene selv har. Studentene skal lære noe av møtene med pasientene. I forrige kapittel gikk jeg ikke i detalj om pasientenes substansielle mål, fordi de kunne være svært ulike og svært uklare. Et av studentenes substansielle mål er derimot klart, og til og med formalisert i form av en muntlig eksamen som er lagt opp slik som møtene mellom studenter og pasienter

²⁵ Jeg mener ikke her at pasientene aldri engasjerer seg i studentenes verdighet, det gjør de, men for studentene er det et helt klart mål å til enhver tid skulle gjøre det.

i undervisningen. Ved å lære seg samhandling med pasienter, og ved å lære seg en del teknikker for undersøkelse, vil studentene bestå eksamen. Mer lokalt har dette den betydning at studentene i større grad enn pasientene har en retningsgivende agenda for møtet: De vil ha møtet med pasientene inn i en spesiell form, som gir en spesiell type av opplysninger, og som fører fram til en klargjøring av pasientens medisinske tilstand. Studentene er altså ute etter medisinsk interessante opplysninger, og må i møtene med pasientene forsøke å framskaffe dette, samtidig som de selv og pasientene framstår som verdige.

Studentenes seremonielle mål om verdighet og substansielle mål om læring, harmonerer ikke alltid. For det første er læring prøving og feiling, og studentene gjør mange feil som de må rette opp igjen ved å arbeide med sin egen verdighet. De kan også gjøre feil som skader pasientenes verdighet, som dermed må arbeides med. For eksempel hender det at studentene ikke får med seg en hjertelyd når de skal lytte på en pasient, og må lytte en gang til, eller de kan "glemme" å høre etter, og dermed stille et spørsmål pasientene allerede har besvart. Slike feil krever reparasjonsarbeid fra studentenes side, de kommer med små bemerkninger om at de "bare er studenter," underforstått at de ikke er ferdig utlært, og dermed ikke kan forventes å gjøre alt perfekt. Dette er mindre problemer som studentene stort sett håndterer raskt og greit. De større problemene oppstår når de ressursene studentene benytter seg av for å nå seremonielle mål virker negativt på det substansielle målet, og omvendt. Dette hender ganske ofte, og studentene må da gjøre valg, som kan være vanskelige, i samhandlingen. Studentenes bevissthet om hvordan bruk av en ressurs virker inn på muligheten for å oppnå de to målene blir viktig kunnskap for studentene. Jeg har valgt å kalle situasjoner der både studentenes seremonielle og substansielle mål ikke gagnes ved bruk av samme ressurs, målkonflikter. I dette kapittelet vil det være flere eksempler på målkonflikter, og alle bunner i det samme: Studentene forsøker å oppnå målet om læring samtidig som de forsøker å gjøre møtet mellom dem og pasientene til et møte mellom to verdige selv.

Det at målkonflikter forekommer, har betydning for hva det innebærer for studentene å benytte seg av en ressurs. For det første er de fleste av ressursene som er tilgjengelige for studentene tvetydige. I tillegg til at bruk av noen av ressursene har såvel positive som negative konsekvenser, kan ressurser som anvendes for å oppnå det ene målet, samtidig virke mot oppnåelse av de andre. For eksempel kan studentene bruke en del ressurser som gjør dem mer effektive, noe som kanskje vil gi dem bedre tilgang til informasjon fra pasientene raskere. For eksempel kan studentene stille svært direkte spørsmål, de kan lese

seg til en del ting før møtet med pasienten, som de dermed ikke behøver å snakke med pasienten om. Imidlertid vil bruk av slike ressurser for effektivitet kunne få studentene til å framstå som usympatiske og kanskje egoistiske, og dermed mindre verdige. Denne formen for avveininger må studentene gjøre i bruken av sine ressurser.

Situasjonelle ressurser

Skillet mellom personlige og situasjonelt betingete ressurser gjelder også for studentene. Det er visse ressurser som hovedsakelig er en del av situasjonen, og som dermed er tilgjengelige for alle studentene (selv om evnen til å bruke dem kan være ulik fra person til person), mens andre ressurser er avhengige av den enkelte aktørens person i en eller annen forstand. For studentene kan dette dreie seg om sans for humor, biografi eller selvinnsikt. I dette avsnittet er det de situasjonelle ressursene som er tilgjengelige for alle studentene jeg vil drøfte.

Sett fra studentenes synspunkt er møtene mellom dem og pasientene plassert i minst to institusjonelle kontekster: både i en læringskontekst og i en sykehuskontekst. I læringskonteksten er studentene studenter. De er på sykehuset for å lære, og de har lov til å gjøre feil, å stille spørsmål og å ikke kunne gi svar på pasientenes spørsmål. I sykehuskonteksten er studentene ”nesten leger”. De har en autoritet i form av kunnskap om helse og sykdom, og skal være sikre, teknisk kyndige og helst ganske effektive. Fra læringskonteksten henter studentene særlig hjelp og støtte, mens de fra sykehuskonteksten i større grad henter makt og kontroll. Mange av studentenes situasjonelle ressurser kan fortolkes ulikt, avhengig av hvilken kontekst man ser dem som en del av.

Undervisningskonteksten representerer i seg selv en viktig ressurs for studentene. I mottaket får de hjelp av en ansvarlig lege som, etter at studentene er ferdige, tar over ansvaret for pasienten og kontrollerer det studenten har gjort. Dette er en ressurs for studentene fordi det gir trygghet på at det de gjør, blir bra. På samme måte har læreren betydning som hjelp og støtte i gruppeundervisningen. Dersom det er noe studenten lurer på, kan han alltid spørre læreren og få et svar. Innimellom en del snakk dem imellom. (Dette kommer litt an på læreren.) Samtalene mellom studenter og læreren kan dreie seg om ulike temaer, fra tekniske sider ved undersøkelsen til hva man bør spørre ulike typer pasienter om. Læreren kan også være til stor hjelp hvis det oppstår problemer med selve samhandlingen, slik som for eksempel hvis en pasient glemmer å fortelle om sykdommer, som beskrevet i forrige

kapittel. På samme måte som for pasientene, representerer det at det er andre studenter til stede i smågruppeundervisningen en ressurs for studentene. De andre studentene kan hjelpe til på liknende måte som læreren, samtidig som de kan være med på å dele og diskutere usikkerhet.

Det å ikke være alene om noe og å ikke ha noe ansvar gjør studentenes seremonielle mål lettere å oppnå, og er en ressurs på denne måten. For studentens verdighetsarbeid er det nyttig å kunne vise til nettopp det at de er studenter og dermed ikke skal kunne alt:

Studenten begynner å kjenne litt rundt, hun finner en klump på pasientens mage. Hun spør om pasienten vet hva dette er. Pasienten spør om det ikke er leveren. Han forklarer at han hadde stor lever en gang i tiden. Han lå på revmatisesykehus, og så kom det en hel skokk med studenter inn for å kjenne på leveren hans. Men så hadde den visst gått tilbake igjen. Men han hadde kanskje hatt fettlever. Studenten kjenner litt mer på klumpen, men blir ikke helt sikker. Hun sier: "Dette skulle jeg jo vite godt, men jeg får spørre legen om det etterpå, han kan mye om det der".

Her kan altså studenten slippe å si noe sikkert, og heller spørre legen etterpå. Dette er en ressurs, siden studenten på denne måten slipper å si noe galt, og dermed stille sin kunnskap til medisinfaget i et dårlig lys. Mangelen på ansvar gjør også at studentene slipper unna noe av det som jeg antar må være vanskelig for en del leger i møter med pasienter: Å gi pasientene vanskelige beskjeder om at ting ikke ser bra ut, eller enda verre, at sykdommen er kronisk eller dødelig. Studentene er en form for tause undersøkere, og det forventes ikke av dem at de skal formidle sine funn til pasientene. Dette er nettopp fordi de er i en undervisningskontekst, en transponering av et møte mellom en lege og en student.

Det å utstråle autoritet i situasjonen er også en ressurs studentene kan benytte for å oppnå målet om læring og fullstendig informasjon, og autoritet kan studentene særlig hente fra det å ha ansvar. Men inntrykket av ansvarlighet svekkes av at det er flere til stede i undervisningen, fordi det da blir tydeligere at studenten ikke er den som er ansvarlig for pasienten, men bare øver seg. Studentene kan benytte seg av autoritet for å styre samtalen og undersøkelsen, og dermed oppnå substansielle mål om læring og fullstendig informasjon. Sett fra denne synsvinkelen er altså mangel på ansvar en manglende ressurs. Det er imidlertid ulikt hvor mye ansvar studenten har, og man kan se at ansvaret de noen ganger får kan benyttes som ressurs. En viktig forskjell mellom mottaket og gruppeundervisningen er graden av formalitet; i mottaket har studenten litt mer ansvar, som en student sa det:

[i mottaket] ... da fungerer en mer som en slags lege, egentlig, da er man alene og sitter og tar imot pasienter som er syke, og som vi i utgangspunktet ikke vet hva feiler.

Ansvaret i mottaket kan brukes for å utøve autoritet i møter mellom studenter og pasienter, og representerer på denne måten en ressurs for studentene i samhandlingen. Studentene kan for eksempel med større autoritet si at noe er viktig i mottaket, siden hva studenten finner ut der, faktisk har en betydning for den videre behandlingen av pasienten. Imidlertid kan man si at de to ressursene ”hjelp og kontroll fra ansvarlig lege” og ”ansvar” virker mot hverandre. Jo mer hjelp studenten får, jo mindre ansvarliggjort vil han virke. Slik undervisningen i mottaket er lagt opp, er det rom for begge deler: Studenten er først inne hos pasienten alene, så kommer legen etterpå. Dermed er det mulig å framstå som ansvarlig først, for så å gi fra seg ansvaret til legen etter at møtet mellom studenten og pasienten i realiteten er ferdig.

Også fra den institusjonelle konteksten sykehuset utgjør, henter studentene ressurser til samhandlingen med pasientene. Både det at de er representanter for institusjonen, og informasjon de får fra sykehuset, er viktige ressurser. Når studentene er på sykehuset, er de uniformert. Uniformen er det tydeligste tegnet på deres tilknytning til sykehuset som institusjon. Det å representere sykehuset er en ressurs for studentene, særlig fordi de ikke står alene. Å være representant for noe større, gir legitimitet når studentene skal snakke med og undersøke pasientene. Ved å være knyttet til sykehuset som institusjon, gir studentene det inntrykk at de ikke spør og undersøker på vegne av seg selv (selv om det ofte faktisk er det de gjør), men på vegne av sykehuset, hvis eneste eksistensgrunnlag er å gjøre pasienter friske. Imidlertid er også denne ressursen tvetydig. Seremonielt begrenser det å representere sykehuset studentenes muligheter. For det første stiller det å representere sykehuset krav til en viss grad av konformitet med sykehusets regler for atferd. For det andre har mange pasienter oppfatninger om helsevesenet og om hvordan helsevesenet bør være, og når studentene framstår som representanter for helsevesenet, gjelder disse oppfatningene også dem. Jeg kommer nærmere inn på hvilke forventninger dette kan være, og i alle fall hvilke forventninger studentene mener er knyttet til den institusjonelle konteksten i lenger ned, der jeg diskuterer hvordan studentene tilpasser seg legerollen.

