

Anerkendelse, frihed og faglighed

En forskningsrapport

Eva Skærbæk

Høgskolen i Østfold
Rapport 2003:5
2.utgave

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(E-post: postmottak@hiof.no)

Høgskolen i Østfold. Rapport 2003:5 (2. Utg.)

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-244-4

ISSN: 1503-2612

Forord.....	7
Indledning	9
Præsentation og situering	9
Ansøgning	16
Forankring og iværksættelse	19
Aftale om fremgangsmåde	21
Afdelingens ideologi og målsætning.....	21
Intention, metode og virkelighed	24
Forforståelse og begrebsafklaring	27
Høsten 2001	33
Deltagende observation.....	33
Første tilbagemelding.....	36
Møderne	37
Den skjulte dagsorden.....	40
Personalets reaktioner	42
Intern evalueringsdag.....	43
Projektets videre forløb.....	44
Invitation.....	45
til samtalepartnere/forskningsmedarbejdere	45
Våren 2002.....	47
Forskningsmedarbejdere	47
Samtaler	48
Anden tilbagemelding	49
Ydre rammer	49
Tvær- og flerfaglighed, menneskesyn og behandling	50
Mellem to samtalerunder	52
Tredje tilbagemelding	53
Forskellige kundskabsformer.....	53
Ide og virkelighed	55
Evaluering af fremlægsmøderne	55
Disposition for anden del af projektet.....	56
Analysen	59
Præsentation af materialet.....	59
Dialektisk metode	60
Forskningsmæssige overvejelser afstedkommet af den dialektiske forskningsmetode og proces	62
Nøglebegrebene: Anerkendelse og frihed.....	63
- i praksis.....	64

- i teorien	66
Faglighed	70
- struktur.....	70
- ideologi.....	71
- virkelighed.....	72
Historien om mobiltelefonen	72
Regler og opmærksomhed i situationen.....	74
Tydelig kommunikation.....	75
Dogmer om viden	76
Tillid og anerkendelse.....	77
Den besværlige patientgruppe.....	81
Anoreksi – krop eller sjæl?	82
Den medicinske krop	84
Faglighed på tværs	87
Ideologi og virkelighed	91
Strukturel dualisme	92
Ledelse, køn og miljø.....	94
Professionskamp	100
Fagsprog og magt.....	101
Frihed og anerkendelse	104
Strukturel situation.....	106
Afdelingens videre proces.....	109
Samtale med pårørende.....	110
Et nyt behandlingsprogram	112
Fund og ufuldendte refleksioner.....	117
Ny vin og gamle sække.....	117
Personlige tilbageblik.....	119
Krop, kultur og behandling	123
Situeret og kontekstuel kundskab	125
Tillid og faglighed.....	126
Kundskab, magt og sprog	127
Professionsidentitet og sprogkultur.....	128
Forskellighed og uafhængighed	131
Den ikke italesatte interaktion.....	132
Forskning og fagudvikling	133
Det fælles og det særlige.....	135
Bibliografi:.....	139

Forord

Nærværende projekt er opstået på eget initiativ og ansvar. Men det har i væsentlig grad blevet muliggjort og støttet af HiØ, afd. Helsefag's ledelse ved afdelingsleder Beth Linde og studieleder ved videreuddannelsenheden Synnøve Narten.

Forskning, refleksion og fagudvikling er anset som et naturligt formål og gode ved al professionel virksomhed. Imidlertid indebærer det indenfor aktions- og interaktionsforskning en til dels nærgående påkending for de deltagende aktører. Jeg sidder derfor tilbage med en stor taknemlighed overfor de mange, som har stillet sig til rådighed. Det gælder afdelingen som helhed, først og fremmest ledelsen som gav den afgørende indgangsbillet til afdelingen, og dernæst de personalemedlemmer, som ved indsendelse af materiale og samtaler har gjort projektet mangefacetteret, og ikke mindst de som bidrog med tilbagemeldinger undervejs i forløbet.

Desuden vil jeg takke min datter Julie, som påtog sig at læse og kommentere det første udkast, min kollega Helge Ramsdal for opmuntrende samtaler og råd undervejs, og min samlever Claus Fasting for korrektur og rådgivning i den sidste krævende gennemgang af materialet.

Endelig vil jeg rette en varm tak til Sct. Lukasstiftelsen i Hellerup, i Danmark, hvis store gæstfrihed har givet mig anledning til at få arbejdsro i flere omgange.

Indledning

Præsentation og situering

Denne rapport dokumenterer et forskningsprojekt, dets baggrund, formål og intention. Den har udgangspunkt i en nyoprettet psykiatrisk akut afdeling normeret til 10 patienter i alderen 13 – 18 år. Personalegruppen består og bestod af ca. 45 stillinger. Mit hovedsigtemål har været at undersøge hvordan kundskab udtrykker og udvikler sig mellem personale og brugere, og mellem personalet indbyrdes. Undersøgelsen afspejler kompleksiteten i det psykiatriske felt. En kompleksitet som først og fremmest skyldes at der er flere kundskabsforståelser på færde, som tildels har vanskeligt ved at anerkende hinanden som ligestillet.

Afdelingen er en institution i institutionen. Placeringen af denne afdeling er begrundet i økonomi. Som akut må afdelingen have adgang til lægedækning. Rent arkitektonisk er den en knopskydning, en udbygning på en gammel hovedbygning. Indgangen er ny og indbydende. Men afdelingen selv er lige så utilnærmelig som alle andre afdelinger. Man må ringe på og vente på at blive låst ind. Først når man kommer ind på afdelingen, ser man at dette er en anderledes afdeling. Her har nogen tænkt over farver, udsmykning, vægge, inddeling, møbler etc. Der er en bæk som er en udsmykning, og en gummiagtig udsmykning på væggen, som man får lyst til at tage på. Har man som jeg været med i offentlige byggeprocesser, ved man at vægge, farver, indretninger taler sit eget sprog om kampe, som har fundet sted. Kun de indviede ved hvem der vandt hvilke slag, og til hvilken pris. Indimellem var det ikke en kamp om filosofi eller økonomi, men en kamp mellem det teknisk/administrative personale og fagpersonalet. Som oftest nævnes 'føre var' princippet som noget ensidigt godt. Det er det ikke; det er et tohoved væsen. Og det findes på alle nivåer, og kommer altså også til udtryk i indretningen af denne afdeling. Således måtte ledende overlæge opgive at få gennemslag for flere vigtige ønsker, fordi det ikke var sådan man 'plejede' at gøre.

Afdelingens arkitektoniske og æstetiske udtryk balancerer mellem det traditionelle og det nye. Det gør også personale ansættelserne. De blev gennemført i overensstemmelse med målformuleringen for afdelingen, som fastslår at det faglige og ideologiske fundament i høj grad vil basere sig på kunskaber fra

det barne- og ungdomspsykiatriske område. Det medførte en flerfaglighed blandt det ansatte personale, som næppe findes på nogen anden afdeling på den større institution den er del af. Efter ansættelsen og inden åbningen var der introduktionskurser og seminarer, faglige såvel som organisatoriske. På en dansk forsker kan resursbrugen i startfasen virke overvældende, ikke mindst at ansætte så mange mennesker flere måneder før åbningen for tilmed at begynde med det halve af hvad afdelingen er normeret til. Det gælder ikke kun danskere. Professor Losavio udtalte efter et besøg i Norge nov. 2000: ”Da jeg var i Norge, ble jeg slått av det store antallet som arbeidet i psykiatrien. For meg så det ut som at alle disse ikke jobbet på ett og samme projekt rundt patienten” (Rogan, 2001: 26). Begge observationer holder også på denne afdeling. Hvad angår det første, er det ikke en ukendt problematik på afdelingen. Før afdelingen åbner, er der megen munterhed omkring forholdstallet mellem personale og patienter. ”Bliver der een til hver?”, ”Skal vi slå vad om hvem der skal få lov først?”, ”Der bliver krig om patienterne”. Den første tid blev da også præget af en manglende balance mellem patienter og personale, og af at det trods megen forberedelse både før og efter at afdelingen er åbnet, er vanskeligt at opnå en fælles faglig forståelse, som ledende overlæge udtrykker det.

At afdelingen er akut, betyder at længden på indlæggelse ikke skal være længere end højst tre uger. Det er et etisk dilemma, siger afdelingens psykolog, at vi på den ene side må motivere en ungdom til at blive her samtidig med at vi ved at hun/han ikke kan være her ret længe. Psykologen anser det dog for være et gode at afdelingen allerede ved indlæggelsen må arbejde på udskrivelsen; det er ikke det almindelige i psykiatrien. Og fortæller i samme åndedrag en historie. En overlæge fra en 2. linjeinstitution havde været indenom afdelingen og udtrykt sin fortvivlelse over at en patient var blevet udskrevet. Forskellige kommentarer fulgte hans beretning op ved at understrege hvor trist og tragisk dette var. Men latteren kom, da hun hørte sig selv sige: ”kanskje hun er blevet frisk”.

En af initiativtagerne til Galebevægelsen i Danmark, redaktøren af det samfundskritiske tidskrift SocPol Benny Lihme, udtalte for nogle år siden at ganske som han kæmpede for nedlæggelsen af de store psykiatriske institutioner, kæmpede han nu for ethvert menneskes ret til en seng på en psykiatrisk afdeling. Det skulle ikke være nødvendigt i Norge. Selv efter at

Norge i lighed med mange andre lande nedlagde en del af de store institutioner, har Norge dobbelt så mange sengepladser pr.tusind indbyggere som Sverige og Danmark, og 5-7 gange så mange som Italien afhængig af hvilken provins i Italien man sammenligner med (Rogan, 2002).

Projektet kom tidligt til koncentrere sig om afdelingens personale. Hverken klienterne eller personalets interaktion med dem indgår i mit materiale i form af egne observationer. De kommer udelukkende til syne gennem personalets beretninger om dem. Et gennemgående træk er personalets ønske om og vilje til at udføre et solidt stykke arbejde. Der kan næppe herske tvivl om at forarbejdet og gennemtænkningen af samspil mellem rammer, personale og målsætning kom afdelingen til gode i det lange løb. I en pionerfase er der imidlertid mange kræfter på spil. Der er meget energi og der er meget sårbarhed. Det virker indimellem som om der skal så lidt til før læsset vælter, men det gør det ikke. Det skyldes at der er megen dygtighed i personalegruppen som helhed. At der er mange unge og en del som ikke har arbejdet i psykiatrien tidligere, opvejes af en del personaler med mere erfaring. Den pionerånd som blev skabt i de første måneder viste sig at holde da hvedebrødsdagene hørte op og hverdagene med al deres kompleksitet meldte sig. Som jeg skal søge at vise blev denne pionerfase præget af en kamp om forståelser, som ikke løb stille af. Vanskelighederne, der opstod undervejs, kan dog ikke kun henføres til at det er en afdeling i startfasen; det er også en afdeling som stræber med at få anerkendelse for sin anderledes måde at arbejde på. Ikke bare udadtil, men også indadtil.

Den anderledes måde at arbejde på, eller måske rettere bestræbelserne på det, vanskeliggøres af at struktur, arbejdsgang, og dokumentationssystem er overtaget fra den hierarkiske model. Samboerskabet med den mere traditionelle voksenpsykiatri viser sig at have både fordele og ulemper. Fordelen er den sikkerhed som systemet tilbyder. Der er altid nogen at tilkalde. Ulempen er den hierarkiske struktur, hvis kendetegn er en lang og ofte uigennemskuelig beslutningsproces. På de, der ikke er uddannet indenfor den, virker den passiviserende, også i den forstand at den ikke giver tilstrækkelig plads for udvikling af anden kompetence end den medicinsk relaterede.

Der er mange paralleller mellem højskolen som læringsinstitution og psykiatrien som behandlingsinstitution. Begge har et kulturelt efterslæb i forhold til de politiske føringer.

Opptrappingsplan for psykisk helse (St prp nr 63) vil ikke alene tilføre flere midler, men også se på hvordan det kan gøres anderledes, både indenfor og udenfor de psykiatriske institutioners mure. Rammeplanen for videreuddanningen i psykisk helsearbejde blev i 1998 tværfaglig d.v.s. den var ikke længere forbeholdt sygeplejere. Men een ting er beslutningen, en anden er gennemførelsen. Det blev tydeligt for mig, da jeg to år senere fik koordinatoransvar for videreuddannelsen i psykisk helsearbejde. Sålænge jeg kunne forholde mig til mit ansvarsområde og fordybe mig i det, så jeg ikke at uddannelsen var blevet flerfaglig af navn, men ikke af gavn. Stortingets beslutning om tværfaglighed i alle videruddannelser betød ganske vist, at der blev optaget flere faggrupper på uddannelsen, men det førte, som også andre højskoler har måttet erkende, ikke nødvendigvis til ændring i indholdet. Sygeplejere kunne tage den sygeplejerfaglige linie, og fortsat blive uddannet til 'psykiatriske sygeplejere'. Denne linje var lukket for verneplejere, socionomer, barnevernspecagoger, ja alle andre end sygeplejere. De var henvist på den psyko-sociale linje, som imidlertid var åben for sygeplejere, og enkelte sygeplejere valgte den. Først i 2001 blev HiØ enige om at nedlægge disse linjer, og istedet arbejde mod en fælles forståelse af hva psykisk helsearbejde er for noget. Hovedindsigten er at det ikke er muligt at udnytte eller garantere tværfagligheden hvis leder og faglærere kommer fra samme fag, i dette tilfælde sygepleje. Det gælder de psykiatriske institutioner, og det gælder på højskolen.

Eetfagssystemet, som de fleste af os er uddannet indenfor, udvikler en gangblindhed, som vi imidlertid kun ser hos de andre fag, og ikke i vores eget. Den påtvungne fler-og tværfagligheden på videreuddannelserne i psykisk helsearbejde har været og er stadigvæk en pådriver for nye indfaldsvinkler til drøftelse af hvad psykisk helse er, og hvor vi kan og skal sætte ind som helsearbejdere og som samfundsborgere. Jeg vil i denne forbindelse takke de mange studenter på videruddanningen som gennem samtaler og skriftlige arbejder har deltaget på denne færd mod en øget forståelse af hvad psykisk helsearbejde er og bør være.

Denne undersøgelse viser at det blev vanskeligere end beregnet at få tværfagligheden eller rettere flerfagligheden til at fungere. Det er vanskeligt at håndtere den ledsagende kompleksitet, som følgende citat antyder:

”Jeg tenker...det er rart hvordan vi som mennesker er skrudd sammen på ulike måter, hvor forskjellig vi opplever verden og det som skjer i den, og jeg undrer meg, nok en gang, blant alle de ulike perspektivene, synspunktene og tolkningene som, hvis vi kunne feste sporild på dem, ville ha fremstått som et bevegende flammehav i neon i en kompleks verden, hvilke perspektiver skal få gyldighet her? Hvem skal samle alle de staursprikende neonstrålene til et felles fokus” (utdrag af en fortælling).

Efter knapt et års virksomhed udtrykker ledelsen bekymring for flerfaglighedens opretholdelse. Mere konkret henter det sin begrundelse i at andelen af patienter med spiseforstyrrelser nødvendiggjorde en sygeplejer på hvert vagt. En nødvendighed som afspejler et behandlingsoplæg, som favoriserer den medicinske forståelse af mennesket og som derved gør det vanskeligt at udnytte den ikke medicinske kompetence. I august 2002, godt et år efter åbningen af afdelingen, har dette ifølge ledende sygeplejer ændret sig. Selvom man stadig har denne patientgruppe, har interne omlægninger og eksterne aftaler med det somatiske sygehus gjort at flerfagligheden nu ses og anvendes som den resource, man ved ansættelsen havde forespejlet dem. Behandlingsoplægget for denne gruppe patienter har efterhånden fået karakter af et program, som er udviklet under inspiration af hvordan man arbejder i Sverige. Det kræver samarbejde mellem personalet. Der er ikke længere tale om bekymring for tværfagligheden. Personalet er, som ledende sygeplejer siger, blevet meget bedre til at udnytte hinandens kompetence. Alligevel giver samme behandlings-oplæg anledning til overvejelse om på hvis præmisser det flerfaglige samarbejde sker.

Når jeg taler om at dokumentere hvordan en anderledes institution arbejder, møder jeg modstand fra ledelsen. Især ledende overlæge ønsker ikke at der skal fokuseres på anderledesheden. Måske skyldes det at man ikke åbent vil udfordre modstanden hos de som kunne opfatte det kritisk. Måske skyldes det at man faktisk ikke arbejder så anderledes som nogen kunne ønske. Uanset har anderledeshed både positive og negative konnotationer. Den grimme ælling hos H.C. Andersen er grim i sammenligning med de andre svaneunger ganske som en svaneunge, omringet af andunger, er grim. Hvor

meget kan man skille sig ud fra sine omgivelser uden at blive kanøflet? Forskeren bliver ved flere anledninger advaret om ikke at være *for* forskellig. Det gør indtryk selvom det er en del af samme forskers ønske og forforståelse at ændre på den historiske og filosofiske forståelse af 'forskellig' og 'anderledes' som noget af mindre værd (Skærbæk, 2001). Samtidig er der et fælles ønske, for ledelse såvel som for forsker, gennem dokumentation at kvalificere denne afdelings ideologi og praksis ved at se nærmere på hvad det betyder og medfører at arbejde efter børne og ungdomspsykiatriens forståelse og ikke efter den voksenpsykiatriske.

Et påtrængende dilemma i denne rapport er ønsket om at beskrive en forskningsproces som kan følges, også selvkritisk, på den ene side, og ønsket om at anonymisere mest muligt på den anden side. Navn på personer er ændret eller forekommer ikke. Det er vanskeligere med professionen. Hvis jeg foreksempel anonymiserede de fagpersoner, som er alene om at repræsentere en profession, vil fremstillingen, ialfald centrale dele af den, blive så så udflydende, at resultatet ville være utydelig og uinteressant. Anonymisering er imidlertid også at afveje hvornår det er vigtigt at referere hvem der har sagt hvad og til hvem, og hvornår det er mindre vigtigt. I denne afvejningen indgår også dilemmaet mellem person og fag i den forstand, at der indgår en afvejning af at det er netop denne unike person, som taler og handler samtidig med at det er i kraft af sin faglige rolle denne person taler og handler. Det er med andre ord denne blanding af person, sag og fag, som gør overføringsværdien skrøbelig men netop derfor vigtig.

Kundskabssynet i denne rapport lægger mere vægt på hvad der sker i situation og relation end på hvad der er generaliserbart og derfor overførbart. Det skyldes en erkendelse af at det at give en fyldegørende redegørelse er en teoretisk drøm mere end det er en praktisk mulighed. Både den individuelle praksis og den sammenhæng den indgår i er et resultat af et meget kompleks netværk, som inkluderer både sociologiske, fysiologiske, psykologiske og fysiske faktorer. Vi vil aldrig komme til at kende hele historien, men for de fleste formål er det heller ikke nødvendig (Wacherhausen, 1998).

Dette projekt dokumenterer en resursstærk afdeling i forandring. Fra første stund har der været et udbredt ønske om at få ting til at fungere stadigt bedre. For eksempel overværede jeg

en intern kritik af organiseringen af morgenmødet den ene dag, og allerede næste dag var de kritiske forslag til ændring implementeret. Intentionen med redegørelsen er at bidrage til en løbende forandring for patienter og for personale, og det er mit håb at den vil blive modtaget sådan. Det forudsætter at de involverede personer har sagen mere for øje end personlige ømme tæer, men helt at undgå en smertefuld sammenblanding er ikke mulig. Ofte har en "uretfærdig" bedømmelse fået mig til at komme videre, i den forstand at jeg har måttet tydeliggøre hvad det var jeg ville. Hvilket ret som det er har ført til at jeg modvilligt har måttet indrømme at bedømmelsen ikke var så uretfærdig, som den først så ud til at være.

Fra alle sider har der været stor imødekommenhed overfor dette forskningsprojekt. "Det er en stor luksus for afdelingen at du er her". Hver gang jeg i andre sammenhænge har mødt nogen af personalet, har de spurgt om hvordan det gik med projektet, og om jeg snart kom tilbage på afdelingen igen. At det ikke bare er hyggelige forsikringer kom frem efter at dataindsamlingen var færdig og jeg i hovedsag ikke kom på afdelingen mere. "Nu skulle du være der, Eva; nu har vi mere end nogensinde brug for 'etisk politi' ". Næsten alle gav explicit udtryk for værdien af min tilstedeværelse og af vore samtaler. Denne glæde er gensidig og jeg håber derfor at mine observationer og analyse læses ikke så meget som kritik af et kompetent og flerfagligt personale på alle nivåer, men mere som en påpegning af hvor mange kræfter, hvor meget mod og indsats, og ikke mindst hvor meget praktisk øvelse det kræver at få vendt en subjekt/objekt holdning til en intersubjektiv holdning. Det gælder ikke alene for personalet, det gælder også for patienter og pårørende, for lærere og studenter.

Data er i dette projekt indsamlet i forskellige faser, på forskellige arenaer og i samspil med forskellige aktører. Metoder er udviklet og ændret undervejs. For at sikre at rapporten ikke bliver een lang bekræftelse på de antagelser som forskeren gik ind i projektet med, vil rapporten i videst mulig omfang beskrive forløbet og i videst mulig omfang være loyal overfor hvad der hændte undervejs. Det er fristende at rette op på ting der er sagt udfra et senere klarsyn, men det ville være i modstrid med den forståelse af kundskab som oplægget bygger på. Efter redegørelsen over forskningsforløbet, følger en mere indgående analyse af de forskellige data. Derefter kommer en drøftelse af hvorvidt hensigten med projektet kan siges at være opnået. Har

projektet bidrager til indsigt i og håndtering af etiske dilemmaer i asymmetriske relationer mellem professionel og bruger, mellem professionelle? Har det bidraget til indsigt i sammenhænge mellem ledelse, organisering og tilrettelæggelse af behandlingen? Og hvordan kan erfaringerne fra den praktiske arena overføres til denne teoretiske arena; er det muligt at udmønte konkrete lærings-modeller som kan bygge bro mellem teori og praksis?

Projektet tog sin begyndelse med en projektansøgning til HiØ, avd. Helse- og socialfag marts 2001. Det er i tråd med højskolens formål at undervisningen skal være forskningsbaseret. Når udgangspunktet blev denne bestemte afdeling, skyldes det at jeg var blevet inviteret til at holde et heldags etikseminar med hele personalet i introduktions-perioden, og at arbejdet med afdelingen allerede var mig bekendt. Da det også er den ansøgning afdelingen fik tilsendt som grundlag for samarbejdet, vil jeg gengive den i sin helhed.

Ansøgning

Intentionen i Lov om patientrettigheder, som trådte i kraft 1 januar 2001, er at give patienten mere indflydelse på sin egen situation. Hidtil har loven ført til mere kursing og optræning af den ene parts kompetence. Kundskab og kompetence bliver i denne ansøgning anvendt om hverandre, dels fordi det gør det i den almindelige diskurs, og dels fordi faren er at placere kundskab hos de professionelle, og kompetence hos brugerne. Når disse kurser i tillæg bygger på en forståelse af at subjektet (personalet) skal blive bedre til at forstå objektet (brugeren), risikerer de yderligere at cementere den andens forskellighed (og ens egen). Dette vil reproducere det nuværende subjekt/objektet forhold. Den professionelle vil på sin side blive bestyrket i at ansvaret er hendes/hans, og brugeren vil modsvarende blive bestyrket i, at ansvaret ikke er hans eller hendes. Dette medvirker til yderligere frustrationer og udbrændt opgivethed hos subjektet (den professionelle) og det vil fortsat ikke hjælpe objektet (brugeren). En sådan ansvarsfordeling vil reproducere uligheden i samfundet ved sin fastholden af skillet mellem dem som har brug for hjælp (som ikke kan tage ansvar for sig selv) og dem som ikke har brug for hjælp (som skal tage ansvar både for sig selv og andre).

I dette projekt er forforståelsen, at kun i det omfang praktiker/den professionelle får i stand et møde med patientens kundskab, er det

muligt at få til en virksom relation, og dermed et behandlings-hjælpe eller omsorgsforløb som virker for begge parter. På samme måde er det en forudsætning for at læring kan finde sted, at læreren med sin kundskab kan komme i dialog med elevens kundskab. Kun sådan kan ny kundskab blive til. Den underliggende præmiss er, at ingen af os er ekspert på den anden, og ingen af os kan derfor heller være - med et udtryk af Tom Andersen - 'forandringsagent' på den anden. At kunne se og samtale med brugernes/ studenternes kundskab kræver indsigt i og forståelse af den forskellighed som køn og krop farver vores personlige og faglige kundskab med.

En afgørende forudsætning for at begge parter i en relation kan vedkende sig ansvar for den, er at de er og erkender hinanden som ligestillede subjekter. Subjektivitet hænger således forstået nøje sammen med opfattelsen af identitet. Begge dele bliver til i sociale kontekster og interaktioner. Det gælder også i asymmetriske relationer. At få ændret den subjekt/objekt forståelse, som ofte dominerer asymmetriske relationer, i retning af intersubjektivitet forudsætter en opfattelse og erfaring af, at et menneske kan være afhængig af hjælp og dog være i stand til at tage ansvar for sit liv.

Min hidtidige forskning har givet mig indsigt i, at der i den konkrete praktiske interaktion indenfor omsorgen kommer en mangfoldighed af kundskab til udtryk i samspillet mellem professionelle og hos brugere. Denne kundskab bliver imidlertid som oftest ikke italesat. Det hænger sammen med at den falder udenfor den almindelige opfattelse af hvad kundskab er, vel at mærke for begge parter. Dette hænger sammen med forforståelsen af hvad kundskab og kompetence er. Dette projekt tager udgangspunkt i praksis og undersøger, hvordan kundskab udtrykker og udvikler sig. Samspillet mellem personale og brugere og mellem personalet indbyrdes på en nyoprettede akut psykiatriske afdeling for ungdom vil blive udforsket. Efter bearbejdelse og analyse vil det indsamlede materiale blive anvendt til at udvikle et kundskabs- og kompetencesyn, som kan udmøntes i konkrete læringsmodeller. Det vejledende synspunkt er at undervisningens teoretiske og asymmetriske situation må afspejle intersubjektivitet og etisk interaktion for at have berettiget håb om at dette kan etableres i den praktiske og ligeledes asymmetriske situation.

At praksis har forrang er en følge af at epistemologi ikke ses som abstrakt, men som kropslig. ”The evidence from the cognitive sciences show that reason is not a disembodied, transparent, fully conscious character. Reason is in fact embodied and cannot know itself directly” (Lakoff og Johnson, 1999: 542). Det er imidlertid vigtig at sætte dette kropsperspektiv ind i et kønsperspektiv, hvis vi skal undgå at blive låst fast i samme forståelse af kroppen, som vi har været og stadig er af mennesket.

Mit interessefelt har gennem mange år drejet sig omkring etik som interaktion. Et gennemgangstema er hvordan det private og personlige afspejler det offentlige og politiske og visa versa. De senere år har min forskning givet mig anledning til at se, hvordan sex, seksualitet og sexual differens (forskel i køn og krop) hænger uløselig sammen med forståelse af kundskab og kundskabsproduktion. Den, hvis viden og krop ikke ses, kan ikke se eller identificere sin egen kundskab som vigtig, og er dermed heller ikke i stand til at se og anerkende andre andres kundskab og krop, når de afviger fra normen. Når det er vigtigt at finde frem til nye måder at vurdere den seksuelt forskellige andens kundskab som gyldig og adekvat skyldes det at kun derved kan kundskaber værdsættes hos andre andre, hvadenten indehaveren af dem er sort, handicappet, gammel, psykisk lidende, narkoman etc.

Med dette udgangspunkt tilsigter dette projekt at få til en ændring i denne udbredte og stærkt overlevelsedygtige forståelse af kundskab, som indlæres på vore uddannelsesinstitutioner og som præger vort samfund både de offentlige arenaer og de private rum. Uden en sådan ændring vil uligheden i køn og krop vedblivende reproducere andre uligheder i samfundet.

Dette projekt vil kartlægge hvilken kundskab/kompetence(r) som kommer til udtryk i interaktionen mellem bruger og professionel, mellem de professionelle indbyrdes, og hvilken rolle organisationen spiller i dette. Intentionen er at kartlægge hvordan aktørerne på en nyoprettet afdeling i psykiatrien får udnyttet sin kompetence. Det gælder personalet, brugerne og deres pårørende. Projektet vil tage udgangspunkt i praksis og undersøge hvilken kundskab/kompetence(r) som kommer til udtryk her, hvordan de(n) ses, italesættes og udvikles.

Hensigten med projektet er dobbelt:

- Gennem observation, samtaler og analyse at bidrage til indsigt i og håndtering af de etiske dilemmaer, som opstår i den asymmetriske relation mellem professionel og bruger, mellem professionelle, og i organisering og tilrettelæggelse af behandlingen.
- At bringe indhentede erfaringer tilbage til den teoretiske arena. Det vejledende synspunkt er at undervisningens teoretiske og asymmetriske situation må afspejle intersubjektivitet og etisk interaktion for at have berettiget håb om at dette kan etableres i den praktiske og ligeledes asymmetriske situation.

Efter bearbejdelse og analyse vil det indsamlede materiale blive anvendt til at udvikle et kundskabs- og kompetencesyn, som kan udmøntes i konkrete læringsmodeller på den praktiske og den teoretiske arena. Synspunktet er at grundlagsetik og områdeetik må være i en konstant og gensidig kritisk dialog for at læring på begge arenaer kan finde sted.

På baggrund af ansøgningen fik jeg bevilget 30 procent tid til forskning i skoleåret 2001-2002, og 50 procent i skoleåret 2002-2003. Projektet kunne tage sin begyndelse.

Forankring og iværksættelse

Ledelsen på afdelingen var positiv til projektet. Projektbeskrivelsen var oversendt på forhånd og dannede udgangspunkt for den videre samtale. For ledelsen præsenterede projektet sig som en mulighed, dels for at få et kritisk reflekteret blik på sin virksomhed, dels for at få dokumenteret sin anden og mere resurskrævende måde at arbejde på. Jeg på min side understregede vigtigheden af at projektet udvikle sig på afdelingens præmisser og i nært samarbejde med de ansatte. Desuden fremhævede jeg min interesse for personalets rolle. Brukerrettighederne tenderer til at glemme personalet. Når brukeren skal centreres og høres, er der to grøfter at falde i. Den ene er at personalet efterkommer brugerens ønsker eller at personalet søger at påvirke brukeren til at ønske noget andet. I begge tilfælde opretholdes den traditionelle subjekt/objekt

position og den efterlyste interaktion bliver borte. Lov om patientrettighed kan efter min mening kun efterkommes, hvis begge parter kompetence kommer til at virke sammen. Det er med andre ord ikke kun patienten der skal i centrum, men også personalet. Begge må medvirke for at ændre subjekt/objekt positionen til intersubjektivitet

Det blev udgangspunkt for en samtale om hvordan begge parter kan opretholde deres status som subjekter på trods af den asymmetri som forskel i magt, position og fag sætter på den ene side, og som lov om Patientrettigheder sætter på den anden side. Det fik een overlæge til at sige, at selvom personalet kan mene at det er lykkedes at få til et subjekt - subjekt forhold, gør det samme sig ikke nødvendigvis gældende for klienten eller for forældrene. En miljøterapeut bekræftede, at det i begyndelsen havde været vældig vanskeligt at lade være med at jobbe som hun havde været vant til. Det er med andre ord ikke kun er systemet omkring, der vanskeliggør en anden måde at jobbe på. Det er en kombination af flere ting. Denne anden måde at arbejde på kan være vanskelig at definere og at måle. På samme tid blev der af ledende overlæge taget forbehold overfor at udtrykke det som en anderledes måde at arbejde på, da det kunne skabe modstand udenfor afdelingen. Der blev dog enighed om at det er vigtigt at få dokumenteret hvordan afdelingen arbejder.

Temaerne på det første møde med ledelsen skulle vise sig at være gennemgående og centrale:

vigtigheden af at høre alle stemmerne.

”Vi mener, at det er vigtigt at få stemmerne hørt. Når personalets stemme høres, vil personalet høre ungdommens stemme og forældrenes stemme”.

'magtens grå zoner'.

Det undgås ikke at der er nogen der må tage beslutningerne og tage ansvaret for dem. Ved at benævne magtens zoner som grå, blev det antydnet at det ikke altid er klart hvem der har beslutningsmyndighed hvor og hvornår.

måde at arbejde på.

Der var almindelig enighed om at de fleste i personalet er oplært i et andet system. Det er dog ikke kun systemet omkring dem (det

store Østfold psykiatriske sygehus), men også ens egen konstruktion der spiller ind på måden at arbejde på.

Aftale om fremgangsmåde

De indledende møder blev anvendt til at afklare forventninger til projektet. Fra afdelingens og fra fra forskerens side. Og at tale nærmere om indhold og fremgangsmåde. Det blev afklaret at aktionsforskning som tilstedeværelse i miljøet ikke kom på tale. Det ville kunne ændre samspil og interaktioner. Dette blev kraftigt understreget og havde som følge at jeg, bortset fra en rundvisning før afdelingen blev åbnet, ikke fik indblik i hvordan patientafdelingen fungerer.

Tilnærmingen måtte som følge heraf blive mere indirekte. Vi kom frem til at en begyndelse ville være 1. at blive kendt med afdelingen ved at læse dens skriftlige dokumenter, 2. at deltage på møder. Da filosofien bag møderne er at alle tilstedeværende har en rolle, blev det min rolle at være observatør, som enten ved mødets afslutning eller ved en senere anledning fortalte om mine observationer. En langsom indgang i miljøet vil virke afklarende på hvilke metoder der vil fungere bedst for aktørerne i dette projekt og samtidig være relevant i forhold til projektet problemstilling og målsætning.

På det første møde med ledelsen blev aftalt, 1. at jeg skulle deltage på behandlingsmødet om torsdagen og eventuelt andre møder, og have den funktion at melde tilbage til gruppen hvad jeg hører og ser, 2. at en repræsentativ gruppe skulle tilbydes individuel vejledning. Vi bestemte at se an hvorvidt denne gruppe eller hele personalegruppen skulle følge forskningsprocessen. Ledelsen nedsatte en gruppe som kontakt for forskeren. Et nyt møde blev fastsat med denne kontaktgruppe. I mellemtiden læste jeg de skriftlige dokumenter som forelå. Det inkluderede organisationskort, indlæggelsesprocedurer, procedurer i forbindelse med afklaring, udredning og behandling, mødestruktur, eksterne samarbejdspartnere m.m.

Afdelingens ideologi og målsætning

Det faglige og ideologiske fundament vil i stor grad basere sig på kundskaber fra det barne og ungdomspsykiatriske område.

- Dialogen og samtalen er vigtig.

- Afdelingen vægtlægger et ressursorienteret perspektiv.
- Mestringsmuligheder fremmes ved at fokusere på patientens, personalets og familiens kompetence.
- Arbejdet ved denne afdeling baserer sig på forståelsen af at unge mennesker er nært knyttet til familie og pårørende.
- Afdelingen ønsker at patientene skal deltage aktivt i sin egen bedringsproces og hjælpe disse til at udvikle mestrings teknikker.
- Brugervedvirkning vil være et væsentlig bidrag i al behandling.

Opfølgning i forhold til patienter

siger under overskriften *Generelle holdninger*:

- Prøve at forstå hvilken betydning egen adferd og de fysiske omgivelser har for patientens aktuelle måde at forholde sig på.
- Patienten skal behandles ud fra sine behov, ikke ud fra symptomer.
- Holde aftaler og ikke love mere end vi kan love/holde.
- I vor holdning må vi have med forventninger om at patienten har mulighed for at handle adekvat. Kommuniser dette klart og tydeligt.
- En accepterende holdning gør at patienten bliver mere lyttende og opmærksom både overfor sig selv og andre.
- Holdninger og aftaler vil være individuelle for den enkelte patient. Vi kan alligevel have nytte af enkelte fælles retningslinier for skærpningsafsnittene.

Vejledning for modtagelse af patient

- Husk at det først møde er betydningsfuldt.
- En indlæggelse er sårbar for alle.
- Vis venlighed. Hvordan ønsker du selv at blive mødt?
- Husk at forældrene er eksperter på deres egne børn.
- Både ungdom og forældre skal føle sig ventet og ivaretaget af afdelingen.
- Der skal balanceres mellem individuelle aftaler i forhold til den enkelte patient, og fælles retningslinjer for skærmingsafsnittene, som også kan være til nytte.

Et strategidokument er under udarbejdelse. Det skal tage for sig hvordan denne post vil håndtere vold og udagering

Læsning af afdelingens skriftlige dokumenter gav en god indføring. Der var to ting som sprang i øjnene og som jeg derfor spurgte om på det næste møde med ledelsesgruppen. Det ene gjaldt betydningen af at det faglige og ideologiske fundament vil basere sig på kunskaber fra børne- og ungdomspsykiatrien. Svaret jeg fik var et resumè af indholdet i de skriftlige dokumenter. Afdelingen vægtlægger en dialogisk kultur. Alle stemmer skal høres. Et ressursorienteret perspektiv skal fremme mestrings-muligheder ved at fokusere på pasientens, personalets og familiens kompetence. Og således blev det overladt til mig selv at deducere hvad det voksenpsykiatriske er, det som udgør den meste udbredte forståelse i den større institution, som afdelingen er en del af.

Mit andet spørgsmål gjaldt, hvad de mente med at brukervedvirkning vil være et centralt *bidrag*. Svaret bekræftede at dette med brukervedvirkninger og patientrettigheder vidste de ikke særlig meget om. Det var på den anden side meget muligt at afdelingen har ivaretaget Lov om patientrettigheder, som er lovfæstet 1 januar 2000, i de holdninger, som kommer frem i de forskellige dokumenter og i måden at jobbe på. Jeg valgte ikke at betragte disse dokumenter som data, men som det de var på dette tidspunkt af projektet, nemlig en indføring i hvad denne afdeling ønsker skal være vejledende for deres måde at arbejde på.

Betegnelsen på den person, som modtager pleje eller behandling fra det offentlige har varieret mellem patient, klient og bruger, og gør det fortsat. Jeg tillader mig derfor at være ikke-konsekvent i dette arbejde ved at anvende forskellige betegnelser.

Intention, metode og virkelighed

Metode skal hjælpe til at stille kritiske spørgsmål på en systematisk måde, at knytte dem til valg som gøres, og til at se hvilke konsekvenser disse valgene har. Det er nødvendigt at have god kundskab til metode for at kunne skille de resultater, som skyldes metode (metodologiske forklaringer) fra de resultater, som skyldes "virkeligheden" (substantielle forklaringer).

Det har i en del år været kotume at skelne mellem kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Dag Ingvar Jacobsen skriver i Hvordan gennemføre undersøgelser, 2000 at det dog et spørgsmål om forskellen er så stor som antaget, og henviser til at allerede Karl Popper forkastede både den positivistisk antagelse om generelle lovmæssigheder og den forståelsesbaserte antagelse at alt er unikt. Istedet indførte Popper begrebet sandsynlighed. Det er sandsynlig at virkeligheden kan beskrives ved hjælp af empiri d.v.s. ved hjælp af information fra virkeligheden. Der ligger dog en fare i at tro at forskning kan fremskaffe empiri, som siger noget om en virkelighed udenfor forskeren, en natur som kan gengives nogenlunde dækkende. De fleste empiriske studier er således blevet kritiseret for at høre til den naturalistiske skole (Jacobsen, 2000). En anden fare er at 'go native', at komme for nær. Som jeg skal komme tilbage til, blev det en tidlig erfaring. En tredje fare er at komme på for lang afstand. Forskning handler med andre ord om evnen til at bevæge sig mellem nærhed og afstand. Nærheden er nødvendig for at forstå den undersøgte virkelighed, mens afstanden er vigtig for at sætte denne opfatning ind i et videre perspektiv (Repstad, 1987).

Ganske som forskellen mellem kvalitativ og kvantitativ forskning er udvisket er også forskellen mellem induktiv og deduktiv fremgangsmåde. I dag taler man om åbne tilnærmninger. Eller om en pragmatisk tilnærmning, altså den metode som passer bedst til det man vil undersøge. Således er fremgangsmåden i dette projekt udviklet under inspiration af metoden Action Health Research, som den danske filosof Steen Wachterhausen beskriver i Accounting for and changing practice, 1998.

I forhold til mere traditionel forskning er Action Health Research karakteriseret ved at have fokus på konkret praksis og nær samarbejde mellem forskningsarbejderne og praktikerne. Det udtalte mål er at konceptualisere og gøre rede for (beskrive, analysere, evaluere etc.). Det er en løbende proces i udviklingen af praksis. Nu er praksis en mangetydig term. Den kan referere til mange forskellige aktiviteter og til den samme aktivitet på forskellige nivåer. De forskellige praksiser og nivåer af praksis må ses i indbyrdes sammenhæng og i sammenhæng med den videre organisatoriske, kulturelle og politiske proces. Samtidig er det vigtigt at redegøre for hvilken type praksis vi taler om. Det er almindeligt at skelne mellem mikro, makro og mega praksis. Mikro praksis er en individuel praksis, som almindeligvis altid er del af en makro praksis. Makro praksis kan være en institutions praksis eller en professions praksis eller den generelle praksis af en profession. En praksis som i en given kontekst er defineret som makro, kan selv være del af en mega praksis (foreks.staten).

Dette projekt undersøger først og fremmest en makro praksis, idet det ser på en specific institutionsafdelings praksis. Den udgøres af en række professioner, som igen må opdeles i individer. Makropraksis omfatter mikro praksis, men er mere og andet end blot mange mikropraksisser. Makropraksis er del af den større institution, som den deler vægge og mure med. Og både afdelingen og institutionen er del af den megapraksis, som i denne sammenhæng betyder staten og dens retningslinier. Når en bestemt praksis observeres, er det vigtigt at gøre sig klart hvad det er for en redegørelse man er ude efter. Som Wachterhausen udtrykker det: har vi "realist ambitions or only instrumentalist ambitions", og forklarer det med et igangværende sundhedsprojekt, hvis mål er at udvikle bedre helsestrategier for deltagerne. Deltagerne blev i begyndelsen bedt om at udtrykke sine opfattelser og overbevisninger om sundhed. Deres beskrivelse viste et helt andet resultat end den rationelle rekonstruktion af deres faktiske praksis. De accepterede denne rekonstruktion og sagde sig enig i at en adfærd, som baserede sig på deres overbevisning, ville se helt anderledes ud. Med andre ord, deres overbevisninger blev underkendt af andre veletablerede rutiner og standarder i deres daglige liv. Det forklarer også hvorfor teoretisk helse promotion så sjældent har langtids effekt: en person kan sagtens acceptere bestemte helsestrategier som sin overbevisning, og den kan godt være

virkelig d.v.s. tilstede i hans hoved uden at den blive kausal, altså virksom. Vi kan godt forandre ideer uden at forandre praksis. Praksis er sjældent et rent cognitivt rationelt resultat af ideer. Det er klassisk fejltagelse af rationalismen og cognitivismen at tro det (Wacherhausen, 1998).

Action Health Research er sjældent en to trins handling d.v.s. først en analyse og derefter en forandring. Det er en kontinuerlig og dialektisk proces mellem analyse og forandring. Den indebærer mange re-evalueringer af tidligere teoretiske redegørelser og re-vurderinger af de væsentlige elementer i den omtalte praksis. En vigtig del af Action Health Research er at beskrive og begrebsliggøre praksis. Men det er ikke gjort en gang for alle. Det er en pågående proces som refererer til mange forskellige aktiviteter og til den samme aktivitet på forskellige nivåer. Jeg finder den derfor egnet til at bygge bro mellem fænomenologiens modstand mod begrebsliggøring og generaliseringer, og en metodisk fremgangsmåde.

Ovenstående metodediskussion kan sammenfattes i følgende punkter:

- At sætte praksis først betyder at dette projekt prioriterer hvad der kommer til udtryk i praksis: Hvad og hvordan gør man? Da indeværende projekt ønsker at bygge bro over teori og praksis, er det imidlertid også vigtigt at have de intentionale hensigter i øjenkrogen: Hvad siger man at man gør, og hvad gør man?
- Denne intention gør at vægten ikke er lagt på at generalisere fra udvalget af enheder til en større gruppe enheder, men snarere at uddybe begreber og fænomener. Data er samlet ind i ulike faser, på ulike arenaer og i samspil med ulike aktører. Svagheden ved en sådan fremgangsmåde er at forskeren sent i processen kan blive blind for nye forhold og momenter, og bare lede efter informationer som støtter de antagelser, som forskeren dannede sig tidligt i forskningsprocessen. Den kontinuerlige og dialektiske proces mellem beskrivelse, analyse og forandring med mange re-evalueringer og re-vurderinger undervejs skulle i nogen grad afbøde dette. Hvad der derimod ikke kan undgås, er at forskeren ikke

ser og derfor heller ikke kan redegøre for sin egen indvirkning som observatør og samtalepartner.

- Fremgangsmåden vil være at læse om afdelingen, tale med ledelsesgruppen i indledende runder, observere møder, deltage på fagdag og på grundlag af disse observationer melde tilbage til hele personalet på et møde. Med det dobbelte formål 1. at tilbageføre mine observationer og 2. lade de reaktioner og tilbagemeldinger jeg får på dem indgå i det videre forløb. Dette vil udgøre en form for 'gyldighedskontrol' (face validity). Der er dog den hage ved det at forskerens gerne skulle afdække forhold som de personer, som kender det aktuelle fænomen fra indside, ikke nødvendigvis er klar over og derfor ikke kan forventes at 'købe' med det samme. Denne valideringsmetode er derfor ifølge Jacobsen ikke tilstrækkelig (Jacobsen, 2001).
- Målet med denne undersøgelse er ikke en objektiv værdifri beskrivelse, men en beskrivelse som flest mulig kan genkende som havende ro i virkeligheden. Det ikke at kunne færdes i miljøet sætter visse begrænsninger for aflæsningen af hvad der faktisk sker. Samtidig ville det at færdes i miljøet påvirke miljøet og det der skete der.

Forforståelse og begrebsafklaring

I dette projekt er intentionen er at få til en samtale mellem praksis og teori, mellem den kundskab som kommer til udtryk gennem praksis, og den kundskab som teorien udgør. Det betyder ikke at forskeren er en tabula rasa med mulighed for at stå udenfor og drøfte de forskellige slags kundskab op mod hinanden. Det er en umulig antagelse. Karakteristisk for en forforståelse er at den ikke er bevidst for den der har den. Den er fortegnet, i den forstand at ens egen forståelse er solipsistisk, indlysende. Så snart den bliver bevidst, opstår nye blinde pletter (Maturana og Varela, 1993) Forskeren er altid allerede del af det som foregår. I Merleau-Ponty's sprog hedder det at verden er der før al analyse. Subjektet er allerede i verden før den reflektive analyse gør det til centrum. Verden er så uopløselig forbundet med subjektet som subjekterne er med hinanden. Det er ikke muligt at undslippe verden eller de andre (Bengtson, 2001).

”Hva vi ser, vil avhenge av hva vi er interessert i, hva vi er opplært til å se og hva vi er opplært til ikke å se” (Jacobsen, 2000: 33). At også forskeren udgår fra og indgår i den verden, som hun på samme tid opdager og undersøger, betyder at der fremtræder noget helt andet end universelle meninger eller partikulære fornemmelser. Det er ikke muligt at reducere vores liv i verden til faste begreber, teorier eller principper. Det kan være vanskelig at holde fast i for en forsker som er dobbeltprogrammeret d.v.s. dels programmeret ind i en forståelse af kundskab, som skal finde svar og forene mangfoldighed og flertydighed til eet system, og dels programmeret efter det tegn som forskeren bærer på sin krop, og som uafslædig minder om at dette ikke kan lade sig gøre.

Når det er om at gøre at uddybe min forståelse af intersubjektivitet, skyldes det at der er andre måder at anvende det på. Som det er udviklet af Hegel, Kant, Husserl og Habermas, henviser intersubjektivitet til et fælles udgangspunkt for kundskab. Al kundskab er subjektiv, men der findes situationer som flere individer opfatter på samme måde. Jo mere uafhængig af hverandre en sådan enighed opstår i, desto større sandsynlighed er der for at vi taler om noget som kan kaldes ’sandt’. Intersubjektivitet i denne definition sætter altså enighed mellem mennesker i stedet for begrebet sandhed. Det er en fristende definition, men den kommer til at stå i vejen for den erfaring at mennesker kan være uenige og dog få til intersubjektivitet. På en dansk reklamesøjle står en arbejder og siger: ’Enighed er ikke nødvendigt for at kunne samarbejde, det er respekt for hinanden’.

Min opfattelse af intersubjektivitet er inspireret af Simone de Beauvoir, som udviklede sin forståelse i *Ethics of Ambiguity*, 1947 på grundlag af Merleau-Pontys filosofi. I en anmeldelse af Merleau-Ponty’s *Phénoménologie de la Perception*, 1945 skriver Simone de Beauvoir, at noget af det vigtigste nybrud i fænomenologien er, at den ophæver oppositionen mellem subjekt og objekt. Filosofien har hidtil, siger hun, enten udsprunget fra en opfattelse af mennesket som ren åndelighed d.v.s. i stand til at give slip på verden, eller fra en opfattelse af mennesket som ren materialitet d.v.s. i stand til at blive opslugt af verden. Men når mennesket reduceres, hvadenten det er til krop eller til sjæl, bliver den menneskelige eksistens som tvetydig overset.

Når fænomenologien kan ophæve oppositionen mellem subjekt og objekt, hænger det sammen med Merleau-Ponty's forståelse af mennesket som en 'levende krop'. Som 'levende krop' udtrykker mennesket sin relation til verden; mennesket *har* ikke en krop; det *er* en krop. Det vil sige, også ordet 'krop' leder os på vildveje, fordi det får os til at tænke i dikotomier som krop/sjæl. Sproget har ikke et udtryk for hele mennesket, men det er hvad den levende krop betyder. Bevægelse, erkendelse, følelser, tale og tanker, alle er kropslige måder eller stilarter. Som levende krop er mennesket altid infiltret i det det møder og bliver mødt af, ting såvel som andre subjekter. Lugte og lyde trænger gennem kroppen og ud til tingene og verdenen, som mennesket er infiltret i. Mennesket påvirker og påvirkes, danner og dannes. Det betyder, at det vi almindeligvis kalder 'egenskaber' såsom vitalitet, følsomhed, intelligens, ikke er statiske kvaliteter. De bliver til i mødet med omverdenen. Jeg kan ikke kreditere mig selv for disse kvaliteter; de er ikke mine.

Intersubjektivitet i denne filosofi betyder en relation mellem levende kroppe som subjekter, af en 'mellemkropslighed'. Ingen af ordene er gode. Intersubjektivitet leder tanken hen på en relation mellem rene bevidstheder, og mellemkropslighed leder tanken hen på en relation mellem rent fysiske kroppe. Ifølge Merleau Ponty kan mennesket ikke opdeles i to uforenelige regioner; de danner en psykofysisk enhed, hvis synergi integrerer alle regioner af vores eksistens. Subjektet er ambiguøst, tvetydigt; det kan ikke beskrives uden modsætning. Det er ikke transparent, hverken for andre eller for sig selv. At verden erfares som intersubjektiv betyder at det er en eksistensform, som vi ikke kan undslippe. Det er denne integrerede helhed, som er den levende krop vi er og erfarer. Det, som hænder i en konkret situation, er at en ny konkret mening, norm eller værdi opstår i samspil med tidligere erfaringer. Den således opståede mening formår derefter at forandre meningen hos tidligere erfaringer.

At mennesket er et levende og interaktivt væsen, som ikke er gennemsigtig og fuldt forståelig, har afgørende betydning for kritikken af den objektive videnskab. Det betyder, at ingen viden i sig selv er sand og udiskutabel. Dette er ubegribeligt udfra både en intellektualistisk og en empirisk standpunkt, men ikke når man som Merleau-Ponty har opdaget cirkulariteten mellem subjekt og objekt. Empirismen gør livsverdenen fattigere, og

intellektualismen overbestemmer den. Livsverdenen er både almen og partikulær, den giver mening og er situeret. Den er i bund og grund tvetydig, hvilket overses af både empirismen og intellektualismen. Begge indeholder et vist mål af sandhed, men begge driver en ensidig indsigt til sin yderlighed ved at gøre det til sandheden (Bengtson, 2001). Derved overses at det ikke er muligt at klargøre livsverdenens relationer endegyldigt. Deres opacitet og tvetydighed er ikke et skeptisk udsagn men netop et positivt udsagn om væren.

I Merleau-Ponty's vægtlægning af mennesket som en levende krop er seksualiteten en afgørende faktor; den gennemstrømmer og farver hele personen. Mens Merleau-Ponty holdt sig til at tale om kroppen og seksualiteten, blev det nødvendigt for Beauvoir at se nærmere på den forskel, som hendes og alle kvinders krop udgør. Det skyldes at denne forskel i krop, i seksualiteten, var - og er efter manges mening stadig - afgørende for hvordan man ser, og bliver set; hvordan man handler og bliver behandlet; hvordan man tænker og bliver tænkt. Een af Beauvoirs berømte indsigter var at kvinder forholdt sig som objekt til mandens subjekt. Det har betydning for muligheden for at vende subjekt-objekt holdningen til intersubjektivitet. Forudsætningen for intersubjektivitet er, at begge parter er subjekter både i egne og den andens øjne. Men hvordan få det til? Hvordan anerkende noget eller nogen, som er både sprogligt og kundskabsmæssigt anderledes og forskelligt? Er det muligt at finde en tredje position? Det er en udfordring som måske især gælder kvinder, ikke mindst fordi de ofte arbejder med mennesker, som har behov for hjælp og omsorg. Tidlig indkodet i rollen som objekt, som 'anden', står kvinder selv i fare for - i al kærlighed - at objektivere 'andre andre'. Omend Jessica Benjamin skriver ud fra det psykoanalytiske perspektiv, er hendes definition af det centrale i det intersubjektive perspektiv afgørende at holde fast i.

"Subject and object, active and passive, observer and participant, knower and known – these reversible complementarities have structured the psychoanalytic relationship. The intersubjective perspective is concerned with how we create the third position that is able to break up the reversible complementarities and hold in tension the polarities that underly them. Essential to that theoretical aim is the uncovering of the gender coding of these

complementarities, which has so successfully inscribed them in our desire, in our psyches” (Benjamin, 1998).

Med andre ord, metode og forforståelse hænger med andre ord snævert sammen. Metode vælges og udvikles i sammenhæng med forforståelsen. I begge dele er intersubjektivitet centralt, ikke som begreb men som det der bestemmer rammerne både for livet og for forskningen. Det begrænser, og det udvider, kort sagt det komplicerer, ikke mindst fremstillingen af undersøgelsen. På den ene side fortælles en historie, hvilket betyder at verberne må være i datid. På den anden side eksisterer afdelingen endnu, hvilket gør at verberne nogen gange må være i nutid. Endelig er der overvejelser og referencer til teoretiske overbygninger undervejs som ikke er datidige, dels fordi jeg har dem endnu, og dels fordi de var indlæg undervejs og ikke var og derfor heller ikke i eftertid kan fremstå som færdige 'sandheder'. Det processuelle, som er fælles for metode, forforståelse og teori må komme frem i sproget. Selvom rapporten fortæller om noget som har fundet sted, har jeg et håb om at den indeholder ting af værdi udover den konkrete proces. Hvilket betyder at rapporten er mere end en rapport om en afsluttet undersøgelse. Den prætenderer at være et indlæg i debatten om hvad det er nødvendigt at sætte ind på indenfor feltet psykiatrisk helsesarbejde.

Projektet kan som følge heraf inndeles i tre stadier.

1. Høsten 2001

Ialt blev det til 12 møder, heraf 4 behandlingsmøder, 2 personale/miljømøder, 3 møder med den af ledelsen nedsatte kontaktgruppe, 3 heldagsseminarer, hvor jeg selv stod for det ene. Erfaringerne fra dette forløb lagde grunden for den videre fremgangsmåde, som blev ændret i forhold til planen. I stedet for den påtænkte vejledningsgruppe, planlagde jeg at samtale med fem personer.

2. Våren 2001

Da der meldte sig tretten personer, fraveg jeg planen med fem og valgte jeg at tale med alle tretten to gange. Fremlæg for hele personalet skete efter hver pulje af samtaler.

3. Høsten 2002 og våren 2003

Samtaler med patienter og pårørende. Analyse af de forskellige data. Udarbejdelse af en forskningsrapport.

Høsten 2001

Deltagende observation

På fagdagen i begyndelsen af september for hele personalet orienterede jeg kort om projektets indhold og baggrund, og at jeg efter aftale med ledelsen kom til at være deltagende observatør i det kommende år. Og at jeg med jævne mellemrum ville fremlægge og diskutere mine observationer med den samlede personalegruppe.

På fagdagen, som jeg fik lov til at deltage på, arbejdede fylkets organisationspsykolog med personalet i forhold til deres på forhånd indsendte materiale. De var blevet bedt om at beskrive en drømmedag på job. De indsendte skemaer var præget af ord som respekt, omsorg, tryghed, solidaritet. Ord som psykologen syntes lignede på valgtaler. Efter at have gennemgået deres svar konstaterede organisationspsykologen at personalet i stor udstrækning har fået det til, som de ønskede. Det *er* godt at gå på arbejde på denne afdeling.

Efter gennemgangen af skemaerne og uddybning af de store ord arbejdede personalet videre i grupper med at udarbejde ting og adfærd, som de ønskede bevare, og ting og adfærd, som de ville have bort eller forbedre. Tilbage til plenum kom følgende temaer:

- Hvordan ivaretage engagementet, når man skal handle efter beslutninger man ikke er enig i?
- Hvordan være loyal mod andres beslutninger, og dog bevare mangfoldet på afd?
- Hvordan ivaretage at være opmærksomt tilstede i situationen og samtidig arbejde efter regler?
- Hvordan bevare en konstruktiv dirring?

Der blev efterlyst:

- Tydelighed i kommunikation.
- Ret tid, ret fora, ret måde.

- Respekt for egne og andres roller/reaktioner.

Det viste sig efterhånden, at der bag disse temaer skjulte sig en historie, en situation, som dirrede i vægge og personer, som jeg dog kun ved et tilfælde kom undervejs med. En skjult dagsorden har jeg valgt at kalde det. *Skjult* fordi den ikke blev nævnt med eet ord på fagdagen, og *dagsorden* fordi den prægede den dag som den havde gjort dagene før og efter fagdagen. Den skjulte dagsorden, som blev vigtig for det videre forløb af projektet, lyder i kortversion og i min sammenfatning således:

En ung pige blev indlagt under tvang. Hentet direkte fra skolen af politibetjente, ankom hun til afdelingen. Her blev hun, som procedurerne tilsiger, mødt af et indlæggelsesteam, bestående af ansvarshavende overlæge og en miljøterapeut. Pigen havde en mobiltelefon, som hun ifølge regelen på afdelingen måtte give fra sig. Det nægtede hun, og der blev et "voldsomt postyr". Teamet besluttede at lade hende beholde mobiltelefonen foreløbig.

Når den konkrete situation generaliseres, og udmøntes i de efterlysninger som kom frem på fagdagen, kan det være af hensyn til de involverede; det kan imidlertid også være for at løfte *det* ud af situationen, som bærer ud over den konkrete situation og gælder mere generelt. Risikoen med dette er at de der ikke kender til den aktuelle situation, og der er flere end jeg, trækker konklusioner af hvad der foregår på afdelingen, som når de føres tilbage til praksisfeltet, ikke vil vække genkendelse. Af gode grunde. Kun ved at tage udgangspunkt i situationen og hvad der skete, kan det være muligt at finde frem til hvad det egentlig var der blev efterlyst på fagdagen.