Informasjon er en viktig ressurs, og dette er særlig tydelig i mottaket. De fleste pasientene som kommer inn, har en journal fra tidligere. Mange studenter leser seg opp på de enkelte pasientene. Dermed vet ofte studenten en del om pasienten før de møtes. Dette er en viktig

ressurs fordi studentene ved å lese seg opp på pasientens sykdomshistorie på forhånd, løsriver seg fra kravet til at pasientene forteller oppriktig og sant om hva som har skjedd tidligere. For eksempel ville studenten raskt kunne rydde opp i sukkersykehistorien (fra forrige kapittel) og andre forglemmelser om tidligere sykdommer, dersom hun visste om dem fra før. I gruppeundervisningen har ikke studentene tilgang til skriftlig informasjon om pasientene, og hvorvidt de får tilgang til informasjon eller ikke, virker å være prissgitt lærerens pedagogiske stil. Noen lærere gjør et poeng av at studentene skal finne ut mest mulig selv, og jeg har blitt fortalt at noen lærere til og med ber pasientene som deltar i undervisningen om å være litt uklare og i alle fall ikke oppgi hvilken sykdom de har som svar på det første spørsmålet studentene gjerne stiller: ”Kan du fortelle litt om hvorfor du er her?” Disse lærerne er passive når pasienten og studenten snakker sammen, og venter gjerne med oppklaringer og forklaringer til det blir nødvendig, eller helst til etter at gruppa har forlatt pasientens rom. Andre lærere er mer aktive i undervisningen, og stiller oppklarende spørsmål underveis, både til pasienten og til studentene. Disse lærerne fungerer ofte som en slags informasjonsbank som studentene kan benytte seg av i samtalen med pasienten.

En viktig situasjonell ressurs for studentene i møtene med pasientene er prejournalen, en mal for hvordan en innkomstsjournal skal se ut, der alle punktene som skal være med, er listet opp. Prejournalen danner grunnlaget for begge undervisningstypene jeg har studert. Den skal i utgangspunktet følges av alle leger og pasienter i denne typen undersøkelser. Den er en viktig ressurs for studentene fordi den er et slags manuskript, eller det en samfunnsforsker ville kalle en intervjuguide. Det å ha den utgjør en sikkerhet, studentene kan være sikre på at dersom de følger den til punkt og prikke, er de garantert å få med det som faglig forventes av dem i samtalen og undersøkelsen. I mottaket er det vanlig at studentene har prejournalen foran seg, og at mange bruker den til å notere på. Der er altså prejournalen konkret *i* situasjonen. I gruppeundervisningen er det derimot ikke så ofte studentene har med seg en utskrift av prejournalen. Likevel kan den sies å utgjøre en ressurs for studentene også i gruppeundervisningen. Det at det finnes en oppskrift for hva som skal gjennomgås i et møte med pasientene, og at studentene kjenner denne oppskriften, utgjør er en ressurs for å oppnå det substansielle målet om læring.

Imidlertid kan bruk av prejournalen komme i konflikt med studentenes seremonielle mål. Dette gjelder særlig i mottaket, der studentene har med seg en ferdig utskrevet prejournal. Her opplevde jeg flere ganger at studenten ble ”bundet til manus”, og at dette gjorde at de

fikk merkbart dårligere kontakt med pasienten på det seremonielle planet. Møtene mellom pasienter og studenter følger aldri et helt fast mønster. De samme grunnleggende temaene og sekvensene gjentar seg hver gang, men som i ethvert møte mellom to eller flere aktører, vil aktørene underveis improvisere og styre samtalen i andre retninger enn den som står i manus. Ved en del tilfeller hendte det at pasienten fortalte om noen av punktene i prejournalen før de ”kom på programmet” og studenten spurte om dem. Noen av studentene endte da med å stille spørsmål om noe pasienten allerede hadde fortalt om tidligere:

S: Hva jobber du med?

P: Barnehageassistent

S: Åja, det sa du ja.

Dette skapte innimellom problemer for studentene, og da på to måter. For det første framsto de selv som sløve, dumme eller uoppmerksomme, fordi de ikke hadde fått med seg det pasienten sa. Dette ble, som i eksempelet over, understreket av at de gjerne underveis i spørsmålet eller rett etter at de hadde stilt det, kom på at dette var noe som allerede var fortalt. For det andre kunne man merke på pasientene at de ikke likte å måtte fortelle om ting flere ganger. Det var skadelig for deres verdighetsprosjekter ikke å bli hørt og lyttet til av studentene, og særlig når det de hadde fortalt tidligere var personlig, og kanskje vanskelig å snakke om. I de verste tilfellene kunne pasientene til og med markere at de mislikte studentenes ”manglende oppmerksomhet” ved å si: ”Dette har jeg allerede sagt.” Prejournalen kan altså tjene som ressurs for å oppnå målet om læring, som innebærer å få så mye relevant informasjon som mulig, men kan i enkelte tilfeller også skape vansker med å nå seremonielle mål om verdighet for begge parter i møtene mellom pasienter og studenter.

Studentenes personlige ressurser

Studentene kan i tillegg til de situasjonelle ressursene benytte seg av personlige ressurser for å nå sine mål i samhandlingen med pasientene. Det man kan kalle studentenes grunnleggende personlige ressurs, er evnen til å lytte til pasienten og til å fortolke hva som skjer på riktig måte. Klarer studentene å være oppmerksomme overfor pasientene og få med seg små tegn og hint hele veien, vil det være enklere for dem å benytte ulike personlige ressurser som ledd i strategier for å få samhandlingen med pasientene til å gå godt samtidig

som de lærer noe. Evnen til å lytte og fortolke må trenes opp, men pasientene bruker også tegn og hint fra dagliglivet, og dermed koder som studentene kjenner fra før. I de følgende avsnittene vil jeg beskrive en del individuelt baserte ressurser studentene kan benytte seg av. For alle gjelder at deres verdi i forhold til å studentenes seremonielle mål om respekt både for seg selv og pasienten, er avhengig av at studentene er sensitive og bruker ressursene på en måte pasienten kan akseptere.

Tillærte ressurser

Når studentene undersøker pasientene, bruker de både medisinsk utstyr og undersøkelsesteknikker der de gjør bruk av sine egne hender. Det medisinske utstyret er vanligvis reflekshammer, stetoskop og lykt. De mest brukte undersøkelsesteknikkene er palpering og perkutering. Palpering er å føle med fingrene. Denne undersøkelsesmetoden brukes både til å undersøke om pasienten er øm, og til å kjenne etter om indre organer er forstørret eller på galt sted. Perkutering er å holde to fingre mot pasientens hud, mens man trommer på dem med langefingeren på den andre hånden. Denne undersøkelsestypen brukes også til å undersøke om indre organer er forstørret eller ligger på galt sted. I så fall vil man høre en demping, som kontrast til den mer ”hule” lyden man hører der det ikke ligger organer.

Undersøkelsen er en øvelse i nettopp å bruke det medisinske utstyret eller hendene på riktig måte for å få svar på hva som feiler pasienten. Dermed er undersøkelsen en sentral del av møtet for studentene for å oppnå målet om læring. De diskuterer ofte seg imellom hva de har hørt i stetoskopet, eller de lytter flere ganger. Ofte hører eller kjenner én noe og den andre ikke. Andre ganger kan det være studenten må be pasienten om å få lytte igjen:

Til slutt sier studenten: Jeg må få lytte litt til på brystet ditt, det var så vanskelig å høre, eller ikke så vanskelig å høre, men jeg er litt usikker på hva jeg hørte. Han lytter, og ber pasienten holde pusten. Han takker og er fornøyd med det.

Denne studenten håndterte det seremonielle problemet som oppsto ved å måtte gjenta lyttingen på brystet fint, men det er viktig seremonielt å ha en viss grad av kontroll over teknikkene og utstyret.

Nettopp det at bruken av undersøkelsesteknikker er en øvelse, kan sterkt redusere pasientens verdighet. I neste kapittel vil jeg komme inn på en del strategier pasientene benytter seg av i

undersøkelsen, mens jeg her vil beskrive hvilken betydning studentenes ferdighetsnivå i undersøkelse og bruk av utstyr har. Det å trene på undersøkelsesteknikker på pasienter, kan være å tingliggjøre pasienten. I noen tilfeller der jeg var med, kunne undersøkelsen ta form av en teknisk øvelse. Særlig gjaldt dette i gruppeundervisningen. Studentene gjennomførte gjerne undersøkelsen først, og så snakket de en del seg imellom om teknikken og om de hadde fått det tekniske til eller ikke. Dette må til for å lære, men samtidig kan det virke skadelig for pasientens verdighet. Noen ganger viste studentene tydelig, ved at de snakket sammen om det tekniske gjennom hele undersøkelsen, eller ved at de nesten ikke undersøkte pasienten, men bare snakket om ulike teknikker, at det var det tekniske som var viktigst. Som oftest var imidlertid konsentrasjonen om det tekniske noe studentene brukte litt tid på etter undersøkelsen, dersom det var noe de var usikre på. Uansett er konsentrasjon om det tekniske negativt for pasientens verdighet, studentene får pasienten til å framstå som et øvelsesredskap, ikke som et verdig selv. Ved at studentene rett etter undersøkelsen konsentrerer seg om teknikken, og ikke hva de har funnet på pasientens kropp, skifter de posisjon; altså det Erving Goffman kaller *footing* (Goffman 1981). I en kort stund er ikke lenger situasjonen en transponering av et møte mellom lege og pasient, men blir en diskusjon mellom studentene om teknikk, og dermed blir pasienten ikke lenger "pasient", men en forsøksperson som studentene trener teknikker på. Det må sies at dette skiftet i posisjon er svært kortvarig de gangene det skjer. Her oppstår det altså noen ganger en målkonflikt: Pasientene kan ikke samtidig oppnå både målet om verdig samvær og målet om læring ved å bruke samme ressurs.

Legerollen og studentenes tanker om den

Det å kunne reflektere over legerollen og å bruke den for å oppnå substansielle og seremonielle mål, er en viktig ressurs for studentene. Det finnes flere ulike måter å være lege på, og studentene må arbeide med en personlig stil og framtoning som leger. Samtidig må de øve seg på å framstå som leger i det hele tatt, og de bruker det å framstå som leger til å oppnå substansielle og seremonielle mål i samhandlingen med studentene. I dette avsnittet vil jeg beskrive hvordan studentene selv ser på legerollen og sin bruk av den. Dette har betydning for hvordan de kan bruke legerollen som ressurs for å oppnå sine mål.

For å tre inn i legerollen gjør studentene en del forandringer, også i sin ytre framtoning. Noen forandringer er påkrevet, for eksempel hvit uniform, andre ser det ut til at studentene

til en viss grad pålegger seg selv. Ofte ser det ut til å være tabu å vise for mye personlig stil, i alle fall av visse typer. En student forklarer i gruppeintervjuet:

S: Man skal være i orden... Man er ikke bare seg selv, (...) man representerer en hel profesjon, som folk må ha tillit til. Og som må være skikkelige folk. For å si det sånn. Og jeg har også reagert selv, det må jeg si, på medstudenter som har kommet til bedsideundervisning²⁶ for eksempel, (...) ikke i sånn helhvitt med bukse og skjorte innenfor, vi gikk bare med frakken oppå vårt eget tøy, og når det da går jenter med en topp som ender rett under puppene, og med skikkelig lav bukse og har en mage med piercing og sånne ting, og så bøyer seg over pasienten, med åpen frakk, det synes ikke jeg noe om. (...) det er ikke sånn jeg oppfatter legerollen (...), for da blir man for mye på en måte ung jente på byen.