På behandlingsmødet ugen efter blev denne sag taget op. Om mødet allerede var fastsat før fagdagen eller blev sat op som en følge af fagdagen, er mig ukendt. Under alle omstændigheder blev det afgørende at situationen blev taget op på et møde og at den blev taget op på den måde som den gjorde. Mødeleder sagde indledningsvis at da mødet ikke er noget almindeligt behandlingsmøde, måtte også måden at gennemføre mødet på være anderledes. Dette møde handler om en patient som har skabt stort postyr. Hvorfor blev det sådan, og hvad kan afdelingen lære af det?

Stemningen på mødet var i begyndelsen meget trykket, men den ændredes efterhvert som hele forløbet blev gennemgået fra forskellige sider og perspektiver. Een af de første, der tog ordet, var overlægen, som var del af indtagsteamet. Efter at have beskrevet situationen meddelte hun at hun havde følt sig klønet i situationen, som hun beskrev som 'eksplosionsagtigt'. Måske var indlæggelsen blevet særdeles vanskelig, fordi politiet havde hentet pigen lige fra skolen. De var uniformerede og fulgte deres instrukser. Disse var udarbejdet på baggrund af pigens tilstand dagen før, og politibetjentene var ikke i stand til at justere instrukser efter den faktiske situation. På den aktuelle dag var pigen rolig og klar, men blev i indlæggelsessituationen efterhånden, som hun havde været dagen i forvejen, urolig og aggressiv. I den situation at tage mobiltelefonen fra hende følte som endnu et overgreb.

Lidt efter lidt kom alle stemmerne rundt bordet frem. Perspektiv på perspektiv dukkede op. Stemningen var trykket indtil en af personalet gav efter for trykket og meldte sin modstand og irritation over den trufne afgørelse. Så kom en anden frem, og en tredje, og trykket lettede. Det blev en spændende samtale om angsten. Patientens og personalets. Som en af deltagerne sagde: er dette en jagt på problemer eller på resurser? Alle tilstod at de havde lært af sagen, men at den ikke nødvendigvis skulle gentages. Ialfald ikke dette med en masse snak i korridorerne, sinte øjne, og dette med at tvivle på hvad miniteamet havde bestemt.

En af dem, der på grund af hendes placering ved mødebordet kom sent til orde, mente at det var meget uretfærdigt at se hændelsen som majoriteten havde set den. For hende at se, og hun havde været sammen med overlægen i indlæggelsessituationen, og med i det videre behandlingsforløb, var der blevet sat så mange grænser for patienten, og så fokuserede alle på den grænse som ikke var blevet sat: mobiltelefonen. Hun tilføjede at det midt op i det hele ikke måtte glemmes at resultatet var blevet godt. Ikke mindst moderen gav udtryk for at være blevet hjulpet. Patienten selv havde hjulpet til ved at spørge om det kunne tænkes at hun havde AHD. Da ingen modsagde hende åbent, er det rimelig at antage at der midt i dirringen blev lavet et godt stykke arbejde. Det gør det også mere forståelig at der på fagdagen blev konstateret 1. at det var et godt sted at arbejde, og 2. efterlyst hvordan man skal bevare dirringen. Historien med

mobiltelefonen havde ikke alene været nedbrydende; den havde også været konstruktivt.

Andre ting der kom op på mødet var: Hvad er miljøterapi. Hvad er det at diskutere? Hvordan kombinere tillid til hinanden med frugtbar uenighed? På et personalemøde to måneder senere kom det til en diskussion om regler i forbindelse med video og t.v. titting. Der blev en fin runde om regler og skøn, og bred enighed om at fleksibilitet er en god ting. Skyldes det at sagen med mobiltelefonen har lært personalet noget eller at det ikke er så svært at være enige om regler og skøn på forhånd og før situationen opstår?

På et møde med ledelsesgruppen fremlagde jeg mine foreløbige observationer. Jeg roste måden de holdt møder på, især hvordan de var nøje på at afstemme formen efter indholdet. Til gengæld syntes jeg at sproget, der blev anvendt, i ringe omfang udtrykte den gensidige påvirkning, og ofte syntes at fiksere patienten i sin rolle. Jeg kaldte det sprogets magt, og sigtede til modvilligheden i sproget til at indfange det processuelle og relationelle. Fagudviklingskonsulenten tog tråden op og talte om magtens sprog, og sigtede til det sprog som systemet opretholder. Ledende overlæge derimod afviste mit synspunkt med at mit perspektiv var *for* forskelligt. Afdelingen kan ikke undgå objektivisering og diagnosticering, det er hvad de er ansat til at gøre.

Første tilbagemelding

Som nævnt præsenterede jeg i korte træk mit projekt på fagdagen i september. En måned senere, på det personalemøde, som var afsat til mit fremlæg og samtale omkring det, benyttede jeg anledningen til at give en mere indgående beskrivelse af projektet. Dernæst redegjorde jeg for, hvordan jeg efter aftale med ledelsen havde anvendt høsten til først at gøre mig bekendt med afdelingen gennem at læse målsætning, vikar- og procedure planer etc. Og endelig om hvordan jeg gennem deltagende observation på afdelingens møder fået kendskab til afdelingens måder at arbejde på.

Da filosofien bag strukturen af behandlingsmøderne er at alle deltagere har en rolle og at alles stemme skal høres, blev det min rolle at være observatør. Det var først planen, at jeg skulle melde tilbage efter hvert møde. Der var, såvidt jeg kan se, to grunde til at det ikke fungerede. Den ene var tidsrammen.

Møderne går altid lidt over tiden. Det at få fem minutter til sidst på overtid til refleksion fungerede ret og slet ikke. Hverken for de andre eller for mig. Den anden grund, som hænger sammen med den første, idet der ikke var tid til at tage en pause, var at jeg gik i den fælde, som hedder 'to go native'. Jeg lod mig fange ind af temaet og diskussionen, og mistede den nødvendige afstand. Derfor måtte jeg efter aftale med ledelsen ændre strategien fra at have en rolle til at være deltagende observatør, og istedet samle og melde mine observationer af flere møder tilbage på et senere tidspunkt.

Mit fremlæg koncentrerede sig om to hovedpunkter eller fund. Det ene vedrørte møderne, deres form og indhold og sprog. Det andet omhandlede en konkret hændelse med store længde og breddevirkninger, som jeg har kaldt den skjulte dagsorden.

Møderne

Det er især behandlingsmøderne som jeg sigter til. Strukturen på mødet er sådan, at der først bliver tegnet et kort, en blanding af et geogram og netværkskort, og her bidrager især de som har haft med vedkommende patient at gøre. Derefter lægger miniteamets medlemmer, eller den der er tilstede fra teamet, sagen frem. Et miniteam består af en sagsansvarlig individualterapeut og 1-2 primærkontakter samt gruppelederen, som er den der nedsætter teamet. Derefter tages der en runde. Ifølge afdelingens ideologi skal alle stemmer høres. Enhver tilstedeværende skal derfor have en rolle. Denne struktur er på den ene side vældig givende d.v.s. der kommer hele tiden lidt andre perspektiver til. På den anden side synes det som om hver deltager refererer til det der blev sagt indledningsvis, og kun sjældent spinder videre på det, som blev sagt af de andre undervejs i runden. Det kan derfor virke som om alle taler til den der leder mødet. Det kan have at gøre med at det, når jeg har været der, har været ledende overlæge eller ledende sygeplejer, som har ledet mødet.

Den valgte form har til hensigt at gøre det enkelt at betone det cirkulære og dialogiske, som er del af afdelingens ideologi. Og det hænder da også at nummer syv i rækken af talere på runden erklærer en uenighed om det der indtil nu er blevet vægtlagt, og de gange det sker, er det som om alle liver lidt op. Men spørgsmålet er, hvem der har anseelse, nyder tillid, og /eller har position til at gøre det. Det er tydeligt at ikke alle har det, og

alle har det vel heller ikke altid. Prisen er at det dialogiske og cirkulære i nogen grad bliver borte.

Når alle har givet deres stemme til kende, bliver miniteamet spurgt om de kan bruge det sagte i fortsættelsen. Det er et vigtigt point at denne beslutning ikke, som det er almindeligt, bliver truffet på behandlingsmødet men overlades til miniteamet. Ved et par af møderne blev jeg forundret over miniteamets tilbagemelding. Ved et møde blev der eksempelvis talt for og imod fodfølgning. Miniteamet gik i det konkrete tilfælde ind for fodfølgning, og da alle stemmer var hørt, konkluderede miniteamet at det ville de fortsætte med. Der er flere tolkningsmuligheder. En mulighed er, at de med 'magten' rundt bordet argumenterede for fodfølgning med det resultat at de, der argumenterede imod samt de, som foreslog andre fremgangsmåder, ikke blev hørt. En anden mulighed er miniteamet ikke synes at de har fået nogen indspil, som de kan bruge eller ikke har lyst til at ændre deres fremgangsmåde. Det kan også være sådan at det miniteam, som har mest med denne sag at gøre, ikke får så meget nytte af det de andre, som måske ikke har så meget med denne patient at gøre, har at sige, men i så fald er det unødvendigt at have denne runde. At der er magt på spil og nogen hvis indlæg høres mer end andre er på den ene side evident, på den anden side er det vanskelig at opdage, ialfald for en udefra kommende observatør. Endelig kan det også være at jeg tog fejl, og at jeg enten overhørte nuancerne eller hang mig op i sproget i miniteamets tilbagemelding.

Spørgsmålet er om der udover magtspørgsmålet er et underliggende ønske om harmoni, som lægger hindringer i vejen for en mere åben diskussion. Det kunne være nyttigt at gøre det tydeligere hvad der menes med en dialogisk kultur og idealet om at alle stemmer skal høres. "Når personalets stemme høres, vil personalet høre ungdommens stemme og forældrenes stemme". Men hvornår føler jeg mig hørt? Er det nok at få taletid? Eller må jeg have en fornemmelse af at det jeg siger bliver hørt derved at det indgår i bestemmelsen. Eller kan mit synspunkt siges at have betydning selv om det bliver stående som mindretal, som uenighed, fordi det een gang udtrykt ikke kan undgå at få betydning selv om et miniteam bestemmer sig til at fortsætte som før.

På fagdagen kom det frem at det er vigtigt at ivaretage modet til at mene. Når det betones, er det så fordi en dialogisk

kultur stræber efter enighed eller fordi integritet og modet til at mene underbetones til fordel for bevarelsen af harmoni. Ifølge Jesper Juul er det vigtigt at bevare uenigheden. Efter hans erfaring kommer vi let til at ofre vores integritet til fordel for samarbejdet.

”Ligesom børn har vi voksne brug for at vores partnere, kollegaer og ledere hjælper os til at bevare vores integritet. Når denne kvalitet i institutionens kultur mangler, opstår følgende symptomer: møde træthed, manglende beslutningsdygtighed, fælles beslutninger føres ikke ud i praksis... destruktiv klikedannelse opstår og strømmen af frugtbar feedback til ledelsen ophører” (Juul, 1993: 82).

På mødet tales der som om det er muligt at finde frem til hvem klienten *er*. Det er meget sjældent, at jeg har hørt nogen indlede med, at i forhold til mig er patienten si eller så, hvilket ville åbne mulighed for at patienten er eller rettere bliver anderledes i andre relationer. I stedet går samtalen på hvordan patienten *er* eller *ikke er*. Et replikskifte kan illustrere det. En ung dreng er ifølge journalen fyldt med aggression, og ingen steder vil have ham længere. Men sådan var han ikke ved indlæggelsen, fortæller en ung mandlig miljøterapeut. Drengen var rolig og i stand til at klare at miljøterapeuten i første omgang sagde at læggetiden var kl. 23 og så siden måtte rette det til kl. 22. Intet problem. Til dette siger en anden og ældre kvinde i personalet at drengen havde sværget og bandet og skabt sig overfor hende. ”Han skulle nok vise sig”, siger hun. Om det gælder i situationen med den unge miljøterapeut eller med hende, forbliver uklart. Det er imidlertid klart at samtalen drejer sig om hvordan drengen *er*. Det bliver ikke overvejet, hvorvidt hans reaktion er under indflydelse af hvordan han bliver mødt, og af alder og køn hos personalet. Det kunne tænkes at gutten føler sig mere på linie med eller bedre mødt af en ung mandlig miljøterapeut end af en kvinde på hans mors eller mormors alder. Med andre ord, selvom afdelingens faglige forståelse ser det som vigtigt at se nærmere på, hvordan forskellige personligheder, situationer og positioner spiller ind på parterne i situationen, kommer den diagnostiske ’sandhed’ om den enkelte patient til at råde i den daglige faktiske tanke- og talemåde.

Udtrykket: ’hun/han (patienter) gør noget ved os’, har jeg til gengæld hørt ved flere lejligheder. Sjældent d.v.s. aldrig har

jeg hørt det modsatte: 'vi gør noget ved patienten'. Det, som bliver nævnt, er hvad rammerne, dette at blive indlagt, og det at være på en sådan afdeling, gør ved patienten. Der er imidlertid tale om et parallelt forløb. Som patienten er præget af situationen, er personalet præget af den omgivende kultur. At det har vanskeligt ved at komme til udtryk i sproget, har med sprogets sammenhæng med menneskeopfattelse og identitetsforståelse at gøre. Det skal jeg vende tilbage til.

Den skjulte dagsorden

På fagdagen i september sagde organisations-psykologen om de indsendte skemaer at man næsten skulle tro det var valgtaler, så pæne var ordene. Efterfølgende fandt jeg som nævnt frem til at der bag de store ord på fagdagen skjulte sig en historie om en mobiltelefon. Den skjulte dagsorden, som fremtræder her, afspejler det mest klassiske etiske dilemma: paternalisme eller ikke-intervention, hvornår man skal gribe ind og hvornår man ikke skal. Ved en tvangsindlæggelse er denne beslutning dog allerede taget. Spørgsmålet er ikke længere intervention eller ikke intervention, men hvordan grænsen går for intervention (Skærbæk, 2001). Til forståelse er det nyttigt at se nærmere på dilemmaet mellem retfærdighedsetik og omsorgsetikk, som det tager ud i denne sammenhæng. Afdelingen har i fælleskab fastsat nogle regler. Regler opretholder "retfærdighed" ved at gælde for alle patienter. I overnævnte situation blev reglen om at patienter ikke må have mobiltelefonen med sig ind på afdelingen afbøjet. Retfærdighedens pris: at lade samme regel gælde for alle uanset, er blevet afvejet i forhold til den unikke person og situation, og fundet for høj. I dette tilfælde får patienten lov til at beholde sin mobiltelefon, ialfald foreløbig.

Når beslutningen om at afvige fra reglen om fjernelse af mobiltelefon ved indlæggelse, giver så stærke dømminger i miljøet kan det skyldes at baggrunden og begrundelsen for afgørelsen ikke er blevet ordentlig forklaret til personalet. En sådan forståelse bekræftes af efterlysningen af tydeligere kommunikation. På ovennævnte evalueringsmøde af denne historie sagde ledende overlæge, at begrundelsen for at afbøje reglen var frygten for at patienten var eller ville blive psykotisk. Efter indlæggende overlæges skøn, og ledende overlæge understregede at dette skøn hvilede på lægers større viden på

dette område, ville en bæltelægning, som kunne blive nødvendig hvis mobiltelefonen skulle fjernes, være højst risikabel.

En anden tolkning er, at det har vist sig vanskeligere at være loyal mod andres beslutninger end man troede. Dønningerne og reaktionerne mod miniteamet, som kommer frem i samtalerne med personalet, afspejler mistillid enten til strukturen med miniteam eller til de konkrete mennesker i miniteamet eller måske begge dele. Beslutningen om at lade denne klient beholde sin mobiltelefon skaber problemer for de, som ikke er enig i miniteamets afbøjning af reglen. Det er besværligt at bevare engagement når man skal handle efter beslutninger man ikke er enig i. Men er det muligt at være enig i alt uden at mangfoldet bliver borte?

Ønsket om at bevare mangfoldet på afdelingen kan tyde på at der er tale ikke alene om en personlig, men om en faglig begrundet uenighed. Selvom alle kalder sig miljøterapeuter, har de forskellig faglig baggrund. Når dirringen i miljøet ønskes bevaret, synes det at være en indrømmelse af, at der også er kommet noget godt og spændstigt ud af denne uenighed. Herved fremkommer spørgsmålet om hvordan de skal få til en bedre indgang til at være faglig uenig og dog samarbejde loyalt og respektfuldt.

Mine observationer og notater så langt har vist, hvor nødvendigt det er at få hjælp til projektet fra medarbejderne på sektionen. På grund af den skjulte dagsorden kan forskeren risikere at komme frem til helt forkerte konklusioner. Således ændrede min forståelse af et miljømøde sig, da jeg efterfølgende hørte at afdelingen var blevet presset til at tage nogle klienter, som de ikke var parat til og heller ikke ønsker. Uden denne indsigt kunne det høres ud som om personalet mere søgte at beskytte sig selv end at hjælpe den pågældende patient. ”Han (patienten) gør noget med os alle. Vi må få det til at gå; vi er ikke indrettet på sådanne som ham. Prioriteringen er fra nu af at ingen (af personalet) skal komme til skade”.

Dette understreger at for få bedre belyst hvad der sker på afdelingen, er det afgørende at få adgang til konkrete situationsbundne fortællinger, og gerne fra mange perspektiver og sider. Derfor er næste skridt på vejen at rekruttere samtalepartnere/forskningsmedarbejdere, som vil gå ind på denne betingelse. Udbyttet fra disse samtaler vil derefter blive lagt frem

for hele personalegruppen, som således vil udgøre en slags kontrolgruppe.

Personalets reaktioner

Metaforen 'skjult dagsorden' vakte umiddelbar genkendelse. Ledende overlæge og to miljøterapeuter havde netop siddet med en familie samme formiddag. Også her var der tale om en skjult dagsorden, blot i en familie. Mit indlæg om om harmoni kontra uenighed/konflikt blev også anerkendt som en relevant observation. Det viste sig imidlertid at især ledende overlæge stræbte efter harmoni, og var meget imod konflikt, og derfor også var kritisk til at jeg tog temaet op. Det var dog tydeligt at en del var optaget af at få mere debat frem i plenum. "Det må da være bedre at få den her end i situationen med patienten", sagde en miljøterapeut.

Hvad angår en bedre sammenhængen mellem afdelingens ideologi og sprog tilføjede jeg at når ovennævnte indlæggelsessituation blev så fredelig, kunne det have med at gøre med køn og alder hos de interagerende: både miljøterapeuten og den aggressive patient var unge og af mandkøn. Sammenhængen blev ikke set eller bemærket, og derfor ikke italesat. Den pågældende miljøterapeut nikkede eftertænksomt. Min opfattelse var at han følte sig set og anerkendt samtidig med at han fik noget at tænke over. Det førte til en debat om køn og alder.

En 'uønskede' patient skabte utryghed i personalet på grund af sine udtalelser om damer: "jeg bliver så rar i hovedet af at være sammen med damer". Det gælder dog ikke damer over femti, mente nogen, mens een, som nærmer sig femti, gav udtryk for at hun ialfald ikke følte sig tryk sammen med ham. Een af de unge miljøterapeuter erklærer at han er tryk på denne patient, men lidt senere tilføjer han at han, før han blev gift og fik barn, bare havde tænkt på hvad han følte at han selv kunne klare. Nu tænkte han på kone og barn og på at sådan en dreng kunne tænkes at gøre ting mod dem. Han tænkte med andre ord sine forestillinger ind. Det fik en af de unge kvindelige personale til at fortælle at hun havde jobbet sammen med en stor kraftig kollega engang. Efter et halvt år sagde han op; han klarede ikke at blive anbragt i frontlinjen altid. Sådan var han ikke. Det kom også frem at selvom nogen mænd tåler at 'stå imellem' aggressive

patienter og kvindeligt personale, er det ikke alle der gør det. Køn og alder er med andre ord ikke entydige størrelser.

Hvad angik ønsket om forskningsdeltagere blev det godt modtaget.

Intern evalueringdag

Afdelingsoverlegen lagde tal frem for afdelingens 8 første måneder. Hun havde gjort et indgående arbejde for at dokumentere, hvad afdelingen faktisk har gjort siden opstarten. Det blev ialt til:

Antal innlæggelser: 45 fordelt på 34 personer

Køn: 36 jenter, 9 gutter (forholdet 4/1).

Alder: de fleste mellem 16 og 17.

Innlæggelsestid: 75 procent under 4 uger

Belægningsprocent: 82 procent når der tages hensyn til at der altid skal være en ledig akuttplads.

Tallene foranledigede en samtale om den høje frekvens af piger. To i mellemgruppen, som tidligere har arbejdet på en børnepsykiatrisk ungdomsinstitution, kunne oplyse at der efterlyste de også piger. Manglen på piger mente de skyldtes at piger er så stille i skolen. Psykologen fremførte at en ny undersøgelse viser at drenge klarer at begå selvmord, mens piger klarer sig med at tale om det. Er det stadig sådan at piger taler og drenge handler? Det stemmer på den anden side ikke med andre undersøgelser, der viser at piger taler forholdvis mindre end drenge. Selv når piger synes at de taler altfor meget, kommer de ikke i nærheden af at anvende halvdelen af tiden og pladsen.

Under overskriften: Hvad er vi gode på, og hvad trenger vi at lære?, lagde ledende overlæge op til en samtale om temaet: Hvordan jobbe på en akuttafdeling? Resten af mødet kan bedst karakteriseres som en brainstorming rundt dette emne. Dermed mener jeg at der kom meget forskelligt frem, men ikke noget som alle samlede sig om og gik i brechen for eller i dybden med. Med hensyn til miljøarbejde blev det af ledende sygeplejer fremhævet at dette arbejde må blive mer ensartet. Som det er nu, er der mange individuelle måder og det er afdelingen god på, men der

må komme mere struktur. Folk må gerne være forskellige, men der er en rolle som er den samme. Det er på den anden side vigtig, tilføjede hun, at barnevernsfolk/vernepleiere og folk, som arbejder meget forskelligt, lærer af hinanden. Læreren, som repræsenterede skolen på mødet, beklagede sig over den dårlige kommunikation med afdelingen. Den bliver for ofte sagde hun, til ord sagt til en ryg, der styrtede ned ad gangen. Udover at være ineffektiv og nedgørende kan den enkelte miljøarbejder ikke uden information og kommunikation følge en patient. Det samme gælder læreren, som bliver uansvarliggjort, opgivet og få lyst til at skifte job.

Ledende overlæge referede til lederen af Barne og Ungdomspsykiatrisk klinik, som havde givet udtryk for at arbejdsdagene var blevet lettere efter at denne afdeling var blevet åbnet. Personalet på BUP trængte ikke at være så bange længere. Afdelingsoverlegen sluttede mødet med at rose afdelingen for meget godt arbejde. Det gjorde på nogen af deltagerne et stort indtryk. En af miljøarbejderne replicerede med tårer i øjene, at det var godt at høre. Hvis det er sagt tidligere, hvorfor er det da ikke blevet hørt? Hvis ikke det er sagt tidligere, hvorfor så ikke?

Projektets videre forløb

Historien om mobiltelefonen blev udslagsgivende for fremgangsmåden i projektets videre forløb. Action Health Research hævder at ved at gøre rede for (beskrive, analysere, evaluere), forandrer man også. For at det skal slå til, er det nødvendig at komme bag om de store ord og ned til de konkrete historier, i dette tilfælde historien om mobiltelefonen. Ved at lade efterlysningerne på fagdagen snakke sammen med denne konkrete situation fremkom en række spørgsmål til afdelingens organisation og struktur:

Magt og ansvar.

Har det været anlagt så flad en struktur, at det var gået i glemmebogen, at der er forskel på uddannelser, og på ansvar? Har vægten på at alle skal høres, på en dialogisk kultur, underbetonet den magt og det ansvar som ledelsen har, specielt m.h.t. anvendelsen af tvang?

Integritet og mod til at udtrykke sig.

Underbetones disse ting til fordel for harmoni? Det kom på fagdagen frem, at det var vigtigt at ivaretage modet til at mene. Når det betones, er det så fordi den dialogiske kultur, som har udviklet sig her, er defineret som vejen til enighed? Går vigtige observationer og hensyn tabt når uenigheden negliseres?

Kultur, køn, krop og alder.

Er dialogisk kultur, harmoni, enighed kønnet kvindeligt, og hvilken betydning har/får det indad i personalet og udad mod klienterne? Både personale og klientgruppe har en klar overvægt af kvinder; statistikken over indlagte viser at tre fjerdedele af de indlagte er jenter.

Invitation til samtalepartnere/forskningsmedarbejdere

På mødet i november 2001 uddybede jeg overfor det samlede fagpersonale mit forskningsprojekt og de iagttagelser jeg indtil da havde gjort ved deltagende observation på behandlingsmøder og miljø/personalemøder. Jeg gentog mit udgangspunkt at undersøge, hvilken kundskab/kompetence(r) som kommer til udtryk her, hvordan de(n) ses, italesættes og udvikles.

Jeg gentog også min hensigt at se på, hvordan Patientrettighedsloven kan ivaretages uden at personalets kompetence tilsidesættes. Der er flere forskellige kundskaber og kompetencer repræsenterede. For at opnå en udvikling for den patient som søger hjælp til forandring, må disse komme i dialog. Det indhentede materiale vil blive anvendt til at gøre uddannelsen i psykisk helsearbejd bedre og mere orienteret imod hvad der sker i praksis.

På dette møde benyttede jeg anledningen til at søge efter fem personer til at være mine forskningsmedarbejdere i våren 2002. Og understregede at det ville dreje sig om tre samtaler i våren. De der meldte sig måtte være indstillet på at indsende en fortælling (en narrativ, en case, en situationsbeskrivelse) et par dage før samtalen. Og at jeg i samtalen ville tage udgangspunkt i fortællingen og komme ind på tre aspekter: ledelse, kolleger og patienter.

Strukturen ville være en samtale pr. uke, og i den sjette uke ville de fem bidrag i så vidt mulig anonymiseret form blive fremlagt for miljø/personalemøde. Hele personalegruppen ville således komme til at fungere som en kontrolgruppe. Er de

problemer/ spørgsmål/dilemmaer, som var dukket op hos de fem, velkendte for resten af gruppen?

Våren 2002

Forskningsmedarbejdere

Efterlysningen af forskningsmedarbejdere gjorde at 13 personer meldte sig, 11 kvinder og 2 mænd. Af de tretten var 7 miljøterapeuter med forskellige baggrund, og 6 var fra forskellige niveauer i ledelsen. Alder spændende fra midt i tyverne og til omkring femti. Planen var at udvælge 5 og såvidt mulig få til en variation af alder, uddannelse, køn, plads i hierarkiet, hvilket i tilbageblikket var vel optimistisk. Da 13 personer meldte sig, ændrede jeg opfattelse. Jeg havde stillet i udsigt at ledelsesgruppen skulle være behjælpelig med udvælgelsen, men indså at et hvilket som helst råd nødvendigvis ville være farvet. Lodtrækning eller blindvalg ville ikke kunne give den variation i position, alder og køn jeg ønskede, når der skulle vælges 5 ud af 13. Derfor valgte jeg at tale med alle 13 personer to gange istedet for at tale med 5 personer tre gange. Det fik konsekvenser for antallet af tilbageføringer, som blev to istedet for tre.

Respondenter er til forskel fra informanter defineret som nogle der har direkte kendskab til det fænomen, institution, grupper eller situation der ønskes undersøgt (Jacobsen, 2000). Når jeg har valgt at kalde dem forskningsmedarbejdere, er det for at akkreditere deres bidrag større betydning for projektet. De er andet og mere end nogen der svarer på det jeg spørger om. I deres på forhånd har indsendt skriftlig materiale, har de på forskellig vis angivet temaer som rører sig på afdelingen, og som uden deres hjælp ikke ville være kommet forskeren for øre.

Der er 7 miljøterapeuter, 2 fra ledelsen (de udgør den) og 4 fra det som jeg har valgt at kalde mellemgruppen, fordi deres position og funktion er mellem ledelse og miljøterapeuterne. Der er to mænd, elleve kvinder. Der er to under tredive, een over tredive og ti mellem toogtrediven og eenogfemti. Uanset køn indikerer høj alder med een undtagelse høj position.

- Mt- gruppen udgøres af 3 vernepleiere, og 3 sygeplejere. Verneplejere har i uddannelsen indlagt såkaldt medicinsk kompetence. Det medfører at de har ret til at uddele medicin. Der er 1 som er uddannet til socialpædagog i Danmark. Den danske uddannelse giver ikke medicinkompetence.

- Ledergruppen består af henholdsvis ledende overlæge og ledende sygeplejer.
- Mellemgruppen består af en barnevernspedagog, en psykolog, en sygeplejer, en socionom.

Forholdstallet mellem forskningsmedarbejderne der er medicinsk uddannet og de der ikke er, er afhængig af hvortil man regner verneplejerne. Den norske verneplejeruddannelse ligger, hvad angår indholdet i uddannelsen, tættere på barnevernspedagog- og socionomuddannelsen end på sygeplejeruddannelse. Verneplejerne har medicinkompetence, hvilket betyder det at de kan uddele medicin men ikke at de kan dække ind for en sygeplejer. Hvis de tre verneplejere regnes med til medicinsk uddannede, er der ni med medicinsk uddannede; hvis de regnes til ikke-medicinsk uddannede, bliver antallet seks. Forholdstallet på afdelingen som helhed var 2 barnevernspedagoger, en socialpedagog og resten af miljøterapeutgruppen på ca. 32 var fordelt ligeligt mellem sygeplejere og verneplejere. At der melder sig tre verneplejere som samtalepartnere, kan hænge sammen med at de føler sig trængt; det er dog ligeså sandsynligt at de melder sig fordi de kender mig som lærer på verneplejerafdelingen, og som een der kæmper for tværfagligheden.

Samtaler

Tidsmæssig set valgte jeg at lægge samtalerne i hver runde tæt sammen. Det skyldtes, at det er en akutafdeling. Der hænder meget bare på en uge. Da vi erfaringsvis er præget af det som sker akkurat nu, vil det være lettere at få de forskellige stemmer til at tale sammen, hvis de finder sted indenfor et begrænset tidsrum. Samtalerne fandt sted på afdelingen, som velvilligt stillede et kontor til rådighed.

Udgangspunktet for samtalen var deres på forhånd indleverede fortælling. Variationen var stor. Modpolerne bestod af velformulerede og gennemarbejdede beretninger på den ene side og af hastigt nedskrevne ord med beklagelse og henvisning til tidsnød på den anden side. Karakteren af beretninger gik fra præsentation af et case, beskrivelse af ordvekslinger, af en hel arbejdsdag, referater af møder, vejledning, samtaler med

pårørende eller med patienter, situationsbeskrivelser, etiske dilemmaer illustreret med eksempler.

Forløbet af samtalen blev som oftest men ikke altid præget af den indsendte beretning. Karakteren af samtalen varierede meget. Flere karakteriserede samtalen som en medarbejdersamtale, som aldrig var kommet. I andre tilfælde fik samtalen til tider karakter af vejledning. I enkelte tilfælde var det vanskeligt at holde samtalen i gang. De fleste, men ikke alle udtrykte glæde over samtalen, og alle holdt ud.

Efter hver runde med samtaler har der været et personalemøde. Hensigten med disse møder var dels at få anledning til at lægge mine foreløbige observationer og tanker frem, og dels at få tilbagemeldinger fra hele miljøet på det fremlagte. Dette er især vigtigt, når det fremlagte baserer sig på samtaler med et mindretal. Som tidligere nævnt udgør fremlæg og tilbagemeldinger fra miljøet en del af den fortsatte forskningsprocess.

Anden tilbagemelding

Mødet indledtes med at jeg redegjorde for antal personer jeg havde talt med, og fremgangsmåden i det videre forløb. Indledningsvis slog jeg fast, at mit indtryk af afdelingen som et spændende -med et lidt forslidt ord dynamisk- sted, var blevet bestyrket efter samtalerne. De undertregede indtrykket fra fagdagen, at mange gør meget for at få afdelingen til at være et godt sted at være både for personale og for patienter. Som på fagdagen var der dog ting at gribe fat i.

Mit fremlæg koncentredes sig om to interrelaterede forhold:

- Ydre rammer.
- Tvær- og flerfaglighed, menneskesyn og behandling

Ydre rammer

Første runde af samtaler gav anledning til at overveje rammerne for denne afdeling. Den har ydre rammer til fælles med den større institution som den er sambygget med, hvilket jeg illustrerede med at tegne en trekant i hjørnet af en større. Flere af samtalerne gav indtryk af at der på denne megainstitution er en næsten uendelig række af mennesker, som skal spørges eller tages i ed, før noget kan bestemmes.

Denne hierarkiske struktur synes at give en fornemmelse af afmagt, ialfald opleves det sådan af dem som ikke er så vant til denne struktur. Strukturen fremmer en indstilling om at kun det man har udtrykt og klar tilladelse til at gøre, kan gøres. Det skaber passivitet, ialfald hvis man ikke er vant til at arbejde indenfor disse rammer og dette system. Det var tydelig både udfra samtalerne og udfra observation af behandlingsmøderne, at selvom alle kom til orde, var det ikke alle stemmer, der blev hørt på med lige stor interesse. Magt, position og status i hierarkiet spiller ind, omend det også er åbenhed for (mod)argumenter. Et afledet spørgsmål er derfor, om det store antal møder har med dette at gøre. Fungerer de også som et kontrolsystem, som skulle sørge for at det som blev aftalt også blev respekteret?

Tvær- og flerfaglighed, menneskesyn og behandling

Menneskesyn er noget vi ofte taler om uden af afklare hvad vi mener. "Det afhænger af ens menneskesyn", siges ofte som om det var selvforklarende. Det er det ikke. Selvom det ofte udfra konteksten er oplagt at det korrekte 'menneskesyn' indebærer en holdning om at ethvert menneske er unikt, værdifuldt eller lignende, er der forskel på hvordan det kommer til udtryk i måden, vi arbejder på. Det skyldes at der bag 'menneskesyn' er groft sagt to menneskeopfattelser. Med menneskeopfattelse sigter jeg til hvad et menneske er (ontologi), og hvordan det fungerer (fænomenologi). Forskellen i opfattelse af hvad et menneske er blev på denne afdeling synlig, da den modvilligt modtager først een, så flere piger med anoreksia.

Det øgende antal 'spisejenter', måske især dem med problematikken sondefodring, viser at behandlingen styres af en medicinsk forståelse af mennesket d.v.s. en forståelse af mennesket som en maskine, som et internt system, som må fungere før andre tiltag får lov at komme til. Blod og levertal er afgørende for helsetilstanden, og de bliver dårligere under 'pres'. Pres viser sig at være det, som ikke har at gøre med den individuelle krops interne funktionsområde. Pres bliver derfor også det som ligger indenfor det ikke-medicinske personales kompetence. Deres kompetence bliver således sat i anden række. Den er ikke livet om at gøre.

En anden forståelse af mennesket er, at det altid er i interaktion og i relation med sine omgivelser, hvilket betyder at også noget så fysiologisk som blod- og levertal er påvirket af sine

omgivelser. Det kalder jeg, inspireret af Merleau-Ponty, en fænomenologisk forståelse af mennesket. Desværre har denne forståelse ikke haft megen indflydelse, hvilket måske hænger sammen med at den, som Kissell understreger, har lidt af svagheden af at komme til udtryk ikke alene i en filosofisk, men også i en særlig fænomenologisk dialekt (Judith Lee Kissell, 2001). Det er imidlertid vigtigt at formulere ideer om kropslighed og erfaringer af sundhed og sygdom på en sådan måde, at det ikke kræver et nyt sprog eller en ny logikk.

Når behandlingsoplægget følger en medicinsk forståelse, får det indflydelse på organiseringen af arbejdet og dermed anvendelsen af personalet. Personalet er flerfaglig sammensat, men efter fælles beslutning definerer alle sig som miljøterapeuter. Da sondenedlæggelse bliver nødvendig (afdelingen har egentlig vedtaget at der ikke skal finde sondenedlæggelse sted på denne avd.), bliver forskellen mellem det medicinske personale som kan lægge sonde ned, og som kender til lever- og blodprøvers vigtighed, og de som ikke kan dette, tydelig. Det øvrige personale lader sig delvis oplære, men netop oplære til en medicinsk kompetence. Deres egen kompetence glider i baggrunden, også for dem selv.

Med andre ord, menneskesynet slår sig ud i behandlingsoplægget, i organiseringen, og dermed i vurderingen af det flerfaglige personale. Der er ikke så meget anvendelse for flerfagligheden som antaget. Det bliver synlig, når vagtplanen skal laves. Sygeplejere bliver en mangelvare. Miljøterapi kommer i baggrunden. En del føler, at deres kompetence ikke bliver set og ikke anvendt. Det kan ikke forklares med at dette er en akutafdelingen, for det har man hele tiden vidst. Desuden er der ikke noget akut over disse sondenedlæggelser; de er forudsigbare og ofte planlagte. Der er en del, der tyder på at afdelingen, der som nævnt ovenfor deler mure og hierarki med en megainstitution, ikke har haft myndighed, mandat eller mulighed til at holde fast ved den indretning og ideologi, som personalesammensætningen fortæller, at man har ønsket. Under alle omstændigheder er der nogen som føler, at de ikke får anvendt deres kompetence sådan som de blev stillet i udsigt ved ansættelsen.

Stemningen under og efter fremlægget var meget intens. Det var tydeligt at jeg ramte noget væsentligt, og at dette ikke var ufarlig. Samtalen efter fremlægget kom til at dreje sig om, hvad

terapi er og hvem som har ansvaret for den og hvor den foregår. Samtalen indledtes af overlegen, som fortalte at der faktisk skete noget omkring sondeklienterne, blandt andet fik de terapi. Det udløste et konfliktladet spørgsmål fra en socialpædagog til overlægen om hun ville definere hva hun mente med terapi. Turnuslægen mente at afdelingen med fordel kunne arbejde mere efter den fænomenologiske forståelse. Og jeg lagde frem til overvejelse om det kunne tænkes at det ikke alene er mulig, men også frugtbart at sidestille det medicinske og det fænomenologiske menneskesyn.

Mellem to samtalerunder

Opholdet mellem de to runder samtaler blev meget kort. Det skyldes mest af alt, at det tidsmæssigt passede både afdelingen og mig. Bagdelen var, at jeg ikke fik tid til at overveje forholdet mellem første runde med samtaler og tilbagemeldingen. Fordelen var, at næste runde af samtaler bød på flere tilbagemeldinger på mit fremlæg end der var kommet frem på personalemødet. Da disse reaktioner til dels var ganske voldsomme, og kom til at præge både næste runde med samtaler og mit indlæg på det tredje tilbagemeldingsmøde, har jeg valgt at placere dem her. De bekræfter mine egne vurderinger af mødets intensitet og at mit indlæg ramte noget centralt. En miljøterapeut sagde:

”Stemningen i rommet fortalte mig, at her orker jeg ikke at være. Jeg merker det på kroppen. Mange vil gerne si noget, men gjør det ikke af angst for at virke støtende. I denne personalgruppe er forsvarsmekanismerne store. Kritik blir tatt personlig”.

En anden fra samme gruppe siger at hun havde været forvirret i lang tid; mit fremlæg satte ord på, hvad det var.

”Her vil det altid være den medisinske-somatiske forståelse som er dominerende. Jeg får ikke anvent min kompetanse her. Jeg ønsker mer ansvar, jeg kjeder mig meget, der er for få patienter, og allikevel er der ikke plass til refleksjon eller diskusjon. Det er ikke pasienten, der er det viktigste eller det vanskeligste, er det ikke litt snålt?”

”Tænk, at du på så kort tid har fanget så meget af hvad der sker her”, sagde en anden, mens en tredje mente at denne forskning

blev mere splittende end støttende. Det sidste blev repræsenteret af ledende overlæge som spurgte: ”Hvad er det I gør på den højskole? Det ser ut til at leger og psykologer er uddannet i en helt anden verden”. Og hun tilføjede, at medicintænkningen er øgende i psykiatrien. Dette er virkeligheden, og hverken forsker eller en ny afdeling må være *for* forskellig.

At det medicinske menneskesyn sætter rammerne, også i denne psykiatriske praksis, hvis filosofi og personalesammensætning tilsiger et mere bredspækket syn på mennesket, rejser spørgsmålet om det var begrænset til anorokxia/sonde-problemet eller om det også siger noget om forståelsen af psykisk lidelse i bred almindelighed?

Tredje tilbagemelding

Forskellige kundskabsformer

Anden runde af samtaler gav mig anledning til at fundere over forskellige kundskabsformer, som det var projektets intention af se nærmere på. Disse refleksioner lagde jeg frem på det næste personalemøde i maj.

- Den formelle kundskab som den vi har papir på.
- Den udtalte, explicitte kundskab som den kommer til orde på møder, i situationer.
- Den skjulte kundskab som må løftes frem i samtalen. Den kan udmærket være del af den formelle kundskab, som blot ikke kommer til orde i en ny sammenhæng. Et eksempel er at det kan være vanskelig at se hvad en uddannelse som teolog kan anvendes til på en helsefaghøjskole. Hvis det heller ikke er helt oplagt for en selv, er det vigtigt at nogen både ser og hjælper een med til at finde frem til overføringsværdien af ens kundskab. På samme måde kan den skjulte kundskab være det ethvert menneske samler sig af erfaring og kundskab om livet og sig selv, men som for at komme frem er henvist på at blive italesat af andres erfaringer og kundskab, det være sig personlige eller professionelle. Den skjulte kundskab kan også være det at det medicinsk-biologiske syn dominerer.

- Den reelle kundskab kan siges at være summen af den formelle, den udtrykte og den skjulte kundskab.
- Og endelig er der kundskab på afveje. Hvis kundskab bliver ladet i fred med sig selv, kan det blive til indavl, til fordomme, til skæve forforståelser, til rutiner som har overlevet sig til, til møder som er gået ut på dato etc. Spørgsmålet er unægtelig om det så kan kaldes kundskab længere.

For at illustrere min forståelse af, at det ikke er sådan, at først tænker vi, og så taler vi, henviste jeg til Tom Andersen. På en konference refererede han til sin mor, som altid sagde til ham, at han skulle tænke før han talte. Han blev derfor et meget tavst barn. Først da han langt op i voksenalder blev klar over, at vi først finder ud af, hva vi tænker når vi taler, begyndte han at tale. Derfor er det meget nødvendigt at give den anden mulighed for at tale, og ligeså nødvendigt at terapeuten ikke fortolker hvad den anden siger. Dermed sigter Tom Andersen til den meget udbredte vane med at tolke den andens udsagn, at forstå mere af, hvad den anden siger end den anden selv. 'Du mener i virkeligheden'. Og han advarer også mod at tolke følelsesudtryk som gråd, armenes stilling etc. etc

Derefter udfordrede jeg de tilstedeværende på muligheder for i større omfang at udnytte hinandens kompetence. Jeg bad deltagerne på personalemødet om at summe med hinanden i fem minutter over følgende:

Hva skal til for at jeg som enkeltperson, og som afdeling kan få tydeliggjort den skjulte kundskab?

I plenum kom samtalen til at dreje sig om vigtigheden af at tale sammen for at finde ud af, hvad den andens specielle kompetence er, hvad de forskellige yrker er og derigennem måske også finde ud af egen yrkesidentitet. For at få en sådan samtale til må der være nysgerrighed og åbenhed. Og flere kom ind på at det der siges må modtages i tillid, og hvordan skabe den? Ligeledes blev det påpeget at det ikke er ligegyldigt, hvem der definerer hvad kundskab er.

Ide og virkelighed

Efter denne plenumsamtale gik jeg videre med at sige, at det ikke er altid at det vi tror os overbeviste om, som bliver udtrykt i vor praksis. Vi kan som nævnt forandre ideer uden at forandre praksis. Praksis er sjældent et rent cognitivt rationelt resultat af ideer. Det er en klassisk fejltagelse af rationalismen og cognitivismen at tro det (Wacherhausen, 1998). Jeg nævnte de to eksempler, som Wacherhausen refererer til. En psykiater Dr. Petersen bliver spurgt om hans opfattelse af psykisk lidelse. Han siger at han ikke har nogen explicit opfattelse. Ved nærmere eftersyn af hans praksis, behandling, undersøgelse, projekter viser det sig, at den er af biofysisk karakter. Når Dr. Petersen bliver konfronteret med dette siger han, at sådan en opfattelse har ikke han! Og det er jo rigtigt i den forstand at det ikke er en explicit forståelse. Men har han denne forståelse i sit cognitive system, måske udenfor sin bevidsthed? Sandsynligvis ikke. Det er ikke et virkeligt concept i den forstand, at den er årsagen til hans praksis. For at forklare er det, stadig ifølge Wacherhausen, nødvendig til at se på skolen som denne psykiater er uddannet på, den makropraksis som han er blevet en del af etc. De må spille en afgørende rolle siden han bevidt eller ubevidst har afstemt sin individuelle praksis til de etablerede rutiner og standarder. Et andet eksempel er dr. Y som har et bestemt opfattelse af psykisk lidelse, men beskrivelsen af hans praksis viser en hel anden opfattelse af psykisk lidelse. I dette tilfælde har psykiateren en udtrykt opfattelse som dog ikke synes at spille nogen rolle for hans praksis. Hvis hans praksis var rationelt konstrueret på basis af hans udtrykte overbevisning og opfattelse, ville det resultere i en helt anden praksis.

I mit videre fremlæg understregede jeg min forståelse af kundskab som værende den at kundskab ikke kun er den enkeltes ejendom, noget som findes frem, eller afdækkes i samtale og i praksis; det er også noget der bliver til i mødet, i mellemrummet, mellem mennesker.

Evaluering af fremlægsmøderne

Det første møde var meget intenst. En lyttende forsamling, som lydløst meldte tilbage at dette var relevante, genkendelige, og farlige temaer. Det er i samtalerne tilbagemeldingerne kommer. Det andet møde var ikke så intenst. Måske var både de og jeg præget af forrige møde. Jeg var bevidst mere forsigtig, og havde

en fornemmelse af at jeg skuffede dem. Deltagerne var underlig ikke tilstede; trætte, måske fordi der var fuldt belæg på afdelingen, eller blot uinteresserede i det jeg lagde frem. Blev de præget af min forsigtighed eller havde de - som jeg - fået noget at vide undervejs som gjorde dem forsigtige eller var mit andet indlæg simpelthen ikke så interessant eller madnyttigt som det første?

På begge møder kom det frem, at der er forskellig fagterminologi, og måske tilmed forskellige definitioner på færde. Således siger en af deltagerne på det første møde, at han har problemer med min formulering 'flad struktur'. Det hedder ikke flad struktur; det hedder demokratiske principper. I samtalen senere uddyber han det. Det han opfatter jeg mener med flad struktur kalder han 'ledernes abdikation i et hieraki'. Og på det næste møde har han problemer med min måde at anvende ordet tavs kundskab og i det hele taget min forståelse af kundskab, som han finder statisk.

At blive forstået helt modsat af det jeg ville, er værd at fundere over. Hvad er på færde? Den mest nærliggende er at jeg ikke havde fremstillet min forståelse af kundskab tydelig nok, at jeg behøver at få "den fænomenologiske dialekt" bedre oversat. En anden ting, der kunne tænkes at spille ind, er netop vores forskellige sprogbrug, vores udgangspunkt fra forskellige fagtraditioner, teorier etc. Det fik mig til at overveje hvordan jeg skal formulere den endelige rapport. Hvordan finde et sprog som forståes på tværs af faglig baggrund og terminologi? Hvordan være kritisk uden at blive sårende? Hvordan være tro mod det man har observeret uden at miste tilliden hos dem man har observeret?

Disposition for anden del af projektet

Efter det sidste fremlæg maj 2002 har jeg været på afdelingen ved tre/fire anledninger i høsten 2002. Jeg vælger her at bryde den kronologiske fremstilling og gennemgå en analyse af det foreliggende materiale, inden jeg refererer disse sidste møder. Det skyldes at jeg havde afsluttet min data indsamling, og at jeg af tidsmæssige årsager var nødt til at fastholde denne plan. At jeg var tilstede ved disse møder var på den anden side meget relevant, da de fortalte om forandringer i behandlingsoplæg og samarbejdsformer. Så selvom de ikke vil blive taget med ind i analysedelen, vil de indgå i drøftelsen af det samlede projekt. Af

andre data, som kom på høsten 2002, er en samtale med pårørende, et forældrepar, til een af patienterne med spiseforstyrrelse. Det vil jeg tage op i et særlig afsnit, hvor jeg vil komme ind på hvorfor og hvad det betyder for projektet, at det ikke blev til flere samtaler med pårørende.

Analysen

Præsentation af materialet

Samtalerne tog udgangspunkt i de indsendte eller i nogle få tilfælde den ikke indsendte, men eksisterende historie. Det skulle sikre kildernes nærhed til det undersøgte. Når kilderne som i disse samtaler kontrolleres op mod andre uafhængige kilder, i dette projekt de andre data, øges muligheden for validitet (Jacobsen, 2000). Den bevidst vage formulering af hvad det indsendte skulle være, resulterede som antaget i en variation af materiale. I eftertid ser jeg at det også kunne have været interessant at have tidsforskudt samtalerne mere. Det ville have givet andre indsigter.

Materialet præsenterer mindst to lag eller nivåer: 1. beretningerne og 2. forskningsmedarbejderens refleksioner over sin egen rolle i det der fandt sted, som enten er flettet ind i historien eller følger bagefter. Med mindst to lag vil jeg understrege at beretningerne ikke er fotografiske aftryk af hvad der skete. Noget er ikke blevet set, noget er ikke italesat, og noget tilhører situationen. Beretningerne er desuden skrevet på afstand, både i tid og rum, fra de situationer de beskriver, og endelig er der de faktorer som gør den enkelte situation og relation helt unik og derfor hverken lader sig gentage eller omfatte af det rationelle sprog. Endelig er der forskeren selv, informanternes relation til hende, og den vanskelige balance mellem hensynet til informanterne og til det de fortæller. Også her gælder det at den enkelte samtale er unik og ikke i sin fulde udstrækning lader sig overføre til sproget endsige lader sig generalisere.

At samtalerne var placeret i en meget afgrænset tidsperiode virkede efter hensigten. Således fremkom flere beskrivelser af samme situation. At beskrivelsen af selve situationen var så lik som den var, muliggjorde at se hvordan perspektiv og tolkning skifter altefter position. Denne overenstemmelse i beskrivelsen gjorde det muligt at se at håndteringen af den konkrete situation, som involverede både patient, miljøterapeut og ledelse, går udover situationen og illustrerer en del af de problemer, som afdelingen kæmper med. Samtidig er materialet så mangfoldigt, at det har taget tid at se de forskellige lag, og - med Jorun Solheims udtryk - at finde sprækkerne i materialet. Med sprækkerne menes det som går på tværs, det som ikke stemmer og derfor er let at overse eller fortrænge. I en forskning som går

over tid og bevæger sig mellem indsamling af data og fremlæg er det ekstra vigtigt som modvægt, for at ikke alt ses som bekræftelse på det man først så.

I indledningen gav jeg et billede af afdelingen. I analysen har jeg lagt vægt på at se hver person og fortælling for sig, og at se den i den sammenhæng hvori den indgår. Min forforståelse, at menneskets livsvilkår er interdependent, har haft konsekvenser for analyse og fremstilling. På den ene side gælder det at se den enkeltes unikke bidrag, på den anden side gælder det at se hvordan den enkelte påvirker og påvirkes, af andre, af omgivelser, af strukturer, af kultur og etik. Det er ikke muligt at komme frem til hvad den enkelte er i sig selv eller på bunden; vi farver og farves af vore omgivelser. Samtidig er det vigtigt at understrege at denne opfattelse ikke fratager den enkelte sit ansvar hverken for sig selv eller for andre. I fremstillingen har jeg lagt vægt på ikke at udstille den enkelte, men kun at tage så meget med som er nødvendigt for at belyse hvad der er på færde. Det skyldes også at det gælder det samme for forskeren som for alle andre at hun ikke har privilegeret adgang til sin egen konstruktion d.v.s. det er ikke muligt at se hvordan hun påvirker og påvirkes i de forskellige relationer og situationer.

Dialektisk metode

Fremgangsmåden må først og fremmest svare til de muligheder, som materialet giver, og først dernæst til intentionen med undersøgelsen. Kun således kan praksis komme først. Den kvalitative analyse er som oftest en tekstanalyse. Sådan også i dette tilfælde. Samtidig indgår samtalerne i en større sammenhæng, en større tekst, hvor intentionen som beskrevet har været at lære afdelingen at kende. Det er sket gennem 1. læsning af mål, strategidokument, 2. ved at være observatør ved forskelligeartede møder, 3. samtaler med tretten personalemedlemmer, repræsenterende ialt syv fag- og tankesæt, og jeg selv et ottende, 4. tilbagemeldingerne på fremlægsmøderne, 5. samtale med pårørende. Denne fremgangsmåde har givet mange og forskelligartede data.

Jeg har i nogen grad fulgt Dag Ingvar Jacobsens anbefalinger for faser i en analyse (Jacobsen, 2000). Således har jeg undervejs lavet det som kaldes 'tykke beskrivelser' d.v.s. jeg har på grundlag af nedskrevne notater refereret situationer og samtaler så nøje som muligt i så kort tidsafstand som muligt.

Kategorisering og koding har fundet sted under hele processen. Ideer og fund har opstået undervejs og præget den tykke beskrivelse og analysen. Det kan dog ikke undgås at koding og kategorisering reducerer noget af kompleksiteten. Det kan virke som et paradoks eftersom hensigten med kvalitative tilnærmninger er at få et mangfold af ulike perspektiver, nyanser og synspunkter. Men der er, som Jacobsen skriver, grænser for hvor mange nuancer det er muligt at fordøje. Det er dog vigtigt ikke at udelade information, som er relevant. En analyse skal være en berigelse af den oprindelige information, og der skal gerne dannes nye kategorier, begreber og kodninger. Fortegnet var i denne analyse, som i hele projektet, hvilke kundskaber som italesættes og udvikles i praksis. Under analysearbejdet har det været vigtigt at holde fast på dette fokus, og holde fast på, hvad netop denne forsker har mulighed og kompetence for at få belyst. Det hindrer ikke, at der kan udstikkes mulige sammenhænge som dog ikke bliver uddybet i denne rapport. Men det betyder at andre forskere med en anden faglig baggrund og interesse og sprog vil få noget andet frem.

I efterlysningen af forskningsmedarbejdere skrev jeg at samtalen med udgangspunkt i deres indsende fortælling ville komme ind på tre aspekter: ledelse, kolleger og patienter. Det viste sig, at kategorisering i ledelse, kolleger og patienter samt en nøje og nøjsommelig gennemlæsning og optegning af alle notater efter nogen modstand gav en del ideer, men viste sig vanskelig at gennemføre konsekvent. Den vanskelige proces med at analysere hele materialet kan sammenlignes med kunsten at fremkalde et billede i et mørkekammer. Langsomt kommer motivet frem, og der skal meget lidt til at forvanske eller ødelægge billedet. En smule lys, et øjeblik forglemmelse, og man må begynde forfra. Når analysen går langsomt, er det fordi man som forsker er både subjekt og objekt i processen d.v.s. både fotograf og fotograferet. Når billedet er fremkaldt viser det sig om fotografen har lært at fokusere eller på amatørvis har villet have det hele med. I sidste tilfælde bliver hele billedet ufokuseret, tåget, dårligt. Det er som regel muligt at se hvad det forestiller, men det er tydeligt at se forskellen til et billede, som har fokus. At et billede har fokus, betyder ikke at de mange andre ting på billedet bliver borte, men de bliver omgivelser til det valgte fokus. Hvilket ikke betyder at de er eller bliver mindre vigtige; det betyder at her er valgt et fokus, og når billedet er

taget, kan andre billeder tages med andre fokus. Det er ikke relativisme, men situeret viden d.v.s. den viden som kommer, når forskerens kundskab møder det område som undersøges. Metaforen kan ikke trækkes længere, men er anvendelig til at vise nødvendigheden af at finde et fokus i de forskellige data i dette projekt.

Forskningsmæssige overvejelser afstedkommet af den dialektiske forskningsmetode og proces

Som nævnt i indledningen tager denne undersøgelse udgangspunkt i praksis. Intentionen er at undersøge, hvad der siges og gøres, og dermed også forholdet mellem det sagte og det gjorte. For at belyse det er der valgt mange indfaldsvinkler, mange data. Forskeren har haft forskellige roller, som observatør og som samtalepartner. Selv når feltarbejdet er afsluttet og analysen skal skrives, er forskeren altid også deltager (Gullestad, 2000). At det ikke er muligt for en samfunds og kulturforsker at være bare observatør betyder at samarbejdet med medforskere og ledelsen på afdelingen har belyst ikke alene kompleksitet og udfordringer i det praktiske felt på afdelingen men også på det teoretiske felt, i dette tilfælde på højskolen.

At dele de indhentede observationer med personalet på personalemøderne, og at møde både medvind og modvind på disse møder såvel som i samtalerne har været afgørende for udbyttet. Det særlige i dette projekt er den stadig bevægelse mellem tilstedeværelse på det konkrete sted som undersøges, enten i færd med at indhente data eller fremlægge, eller i færd med at finde ud af hvad der er på færde i det indsamlede materiale. Begge dele parallelt med arbejdet som koordinator, fagudvikler og underviser på videreuddanningen i psykisk helsearbejd. Samarbejdet mellem forskeren og personalet har gjort, at forholdet mellem analyse og beskrivelse/forandring, som jeg håbede, er blevet en kontinuerlig dialektisk proces.

Ifølge den fænomenologiske forståelse både *er* og *bliver* et menneske til livet igennem. Det gælder også i en forskningsproces. Lad mig give et eksempel. Når jeg på mødet mellem de to samtalerunder taler om menneskesynet, begynder jeg at ane, at jeg er gået i fælden af *enten eller*. I min iver for at afdække, hvordan eet menneske- og kundskabssyn bestemmer struktur, behandlingsmodeller og sprog, er jeg i færd med at anbefale at et andet menneskesyn gør det samme. Og det på trods

af at dette menneskesyn netop understreger *både og*. Det er del af kundskabs-udvekslingen, at mødet med den konkrete praksis og praktikerne påvirker mig så jeg i fremlægningssituationen, opdager hvad jeg er i færd med at gøre og bliver i tvivl om holdbarheden i det. Er udfordringen snarere at finde måder at sidestille de to menneskesyn i praksis? Jeg antyder det på mødet, men det får meget lidt plads. Under analysearbejdet bliver det tydeligere og tydeligere at sådan må det være. Også på dette område gælder det om at se *både og*, og ikke lade sig friste ind i oppositions-tankegangens *enten eller*.

Når jeg kommer til at se det, skyldes det ikke mindst den modstand som ledende overlæge med sin insistering på værdien af det medicinske og nødvendigheden af ikke at være for forskellig mødte mig med. ”Hvordan kan en person som jeg anerkender som en klog kvinde mene det?” Sådan satte ledende overlæge ord ikke alene på sin egen undring, men også for forskerens. Som jeg skal komme ind på det følgende er anerkendelse det brændstof som driver os videre. Hvordan skal jeg få den anden til at se hvad jeg ser? Det gælder i personlige og professionelle relationer, og det gælder mellem forskellige kundskabs- og menneske-opfattelser, og det gælder mellem kulturer og religioner. Forudsætningen for at mødet bliver en dialog, og ikke en kamp er en tilgrundliggende anerkendelse af den anden part.

Som alle andre er forskeren både subjekt og objekt i processen. Hvad man selv bliver til og gør andre til i en bestemt situation og relation et bestemt sted og tid i verden er ikke transparent for een selv. Dette er velkendt i terapiverdenen, og kommer til udtryk/danner baggrund for/ i ’bag spejlet’-metoden, og dets mange varianter.