Man kan fortolke dette som hensyn til pasienten, men jeg mener regler av denne typen bunner i studentenes egne oppfatninger av hvordan man skal oppføre seg og se ut som lege. Hele innledningen i sitatet over legger vekt på profesjonen og tilliten til den, mens hensynet til pasienten ikke nevnes. Mye kan tyde på at det hersker ganske streng selvjustis. Studenter jeg har snakket med, sier at det er uvanlig å påtale opptreden som ikke er legeaktig hos medstudenter, men de sier altså at de selv retter seg etter en del regler for legeaktig atferd. For studentene er det et mål i seg selv å lære seg å oppføre seg som leger. Man kan kalle det et seremonielt aspekt ved målet om læring. Samtidig er det viktig både som substansiell og seremoniell ressurs for studentene at de kan presentere seg selv mest mulig legeaktig overfor pasientene. Ved at studentene framstår som leger, knyttes hele transponeringen nærmere an til møter mellom leger og pasienter, og øvelsen får dermed karakter av å virke mer virkelig. Det er også interessant at studentene kan tenkes å ha mer bruk for å virke legeaktige i mottaket enn i gruppeundervisningen, siden de er mer ”ordentlige leger” i mottaket:

S: (...) jeg har hatt langt hår, før, det syntes jeg var veldig [Studenten sier ikke hva det var veldig, men det var i alle fall negativt], (...) spesielt i akuttmottaket, hvor det er de situasjonene hvor vi har vært nærmest å være lege, så jeg klippet håret litt kortere, og jeg barberer meg og sånn (...).

Studentene møter altså krav i tillegg til en nyttig ressurs i det å framstå som leger. For å kunne framstå som troverdige leger, og på den måten best mulig dra nytte av ressursen å

²⁶ Bedsideundervisning er en samlebetegnelse på undervisningsformer der studentene går rundt til pasienter på avdelingene.

framstå som lege, må de rette seg etter en del forventninger. Jeg har ikke i mine data noe som kan gi svar på om disse forventningene er reelle forventninger pasientene har til legerollen, eller om det (bare) er noe studentene selv tror på og følger. Uansett følger studentene en viss profesjonell kode, og at de er ganske artikulerte i forhold til den del aspekter ved den.

Studentene lærer seg også en spesiell legeteknikk for kommunikasjon med pasientene. De lærer tidlig noen standardspørsmål og å stille dem på en bestemt måte. Deler av undervisningen er nettopp rettet inn mot kommunikasjon med pasienter. Formuleringsmåten må kunne sies å hente mye fra formen i intervjuer. Bruken av standardiserte spørsmål markerer at situasjonen er formell, og at studentene har en spesiell og definert oppgave som informasjonsinnsamlere. Studentene vil gjerne ha pasientene til, på eget initiativ, eller med egne ord, å fortelle selv om ting studentene er interesserte i. Dermed ser standardspørsmålene ofte slik ut:

Hvordan er det med...?

Kan du fortelle meg litt om...?

Så vil jeg gjerne spørre litt om fordøyelsen, har du noen problemer med...?

Kunnskap om denne måten å stille spørsmål på er en ressurs. Ved å nyttiggjøre seg intervjusjangerens form, får studentene pasientene til å svare på det de vil vite. Studentene trekker på teknikker i kulturell praksis for å oppnå sine mål; intervjusjangeren er godt kjent, blant annet fra mediene, og pasientene vet godt hvordan denne typen av spørsmål skal besvares. Spørsmålene er dessuten ofte utformet slik at pasientene oppfordres til å fortelle med sine egne ord, og på den måten gis de en mulighet til å arbeide med sine verdighetsuttrykk.

Humor og utenomsnakk som ressurs

I samværet med pasientene bruker studentene også det de kaller "å være seg selv" (som motsats til "å være lege"). En student forklarer:

S: (...) det er veldig vanskelig å møte mennesker uten å være seg selv. Og hvis man spontant reagerer på noe med forferdelse eller med latter, eller sånne ting, altså for eksempel det å kunne ha det humoristiske sammen med pasienter opplever jeg som

viktig, og jeg synes også at da får man en god kontakt hvis man kan le av det samme og sånne ting (...)

Som seremoniell ressurs er altså det personlige innslaget viktig for studentene. Ved å være seg selv, vil studentene også få mer ut av samhandlingen. Den måten studentene oftest gir av seg selv på, er ved å engasjere seg i utenomsnakk. De går utover det som står i prejournalen, og begynner i stedet å småprate eller spøke med pasientene. Et eksempel er denne episoden som kommer i forbindelse med det obligatoriske spørsmålet ”hvordan er ditt forhold til alkohol?”:

P: Jeg liker Campari, det er jo som vin, det, og så drikker jeg det med soda. Det synes jeg er godt, det drikker jeg kanskje to-tre ganger i uken. Også rødvin og hvitvin drikker jeg. Men det er jo ikke noe morsomt å drikke alene, vet du...

S: Nei, du skulle kanskje invitert barnebarnet ditt, hun som var her, til å drikke Campari og soda sammen med deg?

P: Nei, hun vil ikke ha Campari...

S: men kanskje rusbrus, da, at dere kunne drikke de sammen, det er det det skal være nå.

P: Kanskje det. Men det er jo søtt, så det er ikke det samme som Campari og soda da, det er ikke brus.

I dette tilfellet faller ikke studentens forsøk på å gi av seg selv helt heldig ut. Pasienten henger ikke med på invitasjonen til utenomsnakk, og avviser studentens forsøk flere ganger. Det er dette som er det vanskelige med ressursen å gi av seg selv, det er plutselig opp til pasienten om studentens forsøk på å gi av seg selv er godt eller dårlig, og om studenten skal få lov til å benytte ressursen.

Utenomsnakk er en ressurs for både studenter og pasienter. Seremonielt kan utenomsnakk brukes til å gjøre møtet mer hyggelig. Samtidig representerer det en trussel mot studentenes mål om læring. De har uansett en begrenset tid sammen med pasientene, og dermed blir det viktig for dem å balansere mengden utenomsnakk.

Konklusjon: Målkonflikter kan løses

Studentene kan altså komme opp i målkonflikter, og det er viktig at de balanserer mellom bruken av ressurser, slik at de kan oppnå både substansielle og seremonielle mål. I dette kapitlet kan det se ut som om målkonflikten er umulig å løse. For å understreke målkonfliktene og virkningene av dem, har de blitt nevnt mye i dette kapitlet. I virkeligheten går det som oftest bra, og studentene klarer å oppnå sitt substansielle mål om læring samtidig som de i samarbeid med pasienten, gjør møtet til et møte mellom verdige selv.

Ved hjelp av strategier kan studentene også kombinere forskjellige ressurser, og stille seg i ulike posisjoner i situasjonen. På den måten kan de arbeide med både de substansielle og de seremonielle målene samtidig. Studentene kan også gjøre bruk av strategier for å løse eventuelle målkonflikter.

6. Bruk av strategier. Samarbeid og konflikt om mål

I møtene mellom legestudenter er det mye som formes i hvert møte, hvert møte er spesielt, og dermed kan man tydelig identifisere strategier som studentene og pasientene benytter seg av. En mulig forklaring på dette særtrekket ved møtene mellom pasienter og studenter, er at dette er situasjoner som de samme aktørene ikke gjentar mange ganger. De ferdigutdannede legene møter gjerne mange pasienter hver dag, og de utvikler en bestemt stil i samtalene med pasientene (Storvik 1996). Til en viss grad kan man tenke seg noe liknende for pasienter som ofte er syke.²⁷ Sannsynligvis vil de utvikle et personlig forhold til fastlegen sin, og en særegen måte å snakke med andre leger på. Når man ikke vet nøyaktig hvem man forholder seg til, slik tilfellet er i møtene mellom pasienter og studenter, vil kanskje ikke disse faste rutiniserte handlemåtene være så anvendelige. Pasientene kan være usikre på hva et møte med en student innebærer og hvordan det gjøres, de kan være usikre på hva studentene vet om deres sykdom og situasjon, og hva studentene kan og ønsker å få ut av det de forteller. I samtale med en lege, derimot, vil pasientene kunne kreve og forvente at legen har god innsikt i sykdommen, og at dersom legen ikke stiller videre spørsmål, har hun forstått hva pasienten forteller. Studentene, på sin side, mangler erfaring i hva som er vanlig praksis med hensyn til hvilke grenser som gjelder når en lege og en pasient møtes. Det at situasjonen er relativt ukjent for begge de to partene, og at de ikke har forutsetninger for å vite hva den andre forventer av dem og har grunn til å forvente av dem, skaper et mindre fast grunnlag for samhandlingen enn det man kan tenke seg er grunnlaget for en vanlig relasjon mellom en lege og en pasient. Igjen kan man si at dette bunner i situasjonens karakter av å være en transponering (Goffman 1986): En øvelse som deler kjennetegn med en annen situasjon, men der de ulike elementene har en annen betydning.

I dette kapittelet vil jeg beskrive strategier studentene og pasientene følger, og også hvordan de samarbeider om felles strategier og motsatt hvordan de konfronterer hverandre strategisk. Det er viktig å understreke at dette ikke er en fullstendig typologi over strategier, at strategiene som er beskrevet ikke er gjensidig utelukkende, og at en del strategier kan

²⁷ Mange av de pasientene jeg møtte hadde vedvarende problemer og lang erfaring fra helsevesenet.

kombineres med hverandre eller brukes i samme møte uten at de nødvendigvis oppveier hverandre.

Pasientenes strategibruk

For å klargjøre hva jeg mener med pasientenes strategier (i dette tilfellet for å oppnå verdighet) kan vi gå tilbake til hårvaskeksempelen fra kapittel fire. Som svar på spørsmålet om hva som plager henne, svarer infarktpasienten:

P: Jeg er så skitten på håret, jeg har vært syk i tre uker, og har ikke fått vasket håret én gang. Jeg føler meg så skitten.

I kapittel fire skrev jeg at pasienten ved å komme med dette svaret fokuserer på verdighet, rettere sagt mangel på mulighet for verdighetsuttrykk. Ved å benytte seg av ressursen ”kjennskap til den sosiale koden renslighet” og å vise at hun kjenner den, forteller pasienten om sin *egentlige* verdighet, som det å være innlagt har tatt fra henne muligheten til å vise slik hun vanligvis gjør, ved å være velstelt. Man kan forstå det pasienten sier som: ”Dere ser nå en annen utgave av meg enn den jeg hadde vært hvis jeg ikke hadde vært innlagt her”.

Et særtrekk ved hvordan pasientene kan handle strategisk i møter med studenter er at det ikke finnes noen fasit for hvordan man kan oppnå suksess. Pasientene kan oppnå målet om verdighet på ulike måter, ved å ”føye seg” og oppføre seg som pasienter, men også ved å innta andre posisjoner overfor studentene der de selv i ulik grad kontrollerer situasjonen og hva som skal snakkes om, hva som er relevant informasjon og hvilken fortolkningsramme man befinner seg i. Fordi studentene skal lære, har for eksempel pasientene muligheten til å være ”lærere”. I de neste avsnittene vil jeg diskutere ulike pasientstrategier.