Nøglebegrebene: Anerkendelse og frihed

I denne fremkaldelse eller sammenbindingsproces kom det langsomt frem at koden til at få et fokuseret billede også var det der fik de forskellige stemmer og de mange data til at tale sammen. Nedslagsfeltet var ’anerkendelse og frihed’. Her viste sig at være indgangen til en udvidet forståelse af hvad der er på færde. Når forholdet mellem anerkendelse og frihed dukker op, er det ikke tilfældigt. Det er afgørende ingredienser i den etiske filosofi, som Simone de Beauvoir med inspiration fra Merleau-Ponty udviklede. Selvom den er blevet en del af min måde at

forstå verden på, tog det tid at se, hvordan det at blive set og anerkendt er et gennemgående tema i hele materialet. Anerkendelse og frihed kan forekomme at være erfaringsfjerne begreber, men netop det er ifølge Kate Mevik hvad praksisfeltet behøver for at kunne forske på og evaluere sin praksis, og derigennem udvikle et fag. Med reference til Bateson skelner hun mellem redskaber som giver for stor forskel, og redskaber som giver for lille en forskel. Når eksempelvis sygeplejen opretter hovedfag i sygeplejevidenskab, pædagogik i specialpædagogik risikerer de at få for lille en forskel. En passende forskel findes efter Meviks mening i discipliner som sociologi, antropologi, pædagogik etc (Mevik, 1996). Jeg placerer etik under etc og dermed mellem de fag som kan give den nødvendige distance samtidig med at de har en nærhed i betydningen et slægtskab i forståelse og tankemåder

- i praksis

Allerede på det indledende møde blev vigtigheden af at få alle stemmer hørt understreget. "Når personalets stemme høres, vil personalet høre patientens stemme, og forældrenes stemme" (ovenfor: 15). At forudsætningen er gensidig respekt, går også som en rød tråd gennem afdelingens skriftlige dokumenter (ovenfor: 16 -18). Den enkeltes frihed afhænger af anerkendelse. Selvom det tog timer at se, kom det frem allerede i den første samtale med den på dette tidspunkt ledende overlæge. Hun lagde ikke skjul på, at det er vanskeligt at være faglig leder. Og at det gælder i forhold til både megapraksis og makropraksis. Lad mig begynde med det sidste. Der er, sagde hun, en underliggende misnøje i miljøet, som kommer frem ved at personalet siger: 'du ser ikke min kompetence'. Overlegen mener at hun *ser*, men hun ser også at der er noget at påpege, at diskutere etc. Overlægens etiske ståsted er at høre patientens stemme. På afdelingen er de endnu ikke nået frem til en målsætning og heller ikke til en samlet forståelse af hvad faglighed er, og det gør det vanskeligt at bevilge frihed. Dog får personalet mere frihed, end hun egentlig kan stå inde for, fordi der er tale om kvinder, som er mere sårbare.

I miljøterapeutgruppen bliver det fremført at ledelsen ikke har tillid til dem; den ser dem under een kam som var de alle unge og nybegyndere. Denne mangel på tillid giver dårlige muligheder for 'fagudfoldelse'. Det hænger sammen med at

kommunikationen mellem miljøterapeuterne og ledelsen svigter, et svigt som resulterer i "famlende miljøterapi", som en miljøterapeut udtrykker det. Ledende sygeplejer bekræfter, at kommunikationen mellem miljøterapeuterne og ledelsen er "hektisk og præget af information, uden at det gis rom for diskusjon og medvirkning". Et eksempel på dette er at en miljøterapeut af et medlem i fagteamet får at vide at patienten, som hun er primærkontakt for, skal 'hvile'. Miljøterapeuten spørger hvad det betyder, og får svaret at det må hun virkelig selv kunne finde ud af. Miljøterapeuten siger at "hvile måske ikke betyder det samme for dig som for mig", hvorpå hun får beskeden: "Gør hvad du vil". Når denne udvekslingen skal forstås, må den ses i sammenhæng med de to som deltager i den. Miljøterapeuten, som fortæller situationen, er erfaren, og een af dem som vil have sig frabedt sig at blive slået i hartkorn med de unge og uerfarne af sine kolleger. Hun både ønsker og mener sig kompetent til at få mere frihed til sit arbejde i miljøet. Som hun oplever og fortæller situationen, er det tydeligt at hun ikke har opfattet "Gør som du vil" som en anerkendelse med indbygget frihed til at anvende sin faglige kompetence. Når hun opfatter det som en instruktion om noget bestemt, skyldes det tidligere erfaringer af at være kommet i klemme på grund af ikke at have fået tilstrækkelig information af denne gruppeleder.

Den anden part i ordvekslingen vil sandsynligvis genkende beskrivelsen. Hun er også erfaren og har det synspunkt, at hensynet til patienter går før hensynet til miljøterapeuterne."Hvis miljøterapeuten er fornøjet, er patienten det måske ikke". Det er ikke så let at trække miljøterapeuterne ind i samtalerne med patienterne, og det er heller ikke nødvendigt. "Alle må vite det de trenger for å kunne gjøre jobben sin. Ungdommen tåler ikke, at alle vet alt". Hvis fagteammedlemmet skulle uddybe hvad hun mener med hvile, vil hun måtte begrunde og indgå i en samtale med miljøterapeuten, som er primærkontakt og dermed kender en del til patienten. Når miljøterapeuten og ledende sygeplejer kritiserer kommunikationen mellem ledelse/ fagteam og miljøterapeuterne for at have karakter af information snarere end dialog, er det, ialfald i dette tilfælde, faglig begrundet. Den faglige frihed for fagteammedlemmet begrænser den faglige udfoldelse/frihed for miljøterapeuten. Begge vil imidlertid det bedste for patienten.

Mens så godt som alle stræber med at få sit ønske opfyldt, er lettest at se det hos andre. Således skriver en fra mellemgruppen:

”På en måde er frontene etableret. Miljøterapeutene skriker etter å bli set, forstått, akseptert og anerkjent, de påpeker til og med flere gange at det ikke er ment som noen kritikk og i en slags underlegen stilling, hører jeg, ber de om at nogen kan bekrefte dem”.

Samme person bekræfter overlægens syn ved at sige, at der er meget potentiale i miljøterapeutgruppen men for lidt kompetanse: ”Det er uhyre vanskeligt at være i en frakk som er fem numre for stor”.

Ønsket om anerkendelse fremføres både af miljøterapeutgruppen, de fra mellemgruppen og de fra ledergruppen. Når man ikke bliver anerkendt, får man ikke eller tager man sig ikke frihed. Alle stræber med at blive anerkendt, både personligt og som del af en gruppe. Det gælder også de, der er alene om at repræsentere sin faggruppe på afdelingen.

Anerkendelse er også nøglen til at forstå det komplekse dialektiske forhold mellem mega, makro og mikro praksis. Selvom denne undersøgelse fortrinsvis beskæftiger sig med makro praksis, defineret som en institutions praksis, giver anerkendelse og frihed også en forståelse af, hvor præget denne praksis er og/eller bliver af den megapraksis, som den deler ydre rammer med. Det er langt vanskeligere, men desto vigtigere at finde forbindelseslinjen fra megapraksis til de politiske føringer i psykiatireformen. Hvordan kan det være, at der er så stor afstand mellem de politiske ønsker og praksis? Selvom det ligger udenfor dette projekts rammer, skal jeg i afslutningen vende tilbage til den kompleksitet som råder på det psykiatriske felt og som gør det vanskelig at få til et samarbejde og derfor også en forandring.

- i teorien

Da Beauvoir efter anden verdenskrig skrev sin bog om tvetydighedens etik var det for at undersøge filosofisk om der var nogen måde at forhindre kommende krige og forbedre kommende krigsopgør på. Det afgørende var at få subjekt/objekt forståelsen præget af oppositions og enten-eller tankegangen erstattet med intersubjektivitet med både og tankegangen. Det vil kræve, at ethvert menneske ser sig selv og andre som et subjekt.

Intersubjektivitet er afhængig af, at begge parter anser sig selv og den anden for et subjekt. I dette er anerkendelse en vigtig del; at anerkende og blive anerkendt er en forudsætning for at have frihed. Anerkendelsen må imidlertid gives af een jeg anerkender; i modsat fald er anerkendelse ikke så meget værd. Men det er ikke tilstrækkeligt. Når jeg siger til min søn at jeg synes han er pæn, fnyser han. Det er ikke min anerkendelse han er ude efter samtidig med at den er afgørende. Vores relation er præget af den asymmetri, som rollen som forælder og barn giver. Anerkendelse har med både giver og modtager at gøre. Det kan derfor forstås som indlagt i eksistensvilkåret, at der er sammenhæng mellem den anerkendelse jeg giver og den jeg får, dog ikke sådan at det er en byttestand a la I am o.k, you are o.k. Det er sådan at jeg nødvendigvis må sørge for at give den anden anerkendelse for selv at kunne få den anerkendelse som gør mig til subjekt. At være subjekt er ikke noget een gang for alle givet. Det er noget, der må kæmpes for, til enhver tid, livet igennem, ganske som det er situations- og relations- og positionsafhængig.

At mennesket ikke har, men er en krop, som altså kropper sig med andre, har den betydning at det er allerede og altid indflettet med andre. Det er ikke to uafhængige mennesker der kommunikerer med deres fra kroppen afkoblede forstand. Det får afgørende konsekvenser for forståelsen af etikken. Etik betyder etymologisk vaner, skikke. Disse skikke er dels noget givet dels noget som bliver konstitueret gennem gentagelse, indøvelse. Det, der sker i dette (mellem)rum, er præget af mange forskellige ting: tøj, position, hudfarve, køn, postur (om den ene står og den anden ligger), højde, drøjde etc. Etik har således forstået meget med det vi kalder kultur at gøre. ”Vores kulturelle stil er så legemliggjort og altgennemsyrende at den i almindelighed er usynlig for os” (Dreyfuss, 2002: 68). Den bliver først synlig ved sammenligning. Dreyfus nævner hvordan amerikanske mødre placerer deres børn på maven, hvilket stimulerer børn til at bevæge sig. Japanske mødre lægger deres børn på ryggen for at de skal ligge stille. Det der *gør* amerikansk og japansk er altså stilen. Dreyfus’s eksempel er samtidig en påpegning af den menneskelige eksistens grundvilkår. Det er interdependent. Det er gensidig afhængig. Den japanske og amerikanske mor gør, hvad der er normen i sin kultur, og barnet præges af dette. Barnet er dog samtidig uafhængig, og derfor er det ikke alle

amerikanske eller japanske mødre der lykkes i deres forehavende.

Efter at børnepsykologien i mange år har set på barnet som noget der formes til noget af forældrene, anses barnet mere og mere som værende noget i sig selv. Det dækker imidlertid over to forskellige filosofiske opfattelser, som, selvom de i det daglige kæmper om vores opmærksomhed, ofte overses. Den ene opfattelse ser barnet som en afhængig størrelse som langsomt og omsorgsfuldt dannes til en uafhængig voksen. Platon ser således barnet som en kommende voksen, og Aristoteles anser barnet for at være et mulig menneskeligt væsen. Det gælder dog kun dregebarnet (Songe-Møller, 1992). Den anden opfattelse, som Daniel Stern har fremført er at barnet er et subjekt i egen ret helt fra den spæde begyndelse. Stern er inspireret af Jessica Benjamin, som i tur står i gæld til Simone de Beauvoir, som giver æren til Merleau-Ponty.

Forskellen mellem de to opfattelser vedrører forståelsen af hvad et menneske er og hvordan det bliver til. I den klassiske opfattelse bliver barnet, ialfald dregebarnet, til et menneske, når det er voksen. I den opfattelse som henter sin inspiration i fænomenologien, er barnet et menneske fra første stund. Det *er* og *bliver til* livet igennem i samhandling og samvær med andre mennesker, voksne såvel som børn. Den første opfattelse har lagt stærke føringer i sproget, og gør at vi hele tiden fristes til at tale om mennesket, som noget der *er*. Opgaven er blot at finde ud af hvad det pågældende mennesker *er*. Det gøres gennem dialog ved møder, og jo flere perspektiver vi har jo mere fristes vi til at tro at vi kan komme frem til en viden om hvem den anden *er*. Den anden opfattelse slider med at komme til udtryk i sproget. Den vil have frem at mennesket er tvetydigt i den forstand at det *er* noget bestemt, præget af arv og miljø, men at det også *bliver til* i nye sammenhænge, i nye konstellationer og situationer. Når den første opfattelse er så infiltret i sproget, hænger det sammen med at den gør det muligt at generalisere mennesker, hvilket igen hænger sammen med at forskel i køn og krop lades ude af betragtning. Den anden opfattelse, som medtager de forskelle i køn og krop, som viser sig i relationer, interaktioner og situationer, giver derimod ringe mulighed for at generalisere; der er hele tiden forbehold som må tages, når det seksuelt i betydningen forskellig kønnede menneske både er og bliver til.

Mens den første opfattelse er knyttet til mennesket som mand, er den anden ofte blevet knyttet til mennesket som kvinde. Manden er den rationelle og logiske som kan træde tilbage og se fællestræk. Kvinden er den emotionelle og påvirkelige, som er for tæt på til at kunne se andet end usikre forskelle. Når det er nødvendigt at forstå betydningen af forskellen mellem de to opfattelser af mennesket skyldes det sammenhængen til den manglende anerkendelse af den kundskab, som kommer frem i situationen. Selvom vi ofte taler om børn som om de er intetkøn, er de det ikke. Ethver barn har et køn, som aftegner sig på kroppen, og som gør en forskel på hvordan det bliver set og behandlet, og derfor også hvordan det ser sig selv og andre. Selvom det kan give visse vanskeligheder, er det langt værre for det mindretal, som ikke har et bestemt køn fra livets begyndelse eller som viser sig ikke at kunne affinde sig med det køn som er aftegnet på kroppen.

Fælles for begge, ja alle køn, er de eksistensielle betingelser. Mennesket fødes og dør, og i mellemtiden er det både afhængig og uafhængig. I den klassiske opfattelse af mennesket vokser eller udvikles mennesket fra at være afhængig til at blive uafhængig, autonom, i den anden er mennesket afhængig og uafhængig livet igennem. Det moderne paradoks er at begge menneskeopfattelser indgår i vor forståelse af os selv og hinanden. Vi ved, at vi er både afhængige og uafhængige, og at vi er interdependente på den måde, at vi er indbyrdes afhængige. Om ikke andet ved vi det fra vore kærligheds- og venskabs- og familierelationer. Jessica Benjamin har i bogen: Bonds of Love, 1988, påvist at det har afgørende betydning for kvindens liv og kærlighedsrelation, hvilken opfattelse af barnet og af mennesket samfundet bygger på. Når barnet forstås som helt afhængig af moderen, gøres også moderen afhængig og dermed dannes en symbiose som gør at ingen af dem ses som det de også er, nemlig uafhængige subjekter. Moderen får ikke den respekt og anerkendelse som subjekt som til eksempel faderen gør. Det har med samfundet at gøre på den måde at kvinder ikke kan indtage samme plads og position i samfundet grundet omsorgsforpligtelser til de af dem afhængige personer, hvilket gælder både barn og gamle. Denne manglende anerkendelse influerer på kærlighedsforholdet, som igen influerer på næste generations forståelse af forholdet mellem kønnene. Hvis barnet

derimod ses som et subjekt i sig selv, er det også muligt for moderen at blive set og se sig selv som et subjekt.

Forholdet mellem anerkendelse og subjektivitet er en vigtig ingrediens i Beauvoirs etiske filosofi, som Benjamin da også er stærkt influeret af. Muligheden til at være og blive et frit handlende subjekt kommer gennem anerkendelse, en anerkendelse som jeg må gives af een jeg selv anerkender. Hvis det ikke er tilfældet, præges både jeg og relationen og den anden af det. Jeg fristes til at behandle den anden som objekt og glemmer, at hvis den anden fratages sin subjektstatus, kan vedkommende ikke give mig den anerkendelse, som gør det muligt for mig at være et subjekt.

Alligevel vedbliver vi at opretholde en inddeling af mennesker, hvor nogen er karakteriseret som uafhængige og andre som afhængige. Inddelingens princip gælder i forhold til hjælp. Har man brug for hjælp, hvadenten det er økonomisk eller helsemæssig eller social, bliver man kategoriseret som afhængig. Denne kategorisering er ladet med værdi, og præger vores forhold til og behandling af hinanden. Ikke alene i det offentlige rum, men også i det private. Det er denne tilgrundliggende ideologi, som fortsat præger samfundet og dets institutioner. Som fængselet viser samfundets vrangside gør også psykiatrien det. Både de som kommer der med klassifikationen hjælptrængende og de som kommer her som hjælpydende bliver påvirket af denne holdning. Den sniger sig ind overalt. Det er derfor ikke underligt, at forholdet mellem anerkendelse og frihed også præger denne institution. Således er det forholdet mellem anerkendelse og frihed, sådan som det udspiller sig på denne afdeling, der fortæller om hvad faglighed er og hvordan den forstås.

Faglighed

- struktur

Det er ifølge ledende overlæge vanskeligt at bevilge frihed, så længe afdelingen ikke har fundet frem til en samlet forståelse af, hvad faglighed er. Ledende fagsygeplejer siger på evalueringsdagen i december 2001, at miljøterapi må blive mere likt. I første omgang lyder det som to modstridende udsagn. Den ene antyder, at der nu er så mange individuelle måder, at der må komme mere struktur, mere lighed i miljøterapien. Den anden siger at den frihed, som giver rum for individuelle måder, ikke er bevilget. Er der tale om to måder at se og tolke virkeligheden på,

eller betyder efterlysningen af mere lighed og struktur det samme som efterlysningen af en fælles faglighed?

Ved nærmere eftersyn viser begge lederes udsagn en tendens til at rette smed for bager. Begge adresserer sig til miljøterapeuterne; det viser sig dog efterhånden, at når miljøterapeutgruppen arbejder så forskelligt som de gør, har det ikke alene med deres forskellige fagbaggrund at gøre, men også og især med den forskellige måde som fagteamerne arbejder på. Afdelingen er inddelt i to fagteam. Miljøterapeuterne har i nogen grad tilhørsforhold i en af grupperne, men på grund af afdelingens akutstatus og vagtplaner må de også arbejde i den gruppe, de ikke hører til i. Ovenstående ordveksling mellem en miljøterapeut og fagteammedlemmet viser, at forskellen at arbejde på ikke er tilfældig, men er begrundet fagligt. Det faglige standpunkt, som den ene gruppeleder udtrykker, betyder imidlertid at miniteam ikke altid bliver oprettet og at det er begrænset, hvad der kommer op på behandlingsmøderne fra dette fagteam. Et resultat af at det ene fagteam arbejder mere isoleret er at kommunikationen mellem fagteam og miljøterapeut ofte bliver til information. Miljøterapeut-gruppen samler sig efterhånden om at indsende en klage til ledelsen over ikke at blive tilstrækkelig informeret og ikke tilstrækkelig involveret i det ene fagteam.

Mellemgruppen har det også vanskeligt med denne forskel på teamenes måde at arbejde på. Det er et spørgsmål om kollegialitet. Fagteamene er sidestillet, og ingen har autoritet til at bestemme, hvordan det er rigtigt at arbejde. Ledende overlæge, som har autoriteten til det, er udover at være faglig leder også medlem af det ene fagteam, hvilket, såvidt jeg kan se, sætter hende i et dilemma mellem kollegialitet og lederskab. Begge dele har med det faglige og ideologiske fundament at gøre, som igen har indflydelse på struktur og ledelse. Men der er også tale om en balance mellem at være leder og at være kvinde, og at være begge dele i et udpræget kvindemiljø. At kvinder er sårbare, betyder at de kræver megen anerkendelse og kun dårligt tåler kritik. Eller er det myter som fastholdes, også eller ikke mindst, i et kvindemiljø?

- ideologi

Det faglige og ideologiske fundament står at læse i strategidokumentet. Det første der her siges er, at afdelingen

baserer sig på kundskaber fra det barne- og ungdomspsykiatriske område. Det er en afgrænsning til det voksenpsykiatriske, som er den forståelse der ligger til grund for den større institution, som afdelingen deler vægge og omgivelser med. Det kan være vanskeligt at karakterisere forskellen mellem de to psykiatrier, men een af forskellene er at voksenpsykiatrien er mere præget af en streng medicinsk tænkning end børnepsykiatrien. Det kommer til udtryk i personale-sammensætningen. På de fleste akutafdelingerne i voksenpsykiatrien er personalet sygeplejere, hvilket udelukker at tage andre studenter i praksis end de der har grunduddannelse som sygeplejere. Bekendelsen til barne- og ungdomspsykiatrien har på denne afdelingen givet sig udslag i ansættelsen af et meget flerfagligt personale, hvilket også betyder en åbning for at tage studenter i praksis fra mange forskellige grund- og videreuddannelser. Hovedfilosofien på denne afdeling, som dog ikke er skriftlig nedfældet nogen steder, er at 'her skal alle stemmer høres'. Den giver forventninger om at denne afdeling skal være forskellig fra voksenpsykiatrien i positiv forstand. De indledende undervisningsdage, arbejdet med at indrette afdelingen, alt som blev gjort for at få et sammentømret personale giver indtryk af at her skal alle trække på samme hammel. Dermed blev angivet en frihed og et demokrati, som tiltrak ansøgere. Således sagde en i mellemlidergruppen at hun tog denne stilling fordi hun blev stillet stor frihed i udsigt; sådan blev det ikke helt.

- virkelighed

På den baggrund bliver det en overgang, da patienterne begynder at komme, og hverdagen ikke helt lever op til forventninger og forestillinger. Det kommer frem på fagdagen med organisationspsykologen. De vanskeligheder, som opstår på denne afdeling, udkrystalliser sig i historien om mobiltelefonen. Det viser sig at vanskelighederne i høj grad hænger sammen med at en større og større del af patienterne tilhører en gruppe patienter, som afdelingen ikke var klædt på til at tage sig af. Det er piger med spiseforstyrrelser. Disse to forskelligartede begivenheder sætter sit præg på afdelingens første år.

Historien om mobiltelefonen

Under indlæggelsen af en ung pige beslutter ansvarshavende overlæge og en miljøterapeut at fravige reglen om at fratage

patienter mobiltelefon ved indlæggelse. Som nævnt er det kun ved et tilfælde at selve historien til min kundskab. Alligevel satte mobilhistorien stærke kræfter i gang, og fik en tid lang fik afdelingen til at dirre. Det skyldes, at den næsten som en svamp sugede alt det til sig, som var på færde på afdelingen i denne opstartsfasen. 'Dirring' er et lidt uvant ord, men eengang nævnt på fagdagen, blev det antaget af alle andre, også af mig. Som nævnt blev sagen klogt op af ledelsen med tanke på, hvad afdelingen kan lære af den. Da jeg også tager den op på mit første fremlæg, smiler alle tilstedeværende genkendende og lidt forlegent. Selv om den efterhvert glemmes af de fleste, fordi den afløses af andre historier, så indgår den i afdelingens historie. Som jeg håber at kunne vise har den flere lag, som det er værd at bringe frem. Ikke mindst fordi afdelingen på fagdagen med organisationspsykologen nedfælder, hvad det er afdelingen skal satse på uden at afdække hvad der er på færde bag de fine ord.

I første runde med samtaler, som finder sted i februar, tages denne historie op, både direkte og mere indirekte. Det er en miljøterapeut og en overlæge som indlægger patienten der ikke vil give slip på sin mobiltelefon. Situationen og forløbet bagefter sidder som en klump i halsen på miljøterapeuten endnu et halvt år efter hændelsen. Hun har aldrig tidligere oplevet en sådan reaktion fra noget personale. Den har gjort hende bange for at komme frem med sin mening. "Blikkene var de værste. Nedvurderende, kritiske, dømmende, både når de ikke så på mig, og når de sendte blikke til hinanden". På spørgsmålet om hvem 'de' er, svarer hun at det var alle, hvilket een som kom hjem fra ferie samme dag bekræftede; siden blev det en fire-fem stykker, og først et halvt år var det næsten borte.

Kollegernes reaktion kom bag på hende. Hun (og overlægen) syntes at der i de foreliggende omstændigheder var blevet gjort et godt stykke arbejde, og hun glædede sig til at komme på afdelingen om mandagen for at gå videre i arbejdet med denne patient.

"Noen av personalet mente at jeg (og legen) ikke hadde kompetanse nok i forhold til dette. De mente at det var atferdsproblemer som det måtte settes grenser for og at vi ikke måtte unngå konflikter. Jeg har aldri blitt så uglesett av personalet før (jeg har jobbet i 11 år som sykepleier). Jeg ble fortvivlet. Jeg ønsket at de også skulle se den lille kjemperedde jenta som var blitt tvangsinnlagt med spørsmål

om psykose/ skizofreni. Jeg synes vi havde klart å ivareta jenta og moren gjennom helga på en verdig måte”.

Det mener imidlertid ikke det miljøpersonale som kommer på job mandag. Det ”...ble det veldig kritikk og diskusjoner på alle plan om hvor ille det var at mobilen ikke var blitt tatt fra hende og at det ble satt for få grenser...” Etter rapportmødet kunne hun ikke andet end at gå hjem og græde.

”Mitt dilemma var hensynet til reglene på den ene siden og tryggheten jeg følte jenta hadde ved å ha mobilen i den situation hun var kommet i på den andre siden. Og i forhold til psykose ble det viktig å ikke ta fra hende denne tryggheten (min tolkning). Det var andre ting som var viktigere å ivareta gjennom den helga (trygghet, ro, alliansebygging)”.

Her er en forskel som knyttes til fagbaggrunden. Mens ‘vi’ i medicintænkningen mener at patienten må få hvile sig lidt, vil ‘de andre’ gjøre noget; det er min udhævninger, men miljøterapeutens ord. Skellet mellem ‘vi’ og ‘de andre’ går mellom hvem der tænker medicinsk og hvem der tænker pædagogisk, og hvem er det? Regnes verneplejerne til de medicintænkende eller til de pædagogitænkende? Men det er ikke den eneste skel. Det er blandet med et skel mellem positioner. ”Hvis jeg bare havde erklæret mig uenig med overlegen, havde jeg klaret frisag”. Der er med andre ord ikke alene en faglig uenighed, der er på færde i kritikken af håndteringen af mobiltelefonen, det er samtidig en kritik af den tænkning som har magten. Det er derfor sandsynligt at den behandling som miljøterapeuten får af sine kolleger skyldes, at hun kan siges at have valgt side og dermed svigtet solidariteten med miljøterapeutgruppen.

Regler og opmærksomhed i situationen

Et af temaerne, som kom frem på fagdagen er hvordan man skal kunne ivaretage at være opmærksomt tilstede i situationen og samtidig arbejde efter regler. Det er et godt spørgsmål, fordi det antyder at der er forskel mellem det der sker i situationen og de regler som er bestemt på forhånd. Det er netop kernen i problemet at der er forskel, og at det i kampens hede glemmes eller fornægtes. Der og da, i situationen, finder et møde sted mellem indlæggelsesteam og patient. Situationen er ladet med

asymmetri. Patienten kommer mod sin vilje. Der er allerede grebet ind i hendes selvbestemmelse. At indlæggelsesteamet lader patienten beholde sin telefon understreger hvem der har magten; hvem der opstiller regler og hvem der må affinde sig med dem.

En måde at forstå dette på er at mobilen og regelen bliver våben i en strid om hvad et menneske er, og dermed også om hvad kundskab er. Regler er som oftest udtryk for et ønske om at sikre lighed og retfærdighed, både for patienter og for personalet. I den opfattelse af kundskab som kommer til udtryk i beslutningen om at lade patienten beholde sin mobiltelefon er indbygget at der ikke er en regel uden undtagelse, og at disse undtagelser kommer frem i situationer som er kritiske. Kritikken af beslutningen om at lade patienten beholde sin mobiltelefon er præget af en forståelse af kundskab som situationsløs, som noget det er mulig at generalisere, og mulig at opstille i regler. Når en regel tilsidesættes, må det begrundes indenfor samme rationalitet. Når det ikke sker, opfattes tilsidesættelsen som en beslutning, præget af følelser som opstod i situationen. Følelser er ikke rationelle og opfylder ikke kriteriet for kundskab; en beslutning, som træffes på grundlag af følelser, kan ikke vurderes som faglig.

Tydelig kommunikation

Et andet tema på fagdagen er efterlysningen af tydelig kommunikation, hvilket kan hænge sammen med flere ting. Det første er at begrundelsen med overlægens større kompetence på psykose kommer for sent. Det er først, da væggene dirrer at ledende overlæge griber ind og giver denne forklaring. Havde de fået denne forklaring af overlægen i indlæggelsesteamet selv allerede mandag morgen, havde regelfravigelsen formentlig ikke rejst så stor en konflikt. Det andet er at indholdet i begrundelsen nok løser et problem men rejser et andet.

Når kommunikationen bliver tydelig, hvad begrundelsen med overlægens større kompetence på psykose må siges at være, forudsætter det en opfattelse af viden, som målbar, explicit og sand. En sådan forståelse af viden autoriserer den hierarkiske struktur. På den anden side fortæller spørgsmålene på fagdagen om hvordan man skal kunne være loyal mod andres beslutninger, og alligevel ikke miste engagementet, om et personale som *både* vil have tydelig kommunikation *og* fastholde den dirring som

kommer af mangfold. Der er med andre ord flere forståelser af kundskab tilstede i personalet end historien om mobiltelefonen umiddelbart beretter.

Dogmer om viden

Den danske filosof Steen Wachterhausen taler om en familie af dogmer. Det første hoveddogme om viden hævder at for at noget kan være viden må det opfylde følgende betingelser: 1. det må være explicit, 2. det skal udtrykkes i sproglig form, 3. det skal være sandt, 4. der skal gives troværdig begrundelser for at det er sandt. Det andet hoveddogme siger at forandring, herunder indøvelse af færdigheder, lader sig regelsætte. Det tredje hoveddogme siger at kompetence er konstitueret af explicit viden kombineret med regelbaserede færdigheder i at anvende denne viden overfor de problemer som falder indenfor ens felt. Det fjerde hoveddogme er adskillelsen mellem fag og person. For at være en kompetent fagudøver er det tilstrækkeligt at have en relevant og omfattende databank samt et regelsæt. Ingen af delene involverer fagudøveren som person d.v.s. erfaringer, liv, etc. Det femte hoveddogme er at det enkelte individ er subjekt for læring og kompetence, hvilket er en følge af de andre dogmer.