Strategier for kontroll

Pasientene kan bruke ulike strategier for å oppnå kontroll i situasjonen. Med kontroll mener jeg at pasientene får en viss makt til å definere hva det er som foregår, og på den måten også i større grad enn de ville kunnet i vanlige møter mellom leger og pasienter, får muligheten til å presentere seg selv som noe mer enn syke og innlagte. I slike strategier kan de dra nytte av ulike ressurser. En viktig ressurs er kunnskap. Den vanligste ressursen pasientene benytter seg av som ledd i kontrollstrategier, er å fortelle den medisinske sykdomsfortellingen. Denne

fortellingen forutsetter kunnskap om sykdommen, og at pasienten har en medisinsk forståelse av, og terminologi til å beskrive, sin egen situasjon. Ved hjelp av den medisinske sykdomsfortellingen, viser pasientene studentene at de selv er interessert i sin egen sykdom, og at de har gått gjennom en del arbeid for å sette seg inn i sin egen situasjon. Dessuten kan de med kunnskap, som en del ganger er mer detaljert enn studentenes, gjøre seg selv til autoritet i samtalen om sykdommen. Dermed kan de i ytterste konsekvens få status som ”lærer” i situasjonen.

Noen få har gjort sykdom og sykdomsformidling til en del av livet sitt. En hiv-pasient var den jeg møtte som tydeligst benyttet lærerstrategien, og hun hadde jobbet mye med å formidle informasjon til andre om sykdommen sin. Hun åpnet samtalen med studentene ved å si:

Jeg er HIV-positiv. Og stoffmisbruker, men jeg har vært på metadon i tretten år nå, og det har gått fint med unntak av noen få krumpring. Men vi har visst dårlig tid (...). Kanskje det er best om dere bare stiller meg spørsmål om det dere lurer på?

I resten av samtalen var det likevel pasienten som førte ordet. Hun fortalte med innlevelse om sin sykdom og sin livssituasjon, og studentene lyttet interessert. I stedet for den vanlige gjennomgangen av standardspørsmål og undersøkelse, fikk denne undervisningsbolken karakter av å være et foredrag. HIV-pasienten hadde også en ”spennende” sykdom, en sykdom som er interessant for studentene, men som det er sjelden de ser. Denne pasientens kunnskap om sykdommen og det at sykdommen var interessant for studentene, bidro sammen til å gjøre strategien med å ta kontroll vellykket for denne pasienten. En del andre pasienter viste også at de kunne mye om sykdommen sin, men var ikke så profesjonelle sykdomsformidlere. Noen hadde selv arbeidet i helsevesenet og kunne bruke faguttrykk, andre hadde lest mye om sykdommen sin og kunne fortelle og diskutere sykdommen med studentene. Det finnes tidligere forskning som tyder på at Aids pasienter ofte er spesielt kunnskapsrike om, og engasjerte i sin egen sykdom (Nettleton 1995: 137).

Å kommunisere åpent om sykdommen og om seg selv er en måte for pasienter å fortelle om ansvar på. De viser at de har satt seg inn i sykdommen, og dermed at de bryr seg om hva som feiler dem. På mange måter går de da på grensen mellom å være pasient og å være lærer. Kunnskapen setter dem i stand til å veilede studentene gjennom samtalen og undersøkelsen. De kan komme med opplysninger studentene ikke spør om, og under

undersøkelsen kan de si ”kjenn her”, eller ”dette synes mange er veldig spesielt”. Selv om studentene skal være leger også når pasientene opptrer mer som lærer, gir det pasientene innflytelse på en annen måte enn hvis de ”bare” er pasient. Det gir dem også mulighet til distanse fra pasientrollen (Goffman 1961); de kan analysere og drøfte sin egen sykdom. Ved å fortelle om sykdommen sin, kan de også grunnleggende spesielle ting som skjer med kroppene deres. Det gjør det nok lettere for en del pasienter å øve innflytelse i situasjonen når de har denne distansen. Gjennom på denne måten å influere i situasjonen kan pasientene framstå som verdige, de kontrollerer og forstår det som skjer med dem. Det motsatte ville være å framstå som uvitende offer for en sykdom. Her kan man snakke om to ulike måter målet om verdighet oppnås på. For det første gir kunnskap og refleksivitet et inntrykk av verdighet i seg selv. For det andre gir den kontrollen over situasjonen pasientene noen ganger får i slike tilfeller pasienten muligheten til å fortelle om sykdommen på helt egne premisser, og dermed til å presentere seg selv og sitt forhold til sykdommen akkurat slik de måtte ønske.

Samarbeidsstrategier

En annen verdighetsstrategi pasientene ofte lykkes med, er å innrette seg etter studentens ønsker. Det kan fungere fint for pasientene å spille med, å innta den ”klassiske” pasientrollen (se for eksempel Szasz og Hollender 1956 for en typologi over lege-pasientrelasjoner), og dermed å la studenten styre situasjonen som hun vil. Dersom pasienten benytter seg av denne strategien, vil hun måtte vise verdighet innenfor rammene av det som forventes av en pasient. Jeg har valgt å kalle denne typen av strategier for samarbeidsstrategier, fordi pasientene samarbeider og oppfører seg pasientaktig, men likevel utstråler verdighet.

Den mest gjennomførte bruken av samarbeidsstrategier hos pasientene finner man gjerne i undersøkelsesdelen av møtet mellom pasient og student. Dette er kanskje fordi undersøkelsen er en særegen del av møtet, i og med at kommunikasjonen som foregår under undersøkelsen er vesentlig ulik kommunikasjonen i samtalen. Jeg la tidlig i feltarbeidet merke til det skiftet som kom i relasjonen mellom student og pasient idet møtet skifter karakter fra å være samtale til å bli undersøkelse. Pasienten kommuniserer ikke lenger hovedsakelig ved hjelp av ord, men ved hjelp av kroppen. Overgangen markeres gjerne ved at studenten sier ”og så skal jeg bare undersøke deg litt”, eller det kan være formulert mer som et spørsmål: ”Nå vil jeg gjerne undersøke deg litt, kan jeg få lov til det?” Dette er egentlig et retorisk spørsmål, i den forstand at pasienten alltid svarer ja og også har

samtykket på forhånd. I forbindelse med dette skiftet skjer det en del viktige endringer av relasjonen.

Den grunnleggende endringen som skjer i overgangen fra samtale til undersøkelse, er måten kommunikasjonen foregår på. Nå foregår kommunikasjonen i første rekke mellom studentens sanser og pasientens kropp. Pasientene blir bedt om å formidle smerte og om for eksempel sette seg opp og puste dypt med åpen munn eller å gape opp og si ”aaaa”. Ellers er det for det meste ganske stille. Ofte forteller studentene hva de skal gjøre: ”Nå skal jeg lytte på hjertet ditt”.

Ved at det nå er pasientens kropp som står som den sentrale representanten for pasienten, er situasjonen forandret. Innenfor det medisinske forklaringsparadigmet, der skillet mellom kropp og ånd (sjel) har blitt beskrevet som grunnleggende (se for eksempel Nettleton (1995: 3)) blir de kroppslige sykdomstegnene svært viktige når studentene undersøker pasientene. (Disse skal selvfølgelig sammenholdes med det pasientene har fortalt i samtalen).

Undersøkelsen er den delen av møtet mellom pasient og student der pasientene hovedsakelig er passive givere av inntrykk, og i liten grad bevisst selv uttrykker seg. De har altså liten kontroll over inntrykkene studentene får av dem i den fysiske undersøkelsen. Pasientene understreker dette ved å vise tegn på å ikke være til stede som bevisste selvuttrykkende selv i situasjonen. De stirrer gjerne ut i lufta med tomme blikk. De snakker ikke hvis de ikke blir snakket til, og de lar studentene flytte rundt på kroppen deres for å tilrettelegge for undersøkelsen. Også hvordan en del pasienter besvarer forespørselen om å bli undersøkt, tyder på denne vektleggingen av det fysiske som pasientene ikke har kontroll over. Mange svarer ”vær så god”, eller ”bare undersøk i vei”. I stedet for å signalisere aktiv deltakelse i undersøkelsen gir de studentene tilgang til kroppene sine. Man kan altså si at pasientene gjennom måten de forholder seg til den fysiske undersøkelsen, aktivt signaliserer at de gir opp kontrollen over inntrykkene kroppene deres avgir til studentene.

Dette kan sies å være en samarbeidsstrategi fordi pasientene underlegger seg det medisinske forklaringsparadigmet ved å godta undersøkelsen, og på ulike måter å signalisere at de går over fra aktivt å gi uttrykk til mer passivt å avgi uttrykk. Skillet mellom aktivt og passivt er i seg selv også en viktig verdighetsstrategi for pasientene, de signaliserer at kontrollen over inntrykkene de avgir er ute av deres kontroll.

Strategier for ros og misnøye

Pasientene er ofte faste brukere av helsevesenet. Mange uttrykker hvor fornøyde de er med behandlingen de får. For det første viser pasientene at de er fornøyde gjennom å fremstå som vennlige og hjelpsomme. For eksempel er de høflige overfor studentene. De sier ”bare kom inn” og hvis de blir spurt om det passer dårlig svarer de at ”nei, det går helt fint, bare hyggelig med studenter”. De fleste sier seg også villig til å bli undersøkt, og de forteller gjerne studentene om sykdommen sin. For det andre er det ikke uvanlig med mer direkte uttalt skryt. I mottaket sa en eldre dame til studenten:

P: Det er fint med studenter. Vi trenger dere.

En annen pasient sa:

P: Jeg treffer bare fine folk, jeg skal skrive et brev til han Høybråten²⁸ og protestere, for det er ikke dere det er noe galt med, her har jeg bare fått topp service hele veien.

Ros er ofte (som i det andre eksempelet over: ”det er ikke dere det er noe galt med”) direkte rettet mot dem som er til stede, selv om det ikke nødvendigvis er de tilstedeværende som gjør at pasientene er fornøyde. Studenter jeg har snakket med, forteller at de liker å få ros av pasientene. Dette tydet på at de ikke definerer rosen som de maktløses ros, men ros som betyr noe. En student fortalte meg om en gang de gikk gjennom korridoren. To pasienter satt sammen og pratet, og idet toget av studenter gikk forbi, sa den ene halvhøyt: ”Der går en flokk med hvite engler”. Dette var ikke konkret ros til studentene som gikk forbi, men en hyggelig oppmuntring i hverdagen.

Gjennom å uttrykke at de er fornøyd med tjenestene de mottar, sier pasientene mye om seg selv. Det at de setter seg i en posisjon til å rose, forteller at de ikke bare er passive brukere av et system, men at de benytter seg av et system som er deres, og som de har rett til å vurdere. Referansen til aktuell politikk, kan man i ytterste konsekvens fortolke som en understreking av eierskapsforhold i demokratiet: Høybråten sitter på kontoret sitt og bestemmer, men vi brukerne vet bedre, og det har jeg tenkt å fortelle ham. Ved å sette seg i en posisjon der de kan vurdere sin egen behandling, produserer pasientene verdige selv. Bruk av ros har en fordel til: Det gir pasientene velvilje hos studentene og læreren.

²⁸ Dagfinn Høybråten, helseminister 2001-2004 (KrF).