Denne familie af dogmer spiller en stor rolle i den konflikt som opstod på afdelingen og i den måde den søges løst på. Når ledende overlæge vælger at bilægge konflikten med henvisning til indlæggende overlæges viden om psykoser, er det en tydelig kommunikation. Den opfylder sin funktion idet den lukker for videre diskussion. Men prisen er høj. Ledende overlæge kommer til at stille sig bag 1. en dogmefyldt forståelse af viden, 2. lægens (og lægers) overordnede position som vidensindehaver, 3. det hierarki som bygger på denne forståelse af viden. Det kan tænkes at ledende overlæge i en vanskelig situation søger ly i den traditionelle kundskabsforståelse, som hierarkiet hviler på. Uanset hvad begrundelsen har været, har det konsekvenser, og ledende overlæges intervention er, selv om den bilægger striden, medvirkende til at det som kom til udtryk i håndteringen af situationen, og som svarer til afdelingens ideologi, ikke ses og anerkendes som faglig kundskab.

Der er således fire, til dels modstridende, forståelser af kundskab tilstede (se ovenfor 51 ff.). For det første den formelle, uddannelsesbaserede, der er statusbestemmende i et hierarki. For

det andet afdelingens udtrykte ideologi, der piller ved denne fæstning, for det tredje den tavse, udtalte, der ligger mer eller mindre eksplicit indeklemmt i den enkelte medarbejders indstilling. Og endelig den kundskab som er den politisk korrekte, nemlig dogmeforståelsen af viden. Den sidste er afsættet både bag kritikken og af det efterfølgende forsvar af håndteringen af patienten. At den sidste vidensforståelser indgår i forskellige lag i hierarkiet, gør at overlægen i teamet klarer skærene mens miljøterapeuten ikke gør det. Det forklarer miljøterapeutgruppens reaktion overfor denne miljøterapeut; hun har svigtet sin gruppetilhørighed. Hun burde have forsvaret miljøterapeutgruppen som vidensindehavere om konflikthåndtering, grænser og reglers nødvendighed i miljøterapi. Selv om også denne viden er præget af dogmer, er den grundet sin placering i videnshierarkiet mindre værd. Sagen er tillige at denne miljøterapeut er sygeplejerske, og derfor mere oplært i den medicinske forståelse end af den miljøterapeutiske forståelse. Summa summarum, den fælles forståelse af kundskab og faglig dygtighed som på tværs af fag og position kommer til udtryk i håndteringen af situationen, bliver ikke italesat. Den bliver underkendt før den har fået mund og mæle. Om det er det træthed, mangel på oversigt eller simpelthen dette at når der bliver krise, går vi tilbage til det sikre, til det vi kan fra før; så hamrer vi med mange års uddannelse, selv om vi udmærket ved at det ikke er papirer der tæller, men hvad vi faktisk får til.

Tillid og anerkendelse

Historien om mobiltelefonen afdækker også en manglende tillid til og/eller en manglende anerkendelse af det team som ændrede reglen. Enten til dem som personer eller til den faglige tænkning som de repræsenterer, eller en kombination af begge dele. Miljøterapeutens udsagn om at hun havde sluppet fri for tiltale hvis hun ikke havde erklæret sig solidarisk med overlægen, tyder på at det er den faglige tænkning dette gælder. Ved at erklære sig solidarisk med overlægen, har hun svigtet miljøterapeut gruppen og den flerfaglige forståelse af miljøterapi. Hun har - i nogens øjne - vist sig at være mere sygeplejer end miljøterapeut.

Den manglende tillid til, hvad netop disse personer finder frem til i situationen, kan have med kønnet på de besluttende professionelle at gøre. Det er ikke sikkert at der ville være blevet samme postyr, hvis indlæggelsesteamet havde bestået af to mænd

eller af en mand og en kvinde. Havde miljøeterapeuten været en mandlig ikke-medicinsk uddannet miljøterapeut, kan udfaldet tænkes at være blevet et andet, men det kan også tænkes at være blevet det samme, men at resten af miljøterapeutgruppen ikke ville have reageret så stærkt. Der er en del der taler for at det ofte er mænd, der taler for regler og grænser ganske som den kundskab som bliver til i situationen ofte bliver vurderet som kvindelig, og dermed som ikke-kundskab.

Spørgsmålet er om det også er en kønnet forskel, der giver sig udslag i den utydelige kommunikation. Når den miljøterapeut, som stod i situationen, sagde: ”jeg synes vi havde klart å ivareta jenta og moren gjennom helga på en verdig måte”, er dette en kortfattet men tilsyneladende velbegrunnet konklusion. Den rummer imidlertid hverken de faglige overvejelser eller det skøn, som lå til grund for beslutningen. Som miljøterapeuten fremstiller det, var hun helt uforberedt på kollegerne reaktion; det tyder på at hun til da har været tryk på at en sådan måde at overlevere og konkludere på ville blive forstået af kollegerne. Skyldes det at et kvindemiljø bedre forstår og accepterer sådanne konklusioner, enten fordi de ved hvor vanskeligt det er at udrykke de bagvedliggende faglige begrundelser eller fordi kvinder ikke gerne anfægter andre kvinder af harmonihensyn eller fordi de er konfliktsky? Mulighederne er mange.

Ved videreudannelsen i psykisk helsearbejde øver studenterne, som er erfarne verneplejere, sygeplejere, socionomer, sig i rollespil og samtaler, og iblandt bliver disse optaget på video. I år kom en paralel til mobiltelefonen op. Grupperne havde fået som arbejdsopgave at skildre en arbejdssituation og optage den på video. En af grupperne skildrede et møde som fandt sted dagen efter at en ung mand havde fået tilladelse til at gå på Kino. Der havde mange gode argumenter for denne afgørelse, ikke mindst at han havde haft det så godt på det sidste. Han kom lidt forsinket hjem fra Kino, men havde ringet om forsinkelsen på forhånd. Senere på natten tilkaldte han vagten, fordi han ikke kunne sove. Han fik tildelt sovemedicin. Næste dag blev denne situation lagt frem for øvrige personale, læge og psykolog. Den student som spillede det personale, der havde givet ham tilladelse, sagde efter at videoen var blevet vist i klassen, at hun til sin overraskelse så at hun ikke kom frem med nogen af de faglig-saglige begrundelser hun

havde for at give tilladelse til udgang. Dermed overlod hun den faglige diskussion til lægen og i nogen grad psykologen, men lægen, som lagde vægten på medicinuddelingen, afgjorde sagen med at siden patienten havde måttet have medicin, havde han ikke været klar til at komme på Kino.

Fælles for de to mandlige studenter var, at selv om de spillede to vidt forskellige lægeprofiler, blev de hørt. Min mandlige kollega spurgte studenterne om det var bevidst at klassens to mandlige studenter begge var tildelt rollen som læge i videoerne. Der blev almindelig forlegenhed, men han fik ikke noget svar. I stedet indledte en af de mandlige studenter til en samtale om hvordan det kunne være at miljøterapeuter (flertal og kønsneutralt) i så udstrakt grad lytter til hvad lægen siger. En af dem foreslog at det måske er udtryk for ansvarsfraskrivelse. Det er lægen som bestemmer, og det får han lov til fordi det dermed også (for)bliver hans ansvar. Videoerne viser imidlertid tydelig hvor afgørende det er at lægen ikke er alene om at sætte dagsordenen. Det gælder for patienten og det gælder for det øvrige personale.

Flere studenter fortæller at de er overraskede over hvor lidt synlige de er, og hvor lidt tydelige de er. Det er dog kønsbestemt. Det var de kvindelige studenter, dog ikke alle, som udtrykte at de fandt sig meget lidt synlige og tydelige. Det kom først frem når de så sig selv på videoen, hvilket understreger at vi har en meget begrænset oversigt over og forståelse af hvordan vi opleves i interaktion med den anden. For mig som lærer bliver dette en bekræftelse på at vi ikke ser os selv, vi har ikke privilegeret adgang til vores egen konstruktion. Disse studenter, som også har været lite synlige i årets løb, har selv troet noget andet.

Dette faktum må dog ikke få os til at lukke øjnene for at en medvirkende årsag til den manglende tydelighed kan være at der ofte ikke er nogen blandt kollegerne, der efterspørger vores faglige begrundelser. Er dette et spørgsmål om hensynsfuldhed eller er det fagligheden der ikke anerkendes, og kan dette skilles ad? På den anden side, hvordan kan overordnede eller kolleger eller medstudenter anerkende en faglighed, som ikke kommer til udtryk? Uanset er der på en høgskole et ansvar hos læreren i at efterspørge de studenters kundskab, som ikke af sig selv kommer frem.

Fælles for miljøterapeuten på afdelingen, og studenterne på skolen i en konstrueret situation, er at de ved at de har gode

faglige grunde for deres handlemåde. Set fra en forståelse som knytter kundskab til situationen, og faglighed til person, spiller deres faglighed ind i afgørelsen, men den huskes ikke lige der og da. De var involveret, optaget af situationen. De har kort fortalt oplevet at det er i interaktionens mellemrum at kundskaben bliver til. En forståelse som patienten i ovenstående eksempel hjalp dem til ved sin reaktion på at blive frataget sin mobiltelefon. Hun reagerede som en blind mand, der bliver frataget sin stok, sit redskab til at begå sig i omverdenen. I et af hans eksempler beskriver Merleau Ponty hvordan en stok i bestemte situationer fungerer og opleves som en forlængelse af kroppen (Merleau-Ponty, 1994). Det samme kan i dag siges at gælde mobiltelefonen. I dette tilfælde er det således tydeligt at patienten oplever mobiltelefonen som en del af hende. Tages den fra hende, er ikke alene den sidste rest af hendes selvbestemmelse frataget hende, der er ret og slet begået overgreb på hende. Hvis kampen om at være/forblive et subjekt ikke er et eengangsfænomen, men noget som hele tiden er på færde, så er denne situation afgørende. Både for patienten og for personalet. Hvis de i en tvangsindlæggelses-situation ydermere befæster patientens fornemmelse af at være et objekt, risikerer de ud fra en sådan filosofi at rive mere ned end de kan række at bygge op på tre uger. Problemet er at finde ord for denne kundskab, når de er kommet ud af situationen og interaktionen, som overlægen betegner som eksplosionsagtig.

Når det alligevel bliver som det bliver i situationen med mobiltelefonen, skyldes det at i dette møde mellem mennesker bliver viden om psykosser og om grænser og om regler til det de er beregnet på: hjælpemidler og ikke tvangsredskaber. Der er andet og mere på færde end logik, end systematiseret, videnskabelig kundskab. Indlæggelses-temaet lykkes da heller ikke at få sat ord på. Dels fordi det er vanskelig, dels fordi de ikke finder det nødvendigt. For dem der var i situationen var det en klog beslutning. Som de ikke får udtrykt, så de andre forstår hvad det handler om. Og tilliden fra de andre kolleger, som de måske havde regnet med, var der ikke.

Den underliggende konflikt, som regelfravigelsen bringer frem i lyset, kan siges at handle om forholdet mellem anerkendelse og frihed. Når personalet ikke mener sig anerkendt tilstrækkelig til at få faglig frihed, er det provokerende at opleve at nogen har eller tiltager sig eller får tildelt den frihed. Det bliver

ekstra tydelig når ledende overlæge bilægger konflikten ved at pege på indlæggende overlæges større psykoseforståelse. Den kan ingen hamle op med. Læger stiller i særklasse men ve den, som vælger at være solidarisk med den tænkning der bestemmer.

Den besværlige patientgruppe

En overvejende del af samtalerne med forsknings-medarbejderne handlede direkte eller indirekte om patientgruppen med spiseforstyrrelse. I modsætning til hvad jeg først antog, er denne gruppe patienter med i målgruppen for afdelingen. Samtalen med de pårørende til den første patient med spiseforstyrrelse viser, at denne indlæggelse er sket kort efter at afdelingen er åbnet. Og der kommer hurtigt flere til.

Hverken indretningen af afdelingen eller sammensætningen og udvælgelsen af personalet har taget specielt hensyn til denne gruppe patienter. Det viste det sig hurtigt, at afdelingen ikke havde tilstrækkelig kompetence på dette område. ”Vi har ikke nok kompetanse på dette. Vi virrer rundt. Der er heller ingen som med autoritet sir at dette virker, så tror jeg nok jeg ville lytte”, siger en miljøterapeut. Det kan være en medvirkende årsag til at behandlingsoplægget, som beskrevet ovenfor, kommer til at følge en medicinsk forståelse af mennesket. I en situation af usikkerhed er det let at falde tilbage til den forståelse, som ligger i de ydre rammer, det vil sige den megainsituation, som denne afdelingen indgår i.

Konsekvensen af overordningen af den medicinske forståelse blev imidlertid en underordning og indordning af det ikke-medicinske personales kompetence. Det mest konkrete bevis er de problemer som vagtplanen kommer til at byde på. Det bliver tiltagende vanskeligt at få den til at gå op, når der skal være een sygeplejer på hver vagt. I begyndelsen af 2002 gav ledende afdelingssygeplejer udtryk for bekymring for flerfaglighedens opretholdelse. Det så ud til at den må opgives, og at der må udlyses stillinger, som er øremærket for sygeplejere. Efter første samtalerunde at dømme er det ikke underligt. Det hænger dog ikke alene sammen med vagtplanen. Den er snarere en refleks af behandlingsoplægget, som er bestemt af ledelsen, og den er medicinsk. Det kommer til at præge hele strukturen. En miljøterapeut giver udtryk for at stedet ikke er så forskelligt fra andre steder. Det er en medicinsk model med overlæge, oversygeplejerske, sygeplejerdokumentation, skemavælde og

burekrati uden lige. Hans udsagn bliver bekræftet af ledende sygeplejer, når hun i en anden sammenhæng, ledsaget af et selvironisk smil, siger, at hun ”setter pris på tverfagligheden, men her er jo sygepleierfaglig ledelse og jeg er sygepleier”. Den medicinske model begrænser muligheden for at blive set og hørt, når man ikke er uddannet indenfor samme forståelse.

Så forskellige de end er, gør samtalerne det klart, at de etablerede fronter og den underliggende konflikt hænger snævert sammen med at afdelingen har fået en flertal af patienter med spiseforstyrrelse. Det er kun muligt at gisne om hvordan det ville være gået, hvis afdelingen ikke var blevet pålagt at tage patienter med spiseforstyrrelser. Det er sandsynlig at det var kommet til en modsætning mellem fagene alligevel, men den havde nok givet sig et andet udtryk. Patientgruppen med spiseforstyrrelser udløser modsætninger mellem fag og forståelser som næppe nogen anden gruppe patienter vil have kunnet gøre. Det har med anoreksia som udtryk at gøre. Dette stiller spørgsmål ved den måde vi inddeler og bestemmer hvad der er sygt og sundt, og hvorvidt det sidder i kroppen eller i sjælen.

Anoreksi – krop eller sjæl?

Da et forældrepar opdagede at deres datter kastede maden op, søgte de om hjælp. De blev henvist til helsesøster på den skole hun gik på. Der kom hun en tid lang og blev langsomt værre. Der var heller ingen hjælp at få på sygehuset, og de blev af BUP (Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinik) henvist til at vente til denne afdeling åbnede. Lettelsen over at der var et sted, som kunne tage sig af deres datter, afløstes efterhånden af skepsis. Det virkede ikke som om afdelingen havde særlig meget kompetence på dette felt. Deres datter blev stadig dårligere og i perioder indlagt på sygehusets børneafdeling. Da jeg talte med forældrene senhøsten 2002, havde de ved at presse afdelingen hårdt og over lang tid opnået at datteren blev sendt til udlandet, hvor der er større specialkompetence på feltet. På det tidspunkt havde hun været på afdelingen siden starten, først meget længe og så genindlagt i flere omgange, i alt næsten et år.

Efter forældrenes mening havde deres datter været en prøvekanin, hvad de også efterhånden fik afdelingen til at vedgå. Forældrene til denne patient var stadig rystede og spurgte om deres datter da var gal, siden hun, afvist af hospitalet, var blevet indlagt på denne afdeling. At blive diagnosticeret som

psykiatrisk patient blev særdeles vanskeligt for deres datter, en ung pige på 14 år. Alene busturen til stedet, hvor afdelingen er placeret, var vanskelig. Dette at blive set på bussen til dette sted som alle ved hvad er, at måtte gå derind, at måtte sige at 'jeg er indlagt på ...', at skulle være på en afdeling med låste døre og vinduer med kun få muligheder for at komme ud, altsammen rykkede hende mere og mere bort fra en normaltilværelse. Et møde mellem disse afdelingernes repræsentanter, som forældrene var blevet inviteret til at deltage på, udviklede sig efter deres opfattelse til en kamp om ansvars-fraskrivelse: ingen af afdelingerne ønskede at påtage sig ansvaret for deres datter.

Denne historie er ikke enestående. Den vidner om uhåndterligheden af denne 'sygdom'. Anorexia er græsk og betyder mangel på appetit. Efter en debat om anoreksiens historiske og kulturelle specifikitet, hvor det har været hævdet at folk i middelalderen fastede, og at folk i Viktoriatiden 'levnede' meget mad, er der i dag bred enighed om at det fænomen, som i dag diagnosticeres som anoreksia, er enestående for industrialiserede og industrialiserende sociale kontekster (Gremilion, 2002). Anvendt som diagnose fortæller ordet at tilstanden er kritisk. Anoreksia har i U.S.A. den højeste dødelighedsprocent af psykiatriske sygdomme.

I modsætning til andre former for spiseforstyrrelser kan den ses. Jo mindre der bliver af hende - for det er oftest en kvinde - jo mere synlig bliver hun. Synlig som krop. Det psykiatriske hjælpeapparat er næsten per definition sat til at afhjælpe psykens problemer. Disse kan have sammenhænge med kroppen, og så tales der om psykosomatiske sygdomme. Denne benævnelse antyder at det er vanskelig om ikke umulig at finde ud af hvad der kom først. Det er dog mest en talemåde, i praksis foretages et valg, hvorefter patienten sendes enten til en somatisk afdeling eller til en psykiatrisk afdeling; et valg som er afgørende ikke alene for den måde patienten bliver mødt på og behandlet efter, men ofte også for patientens selvforståelse.

I dette tilfælde var behandlingsoplægget dog både på den somatiske og den psykiatriske afdeling styret af den medicinske forståelse af et menneske som en isoleret maskine, der er afhængig af at have bestemte lever og blodtal for at kunne fungere. Denne forståelse hænger ifølge Marty Evans sammen med en særlig medicinsk 'lebenswelt'. I den verden bliver den

menneskelige krop konstitueret som en medicinsk krop, helt forskellig fra de kroppe vi ellers interagerer med til hverdag.

Den medicinske krop

Det fælles for den medicinske uddannelse har været og er fortsat ifølge Marty Evans at den indfører studenterne i at se mennesker på medicinens måde – 'adopt medicine's gaze'.

"This medical body is simply not familiar to us as the everyday human body that struggles out of a warm bed on a cold morning, that stoops in order to tie its shoelaces, that carelessly vaults a wooden fence only to slip in the unsuspected mud on the other side. The medical body is a kind of lieutenant for that everyday body summoned when convenient or necessary in the service of a specific form of explanation for why things have gone astray in ordinary life" (Evans, 2001: 18).

Det er denne rekonstruktion af mennesket til en en medicinsk krop som inviterer filosofien at engagere sig i en etisk og epistemologisk analyse af den kliniske medicin som praksis. Evans opfører en liste af kontraster mellem den medicinske krop og hverdagskroppen:

- Den første kontrast til hverdags kroppen er at den medicinske krop er et objekt for undersøgelse mere end det er et undersøgende subjekt. Patientens rapporter om hendes fornemmelser og indre 'states' er værdifulde diagnostiske data, men de er kun et supplement til et objektiverende blik i hvilket kroppen ses og forstås som stedet hvor problemer skal forstås og ordnes.

"The intellectual apparatus of anatomy, physiology and biochemistry provide a matrix for the reduction of the human body, within which alone we can locate the biomedical conception of disease processes" (Evans, 2001).

- En anden relateret kontrast er medicinens opmærksomhed overfor den passive, ukarakteristiske og eftergivende krop, på hvilken de undersøgende og terapeutiske instrumenter bliver trænet i stedet for den engagerede, involverede,

flydende menneskelig krop der opererer og tolker disse instrumenter.

- En tredje kontrast er hvordan den medicinske krop er kilden til data. I princippet er det muligt at kartlægge den medicinske krop og gøre den til information. Hverdagskroppen derimod er præget af mysteri og private rum; den er 'the mode of experience' mere end det er et 'object of experience'.
- Den fjerde relaterer til den tredje. Vores organiske natur er hverdagens kropslige udtryk (the embodied mode of everyday life), som vi bevidst må tage afstand fra for at kunne skelne og inspicere.
- En femte kontrast. Videnskabelig medicin er optaget- og må være det- med det generelle, det gentagne, det universelle. Men det betyder at variationer bliver afvigelser fra normen, fra standarden, den ideelle sag.
- En sjette er distinktionene mellem den medicinske krop som først og fremmest et faktum og hverdagskroppen som først og fremmest et symbol.
- For det syvende er kontrasten mellem den medicinske krop som et kompleks af funktioner og hverdagskroppen som form slående. "The medical body's importance to the patient is taken by medicine to lie in what it can *do*" (Evans, 2001: 20). Kroppen fungerer eller den fungerer ikke. Som kontrast er hverdagskroppen vigtigt for os for hvad den *er*.

Hensigten med denne kontrastering er at vise hvordan den medicinske krop konstrueres ved at fortrænge hverdagskroppen. Det er ifølge Evans vigtigt at se at ethvert individs variation i forhold til andre reflekterer ikke alene hans fysiske væsen, men også hans forløbne historie og hans fremtidige intentioner. Disse nøgle dikotomier mellem objekt og subjekt, the naturlige og det historiske, det universelle og det eksistentielle falder sammen i patienten.

"Both constructions of the human body must coincide, indeed be unified, in the patient, because the human body is the 'object' who is also an experiencing subject – the object of the medical gaze has also a gaze of its own, and one that crucially influences the nature, identity and meaning of the problems that medicine addresses. This unification is the central mystery with which both medical judgement and philosophy of medicine must contend" (Evans: 23).

Det er imidlertid ikke så let at fastholde denne relation mellem den medicinske og den hverdagslige krop. I sidste instans, og det vil i denne sammenhæng sige når det kommer til spørgsmålet om liv og død, bliver det opfattelsen af mennesket som en medicinske krop der bliver udslagsgivende."Hvis jeg skal stole på det jeg har lært..." siger ledende afdelingssygeplejer på det andet tilbagemeldingsmøde, hvor jeg har fremlagt hvordan behandlingsoplægget viser en overordning af den medicinsk/biologiske forståelse af et menneske. Og vender tilbage lidt senere med fortsættelsen, at det må hun. Det gælder om at redde liv. Det er klart sagt et argument for tvangs-og sondefodring, som er meget vanskelig at tilbagevise.

Det er da også ved opfattelsen af liv og død Evans finder det stærkeste udtryk for forskellen mellem de to forståelser.

"The medical body is ultimately the locus of life and death of an organism, whereas the everyday body is the locus of the life and death of a self. In short, the death of a medical body is a natural fact; the death of the body familiar to us in ordinary life is a historical event" (Evans, 26).

Det som skiller den medicinske og hverdagskroppen mest er ifølge Evans de forskellige opfattelser for og roller af den menneskelige bevidsthed. I den medicinske krop er bevidsthed enten reduceret til hjernen eller til mentale fænomener, som er relateret til hjernen. Begge opfattelser antager at biokemiske tilstande eller genetiske udtryk på det molekulære nivå bestemmer eller endda konstituerer mentale karakteristikker, processer og begivenheder. Den medicinske krop, som inkluderer hjernen, er 'the substrate of mental phenomena'. I kontrast hertil er bevidstheden hverdagskroppens mest levende måde; den er den drivende faktor både i det personlige og det interpersonlige,

også mellem lægen og patienten. Hverdagskroppen er et levende, erfarende, handlende, tænkende selv.

At relationen mellem den medicinske krop og hverdagskroppen er udfordrende, både epistemisk, praktisk og etisk, som Marty Evans hævder, kommer tydelig frem på afdelingen. Ofte ses den sværeste opgave for den kliniske medicin at ligge i at bevare patientens individualitet og samtidig se det gennem de biomedicinske kategorier. Det er dog snarere tale om en kollision mellem to distinkt forskellige epistemologier, den universelle og den eksistentielle. En kollision som kommer til udtryk i behandlingsoplægget på afdelingen. At redde liv kan, når det kommer til stykket, kun gøres på een måde. Troen på det på sygeplejerskolen lærte efterlader ikke noget alternativ til tvangsfoeding. For ledende sygeplejerske er der, når det kommer til stykket, ingen anden epistemologi end den som den medicinske viden bygger på. Det er der imidlertid for den gruppe af personale, som ikke er medicinsk uddannede og det er een af grundene til at gruppen af patienter med anoreksi sætter denne afdeling på den anden ende.

Faglighed på tværs

En dag nægter een ikke-sygeplejer at tvangsfoedere, hvad enten det skal ske gennem sondenedlæggelse eller fysisk tvang. Det sidste er, understreger hun, ikke lovligt uden tilladelse. ”Dette satte i gang en diskussion i personalgruppen og følelsen af splittelse var sterk i forhold til behandlingen”. Det er ikke fordi hun vil slippe for at tage hårde tørn men fordi hun finder fremgangsmåden forkert. Miljøterapeuten mener at patienten på denne måde er blevet helt umyndiggjort, og at jobben er at ansvarliggøre hende. Denne miljøterapeut er uddannet i Danmark, og hun fortæller, at man i Danmark har en anden grundindstilling, et andet syn på mennesket som det kompetente menneske. Det gør at man tænker mere i samspil, hvad kunne jeg have sagt eller gjort anderledes i situationen. Da hun får redegjort for sit synspunkt, finder hun forståelse og støtte hos gruppeleder.

Samme miljøterapeut ønsker at sætte aktiviteter i gang med historiefortælling og maling omkring emnet hvad det er at være ung i dag, men fagteamet/ledelsen finder dem for terapeutiske. ”De forstod det som udtryksterapi, men jeg tænker pædagogisk. Hva kunne gå så galt, hvad er de så redde for?” Svaret på dette kommer fra en miljøterapeut med

sygeplejebaggrund. Hun fortæller at ledende overlæge mener, at først må strukturen være der, og så kan der slippes op for mere frie ting. ”Jeg mener helt modsat. Først må man se mulighederne og så kan strukturen komme. Ellers ender vi op som A-4 sygeplejere”. Og miljøterapeutgruppen ser mange muligheder. De har oprettet en idebank, som alle har været med til at oprette. ’Virker dette ikke, så kan vi prøve det næste’. Ovennævnte grupperleder er sympatisk overfor en del af ideerne, fordi de virker i praksis. Alligevel tror hun at det er de mange ideer som gør ledelsen angst for at afdelingen skal komme ud af kontrol. Det understreges af ledende sygeplejerske, som mener at der længe været udfoldet mange individuelle måder at arbejde på, hvilket får hende til at efterlyse mere struktur og mere lighed. På den ene side ser gruppelederen at miljøterapeutene har hjulpet hinanden til at kunne stå i vanskelige situationer, og på den anden side synes hun at der indimellem er for meget pågangsmod i forhold til erfaring og kompetence. Dilemmaet er ikke at dræbe lysten hos de unge og dog kanalisere faglighed så den bliver etisk forsvarlig, hvordan ’bruge sig uden at bruge sig helt ut’, som hun udtrykker det.

En verneplejer svarer på mit spørgsmål om vedkommende får udnyttet sit fagkompetence, at der endnu ikke er kultur for fagudfoldelse på afdelingen eller rettere, siger han, ledelsen åbner ikke op for tillid til miljøterapeutpersonalet. I samme åndedrag henviser han til en lignende institution i Vestfold, hvis leder på et seminar har fortalt dem om lignende begyndelsesvanskeligheder. De måtte jobbe hårdt for at få miljøpersonalet til at udfolde sig faglig, men det lykkedes. Dels lavede de en model for et vagthold som afløste hinanden så patienten hele tiden havde en primærkontakt på job, og dels var patienten med til at bestemme behandlingen selv, der var næsten ingen regler, og individualterapi blev kun givet efter patientens behov. Ingen af personalet, som er fordelt ligeligt mellem medicinsk (sygeplejere og verneplejere) og pædagogisk personale (barnevernspedagoger, sosionomer etc) har sluttet, og så må vi jo spørge os selv hvorfor nogen har det hos os, siger han.

Verneplejerens beskrivelse af situationen på afdelingen snakker sammen med den ledende overlæge kommer med. Den mere frihed, som ledende overlæge mener hun bevilger, ser ud til at begrænse sig til mellemgruppen. En frihed som imidlertid har

medført forskellig praksis i de to fagteam, en forskellighed som har foranlediget miljøterapeutgruppen til at skrive en klage til ledelsen. Det er muligt at det er denne erfaring som får ledende overlæge til at efterlyse en samlet forståelse af faglighed før mere frihed kan gives, men det efterlader et spørgsmål hos det ikke-medicinske personale.