Noen pasienter klager, ofte med god grunn, de kan ha smerter, eller møte på urimelige og uløselige problemer i helsevesenet. Mange studenter misliker pasienter som klager for mye og for høyt. Disse pasientene gir uttrykk for at det er synd på dem, de er syke og svake, og de burde få bedre behandling enn den de får i dag. Klagene går som oftest ikke på enkeltpersoner, men på systemet som sådant, som behandler dem dårlig. Pasientene er sjelden kritiske til personer som er i rommet. En pasient klaget for eksempel på at det ikke lenger var røykerom på sykehusene og fortalte følgende (med mine ord):

Pasienten snakker også en del om røyking. Hun forteller om lungeavdelingen, og om hvor det var røykerom før. Der pleide hun å sitte, og der pleide mange som ikke røyket å komme inn, for de hadde det så hyggelig der. Men det må ha luktet helt forferdelig, nå merker jeg jo veldig godt hvordan det lukter av folk som røyker, tenk bare på hvordan det må ha være hver gang noen åpnet døren inn til røykerommet.

Nå var det annerledes. Sist hun hadde vært inne, for lårhalsbrudd, hadde hun på krykker vært sammen med tre andre, to i rullestol, en med rullator, ute på en balkong for å ta en røyk. Det snødde den dagen, og det var veldig kaldt. Pasienten mener det var bedre før, da man kunne røyke inne.

En annen pasient mente:

P: Det er det jeg misliker ved å være i helsevesenet. Nå må jeg legges inn, selv om jeg gjerne ville sove hjemme, så må de bruke penger på at jeg skal ligge her. Bare for et røntgenbilde²⁹.

Misnøyen er ofte med politikere, ordninger i helsevesenet, ledelse og kanskje med leger som styrer avdelinger. Pasientene kan også uttrykke misnøye med seg selv og sin egen situasjon. Når klaging og misnøye forekommer, er det altså sjelden over noe de som er til stede kan gjøre noe med der og da. Det er ikke derfor pasientene uttrykker denne misnøyen. Klagene formidler informasjon om pasientenes selv i situasjonen. For det første er det en fare ved dette, de kan framstå som klagere, notoriske sutrepaver som klager uansett, og som har liten eller ingen verdighet. Men de fleste pasientene unngår dette. Måten klagene framføres på, gjør at de formidler noe annet. De formidler gjerne at de hadde fortjent å ha det bedre. Det er

²⁹ I dette tilfellet måtte pasienten legges inn fordi man på grunn av kapasitetsmangel på sykehuset prioriterte inneliggende pasienter, mens polikliniske pasienter må vente. I det aktuelle tilfellet ville pasienten hvis hun ble lagt inn samme dag, få tatt bildene dagen etter, mens hun ville måtte vente i flere uker hvis hun ikke ble lagt inn.

ikke deres feil at de er syke, og som enkeltindivider i et stort system støter de på problemer som de ikke kan løse selv, og som det virker som om ingen andre kan løse heller. Dette uttrykker også en form for verdighet: Pasientene uttrykker at deres verdighet er krenket av det å være innlagt, og å måtte rette seg etter krav fra institusjonen. Samtidig uttrykker de at de vet at det ikke er de som er til stede som er skyld i krenkelsene. De påpeker altså krenkelser mot sin egen verdighet, og forsøker samtidig å unngå å krenke de andre tilstedeværendes verdighet.

Normaliseringsstrategier

Pasientene bruker normaliseringsstrategier for å framstille sin egen tilstand som normal. Pasientene jobber ofte med å understreke at sykdommen er noe ytre som har rammet dem. De sier og gjør ting som uttrykker at de er noe mer enn pasienter, for på den måten å oppnå verdighet som pasienter og verdighet knyttet til et selv med andre hovedkjenntegn.

Ulike sykdommer vil utgjøre ulike trusler mot pasientenes selvforståelse. Mange blir rett og slett gamle. Det fører til at helsa skranter, man blir mer hjelpeløs, og alt dette til sammen utgjør en trussel mot verdigheten. Andre har forbigående sykdommer, kanskje mindre skader etter ulykker (brudd og liknende), som man vet med stor sannsynlighet vil gå over innen en gitt tid. En tredje gruppe er de som har en vedvarende og alvorlig, kanskje livstruende sykdom, det kan være for eksempel kreft eller hjerteproblemer. Inntil videre vil det være nok å se alle sykdommer under ett, som uttrykk for det samme: Noe ytre som pasienten er angrepet av. For å oppnå målet om verdighet må pasientene konfrontere den trusselen sykdommen utgjør.

Pasienten i kapittel fire som hadde problemer med å snakke, men som likevel slo fast at han ikke kom til å bli sliten, fulgte en normaliseringsstrategi. Han var villig til å strekke seg langt for å delta til tross for problemene med å snakke. En annen vanlig normaliseringsstrategi er å fortelle om motstand mot sykdommen og om taperhet, om hvordan man i det daglige bestreber seg på å gjøre så "vanlige" ting som mulig.

Det er ikke bare i samtalesituasjonen pasientene har strategier for normalisering. Imidlertid fratas pasienten mange muligheter til dette i forbindelse med den fysiske undersøkelsen. Spesielt viktig er poenget om at det er lite verbal kommunikasjon mellom studenter og pasienter i løpet av undersøkelsen. Dette medfører at pasientene må bruke andre teknikker

her, for å få fram liknende poenger som dem de får fram med ord i samtalesituasjonen. Det er vanlig at studentene spør pasientene om det gjør vondt når de undersøker dem, og de ber pasientene si fra hvis det er ubehagelig. Likevel er det sjelden pasientene sier fra, det er mer vanlig å ”bite tenna sammen”, dersom smertene ikke blir for store, slik de vanligvis ikke blir i forbindelse med de undersøkelsene jeg har vært med på³⁰:

Studenten begynner å perkutere pasientens mage. Etter et par slag ser studenten at det rykker litt i pasientens ansikt, og han spør om det gjør vondt.

P: Det gjør litt vondt, men jeg sier fra.

Ved å understreke at det går bra med litt smerte, sier pasienten at hun gjerne vil være til assistanse, selv om det gjør såpass vondt å bli undersøkt at hun får rykninger i ansiktet. Hun forteller også at hun er selvstendig nok som individ til å si fra når det er for mye smerte.

Disse eksemplene kan sees som motstand fra pasientenes side mot presset de har på seg om å være svake og syke pasienter. De uttrykker at de er voksne mennesker som nok vet å si fra når de har problemer med å gjennomføre det de blir bedt om. Normaliseringsarbeidet er verdighetsarbeid: Pasientene understreker sider ved deres selv som er truet av sykdommen og sykehuset, og på denne måten opparbeider de verdighet både for seg selv og i forhold til studentene.

Studentenes strategibruk

På samme måte som studentenes ressurser er ulike fordi de har andre mål med samhandlingen enn pasientene, benytter de seg også av andre strategier for å nå målene. Studentenes strategier reflekterer at de både har instrumentelle og seremonielle samhandlingsmål.

Ved å gjøre møtet med pasienten så medisinsk som mulig kan studentene oppnå sitt instrumentelle mål om læring. Dette målet kan sies å ha to nivåer. For det første skal studentene lære, og som ledd i dette skal de samle informasjon om pasientene. Med å gjøre

³⁰ Med dette mener jeg ikke å si at undersøkelsene ikke kan være smertefulle, men at pasientene ikke gir uttrykk for smerte. For friske mennesker er de undersøkelsene som gjøres i de møtene mellom legestudenter og pasienter jeg har vært med på, smertefrie.

møtet medisinsk, mener jeg at studentene i størst mulig grad framstår som leger, og at de styrer samtalen inn i medisinsk terminologi og medisinsk forståelse.

Strategier for å lukke seg inne med faget

Den fasen av møtet der det medisinske og innsamling av medisinsk informasjon foregår i sin reneste form, er i undersøkelsen. I avsnittet om pasientene beskrev jeg hvordan pasientene gjør seg til kropp under den fysiske undersøkelsen. Parallelt kan man se antydninger til at studentene gjør seg om til instrument. Når de gjør de ulike undersøkelsene, ser de konsentrerte ut. De har gjerne blikket festet på kroppen til pasienten (også når det ikke er nødvendig for undersøkelsens del), eller de retter blikket stivt ut i rommet. Fraværet av verbal kommunikasjon under undersøkelsen, virker også å styrke inntrykket av studenten som instrument. Dette er en legestrategi der studentene på en annen måte enn i samtalen ”lukker seg inne med faget”. På denne måten lukker de også pasienten som selvuttrykkende person ute, og konsentrerer seg om kroppen. Dette har betydning også seremonielt, fordi studentene signaliserer gjennom det de gjør at de ikke er ute etter hva pasienten sier, men ute etter tegn på pasientens kropp, og at disse tegnene taler for seg selv, uansett hva pasienten måtte tenke om dem.

Det å gjøre seg til instrument som studentene gjør i undersøkelsen, er en ekstrem variant av det å lukke seg inne med faget. Underveis i samtalen hender det også ofte at studentene tar noen pauser for å notere medisinsk relevante opplysninger, eller de signaliserer at de tenker, ved å ta en pause i samtalen og se ut i luften. Når studentene signaliserer at de er innelukket med faget, er de utilgjengelige for annen informasjon, og det gir dem tid for seg selv til å lære og resonere. Ved å gi tydelige signaler kan de også ivareta pasientenes verdighet, signalene viser at det de driver med nå ikke er knyttet til pasientens selv, men enten til pasientens kroppslige tegn i relasjon til medisin-faget, eller bare til medisin-faget i seg selv.

Tillærte spørrestrategier

Studentene bruker også spørrestrategier for å oppnå målet om læring, eller retttere sagt for å innhente nødvendig informasjon om den aktuelle pasienten, og på den måten danne seg et bilde av pasientens sykdomssituasjon, som igjen kan være lærerikt som eksempel på en sykdomssituasjon. Spørrestrategiene er dessuten mål i seg selv, ettersom de er del av den medisinske undersøkelsesmetoden. Spørsmålene gir svar av en karakter som studentene skal

lære seg å fortolke og forstå. Spørrestrategiene er også av seremoniell betydning, fordi studentene gjennom måten de stiller spørsmål på kan legge opp til og bekrefte pasientenes verdighetsarbeid.

Under samtalen sitter studenten som snakker med pasienten nesten alltid på en stol som er vendt skrått mot pasienten. Dette gir gode forhold for å se inn i ansiktet til pasienten, som vanligvis ligger eller sitter i senga. Den skrå vinkelen er også en vanlig intervjuteknikk, den signaliserer åpenhet, men ikke en fullstendig åpenhet overfor den man snakker med (Widerberg 2001).

Studentene har fått undervisning i klinisk kommunikasjon, og en viktig del av dette faget er intervjuteknikk. Det anbefales å stille åpne spørsmål (se for eksempel Kringlen og Finset 1999: 25-27). I stedet for å lede pasientene med spørsmål som har ett bestemt svar, skal studentene i størst mulig grad legge opp til at pasientene skal fortelle med sine egne ord og i sin egen rekkefølge. Et eksempel på et åpent spørsmål er det spørsmålet som (etter en kort presentasjon) åpner de fleste samtaler mellom pasienter og studenter: ”Kan du fortelle meg litt om hvorfor du er her i dag?”. Bruken av åpne spørsmål er utbredt, men det er klart at studentene en del ganger ikke får de svarene de trenger ved å følge denne spørrestrategien, og dermed må de lukke spørsmålene mer. Vanligvis begynner studentene med et åpent spørsmål, og dersom de ikke får svar på det de leter etter på denne måten, følger de opp med mer lukkede spørsmål. Åpne og lukkede spørsmål er altså én dimensjon i klassifiseringen av spørsmål, som studentene ser ut til å bruke ganske bevisst.