”Hvorfor ansætte tværfaglige, hvis vi ikke skal bruges”. Det var sygeplejerne, som var mest i mod fællesbetegnelsen miljøterapeut, noget som de der ikke er sygeplejere på det tidspunkt lo af. Nu ser især de, der ikke er sygeplejere og altså var mest ivrige for fællesbetegnelsen, at det flerfaglige ikke er sikret med denne fællesbetegnelse. Det er snarere sådan at de, som roser tværfagligheden, er de som samtidig har anledning til at jobbe som sygeplejere. De som ikke er sygeplejere udtrykker sig ikke sådan, måske fordi de ikke har samme mulighed. Mens det forventes af mig, siger en miljøterapeut, at jeg tager blodtryk etc, kan jeg ikke forventer at de (sygeplejerne) tåler selvskading. Ganske vist indrømmer hun at hun bliver dygtigere af at gøre dette, men hun får ikke udviklet sin egen fagkompetence. ”Måske har jeg været for naiv overfor det somatiske. Alt dette med blod- og leverprøver, og at patienten bliver dårligere ved pres. Det har gjort mig afhængig og passiv”, siger en miljøterapeut.

Sammenhængen mellem naiviteten overfor det somatiske og fornemmelsen af at blive passiv har med anerkendelse eller rettere mangel på anerkendelse at gøre. Ingen hører hvad hun siger, og hun fortryder de gange hun har taget ordet. Det eneste som sker er at hun bliver i tvivl om sin kompetence, hvilket kommer frem i samtalen med mig: ”Det lyder så dumt når jeg siger det”. På min opfordring tager hun igen mod til sig. På et møde påpeger hun en parallel mellem det afdelingen arbejder med og arbejdet med autister, som hun har erfaring med, og henviser til psykologen Leif Hugo Stubrud, hvis bog omhandler netop den afdeling hun tidligere har arbejdet på. Ved vor næste samtale fortæller hun, hvordan hun gav udtryk for sin viden og erfaring om selvskading, som er en særlig problematik omkring patienter med spiseforstyrrelse. Selv om hun havde forberedt sig grundigt, blev hun heller ikke denne gang hørt. Et par dage senere gav en turnuslæge udtryk for akkurat samme synspunkt, og hun kunne bare græde, da han fik den anerkendende kommentar fra et medlem af mellemgruppen: ’Åh, er det sådan det er’. Hendes fortælling åbner for mange tolkningsmuligheder.

Når hun ikke bliver hørt, kan det da føres tilbage til hendes faglige baggrund, til længden af hendes uddannelse eller til hendes person og køn? Eller kan det tænkes at hun faktisk er blevet hørt og at det er hendes forberedelser der har gjort at lægen bliver hørt? I så tilfælde kan det have noget at gøre med den sårbarhed som ledende overlæge taler om. På den anden side kan det tænkes at det ikke er kvinder som sådanne der *er* sårbare, men at enhver af os, mænd som kvinder, *bliver* sårbar af ikke at blive hørt eller set.

I mellemgruppen har de med ikke medicinsk baggrund en anden måde at distancere sig fra problemet. De har ikke med selve spisesituationen at gøre, og har desuden en anden rolle og position. Men det går de fleste af dem på.

”Jeg bliver kvalm af tanken på opkast og sondefodring...vi snakker altfor meget om dette spiseri. Hva er forskellen på os og barneafdelingen på sygehuset? Og måden man snakker på: det gælder liv og død, og så kan det alligevel vente til på mandag”.

Med dette sigter et medlem af mellemgruppen til at det er overvejende vikarer der tager vagterne i helgen. En anden siger at hun ikke lader sig begrænse af diskussionen om sonder og sygeplejere. ”Vi skal ikke vandre i hinandens bed. Jeg svarer bevidst ikke på medicinske spørgsmål”.

Reaktionen på den medicinske tænkning på afdelingen afhænger af ens faglige baggrund. Kommer man fra medicinsk baggrund anser man den for at være stærk, men ikke er enerådende; kommer man fra en anden faglig baggrund, er den medicinske tænkning om ikke enerådende, så ialfald den der afgør sagen. Det ser ud til at de som er opdraget indenfor det hierarkiske system, det vil sige, læger og sygeplejere, har lettere ved at acceptere at det medicinske syn er overordnet. En mulighed er også at de ikke forestille sig at noget andet kunne lade sig gøre. Ialfald har de lettere ved at manøvrere, og lettere ved at lade sig manøvrere: de er på hjemmebane. Noget kunne tyde på at det også har en bagside. Fra mellemgruppen lyder det således:

”I dette system må man være snill, hele vejen op i hierarkiet. Sygepleiere er snille mennesker og de er de fleste; socialpædagoger får ikke tatt frem sit tøffe potentiale her”.

En anden siger at det er enklere at samarbejde med sygeplejere. De er vant til at adlyde, mens de der ikke er uddannet og opdraget indenfor dette system er mere udfordrende og derfor mere besværlige at samarbejde med.

Ideologi og virkelighed

Under analysearbejdet blev det mere og mere tydeligt at det er mødet med anorektiske patienter, som udløser kollisionen mellem ideologi og virkelighed, mellem forskellige menneskesyn- og kundskabsforståelser og dermed forskellige forståelser af faglighed. Det er denne afdelingen ikke alene om. Behandlingsformerne i dag er mangedimensionelle d.v.s. de er designet til at omgå rendyrkede medicinske og behaviouriske løsninger ved at adressere de underliggende psykologiske og interaktionelle problemer.

Imidlertid viser undersøgelser af disse nye programmer at de har ringe succes; seks år efter behandling opfylder 10 procent af de patienter der er i live definitionen på anoreksia, mens 50 procent fortsat har alvorlige spiseforstyrrelser. Det skyldes ifølge Helen Gremillion at de fleste programmer stik i strid med så vel evalueringer og nye ideologier stadigvæk har fokus på vægtøgning gennem adfærdsmodifikation. Når vægtøgning bliver repræsenteret som et objektiv medicinsk fakta, bliver patientens erfaring med deres kroppe som problematiske intensiveret. Helen Gremillions undersøgelser har, som selv om de er lokaliseret i U.S.A., mange paralleller til min undersøgelse. Da hun desuden har belæg fra observation af spisesituationer og interviews med patienter, som jeg ikke har haft mulighed for at få frem, støtter jeg mig til hende i det følgende.

For patienter diagnosticeret som anorektikere er kriteriet for indlæggelse på hospital en kropsvægt under 75 procent af ideelvægten. Under hospitalsopholdet som gennemsnitligt varer tre uger, er patienternes liv struktureret omkring det at spise, et fokus som gennemsyrrer patienternes daglige liv gennem en konstant overvågning og manipulation af kroppen på en meget intimt måde. En patient siger at så længe hun er på hospital tager anoreksien ikke helt over, fordi personalet 'får' hende til at spise og afholder hende fra træning.

”But towards the end of an admission I say to myself, okay, there’s the anoreksia and the hospital, but what am I going to do? ... when you get out, it’s just you and the problem again” (Gremillion, 2001: 406).

Samme patient siger at hun føler sig reduceret til et antal kalorier, til et måltal, og ikke en person. ”My weight is just painted on my forehead. It’s kinda like the scarlet letter, only different”. Selvom hun indser at hendes anorektiske måde at tænke på er medvirkende til det, mener hun at måden de behandler hende på er medvirkende til at fastholde den anorektiske identitet.

De fleste nyere behandlingsprogrammer baserer sig på erfaringer helt tilbage fra 1970tallet, som viser at de terapier, som fokuserede ensidig på vægtøgning, ikke alene ikke hjalp, men tværtimod så ut til at forværre patienternes symptomer. Pålagt eller påtvungen vægtøgning synes kun at forøge patientens erfaring af at de ikke er i kontrol af deres identitet *samtidig* med at denne behandlingsform reproducerer den kropskontrol, som allerede er del af definitionen på anoreksia (Gremillion, 2001). På baggrund af sin undersøgelse hævder Gremillion vigtigheden af at fokusere på patientens uafhængighed og selvbestemmelse, ja tilmed værdsætte modstanden mod behandling. Patienter og professionelle må

“... help create, and continually negotiate, culturally dominant understandings of subjectivity, embodiment and health... patients are not just victims of cultural and medical molding or simply sites of resistance to these processes. Rather, they are agents who both author and unsettle ideals of bodily fitness, consumption and control” (Gremillion, 2001: 395).

Strukturel dualisme

Selvom den kulturelle produktion af kroppe næsten ikke er teoretiseret indenfor biomedicin, betyder det ikke et fravær af kulturel diskurs i den medicinske behandling af kroppene. De medicinske og psykiatriske praktikere som hævder kun at beskrive, diagnosticere og normalisere, producerer meget virkelige socialt situerede kropslige virkninger ved at lade som om kroppene eksisterer før socialisation og medicinering. Selvom konteksten privilegerer den biomedicinske forståelse af de

kropslige tilstande er der en kulturel diskurs på færde i behandlingen, som opretholder en distinktion som almindeligvis laves mellem natur og kultur, mellem den kropslige materialitet og den sociale konstruktion. Det er med andre ord samme forståelse som muliggør konstruktionen af den medicinske krop, som Evans taler om.

På spørgsmålet om hvad der hjalp hende i kampen mod anoreksi, svarede sangerinden Kari Iveland, kendt fra dokumentarfilmen 'Kroppen', at det som havde hjulpet hende var en psykiater som ikke vil snakke med hende om mad eller kalorier, det eneste sprog hun kunne. Han tvang hende til at finde et andet sprog. Og vi så et klip af hende løbende rundt med sin sonde for at slippe af med maden, og vi så hende på psykiaterens kontor. To adskilte verdener, et mønster som går igen på denne afdeling. En vernepleier har således observeret hvordan graden af selvskading øger i takt med øgningen i gram af mad den anorektiske patient bliver fodret med, og lurer på om selvskadingen er en form for jogging, altså en måde at komme af med de ekstra kalorier på. Og ordvekslingen mellem ledende overlæge og miljøterapeuten på mit første tilbagemøde om hvad terapi er, tyder på at mens fodring foregår i miljøet, foregår individualterapien i rum der er mere eller mindre aflukkede fra miljøterapeuterne.

Alligevel er der forskel. Samme overlæge forsvarer det medicinske syn, det hjælper hende til at stå fast overfor patienten: "Din krop tåler ikke at du ikke spiser". Det gælder om at holde fast, men ikke for fast. Et universelt argument om at en menneskeskrop må spise for at fungere kan ikke stå alene, det må fremføres med varme, i situationen, i praksis. Overlægen viser med sine hænder hvordan det skal gøres, og tilføjer at dette ikke kan udtrykkes i ord, men må læres i praksis. Ved at holde fast, men ikke for fast, ser jeg efterhvert at ledende overlæge's ærinde ikke, sådan som jeg først antog, er et ensidig forsvar for det medicinske syn. Det er snarere et forsøg på at bringe balance til en forsker, som for ensidig fremholder den fænomenologiske forståelse.

Henvisningen til sin egen praksis og understregningen af hvor vigtigt det er at holde fast på den medicinske krop, også i den individuelle terapi, kan forstås derhen at ledende overlæge søger at modvirke den strukturelle dualisme ved at trække

kroppen ind i individualterapien. Formentlig udfra samme forståelse som Evans.

”So long as the the clinican holds separate, and attends exclusively to, the medical body she will retain considerable powers of intervention but will typically fail to understand her patient and, in failing, will wield those powers blindly. If on the other hand she ignores the medical body she risks forfeiting those same powers of intervention, no matter how well she understands the patient’s needs” (Evans, 2001: 25).

Når det er så vanskeligt at få denne forståelse til at fungere i praksis på afdelingen som helhed, kan hænge sammen med at strukturen fra voksenpsykiatrien, som angiver den traditionelle dualisme, er fastholdt på afdelingen. Selv om der er forskel, har denne afdeling har ganske som Rigshospitalet en opdeling mellem kroppen ude i miljøet og sjælen inde på kontoret. En opdeling som miljøterapeuterne ser som en undervurdering af miljøterapi som sådan og af dem som personale.

Ledelse, køn og miljø

I målsættingsdokumentet siges det at et godt miljøterapeutisk tilbud er væsentlig i behandling af ungdom. Meget af behandlingen må lægges til situationer i miljøet. Tryghed i tilknytning til udvikling af kontakt med miljøterapeut er ofte et behandlingsmål i sig selv. Det kan være indfaldsporten som ungdommen trænger for at kunne nyttiggøre sig anden hjælp. Individualterapi derimod må vurderes i forhold til hver enkelt, og gives hvis det er adekvat. Med andre ord, de nedfældede mål taler til fordel for en helt anderledes stærk miljøterapi end det miljøterapeutgruppen oplever at det er mulig at få tilladelse til.

En fra mellemgruppen mener at det er gensidig uklare forventninger mellem ledelse og miljøterapeut, som skaber problemer. Det kommer til udløsning i situationen, hvilket han illustrerer med følgende fortælling.

”De to ungdommene har kastet en telefon i gulvet, revet overende møbler, er truende i språkbruken overfor personalet og har bevæbnet sig med tegnestifter som de demonstrativt risper sig i underarmen med og retter provoserende mot personalet som et våpen når de nærmer seg. De har styringen og kontrollen, disse to

unge damer. De gjør som de vil. Omkring dem står 4-5 voksne personer, mt, en gruppeleder, en psykiater. Det var ikke uventet. Jeg er blitt bedt om å være i beredskap og er den sist ankomne der situasjonen utspiller seg i gangen. Vi er handlingslammet. 'Hvem faen er du og hva gjør du her!?' er velkomsthilsenen jeg blir møtt med av de to unge, ikke ulikt mange andre hilsner jeg har hørt gjennom en rekke år. Hva skal jeg gjøre? Spørsmålet fordrer handling. Det er forventninger om å ta det rette håndgrep. Gjøre det rette blant kanskje et mangfold af alternativer”.

Han er dog ingen nybegynner, han har erfaring nok til at ta autoritet i situationen, når det behøves. Alligevel melder hans fortelling om utrygghet.

”Der er en avventende stemning hvor alle føler at noe bør gjøres, men ingen vet hvad, hvordan og hvem som skal gjøre det. Usikkerheten har godt jordsmonn. Den ikke hørbare, men følbare stemningen hvisker: ”Hva gjelder det? Hvordan vil ledelsen og kollegaer reagere hvis jeg handler slik jeg tror er riktig? Klarer jeg å takle denne situasjonen? Kan jeg stole på mine medarbeidere? Vil de støtte meg? Tør jeg eksponere meg foran de andre? Hvor finner jeg tryllestøvet?...Hvem er det som våger å gjøre et utspill”.

Det at stå handlingslammede omkring nogle patienter, som har styringen og kontrollen, er dog samtidig ifølge fortelleren en del af det at være en ny organisation. Men eksemplet ovenfor omhandler ikke kun usikkerhet i en ny organisation om hvordan klienter skal takles. Den fortæller også om en usikkerhet på kollegerne, som også dukkede op i mobiltelefonhistorien. Om det skyldes uklare forventninger mellem ledelsen og miljøterapeuterne eller noget andet, er resultatet en stemning mellem personalet, som lammer den enkelte. Det interessante er at det tilstedeværende personale repræsenterer alle led i strukturen. Så vidt jeg kan se er det i disse situationer at der er brug for den tværfaglige kompetence d.v.s. verneplejere og pædagoger. Det er dem der er uddannet til at kunne takle den slags situationer; sygeplejere er det ikke. Er de første blevet så usikre på deres kompetence at de ikke tør gribe ind eller har de glemt at de har en kompetence på dette felt? Noget tyder på at der kommet en stemning i personalet som gør at ingen tør 'drite' sig ut, for det

har for voldsomme konsekvenser. Mobiltelefonen har sat sine spor.

”Hva forventer de andre av meg? Vil de at jeg skal være Frelseren, mesteren som bringer dem tryllestøvet? Handlingens konge som kan gjøre det rette og skape harmonisk balanse? Jeg, Mannen. Vi er to av samme kjønn blant kvinner. Vi er brødre i ånden, og føler forventningene på oss. Det er vårt lodd her i livet, avleiret i vår habitus, og vi både liker og misliker det. Kan ikke noen gi meg et tegn, en ordre, en henstilling? Hvem er det som våger å gjøre et utspill?”

Med uttrykket 'handlingens konge' viser han ikke til fysiske styrke. Det er handlingskompetence han sigter til, og her har han erfaring. Han beretter om en lignende situation på det sted han tidligere var leder. Også ved den anledning blev han kaldt ud af sit kontor og så fire-fem miljøterapeuter stå i rundkreds om nogle unge mennesker, som teede sig. I begge tilfælde er der tale om en usikkerhed som kræver at der udvikles køreregler, forskellige i forskellige kontekster, men den må være der: sådan gør vi her. Der må, som i en mesterlære, anvises veje og modeller, og de må indlæres på samme måde som en der lærer at spille violin. Først må eleven øve sig sammen med mesteren og lære hans måde at spille på, før han kan få lov til at improvisere.

De uklare forventninger og usikkerheden i situationen har med køn at gøre. Sådan opfatter ialfald fortælleren det. Den medicinske tænkning har, fortsætter han, klare maskuline træk. Det giver sig udslag i en undertrykkende kultur. Når det er kvinder, som indehar lederrollerne og har medicinsk kompetence, bliver spørgsmålet om køn mangedimensionalt, som han udtrykker det. Der er tale om en instrumentel tænkning overfor en relationel tænkning. Han har prøvet at rejse spørgsmål om hvad det betyder, at kulturen er præget af så mange kvinder med hensyn til handling, til at løse ting, men har ikke fået nap.

I vores samtale retter han det udtryk 'flad struktur', som jeg anvendte ved mit fremlæg for afdelingen. Der er efter hans mening ikke tale om at afdelingen har en flad struktur, som overstyres af den hierarkisk struktur i den megapraksis som omgiver den. Det rette udtryk er 'demokratiske principper'. Det er dog heller ikke dækkende for hvad der er på færde, siger han. Der er snarere tale om 'ledernes abdikation i et hierarki'. Når

lederne abdicerer i hierarkiet og ikke klarer at forholde sig til kompleksiteten, da bliver der ingen mesterlære, men kun fronter.

At det er farlig at overse fronterne, kommer han selv til at mærke, og det handler den anden samtale om. Een af hans kolleger fra mellemgruppen føler sig dolket i ryggen af ham. Situationen er et morgenmøde, hvor en snak om patientene har ført til, at en miljøterapeut har drejet fokus mod sig selv. De andre miljøterapeuter følger op. De er usikre på hvad de skal gøre, og hvor langt de kan og vil gå. ”Skal vi åbne munnen hendes? Det klarer i hvert fall ikke jeg å være med på”. Afdelingsleder og gruppeleder mener at de ansatte må tage ansvar selv, og han refererer sin kollega:

”Dere kan ikke forvente at dere ska bli sett og tilbudt veiledning hele tiden. Dere har et ansvar for å si fra om hvordan dere har det og hva dere trenger. Vi kan ikke fly rundt og spørre hver enkelt om hvordan den og den har dett... vi har tusen andre ting og passe på...”

Dette er et eksempel på hvad han kalder fronterne mellem miljøterapeut gruppen og ledelsen. Da han forsøger at bygge bro ved at sige at han mener at forstå hvordan miljøterapeuterne har det, og at det efter hans mening langt af vejen kan imødekommes med at spørge hvordan de har det i det vanskelige arbejde de står op i, opfatter gruppelederen det som et bagholdsangreb. Hvilket bekræfter at fronterne er etableret, og dem der bevæger sig i ingenmandslandet får at mærke at det er farlig. Det er almindeligvis kvinder der bevæger sig i dette område. For nærmere uddybning se Skærbæk, 2001: 53ff.

Også han efterlyser anerkendelse. Han finder det underligt at ingen har spurgt eller rådført sig med ham, som dog har mangeårig erfaring som leder af en på mange måder sammenlignelig institution. Mens han bliver bedt om at være i beredskab og indkaldt når der opstår en krise på afdelingen, bliver hans erfaringer hvad angår ledelse ikke efterspurgt. Har det med køn at gøre sådan sådan forstået at han bliver efterspurgt som mand, ’handlingens konge’, som den der kan stå i tøffe situationer, men ikke som leder forstået derhen at det mandlige lederskab netop er det man prøver at komme bort fra?

Når det bliver til for lidt interaktion og for meget objektivering på denne afdeling, hænger det efter samme personales mening sammen med ledelsens manglende evne til at

takle kompleksiteten. Det sidste kobler han til køn. Det gør som ovenfor nævnt også ledende overlæge, men hun ser det fra et andet perspektiv, både fordi hun er kvinde og fordi hun er leder. På grund af kvinders større sårbarhed får de mere 'frihed' end de kan bære, hvilket igen betyder at der bliver en større kompleksitet end hun kunne ønske samtidig med at hun indrømmer at hun selv har indvilget den. Det fælles er at begge vurderer miljøterapeutpraksissen som ikke tilstrækkelig dygtig. Hvorvidt de er enige om at dette beror på lidt interaktion og for meget objektivisering er vanskelig at sige. På et tidligt tidspunkt sagde jeg på et møde med ledelsen fra om at sproget på behandlingsmøderne tenderede til en objektivisering af patienterne. Det frembragte en synlig opgivethed hos ledende overlæge, sandsynligvis over min mangel på forståelse af afdelingens hele formål; ialfald fik jeg svaret at "her er vi ansatt til å diagnostisere, og for at kunne gjøre det, må vi objektivere".

Der er under ti procent mænd i den samlede personalegruppe. Mens det traditionelt har været kvinder der har følt sig overset i kulturer hvor normen for et menneske er kønnet maskulint, er det her omvendt. Det er dem der bærer det mandlige tegn på kroppen, som føler sig på eengang synlig og overset. Som det køn, der har færrest repræsentanter, er det dem der ser og mærker forskellen i forventningerne. Det har kvinder, som i en mandsdomineret kultur har stillet det samme spørgsmål, ikke fået og det får ikke denne mandlige kønnede repræsentant for mellemgruppen i en kvindedomineret kultur heller ikke. I begge tilfælde skyldes det ønsket om at blive set og anerkendt som mennesker, ikke som køn. Det hænger sammen med at en af kvinder domineret arbejdsplads er optaget af at *blive* til det som mænd altid har *været*, nemlig neutral i forhold til køn, universelle i forhold til det at være menneske. Det at indføre køn underminerer faglighed og kundskab, ialfald hvis det gælder kvinder, og køn er som oftest synonymt med kvinder.

Da jeg spørger en mandlig miljøterapeut om køn spiller nogen rolle, svarer han at det gør det ikke. Jeg henviser til at alle de, som beretter om hvordan dette med anoreksi går ind på dem, er kvinder, og at han ikke har sagt noget om at det går ind på ham. Tøvende kommer han mig i møde. Han har i samtalen beskrevet et eksempel, som viser hvor meget det betyder med information og kommunikation. Den situation som mangelen på information satte ham i overfor patienten, løste han på en yderst

kompetent måde. Og efterfølgende taler han ikke om hvor meget denne patient eller situation gik ind på ham, og spørgsmålet er da også om den gjorde det; i stedet viser han til manglerne i strukturen, som gjorde det vanskeligt for både ham og patienten. Kvinderne derimod beklager sig over det uudholdelige i at sidde ved en sådan patient. Mens de ønsker flere til at dele på vagten, peger han på mangler i strukturen, mens de peger indover mod sig selv, peger han udover mod rammerne.

Samme mandlige miljøterapeut er dog meget tilfreds med at den faglige konsulent er mand. Han er erfaren, og har en anden uddannelse end ledelsen; han står for miljømøderne, og lærer os meget. At kokken er en mand, er også fint: ”det er godt at det ikke også er en dame der rydder og laver mad”. Det handler dog ikke kun om køn, men også om fag. En miljøterapeut, der ligesom den mandlige miljøterapeut, er verneplejer af uddannelse påpeger, at hun ikke forstår dette krav om flere på vagt. ”Jeg keder mig i forvejen på denne afdeling; dette er et job, som skal gøres”. Måske er der en forskel i at kvinder tager skylden på sig, når de finder det vanskeligt at være sammen med denne slags patienter, mens mænd henviser til strukturen. Måske er det en forskel i profession. Verneplejere er grundigere uddannet i miljøterapi end sygeplejere.

En anden situation belyser både vanskeligheden og dygtigheden i miljøterapi feltet. Der er nedfældet en regel om at patienterne ikke må gå rundt indhyllet i et tæppe. Reglen er fremkommet efter tilvæksten af anoreksipatienter. Personalets begrundelse er at patienterne sygeliggør sig selv som omvandrende tæpper. Patienternes argument med at de anvender tæpperne for ikke at fryse, bliver imødegået med at de bare kan tage mer tøj på. En aften ser en miljøterapeut, at en patient går rundt med tæppe omkring sig. Hun skulle have været ud denne aften, men har ikke fået lov fordi hun ikke har spist nok. Hun beder om at måtte ringe hjem, men får afslag fordi hun har tæppe på sig; miljøterapeuten mistænker at hun bruger tæppe til at dække over noget mad hun ikke har spist. Hun går ind på sit rum, tydelig oprørt over situationen. Den miljøterapeut, som fortæller historien, går sammen med den anden miljøterapeut ind på hendes værelse. Hun er helt tavs, og de to miljøterapeuter begynder da at tale sammen om hvor vanskelig dette er og tilkendegiver at de gerne ser, at hun deltager i samtalen. Efterhånden lykkes det, og hun kommer frem med sin opfattelse

af hvor uretfærdig reglerne håndteres på afdelingen. På dette stadium af samtalen forflytter de sig alle tre ind på hverdagsrummet hvor andre kan være med i debatten om regler og retfærdighed. Et fint miljøarbejde som miljøterapeuten da også erklærer sig tilfreds med.

Professionskamp

Også ledende sygeplejer får at mærke, at det er vanskelig at kaste sig imellem frontene.

”Hvordan hjælpe miljøterapeuterne til å synligjøre seg - uten at andre profesjoner oppfatter det som kritikk?”

Det er problemstillingen, som ledende sygeplejer melder til samtalen. Situationen, som har foranlediget den, minder om den ovenfor omtalte. Det er et morgenmøde, og det er miljøterapeuterne, som osrer af frustrationer. Ved at støtte dem og spørge ind til hvad det er de synes er så vanskelig med 'spisejentene', kommer de i fællesskab frem til en ændring i behandlingsoplægget. Der viser sig at være forskellige meninger om hendes måde at håndtere situationen på. Ledende overlæge, som i dette tilfælde også er behandlingsansvarlig, kalder hende ind på kontoret og fortæller, at dette har været 'nedpsykende'; hendes måde at håndtere situationen på har i modsætning til hendes intention skabt mere modløshed og hjælpeløshed hos miljøterapeuterne.

Påstand står mod påstand. Ledende sygeplejerskes opfattelse af overlægens kritik er at den handler om noget andet. Det fortæller hendes problemstilling: Hvordan bakke nogen op uden at andre føler det som en kritik? Med andre ord, overlægens reaktion skyldes at ledende sygeplejer ved at lytte til miljøterapeuterne har kritiseret behandlings-oplægget og dermed overlægen. Ledende sygeplejer tilføjer at det er hendes filosofi at ved at høre på miljøterapeuterne, vil de blive bedre til at høre patienten. Det er altså ord til andet samme filosofi som ledende overlæge har. Tager vi overlægen på ordet, kan uenigheden tænkes at ligge i en afgørende forskel i opfattelsen af hvordan dette skal gøres i praksis. Beskrivelsen af at 'blive kaldt ind på overlægens kontor' understreger at der er tale om et alvorligt brud i samforståelsen hos den faglige ledelse. Næste samtale handler om

”kommunikasjon mellom miljøet og oss i ledelsen: det er vanskelig å finne (eller kanskje å benytte) fora for dette uten at det blir hektisk og bærer preg av informasjon, uten at det gis rom for diskusjon og medvirkning. Dette frustrerer meg egentlig ganske mye for tiden...”

Det handler ikke kun om at finne fora, men at benytte de som er. Set i sammenheng med ovenstående historie er det dog et spørsmål om hvordan og hvem som definerer hvad der er information og hvad der er kommunikation. Som ledende sygeplejer ser det, søger hun efter diskussion og medvirkning i ovennævnte situation som i det hele taget, hvilket overlader information til ledende overlæge.

Ifølge forskerens observationer er det hektiske og travle klima et gennemgående problem på stedet. Det gælder dog ikke alle. Det er ledelsen og mellemgruppen, som har det travlt, og det uanset hvor mange patienter der er indlagt. Miljøterapeuterne giver udtryk for at de har for lidt at gøre, en del af dem siger at de slet og ret keder sig. Det varierer dog med antallet af indlagte, men det er sjældent at miljøterapeuterne har travlt. Denne observation af forskellen mellem grupperne vedrørende travlhed siger ledende sygeplejer sig enig i, og erklærer at hun var betænkelig ved at ansætte så mange fra starten. Nu hvor de er ansat, er hun begyndt at overlade flere af sine egne områder til miljøterapeuterne, blant andet vagtplanlægningen.

Hendes hovedinteresse ligger i at ivaretage miljøterapien bedst mulig. Det knytter hun i samtalen til en pågående diskussion om ledelsesstrategier. Det er vigtigt at få mere bredde ind i ledelsen, og de som har defineret lederansvar må komme tydeligere frem. Spørgsmålet er hvad hun mener med bredde i ledelsen for samtidig med at hun sætter pris på tværfaglighed, går hun ind for en ren medicinsk ledelse.

Fagsprog og magt

At være psykolog i psykiatrien bliver betragtet som værende vanskelig, men på denne afdeling anerkendes psykologien, siger afdelingens psykolog. Hun har tidligere været ansat på en anden afdeling på samme sted, og det var ved at knække hende. Der må være rum for udvikling, og mulighed for påvirkning, hvis en skal

holde ud at jobbe. Det er ikke vanskelig at arbejde i et miljø, der i forvejen er optimistisk.

”Jeg har en ukuelig tro på at mennesker forandrer sig...jeg er tydelig på at vi er her for patienten og ikke omvendt. Banalt, men vigtigt, og ofte glemmes det. Her arbejder jeg ikke i et vacuum, men i et samspil. Så orker jeg at gøre noget, og føler at jeg får påfyld fra alle”.

Hun er ikke bare ’kontorpsykolog’, men har en naturlig plads i miljøet, hvor hun prøver at være limet. ”Når jeg hører mig selv snakke, hører jeg at det lyder lovlig optimistisk, så optimistisk er det vel ikke lov at være, men jeg er det”.