Ved å begynne med åpne spørsmål framstår studentene som nysgjerrige og interesserte, men ikke ledende. De viser at de ikke er ensrettede og vil pådytte pasientene sine medisinske forklarings- og fortolkningsmåter, men at de er interessert i å høre pasientenes egen versjon. Dette gir dem verdighet, og gir også pasientene en mulighet til å framstå som verdige. Dersom det viser seg at de ikke får den medisinske relevante informasjonen de er ute etter ved å stille åpne spørsmål, lukker de spørsmålene mer, og dermed blir de mer og mer ensrettede, og prioriterer i større grad målet om læring.

Ved siden av å kunne deles inn i åpne og lukkede mener jeg spørsmålene kan deles inn etter tema. Til grunn for den medisinske undersøkelsen studentene gjennomfører på pasientene ligger den biopsykososiale modellen av mennesket (Engel 1977, for eksempel på bruk i lærebok på medisinstudiet, se Vaglum m.fl. 2000: 11-21). Det virker naturlig å dele inn

spørretemaene etter nettopp denne modellens navn, selv om modellen i seg selv er konstruert for å reflektere en måte å se på pasienten som helhet. Dette fordi det virker som om spørsmålene studentene stiller, i mange tilfeller lar seg dele inn i disse tre temakategoriene, biologi, psykologi og sosiale forhold. Når studentene stiller spørsmål i ulike kategorier, innebærer det at de framstår på ulike måter. Studentene spør om mange emner som må kunne klassifiseres som biologiske. De spør om kroppsfunksjoner, om tidligere sykdommer og om nåværende smerter. Jeg kaller disse spørsmålene biologiske, fordi de dreier seg om pasientenes kropp og deres oppfatning av dem. Felles for disse spørsmålene er at de danner grunnlaget for den fysiske undersøkelsen etterpå, på en mer direkte måte enn de andre typene av spørsmål. Når studentene stiller biologiske spørsmål er de først og fremst medisinerer på jakt etter håndfast informasjon. Hvor håndfast, avhenger av graden av åpenhet i spørsmålet.

De psykologiske og de sosiale spørsmålene er mer filtret sammen, men man kan likevel skille dem fra hverandre som typer. De psykologiske spørsmålene er kanskje de som er minst utviklet, og de som det stilles færrest av. De går mye på hvordan pasienten har det med sykdommen og med eventuelle sosiale problemer/utfordringer. De kommer gjerne som oppfølgingsspørsmål til de biologisk og sosialt orienterte spørsmålene. Eksempler på denne typen av spørsmål kan være (gitt at pasienten har fortalt om smerter i magen, for eksempel): ”Hvordan har du det med det?”. I enkelte tilfeller er det også mer konkrete spørsmål om depresjoner og liknende, men disse er ikke en fast del av prejournalen. De sosiale spørsmålene dreier seg for eksempel om livsstil, boligforhold og familie. De stilles relativt direkte i mange tilfeller, det blir for vagt å spørre pasientene bare hvordan de har det sosialt. Typiske eksempler blir dermed ”hvordan bor du?”, ”røyker du?”, ”hvordan er ditt forhold til alkohol?”. Når studentene stiller psykologiske og sosiale spørsmål, er de også egentlig medisinerer som er på jakt etter håndfast informasjon. Imidlertid er ikke dette åpenbart for pasienten, i og med at særlig det som er temaene for sosiale spørsmål har andre konnotasjoner for pasientene enn de rent biologiske spørsmålene. Når studenten spør om pasienten har smerter, er det ganske tydelig at hun er på jakt etter medisinsk informasjon, mens hun, hvis hun spør om tidligere arbeid, lett vekker andre konnotasjoner. Da framstår studenten som en som er nysgjerrig på å høre om pasientens biografi, og svarene blir ofte lengre fortellinger.

Studentene benytter intervjuteknikker for å styre samtalen på en hyggelig måte, og dermed altså også til seremonielle formål. Ved å forsøke å stille så åpne spørsmål som mulig, inviterer de til at pasientene kan fortelle og svare mest mulig på egne premisser. Det at studentene som spørre har likhet med spørre i andre situasjoner som pasientene kjenner, kanskje særlig fra media, der intervjusjangeren er mye brukt, bidrar også til å gjøre samtalen til et møte mellom verdige selv.

Empati som seremoniell strategi

Empati betyr medfølelse. At noen føler med en er noe alle mennesker trenger å vite, men det blir ekstra viktig når man er syk. Dermed blir det viktig for studentene å lære seg å være empatiske, både fordi det er en del av yrket som behandler, og fordi pasientene i en del sammenhenger forlanger det. Samtidig kan uttrykk for empati også forstås som en strategi for informasjonsinnsamling. Ved å være empatiske overfor pasientene får studentene respekt tilbake, de viser at de bryr seg, og dermed er de til å stole på. Pasientene kan åpne seg for dem. De vanligste og klareste uttrykkene for empati, kommer i samtalsituasjonen. Når pasientene forteller om noe som er trist eller vondt, kommer studentene med bemerkninger som forteller at de forstår at dette er vondt og vanskelig. De bruker også blikket ganske aktivt til å signalisere empati. En tredje måte studentene viser empati på er stillhet. Ved å tie noen sekunder etter at pasientene har fortalt om noe som plager dem, viser studentene medfølelse. Noen studenter bruker berøring. De klapper pasienten på underarmen eller tar pasientens hånd. Dette er vanlige trøstetegn, og ved hjelp av dem signaliserer de at de er der, og at de bryr seg. Det er nok ikke alltid lett for studentene å identifisere seg med pasienten i tilstrekkelig grad til å kunne gå ordentlig inn i hva det som blir sagt betyr for pasienten. Ved siden av de allerede nevnte måtene å vise empati på er det mange studenter som signaliserer at de har god tid til å lytte, og på denne måten tillegger det pasienten sier viktighet:

P: Men dette er kanskje ikke så interessant?

S: Vi vil høre om alt, vi.

Her framstår studenten nesten som en slags sjelesørger, en som pasienten kan tømme seg for bekymringer overfor, men også en som pasienten kan være fortrolig med. Ved hjelp av dette empatiuttrykket, signaliserer studenten seremonielt overfor pasienten at alt han måtte ha på hjertet er viktig. Dermed bidrar studenten også til pasientens verdighetsprosjekt.

I undersøkelsen viser også studentene empati. Siden det er lite verbal kommunikasjon mellom studenter og pasienter i forbindelse med undersøkelsen, foregår mye av kommunikasjonen av empati med blikk. Mange av studentene ser ut til å legge en del arbeid i dette. Ved å forsøke å ha øyekontakt med pasientene mens de undersøker, kan de se om pasienten synes noe er ubehagelig, og de kan uttrykke nærhet til pasienten som de ikke ville ha kunnet hvis de hadde sett en annen vei. Dette er en nærhet som er ganske annerledes enn det som uttrykkes med ord under samtalen. Samtidig er det vanlig at mye av den verbale kommunikasjonen mellom pasienter og studenter i undersøkelsessituasjonen er nettopp spørsmål om smerte, advarsler av typen: ”dette kan være litt ubehagelig” og unnskyldninger som: ”det der gjorde visst litt vondt?”. Siden legestudentene er forskjellige, viser de empati på ulike måter. Noen er kanskje mer vant til det fra før, andre trenger å lære hvordan det gjøres. Dette vil selvsagt også komme an på pasientene, noen pasienter er flinke til å uttrykke følelser og å motta empati, mens andre pasienter er mer lukket. Dermed blir empati og uttrykk for empati en vurdering fra pasient til pasient. Studentene må lære seg å vurdere disse situasjonene riktig. I undersøkelsen virker altså empatiuttrykk mot det å framstå som en informasjonsinnsamler uten omtanke for pasienten: Studentenes empatiuttrykk er anerkjennelser av at det som blir gjort kan være ubehagelig for pasienten.

Empati kan imidlertid komme i konflikt med effektivitet. Studenten i eksempelet over sa: ”Vi vil høre om alt, vi”. Dette er bare delvis riktig, studentene har sitt substansielle mål om læring, og må få tak i den informasjonen de er på jakt etter innen en begrenset tid. Forholdet mellom effektivitet og empati er på mange måter en balansegang.

Strategier for effektivitet

Det er trangt om ressursene i helsevesenet. Legenes tid er en knapp ressurs, og studentene må lære å bli effektive. Å være effektiv, vil her bety det å få ut mest mulig relevant informasjon om pasientene på kortest mulig tid. Studentene har et annet mål for effektivitet enn legene som arbeider ved sykehuset. De har behov for å *lære* mest mulig av hver pasient (se også Becker m.fl. 1977). Studentene trenger ikke å bruke kortest mulig tid, men de er avhengige av å få tak i mest mulig relevant informasjon innenfor en begrenset tid. Dette betyr at studentene har mer tid enn legene, og de kan la pasientene utfolde seg litt mer. Men de må lære seg å sette grenser, både med tanke på at de en dag skal bli effektive leger, og med tanke på at de har begrenset med tid som de må utnytte slik at de selv kan lære mest

mulig. Dermed blir det viktig for studentene å øve på å lede samtalen dit de vil ha den, å være samtaleledere. Det blir også viktig å lære seg å avbryte uten å virke altfor uhøflig. Til å begynne med lar pasientene som oftest studenten ta kontroll, stille spørsmål og styre samtalen. Etter hvert hender det, selvsagt avhengig av pasienten, at pasienten begynner å snakke mer på eget initiativ. I de tilfellene trenger studenten å utøve en mer direkte kontroll over samtalen. Til dette bruker de ulike strategier. En student sa følgende da jeg spurte hva man gjør for å hindre at samtalen sklir helt ut:

S: Å, det er en øvelsessak.

Én effektiviseringsstrategi er å bevare initiativet i samtalen hele veien. Dette er mest tydelig i mottaket, der de er alene med en pasient. De studentene som går inn med den holdningen at de "skal ha en rask journal", lar pasienten slippe til i mindre grad. Ved å styre samtalen fra start og aldri overlate initiativet til pasienten, beholder de kontrollen fra begynnelse til slutt. Dette illustreres for eksempel ved at studentene bruker prejournalen svært aktivt, de stiller spørsmålene rett fra arket. På den måten stiller de bare de spørsmålene de skal, og kan lett unngå å bli "fanget" i samtaler om noe annet. Dette er igjen også et resultat av ressurstilgangen i mottaket for pasientene. Som beskrevet i kapittel fire har ikke pasientene noe større publikum i mottaket, og de er dermed mer avhengige av at den ene tilstedeværende studenten er villig til å lytte til det de har å si.

En annen effektiviseringsstrategi er å skifte mellom å være lytter og intervjuer. Dette gjør de både med kroppen og med hva de sier. Lytteren sitter gjerne litt mer avslappet enn intervjueren. Han kan lene hodet i håndflaten og lene seg forover, for eksempel. Intervjueren sitter mer rett i ryggen, og ser på pasienten med et bestemt blikk. Når pasientene forteller om noe som ikke er relevant, og gjerne har gjort det en stund, pleier studentene gjerne å bryte inn. En av de vanligste måtene er å forsøke å stille samtalen tilbake til omtrent det punktet den sporet av. For eksempel sier de: "Du sa du hadde mye hodepine. Hva kan det komme av?" På denne måten får de både illustrert at de har hørt etter hva pasienten har sagt, og de oppfordrer pasienten til å fortsette å fortelle.

Når studentene skal være samtaleledere og grensesettere, setter de både sin egen og pasientenes verdighet på spill hvis de ikke er varsomme. Det å skulle avbryte eller fortelle noen at det de sier ikke er relevant, kan fort gå på akkord med vanlig folkeskikk. Da vil studentene framstå som inkompetente samhandlere, mens de også gir signal til pasienten om

at det han sier er uviktig. Derfor må studentene trå forsiktig når de skal være effektive, og dette er, ved siden av mindre kunnskap og erfaring, en grunn til at studentene bruker lengre tid på en pasient enn ferdige leger gjør.

Fellesstrategier og forhandlinger

Noen ganger er det møtepunkter mellom studentenes og pasientenes strategier. Strategiene kan være samstemte, eller de kan være i konflikt med hverandre. Når strategiene er samstemte, samarbeider studentene og pasientene. Et eksempel på dette er hvordan de samarbeider om å unngå nakenhet. Under undersøkelsen må pasientene ofte kle av seg for at studentene skal komme til. Mange av pasientene er så vant til å bli undersøkt at de selv løfter på klærne på riktig måte, mens andre lar studentene gjøre det. Nakenhet er ikke tabu på sykehus på samme måte som andre steder, men mellom studenter og pasienter ser det ut til å være noe man i størst mulig grad forsøker å unngå. Studentene er bevisste på å ikke ta av pasientene mer klær enn nødvendig, for eksempel er det vanlig at menn tar av seg på overkroppen, mens kvinner gjerne får beholde klærne på, også på overkroppen. I stedet knapper studentene opp de knappene som trengs for å komme til. Det virker som om studentene oftere er opptatt av å unngå for mye nakenhet enn hva pasientene er. På denne måten samarbeider pasientene og studentene om å opprettholde pasientens verdighet. For studentene kan det kanskje også være et spørsmål om verdighet å ikke være kikkere, de skal ikke tilrane seg mer informasjon enn den de trenger, og et bilde på dette er å se mer av pasientens kropp enn det som er nødvendig. Studentene vil ikke framstå som innsamlere av en hvilken som helst informasjon.

Andre ganger kan studentenes og pasientenes strategier komme i konflikt med hverandre, og da ender det ofte med forhandlinger om gyldigheten av det som blir sagt og det som blir spurt om. Som oftest svarer pasientene på det de blir spurt om, men de har også rett til ikke å svare på spørsmål eller å nekte studentene å gjennomføre en undersøkelse. Imidlertid er det ikke alltid lett for pasientene å gripe denne muligheten. Studentene har fordel av å ha sykehuset og helsevesenet som institusjon i ryggen. De er representanter for en større helhet, og pasientene vet at målet med denne større enhetens eksistens er å gjøre dem friske. Dermed er det få pasienter som i det hele tatt setter grenser i de situasjonene jeg har deltatt.

De fleste pasientene svarer på nesten hva som helst, men noen er mer reserverte. En pasient satte klare grenser i en forhandling:

S: Hvordan er det med nattesøvnen? Sover du godt?

P: Nei, det siste halve året har jeg ikke sovet godt.

S: Hvorfor ikke? Har det vært stress på jobben, eller?

P: Nei, der har jeg jo ikke vært så mye...

S: Har du lyst til å fortelle meg hvorfor?

P: Nei.

I dette tilfellet fortsatte studenten samtalen som før, han fikk aldri svar på dette med nattesøvnen. Man ser i samtalen hvordan det foregår en slags forhandling. Studenten begynner med å spørre om nattesøvnen, men får ikke det svaret han vil ha. Dermed går han så langt som å foreslå en løsning, og dermed vise pasienten hva slags svar han er på jakt etter. I stedet får han et negativt svar på sitt alternativ, og prøver en enda mer direkte taktikk: ”Har du lyst til å fortelle meg om hvorfor?” Her har han på et vis stilt pasienten opp i et hjørne med et ja/nei-spørsmål. Når pasienten svarer nei, er det satt sluttstrek for forhandlingen, det ble ikke noen løsning, og pasienten har markert en grense. Studenten prøver så godt han kan å finne ut av hva det er pasienten skjuler for ham, men i dette tilfellet lykkes han ikke.³¹

Her kommer studentens spørrestrategi og målet om læring i konflikt med pasientens begrep om verdighet. Dermed må aktørene forhandle om hvilket mål som er viktigst, og pasienten vinner fram med sin forståelse av hva som er relevant informasjon i denne situasjonen.

Konklusjon – Strategier og posisjoner

Studentene og pasientene benytter seg av ulike strategier for å oppnå sine mål i møtene med hverandre. Strategiene som er gitt som eksempler her er klare og relativt langvarige i forhold

³¹ Eksempelet er også en god illustrasjon på strategien å starte med åpne spørsmål, for så å gradvis lukke dem.

til hvordan det ofte kan være. Ofte kan en strategi bestå i korte bemerkninger eller til og med blikk som aktørene benytter seg av for å aktivere ressurser. Strategiene kan sees som skifter i posisjon i situasjonen (Goffman 1981). Ved for en kortere eller lengre periode i samhandlingen å skifte posisjon, eller til og med ved bare å understreke sin innstilling, oppnår aktørene å artikulere og utdype sider ved sine selv i situasjonen, og dermed å bygge verdighet.

Skiftene i posisjon som studentene og pasientene gjør, tilsvarer liknende skifter i møter mellom andre typer av aktører. I hverdagslivet og i alle andre situasjoner, vil man kunne se at en aktør har mulighet til å innta ulike posisjoner, og derved å produsere flere *sider* ved sine selv.

7. Avslutning – Mellom læring og verdighet

I de tre foregående kapitlene har jeg gitt svar på det jeg lanserte som hovedspørsmålet for denne undersøkelsen: *Hvilke ressurser er tilgjengelige for pasientene og studentene i samhandlingen dem imellom, og på hvilken måte benytter de seg av dem i strategier for å nå sine mål om verdighet i samhandlingen?* Gjennomgangen av strategier og ressurser for verdighet har, slik jeg ser det, vist at verdighet i møter mellom legestudenter og pasienter lar seg kombinere med studentenes mål om læring. Her i avslutningen vil jeg oppsummere det jeg mener å ha funnet ut om forholdet mellom læring og verdighet i møter mellom legestudenter og pasienter i undervisningen på sykehus. Basert på denne oppsummeringen, vil jeg komme med noen forslag til videre undersøkelser på feltet, og til hvordan legestudenter og deres lærere kan dra nytte av det jeg har funnet i denne studien.

Læring og verdighet i konflikt?

Da jeg startet denne undersøkelsen, og ganske langt inn i skriveprosessen, så jeg læring og verdighet som to motpoler, som ofte kom i konflikt med hverandre. Min tankegang var at for å lære mest mulig raskest mulig, måtte studentene gå i retning av å gjøre pasientene til midler i sin læringsprosess. I skriveprosessen ble det mer og mer klart for meg at dette ikke stemmer, at motsetningen mellom pasienten som mål i seg selv og som middel, ikke er så stor som jeg selv trodde i utgangspunktet, og at verdighet er noe pasientene og studentene har en felles interesse i. Dette betyr ikke at læring og verdighet ikke *kan* stå i konflikt med hverandre. I ekstreme tilfeller, vil pasientene kunne fratras alle muligheter til å produsere verdige selv. Jeg opplevde aldri en slik situasjon, men man kan tenke seg at i en situasjon der pasienten er i narkose eller sover, og ikke engang på forhånd har gitt sitt samtykke, kan være noe opp mot det at læring ikke bare settes over, men totalt fortrenger verdighet. Man kan også tenke seg den motsatte ekstremisituasjonen. Studentene må jobbe med læring i tillegg til verdighet, fordi de må lære: Dersom de ikke i det hele tatt konsentrerer seg om det å samle inn medisinsk relevant informasjon på en systematisk måte fordi de bare arbeider med sin egen og pasientenes verdighet, vil de ikke få det ønskede læringsutbyttet. En viktig del av den kliniske undervisningen for studentene er nettopp det å lære seg å sette grenser og

å styre samtaler med pasienter i den retningen de ønsker, for å få den informasjonen de ønsker.

Imidlertid var altså ikke de situasjonene jeg studerte, av den karakter at enten verdighet eller læring var det eneste målet. Slik jeg har beskrevet møter mellom legestudenter og pasienter i de foregående kapitlene, plasserer de seg i stedet et sted midt imellom, det blir plass til både læring og verdighetsarbeid. Jeg mener mye av grunnen til dette er aktørens sosiale fantasi, særlig i anvendelse av symboler i samhandlingen seg imellom.

Gjennom det å være innlagt, er pasientene fratatt en del av de ressursene de vanligvis trekker på i dagliglivet for å framstå med verdige selv. Pasienter har, i egenskap av å være pasienter, ikke like mange distingverende kjennetegn som de ellers har. De er del av sykehuset som en delvis total institusjon. Likevel benytter pasientene seg av de ressursene de fortsatt har til rådighet på en kreativ måte, og de anvender også en del av de egenskapene de har som pasienter, for eksempel sykdom, som ressurser for selvpresentasjon i møte med studentene. For å belyse kreativiteten pasientene gjør sine selvpresentasjoner med, vil jeg vise til et eksempel fra feltarbeidet.

Etter å ha gjort noen observasjoner hadde jeg lagt merke til hvordan pasientene i nesten enhver situasjon, framsto med verdige selv. Jeg ønsket å finne ut om det var spesielle spørsmål fra studentenes side som i særlig grad initierte verdighetsarbeid fra pasientene. Dette var noe jeg begynte å følge med på i de neste observasjonene, men fant ingen spørsmål som særlig utmerket seg som verdighetsinitierende. Grunnen til dette, mener jeg er at pasientene benyttet seg av alle de ulike spørsmålstypene som invitasjoner til verdighetsarbeid. Med stor kreativitet tok de fatt på oppgaven å produsere verdige selv i møtene med studentene.

Som konsekvens av dette, kan man stille et viktig spørsmål: Innebærer det at pasientene er kreative i sitt verdighetsarbeid at legestudenter ikke trenger å konsentrere seg om pasientenes verdighetsarbeid, og bare kan legge vekt på læring? Slik jeg ser det, er svaret på dette spørsmålet nei, og det er to grunner til det. For det første er det svært viktig at studentene, med tanke på sin framtid som leger i et helsevesen der effektivitet stadig blir viktigere, allerede fra starten av studiet bevisstgjøres viktigheten av verdighetsarbeid og lærer seg å gi pasientene rom til å utføre det. Pasientenes kreativitet når det kommer til verdighetsarbeidet, gjør dette mulig, selv med knapp tid til hver pasient. For det andre mener

jeg at å samarbeide med pasientene om verdighet, er viktig for studentenes læringsprosess. Jeg så selv at pasientene, de gangene de fikk muligheten til å fortelle om seg selv og sykdommen på sin egen måte, og dermed fikk muligheten til å framstå som verdige selv, i mye større grad var hjelpsomme, meddelsomme og ga studentene kvalitativt og kvantitativt mer informasjon, kanskje også raskere.

Sammenhengen mellom verdighet og makt

Et spørsmål som kan være interessant å dvele litt ved her, er hvorvidt man kan framstå som verdig i en situasjon der den andre deltakeren ikke framstår som verdig. Kan for eksempel en legestudent framstå som verdig i en situasjon der han nekter pasienten det samme? Er det en forutsetning for en aktørs verdighet i en situasjon, at også den andre aktøren framstår med verdighet? Slik jeg ser det, er denne formen for gjensidighet, om ikke en forutsetning, så i alle fall en viktig del av verdighetsarbeidet i møter mellom pasienter og studenter. Dette har med makt og legitimitet å gjøre. I innledningen beskrev jeg makt som tilgang til ressurser for å framstå som verdig i en situasjon. I de tre foregående kapitlene har jeg beskrevet hvilke ressurser pasientene og studentene har til rådighet i verdighetsarbeidet i møtene seg imellom, og hvordan de benytter seg av ressursene i strategier for å produsere verdige selv. Det er altså ingen som har den absolutte makten i møter mellom pasienter og studenter, og selv om man kan si at studentene har makt i den forstand at det er opp til dem å styre situasjonen, har pasientene makt i form sine rettigheter, men også i form av sin kreative og fantasifulle bruk av verdighetssymboler.

I møter mellom pasienter og studenter er det altså vanskelig å si at makten tilhører en av partene, den er som beskrevet i kapittel to relasjonell og posisjonell. Etter min mening, finnes det ingen mulige posisjoner der studenten kan framstå som verdig overfor pasienten, uten at også pasienten framstår som verdig overfor studenten. Dette bunner i forholdet mellom det Goffman (1956) kaller respekt og respektabilitet. Verdighetsarbeid konstitueres i stor grad av begge deler. Man kan tenke seg situasjoner der man kan framstå som verdig ved å nedverdige andre deltakere i situasjonen, og nekte dem retten til verdighetsuttrykk. Imidlertid har jeg vanskelig for å se hvordan et møte mellom en legestudent og en pasient kan bli slik. En viktig del av studentenes eget verdighetsarbeid er nettopp det å vise

pasientene respekt, og dermed å bygge opp under og støtte pasientenes eget verdighetsarbeid.

Det et symbolsk-interaksjonistisk perspektiv ikke favner. Nye og ubesvarte spørsmål

Innen sosiologifaget finnes det en rekke teoretiske tradisjoner, og disse gir ulike typer av svar. Jeg har konsentrert meg om det symbolsk-interaksjonistiske, og med det utelatt mange spørsmål og mange svar som dette perspektivet ikke favner. Her vil jeg komme inn på noen av dem, og gi eksempler på spørsmål som kan være interessante for videre undersøkelser.

Spørsmål som ofte er sentrale i sosiologi er hvilken innvirkning alder, kjønn og sosial bakgrunn har. I løpet av feltarbeidet, har jeg noen ganger sett at disse faktorene virker inn, og samhandlingen mellom studenter og pasienter. De fleste pasientene er eldre enn studentene. Jeg gir ikke her noen svar på hva aldersforskjellen har å si, men at alder har betydning for hvordan mennesker snakker sammen, er jeg ikke i tvil om. Man kan for eksempel tenke seg at noen av de problemene studentene støter på i samhandlingen med studentene, og som jeg har forklart med manglende erfaring, kunne være et resultat av aldersforskjellen mellom pasienter og studenter.

Kjønn har jeg ikke kommet inn på i det hele tatt. Dette er ikke fordi kjønn ikke er en interessant dimensjon i møter mellom legestudenter og pasienter. Kjønn er absolutt interessant i sammenhengen, og videre undersøkelser på feltet vil kunne gi svar på hvilken betydning kjønn har i samhandlingen mellom pasienter og studenter. I gruppeintervjuet jeg gjorde med tre studenter helt i starten av undersøkelsen, stilte jeg noen spørsmål om kjønn, og studentenes svar kunne tyde på at kjønn, og kanskje særlig kjønn og alder sammen, hadde en del å si for hvordan pasientene og studentene samhandlet. I intervjuet ga studentene inntrykk av at særlig det å møte en jevnaldrende person av motsatt kjønn, kunne innvirke på samhandlingen. Kjønn som mer bakenforliggende forklaring kunne også være interessant. Man kan tenke seg at kjønn vil ha betydning for hvilke ressurser og strategier man benytter seg av i verdighetsarbeidet, igjen basert på hvilke erfaringer man har med seg inn i situasjonen.

Sosial bakgrunn vil kunne ha en del av den samme betydningen som kjønn. For eksempel vil personer med ulik sosial bakgrunn snakke ulikt, og også ha ulike holdninger til sykdom (Nettleton 1995). En del av møtene mellom pasienter og legestudenter som jeg har deltatt i, kunne kanskje vært forstått som rene klassemøter. Legestudentene tilhører gjerne det man upresist kan kalle en utdanningsklasse, eller er i hvert fall i ferd med å ta steget inn i den. De møter pasienter fra alle lag av befolkningen, og skal i utgangspunktet behandle alle like godt. Hvorvidt de klarer å ha verdige møter med pasienter fra alle sosiale lag, og hvordan de i så fall gjør det, kunne vært interessante spørsmål dersom en ville anlegge et klasseperspektiv.

Ved å gå i det små kan man også få svar som kan påvirke helheten

Jeg har altså nedprioritert mange perspektiver på møter mellom legestudenter og pasienter, til fordel for å gå i det små, og få innsikt i hvordan studentene og pasientene i møtene seg imellom *gjør* verdighet. Hvilken betydning kan denne innsikten ha for legestudenter og deres lærere, og dermed indirekte for pasientene de møter?

Slik jeg ser det er bevissthet og kunnskap viktige ressurser for studentene, fordi de kan føre dem enda lenger i prosessen med selv å framstå med verdige selv i møter med pasienter, og å la pasientene gjøre det samme. I denne studien har jeg ved hjelp av begreper om ressurser og strategier forsøkt å gi dem noen verktøy, som studentene selv og deres lærere kan benytte seg av i forståelsen av og bevisstheten om sin egen samhandling med pasienter i undervisningen. Jeg har ikke gitt noen svar på hva som er riktig og gal samhandling mellom pasienter og studenter. Men mitt håp er at studentene og deres lærere ved hjelp av de beskrivelsene jeg har gitt i denne studien, kan bli enda mer bevisst på hvordan de samhandler med pasientene de møter. På denne måten er håpet fortsatt at man ved å gå i det små, også kan finne svar som kan være av betydning for den større helheten.

Referanser

- Aftenposten (Aftenutgaven) 10.9.1991, side 34: ”Leger må lære å lytte.”
- Aftenposten (Morgenutgaven) 1.7.1992, side 4: ”Mange legestudenter usikre.”
- Aftenposten (Morgenutgaven) 17.1.2005, side 3: ”Vekk med helseforetakene – Går ut over pasientene, hevder Høyre.”
- Album, Dag 1991: ”Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje.” *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. Årgang 111, nr. 17.
- Album, Dag 1996: *Nære fremmede – pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Ameriks, Karl 1999: ”Kant, Immanuel”. I Audi, Robert (ed.): *The Cambridge dictionary of Philosophy*. Second Edition. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Barnes, Barry 1995: *The elements of social theory*. London: UCL Press.
- Becker, Howard, Blanche Geer, Everett C. Hughes, Anselm M. Strauss 1977: *Boys in white – Student culture in medical school*. New Brunswick: Transaction Publishers
- Coldicott, Yvette; Catherine Pope, Clive Roberts 2003: ”The ethics of intimate examinations – Teaching tomorrow's doctors.” *British Medical Journal* 2003; 326:97-101.
www.bmj.com
- Collins, Randall 1993: ”Emotional energy as the common denominator of rational choice.” *Rationality and Society* 5: 203-230.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 1999:
Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora.
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/NESHretningslinjer/99>
- Engel, George L. 1977: ”The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.” *Science*, New Series, vol. 196, No. 4286 (Apr. 8 1977), 129-136.
- Fuglestad, Otto Laurits 1997: ”Skriveprosessen i kvalitativ forskning.” I E. Fossåskaret, Otto L. Fuglestad og T.H. Aase (red.): *Metodisk feltarbeid*. Oslo: Univeritetsforlaget.
- Foucault, Michel 2003: *The Birth of the clinic*. London: Routledge.
- Frønes, Ivar 2001: *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønmo, Sigmund 1996: ”Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen.” I Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Glaser, Barney G., Anselm L. Strauss 1967: *The discovery of Grouded Theory. Strategies for qualitative research*. Aldine de Greuter, Div. of Walter de Greuter.

- Goffman, Erving 1956: "The nature of deference and demeanor." *American Anthropologist* New Series, vol 58, nr. 3, 473-502.
- Goffman, Erving 1961: "Role Distance". I Goffman, Erving: Encounters. *Two Studies in the Sociology of Interaction*. Indianapolis, NY: The Bobbs-Merrill Company.
- Goffman, Erving 1967a: *Anstalt og menneske*. København: Jørgen Paludans forlag.
- Goffman, Erving 1967b: *Interaction Ritual. Essays on face-to-face behaviour*. New York: Anchor books.
- Goffman, Erving 1981: *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, Erving 1986: *Frame analysis*. Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, Erving 1992: *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag.
- Houg, Tonje 1998: *Med Goffman på sykehus*. Oslo: Hovedfagsoppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi UiO.
- Jacobsen, Michael Hviid og Søren Kristiansen 2002: *Erving Goffman – Sociologien om det elementære livs sosiale former*. København: Hans Retizels Forlag.
- Kalleberg, Ragnvald 1996: "Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog." I Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- KK 04/2005: "Mens du sover." Ukebladet KK nr. 4, 2005 s. 18-22.
- Kringlen, Einar og Arnstein Finset 1999: *Den kliniske samtalen*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Løchen, Yngvar 1970: *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mead, George Herbert 1967: *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press
- Merton, Robert K., George G. Reader, Patricia L. Kendall (eds) 1957: *The Student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Merton, Robert K. 1968: "On sociological theories of the middle range." I Robert K. Merton: *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press/Macmillan 1968.
- Nettleton, Sarah 1995: *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge UK: Polity Press.
- Norges Diabetesforbund (internett): www.diabetes.no (blant annet informasjon om sykdommen)
- Parsons, Talcott 1951: *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rogers, Mary 1977: "Goffman on power." *The American Sociologist* 1977, vol. 12: 88-95

- Schütz, Alfred 1964: "The problem of rationality in the social world." I Brodersen, Arvid (red.): *Collected papers: Studies in social theory*.
- Solberg, Anne 1996: "Erfaringer fra feltarbeid." I Harriet Holter og Ragnvald Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Silverman, David 1987: *Communication and medical practice: social relations in the clinic*. London: Sage.
- Silverman, David 2001: *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Storvik, Aagoth Elise 1996: *Skikk og bruk på legekantoret*. Avhandling til dr.polit-graden, UiO, Institutt for Sosiologi.
- Szazs, Thomas S. og H.M. Hollender 1956: "A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship." *Archives of internal medicine*. Vol. 115.
- Vaglun, Per, Øivind Ekeberg, Arnstein Finset, Edvard Hauff og Torbjørn Moum 2000: *Innføring i medisinske atferdsfag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Wadel, Cato 1985: *Now, whose fault is that? – The struggle for self-esteem in the face of chronic unemployment*. St. John's, Newfoundland: Institute of Social and Economic Research, Memorial University of Newfoundland.
- Wadel, Cato 1991: *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS.
- Whyte, William Foote 1993: *Street corner society – The social structure of an Italian slum*. Chicago: The University of Chicago Press. (4. utgave)
- Widerberg, Karin 2001: *Historien om et kvalitativt forskningsopplegg*. Oslo: Universitetsforlaget

www.med.uio.no

www.ntnu.no

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt

Oppgaven består av 36 405 ord.