Mellem den første og anden samtale er der hændt noget, som ændrer på denne optimisme. Det første brev er beskrivelse af en arbejdsdag, som næsten tager pusten fra mig, da jeg læser den, men af hende betegnes som en god dag. Det næste brev er tynget af refleksioner over psykologiens og dermed psykologens stilling på afdelingen. Anledningen er udviklingen af en ny ledelsesstruktur. I den foretrukne struktur er gjort ”et skarpt skille mellem psykologspecialist og psykolog. For å ha noen som helst lederposisjon, må man være psykologspesialist”. Den nye struktur vil betyde at hun får mindre indflydelse end tidligere. I over et år har hun oparbejdet indflydelse på afdelingen både på udformning af behandlingsoplæg og overfor personalegruppen. Det er imidlertid ikke nogen formel indflydelse. Den er en sammensat størrelse af hende som person og hvad hun tror på i behandlingen, og at hun står for det samme som sektionsoverlægen. Til sammen giver det autoritet. Men hvis der kommer en psykolog, som ikke er enig med ledende overlæge eller vice versa, vil den nye ledelsesstruktur give en nærmest umulig position og et umuligt arbejdsklima til den, der ikke har formel indflydelse.

”Plutselig kjente jeg at jeg ikke hadde profilert psykologstanden godt nok. Jeg hadde bidratt til at det ville være vanskelig å komme som ny psykolog i denne avdelingen”.

Da hun spørger ledelsen om baggrunden for det skarpe skille mellem psykolog og psykologspecialist, får hun til svar at psykologer ikke har myndighed til at fatte tvangsvedtag; dertil

må man være specialist. Det vidste hun godt, og indvender at der i ledelsesgruppen vil være tre sygeplejere, som heller ikke har denne myndighed. ”Jeg fikk ikke noe svar, men kjente at mine spørsmål var uønskede, de skapte kanskje bryderi. Det slo meg at jeg befant meg i en profesjonskamp”. Selv om hun ikke mener at det vil ødelægge det gode arbeidsmiljø på afdeling, er hun trist over at møde sådanne holdninger også på denne afdeling. Der er lang vej til at psykologkundskab, som udgør syv og et halvs års studie, bliver anerkendt i psykiatrien. ”Ved ledende overlæge hvad en sådan uddannelse indebærer?” Beslutningen om det skarpe skille mellem psykolog og psykologspecialist er ikke noget krav oppefra. Der er kun to specialister udaf tolv psykologer på den store institution.

Hidtil har hun forholdt sig ydmyg til medicinkundskaben, men ved ikke om hun orker at blive ved når der ikke er nogen respekt for hendes kundskab.

”Du har sikkert hørt om spiseforstyrrelserne her; jeg kan ikke forstå at der råbes efter sygeplejere, efter det somatiske, det er vel ikke det vigtigste”.

På denne afdeling er der efter hendes mening meget respekt for menneskelighed, for personlighed, men ikke så meget for professionen, for faget. Psykologen er optaget af at få til et miljø hvor alle skal turde sige noget. Derfor anvender hun ikke fagsprog. Det fordrer til gengæld at ledelsen ivaretager og respekterer fagkundskaben, at de ved hvad det vil sige at være barnevernspedagog, psykolog etc. Valget af den nye ledelsesstruktur har gjort hende i tvivl om ledelsen gør det.

Begrundelsen for at udvikle en ny ledelsesstruktur bunder i ønsket om at få mere lighed i måden at arbejde på. Håndteringen af kompleksiteten i miljøet ser ut til at skulle løses gennem en ren medicinsk ledelse. Der er ikke længer tale om abdikation fra hierarkiet, men snarere om indførelse af det. Spørgsmålet er om denne måde at håndtere kompleksitet kan sikre at de forskellige fags kundskaber og kompetencer bliver italesat. Er det mulig at anerkende og ligestille den kundskab, som er forskellige fra ens egen?

Som psykologen peger på er det ikke så vanskelig at blive anerkendt som psykolog sålænge ens faglige forståelse er på linie med overlægens. Det svarer til at det heller ikke er vanskelig at

blive anerkendt som verneplejer eller barnevernspædagog på denne afdeling så længe man ikke betoner sin faglige baggrund for stærkt. Der er derfor ikke meget der taler for at det er psykologen, som har foranlediget en anden ledelsesstruktur. Hun føler sig accepteret hos både ledelsen og miljøterapeuterne. Alligevel kan det tænkes at have sin pris ikke at ville svare på medicinske spørgsmål og samtidig søge at være 'limet' d.v.s. bevæge sig imellem fronterne. Det kan også spille ind at hun, for at få til et miljø hvor alle skal turde sige noget, ikke anvender fagsprog. Det fordrer, som hun udtrykker det, at ledelsen ivaretager og respekterer fagkundskaben, at de ved hvad det vil sige at være barnevernspædagog, psykolog etc.

"... der er lang vei igjen for at psykologkunnskap blir anerkjent i psykiatrien. Det at jeg møtte slike holdninger også her, i denne avdelingen, gjorde mig om mulig endda mer trist. ...jeg blir ikke så mange år i psykiatrien, selv ikke som spesialist. I mellomtiden får jeg nytte at jeg er lik ledelsen og håpe at denne sammensetningen av personer består lenge".

Det gør den ikke. På det tidspunkt psykologen skriver dette, har ledende overlæge sagt op, hvilket jeg tror psykologen har en anelse om. Samtidig er det til at undre sig over at psykologen kan 'nytte at hun er lik ledelsen', for hvem er det som har 'slike holdninger' og har magt til at få dem indført i ledelsesstrukturen, hvis ikke det er den nuværende ledelse?

Frihed og anerkendelse

Som i historien om mobiltelefonen handler mange af de temaer som kommer frem i samtalerne om anerkendelse og tillid, og dermed om frihed. Ledende overlæges understregning af hvor vanskeligt det er hverken at give den medicinske krop for meget eller for lidt vægt, og at det kun kan læres i praksis, forklarer at hun er nølende til at give frihed til miljøterapeuterne. En nølen som af af en del miljøterapeuter opfattes som mistillid til deres dygtighed. Om den er kommet undervejs eller hele tiden har været der, er vanskeligt at sige fordi strukturen hele tiden har holdt individualterapi og miljøterapi adskilt. Nogen af de yngste finder det dog udmærket ikke at være betroet så meget ansvar. For at det er et ansvar for patienten, som ledende overlæge ivaretager, er der ingen der tvivler på. Der er heller ingen der

betvivler ledende overlæges dygtighed som praktiker. Fælles for miljøterapeuterne, og for forskeren er at det tager tid at komme på sporet af og fatte implikationerne af det overlægen sigter til og ikke mindst til hvordan dette konkret skal gøres i praksis, i miljøet.

Til forståelse af så vel overlægens intention som miljøterapeuternes frustration, har det været opklarende at læse Stephen Toulmin. Han er optaget af at afstemme den generelle medicinske kundskab med det enkelte menneskes behov og kondition. Dermed vil både det videnskabelige og det etiske blive ivaretaget. Til den ende er optagelsen af den enkeltes historie vigtig, og endnu vigtigere at den, som tager patientens historie, også er den der initierer, koordinerer og tolker de forskellige diagnostiske interventioner og resultater vedrørende en patient (Toulmin, 1993). Dette synspunkt stiller, så vidt jeg kan se, store krav til den enkelte læge og det stiller store krav til personalet, som både skal ville - og kunne - følge lægens direktiver. Selv om Toulmin er optaget af at imødegå en steril disput om den ene eller anden kundskabs overlegenhed, så er der en fare for at han kommer til at gøre det ved at understrege lægens position både i optagelse af patientens historie og som koordinator og opfølger af det videre forløb.

På denne afdeling er dette ganske vist søgt undgået ved at de som optager patientens historie er et team, ofte bestående af en læge og en miljøterapeut. Det er led af ledende overlæges filosofi, som ifølge en gruppeleder hindrer mange misforståelser. Men ikke alle, hvilket jeg tror har at gøre med hvem der vurderer hvornår det som sker i praksis er i overensstemmelse med den efterlyste fælles faglig forståelse. Ledende overlæge ønsker ikke at være autoritær samtidig med at hun har klare føringer på hvad faglighed er og dermed hvad fælles faglighed skal være. Når hun ikke ønsker at bevilge faglig frihed før der er opnået enighed om hvad faglighed er, er det værd at overveje om den endnu ikke opnåede fælles faglighed skyldes uenighed med overlægen, eller det skyldes at man ikke har fundet frem til et fælles fodslag i praksis. Da alle før ansættelse er præsenteret for denne filosofi og tilmed undervist i den, tror jeg at der hersker bred enighed om grundlagte. Det er derfor snarere sådan at det er vanskeligt at få det til i praksis. Hvad betyder det at høre alles stemmer i den konkrete situation?

Den uenighed, som opstår mellem ledende overlæge og ledende sygeplejer i forhold til miljøterapeutgruppen, er i denne forbindelse interessant. De er enige om filosofien at alle stemmer skal høres, men de er uenige om hvordan det skal gøres i praksis. Den måde at høre på som sygeplejeren mener støtter miljøterapeuterne, mener overlægen skaber modløshed. Det er muligt at begge veje kan eksistere side om side, men det er sandsynligt udfra overlægens reaktion at hun mener at de ikke fører i samme retning. Denne uenighed bliver der - så vidt jeg ved - ikke talt mere om. Når der ikke bliver det, kan det skyldes at kvinder er særlig sårbare for kritik, også disse to. Det kan også skyldes at den ene kvinde repræsenterer kvindeyrket, og den anden mandeyrket, ialfald er det klart at tingene kompliceres ved den forskellige position i det medicinske hierarki, og at begge kvinder befinder sig i et felt, hvor majoriteten blandt så vel personale som klienter er kønnet kvindeligt. Begge har de været med i hele opstarten, og selv om ledende overlæge var den der lagde grundstenen for afdelingen, har der været tale om et samarbejdende team. Endelig må det tages med i betragtningerne at begge på dette tidspunkt er temmelig tyndslidte, af konkret overarbejde og af ansvaret for afdelingen.

Ledende sygeplejers problemformulering viser at hun tolker overlægens reaktion af hendes støtte til miljøterapeuterne som kritik af overlægens profession. Ledende sygeplejer, som beretter historien, føler at hun er blevet kaldt ind på tæppet og irettesat, mens det er muligt at overlægen ville sige at det var for at kunne tale i fred og ro. Ialfald er der opstået uenighed, som kommer bag på dem begge, og som er vanskelig at tale om, formentlig fordi der ikke er tale om hårfine nuancer men om afgørende forskelle. Begge ved at der er tale om parallelle processer: den måde de hører miljøterapeuterne på, vil de høre patienten på. Een ting er altså at være enig om filosofien, om ordene, noget andet er hvordan det skal praktiseres. På denne baggrund er det vanskeligt at forstå ønsket om at fastholde en ren medicinsk ledelse.

Strukturel situation

Men hvad uenigheden end drejer sig om, er det ikke nogen tilfældighed at dette sammenstød udløses af anoreksipatienterne. Det er dem det handler om. Det er disse patienter som præger hele afdelingen, og det er miljøpersonalet som mærker dette

mest. Det er ikke underligt. Hvordan hjælpe nogen, som ikke vil hjælpes, hvordan behandle nogen som modsætter sig behandling? Og ikke mindst hvordan gøre det, når der er sat restriktioner for hvad de må gøre udover fodring. Miljøterapeuterne bliver til forandringsagenter, og det går på livet løs, for alle parter. En del behandling bliver af verneplejerne kaldt tvangstiltak, som dårligt nok med lovhjemmel ville være blevet tilladt overfor mennesker med psykisk udviklingshemming.

Kort sagt, mødet med anoreksi patienterne tydeliggør dualismen i behandlingen, i strukturen, og i situationen. Det bliver en udfordring især for miljøterapeuterne af den enkle grund at de, uanset køn, er 'kroppen', hvilket har til følge at de på samme måde som patienterne bliver behandlet som sådan. Begge parter stemme og kundskab har svært ved at blive hørt, og begge har svært ved at forstå at de ikke bliver det. Når det især er kvinderne som beklager sig over hvordan denne gruppe patienter går ind på livet af dem, tror jeg det hænger sammen med, at patienterne er kvinder. Med deres blotte tilstedeværelse fortæller de en genkendelig og smertelig historie om hvor vanskeligt det er at blive set og hørt som subjekt, når man er kønnet kvindeligt. Udfra denne tolkning er der også det på færde i uenigheden mellem overlægen og sygeplejeren, at de tilhører hver sin profession. Selv om de begge er kvinder, er stedet for udførelsen af faget formentlig afgørende når det gælder hvordan de forskellige stemmer skal høres.

Den usikkerhed som ovenfor er beskrevet på alle niveauer i personalegruppen, stillet overfor den udfordrings anoreksi patienterne repræsenterer, kan meget vel skyldes at afdelingen søger at forene to så adskilte problemtilstande ved sine behandlingsbestræbelser. Den ene, den isoleret set underernærede og derved livstruende tilstand, der kræver rent medicinsk aktion, eventuelt uafhængig af patientens vilje og samtykke. Og den anden, at patienten af psykologiske grunde hensætter sig i denne tilstand. Den første problemtilstand kan, isoleret set, forstås og mødes som andre livstruende tilstand (forgiftninger, allergireaktioner, klatreulykket og lignende) på rent medicinsk afdeling med dennes tekniske og plejemæssige hjælpemidler. Den anden, og psykologiske, må stilles overfor vurderinger af hvordan patientens egen problemerkendelse og behandlingsmotivation er nødvendig for at et tilfredsstillende resultat kan opnås.

Hverken fagfolkets eller de pårørendes overbevisning om at der her foreligger et behandlingstrængende psykologisk problem er tilstrækkeligt. Gremillions oversigtsundersøgelse af institutionsbehandlinger af spiseforstyrrelser understreger dette. Til afdelingens forsvar må det her siges at den befinder sig i en kultur der ser anoreksi som een tilstand, nemlig en psykiatrisk sygdomstilstand. Derved pålægges denne afdeling, som alle tilsvarende afdelinger i vor del af verden, behandlingsansvar for anoreksi, uafhængig af patientens selvforståelse- og motivation.

Afdelingens videre proces

I en samtale med ledende sygeplejerske ligeledes i høsten 2002 blev jeg orienteret om at det gik bedre med tværfagligheden; personalet var blevet gode til at se og udnytte hinanden forskellige resurser. Forandringen havde begyndt med min påpegning af den manglende udnyttelse og kendskab til hinandens faglige kundskab. Nu var omkvædet: ”Nej, her trænger vi en vernepleier eller barneverns-pedagog”. En formulering som dog understreger hvem der har magten. Som nævnt ovenfor er målet for ledende sygeplejer at forene to ting: 1. at der er noget fælles som alle må beherske, og 2. at alle aspekterne, professionaliteterne, nyttiggøres. Men igen er spørgsmålet hvem der definerer hvad det fælles er. I samme åndedrag fik jeg at vide at der samme dag skulle være et behandlingsmøde, som ville belyse det. Det handlede om evaluering af et behandlingforløb. Jeg valgte derfor at overvære det. Allerede fjorten dage efter blev det fulgt op med et oplæg om arbejdet med pårørende og familie, og det valgte jeg også at overvære. Begge fremlæg bekræftede at der var sket en del ikke alene med udnyttelse af flerfagligheden, men også med samarbejdet.

Det blev tydelig allerede gennem sammensætningen af gruppen som lagde frem: en læge, en socionom fra mellemlidergruppen, og to miljøterapeuter. Lægen understregede at samarbejde er vigtigt. ”Går vi ikke hånd i hånd med patienten, har vi ingen behandling”. Det samme gælder familien, sagde socionomen. Også dem må man gå hånd i hånd med, så kommer der ingen protester fra dem. Begge fremlæg vidnede om at der er blevet mere samarbejde på tværs af fronterne. I samtalen efter det første fremlæg understregede lægen at det ville få smitteeffekt ud i miljøet at alle arbejdede sammen og vidste om hva der skete. Dog blev det understreget at alle er forskellige og har forskellige indgangsmåder, og det er tilladt. Da jeg spurgte de to miljøterapeuter om samarbejdet, gav de lægen æren. Det var lægen der til enhver tid tog dem med ind: ’nu skal I høre hva der er sket, hva jeg har tænkt etc.’ Også hans samtaler med patienterne, fik de ofte mulighed for at overvære. Socionomen, som er gruppeleder, sagde at hun nu, i modsætning til tidligere (se ovenfor), inviterer til indspil på hvem der skulle være med hvornår, og mener at hun, ved at sige det bekendelsesagtigt højt, vil binde sig selv op på det. ”Jeg øver mig i at delegere ting”. Fra

flere af tilhørerne kom det frem at det ville være fint om det kunne blive sådan at de fik en begrundelse, når de ikke måtte være med. Altså, sagde en miljøterapeut, sådan at det almindelige er at vi er med. Med andre ord, afdelingen er på vej, men inddragelse af miljøterapeuter er ikke det almindelige – endnu. Selv om det er ikke længere sådan at ”miljøterapeuterne skriker etter å bli sett, akseptert og anerkjent”, er det tydeligt at det er toppen af hierarkiet som bestemmer om der bliver et samarbejde eller ikke.

I november er jeg igen i kontakt med afdelingen, og ifølge ledende sygeplejer har problemet med samarbejde mellem fagene holdt flyttedag. Mens dette flerfaglige problem ser ud til at have løst sig i miljøterapeutgruppen, slider fagteamet nu med problemet med at finde sine roller og sit kompetencenivå. Fortsat er der spændinger mellem miljøterapeuterne og fagteam, men miljøterapeuterne er blevet så meget mere kompetente og fungerer derfor meget bedre. Det skyldes ikke mindst at gruppelederne og ledende sygeplejer har lagt strategier for at give miljøterapeut-gruppen bedst mulig støtte og mod. Fortsat kalder alle uanset faglig baggrund sig for miljøterapeuter, hvilket hun finder vigtigt, samtidig med at det er nødvendig at få den forskellige fagkundskab frem. Sluttelig giver hun udtryk for at det har betydet meget at jeg har været der; bevidstheden om at der bliver set på os har været vigtig.

Samtale med pårørende

Indsamlingen af data og tilstedeværelse på afdelingen fandt sted høsten 2001 og våren 2002. Som nævnt fik jeg ikke tilladelse til at bevæge mig frit i miljøet. Afdelingens konkrete patienter så jeg derfor næsten ikke noget til. På høsten 2002 var jeg på afdelingen for at få dens hjælp til at kontakte de klienter og pårørende, som havde haft speciel betydning for afdelingen i den periode projektet pågik. At høre deres stemme ville give et vigtig perspektiv, og desuden fungere som et korrektiv til min forståelse af de andre data. Aftalen blev at afdelingen kontaktede disse patienter og pårørende, og bad dem medvirke til projektet ved at lade mig tale med dem. I første omgang kom der ikke noget svar, og afdelingen ønskede af hensyn til patienter og pårørende ikke at udsende endnu et brev. Når jeg alligevel fik kontakt med et forældrepar, skyldes det at psykologen på eet af deres besøg på afdelingen spurgte dem, om de ville stille op. Det ville de gerne.

Denne samtale fandt sted i høsten 2002. Den belyste hvor omkalfatrende det er for hele familien, når et medlem begynder at udvikle en spiseforstyrrelse, som efterhvert bliver diagnosticeret som anoreksia. Det har været hårdt for ægteskabet, fordi de har taget det så forskelligt. De har dog klaret sig igennem krisen, men deres fortælling beretter hvordan selv ressursstærke mennesker bliver afmægtige i mødet med et system, som ikke har noget at tilbyde dem. ”Vi troede at vi levede i et velfærdssamfund med en godt udbygget helsetjeneste”. Et familiemedlem, som sidder centralt placeret i Helsedepartementet anbefaler dem at få datteren sendt ut af landet med begrundelsen, at Norge ikke har udbygget tilstrækkelig kompetence på dette felt. Da jeg talte med dem, var det endelig lykkedes at få afdelingen overtalt til at sende hende videre. Måske er det derfor de har sagt sig villige til at tale med mig. Datteren opholder sig nu på en institution i Sverige, som har haft gode resultater med deres måde at møde disse mennesker på. Forskellen er tre ting: der er kun anoreksi patienter på institutionen, der er langt mere fasthed omkring det at spise, der er en hverdag fyldt med almindelige ting, og stedet er et almindeligt hus uden afdelingens stigmatiserende placering. Datteren har allerede fået en veninde. Den første glæde er dog allerede afløst af en vrede over de stramme regler for spisning, hvilket forældrene tolker derhen at hun ikke er i stand til at manipulere personalet. Forældrene lægger dog især vægt på dette med at livet er mere almindeligt på dette sted, og at datteren ikke er stigmatiseret som psykisk syg.

Som nævnt ovenfor er dette projekt blevet til i et samarbejde, det gælder præmisserne for projektet. Dette godtog jeg, hvad jeg også gør i eftertid. Det er barn og unge mellem 13 og 18 år, og der må tages særlige hensyn til dem. Det er på den anden side med til at øge stigmatiseringen af dem. På et møde i høsten 2002 sagde en overlæge således at hun mente at det ville være godt at åbne op for forældre på gangene. Selv om det ville være at bryde anonymiseringen, ville det betyde en almindeliggørelse, som hun fandt bedre. Hun gav eksemplet med at en ung pige, som ikke ville give slip på sin mor, var blevet diagnosticeret som havende en moderbinding, og foreslog i stedet at se vanskeligheden ved at slippe sin mor som det naturligste af alt. Jeg tror heller ikke det ville have skadet nogen, om afdelingen havde indvilliget i at sende brevene ud igen. Til

gengæld ville det have øget min indsigt i pårørendes side af sagen om jeg havde fået flere samtaler i stand.

Et nyt behandlingsprogram

Hvad angår patienter med spiseforstyrrelser har afdelingen fået et program, et behandlingoplæg. Og der er også indgået en aftale med somatisk afdeling på sygehuset. ”Vi kan godt have sonder her, men ikke når der er tale om liv og død, da må de på sygehuset”. Om fredagen tager lægen stilling ud fra blodprøver, så der ikke bliver usikkerhed i weekenden. Og patienterne skal ikke være her mere end tre uger. Der kommer også løbende mere kompetence på feltet, idet tre personalemedlemmer, hvoraf dog kun en miljøterapeut, deltager på en videreuddanning i spiseforstyrrelser. Der lægges stor vægt på samarbejdet med familien, og afdelingen har da fået masser af tilbagemeldinger om at forældre har følt sig godt ivaretaget her på afdelingen. For en måned siden, fortæller ledende sygeplejer, havde vi et møde med et forældrepar. De mente at deres datter havde været en prøvekanin, og det måtte vi inddrømme. Vi lærer hele tiden og det har været mange tøffe tag. Men ellers var forældrene jo tilfredse, og sagde at vi jo havde gjort så godt vi kunne.

Mens ledende sygeplejer talte gik det op for mig at det er samme forældre jeg har talt med fjorten dage senere. I den samtale blev dette udsagn også fremført, men ikke som en ros, snarere som en undskyldning, en trøst med et godt indslag af afmagt. Samtidig betonedede de at det uanset ikke var godt nok; de kunne ikke sige sig tilfredse med afdelingens indsats. Disse forældre er resursstærke mennesker, som nok følte sig mødt, men ikke hørt af afdelingen; dog havde de været meget tilfredse med hvordan ledende overlæge har mødt datteren, men som de oplevede det, havde hendes indgang haft for lidt opbakning i personalet. Der havde i det hele taget været altfor lidt konsistens i oplægget, og for mange unge mennesker i personalet som lod sig manipulere af deres datter. Ikke mindst klandrede de afdelingen for ikke at ville erkende at de ikke var dygtige nok. Det gjaldt også ledende overlæge. Forældrene havde i måneder bearbejdet afdelingen for at få dem til at videresende datteren, og først efter næsten et år lykkedes det.

Måske skyldes denne henholdende politik, at afdelingen hele tiden har arbejdet hårdt med at komme frem frem til et struktureret behandlingsprogram. Samtidig med at disse forældre

kæmper med at få afdelingen til at erkende sin begrænsede kompetence, får personalet mere og mere teoretisk og måske især praktisk kompetence på feltet. Som nævnt ovenfor er miljøterapeut gruppen ganske aktive i at dygtiggøre sig. Da jeg tidlig på høsten 2002 deltager på de to fremlæg, som til sammen danner grundlag for udviklingen af det program som afdelingen udvikler, blev jeg imponeret. Da de samme personer på min forespørgsel fremlagde samme oplæg på højskolen et halvt år efter, var min glæde mere blandet. Hvad var grunden til dette? Var det fordi jeg havde hørt det engang tidligere, eller skyldtes min første reaktion en glæde over samarbejdet på tværs af positionerne som fik mig til at overhøre at fokus i behandlingsoplægget fortsat er på blodprøver og opfølgning under og efter måltiderne, eller skyldes det at det, jeg hørte i august, var et tilbagelagt forløb for en patient, som nu er blevet sat i system og udviklet til et skriftlig nedfældet program, som alle skal følge. Et fast program for alle bliver anderledes end et forløb tilrettelagt for en person.

Det skriftlige program bekræfter at hovedfokus er på maden.

”Anoreksipatienter skal mest mulig behandles poliklinisk. Hvis de trenger innleggelse så beror dette på at de har mistet styringen over spising. Dette innebærer at ved en innleggelse så skal helsepersonell ta over styring i forhold til spisesituasjon”.

Indtagelse af mad og tilladelse til andre aktiviteter står i et indbyrdes forhold. Hvis der ikke spises, kan der heller ikke tillades aktiviteter. Programmet understreger at det på denne akutafdeling er afgørende at patienten skal opnå en BMI, som kan gøre det muligt at udskrive hende til opfølgning fra BUP, helsesøster og andre instanser. For at opnå denne BMI, må patienten spise. BMI står for Body Mass Index, og antyder vægt i forhold til højde.

Programmet hviler dog ikke kun på mad; der er lagt stor vægt på samarbejdet med de pårørende. Ikke mindst bliver der lagt vægt på at få de succesfortællinger frem som er gemt eller glemt til fordel for de fortællinger, som støtter op om problemet. Det er miljøterapeuten som fortæller dette, hvilket kunne tyde på at også miljøterapeuterne spiller en vigtig rolle i disse samtaler. Endvidere kommer det tydeligt frem gennem nogle ture ud på

cafe, at andre rum giver helt andre samtaler. Ord, som skal trækkes ud af patienten på afdelingen, vælter ud af samme mund på cafe. Inden indlæggelse er det vigtigt at præsentere patient og pårørende for de rammer som et så struktureret oplæg har, ganske som det pointeres at alle, som arbejder med disse patienter, er informerede om oplægget. Det gennemføres bedst i en lille gruppe med nært samarbejde mellem behandlere og miljøpersonale. Det understreges således at det er vigtigt at magtkampen mellem patient og miljøterapeuten ikke skal foregå i madsituationen, men i den individuelle samtale. Når aftalen, som er lavet med terapeuten om madindtagelsen, ikke bliver efterfulgt, er følgen flere samtaler.

Når jeg blev betænkelig ved programmet da det blev fremlagt på skolen, skyldtes det nogle eksempler, som fremstiller patienten som sær og anderledes. Patienten kan vælge mellem fire forskellige sammensatte frokoster. Det er underligt, kommenter lægen, at patienterne altid vælger en bestemt frokost og fortsætter med den. En anden, ofte tilbagevendende situation, er problemet med sovsen, siger miljøterapeuten. Sovsen er en uundgåelig del af middagen. Den kan erstattes med smørsovs eller ketchup, men den skal spises. Når en anorektiker siger at hun blive kvalm af sovs, tages det ikke for pålydende. Fordi hun er anorektisk, kvalmer al mad hende. Begge eksempler fremstiller patienten som sær og anderledes, men er det så anderledes? Det lyder banalt, men jeg, som teoretisk set har alverdens forskellige frokoster at vælge imellem, vælger altid den samme frokost; ja, selv når jeg på hotel, ser jeg efter de samme ting. Og jeg spiser uhyre sjældent sovs, og det er jeg ikke alene om. Og endelig virker det temmelig fantasiløst, når der er en kok ansat, at sovs skal være en betingelse. På spørgsmålet om der er en bagvedliggende filosofi om at patienterne skal kunne spise norsk mad, når de kommer hjem, får jeg ikke noget svar. At overtage styringen af spisningen kan have sin rigtighed, men spørgsmålet er om denne styringen balanceres af i forhold til hendes subjektivitet. Og hermed underkender jeg ikke at hun skal spise, men mener at det godt kan forenes med at høre på hende og anerkende hende som den almindelige pige hun også er.

Det er ikke let at spore en sådan anerkendelse i programmet. Ganske vist understreges vigtigheden af at skabe en troværdig relation med patienten, som bygger på gensidig tillid. For at opnå gensidig tillid må man have mange og kravløse

samtaler den første uge. Under læsningen fik jeg samme indtryk som på personalets fagdag i september 2001. Der er mange store ord på færde. Således også her: troværdig relation, tillid, kravløshed. Specielt store forekommer disse ord i perspektiv af at de skal virkeliggøres indenfor en tidsramme på tre uger. I de fleste sammenhænge, bøger og artikler, hvor terapi intenderes, beskrives og forklares er udgangspunktet mere langvarige forhold. Dette gælder så vel for individual- som for familie-, gruppe- og miljøterapi. Denne afdeling har terapibegrebet som overskrift over indlæggelse, diagnosticering og udredninger, relationsbygning og forløb. Samtidig er al denne indsats og refleksion begrænset til såkaldte akutsituationer, til indlæggelse af kun tre ugers varighed. Et spørgsmål, som melder sig, er da hvorvidt man udsætter personale og patienter for en sammentrængthed, en koncentreret turbosituation, som i sig selv er belastende for alle parter.

Ganske som der viste sig at være en skjult dagsorden på færde i fagdagens temaer, er der een her, dog er den ikke helt så vanskelig at spore fordi den er skriftlig nedfældet. Sagen er at disse store ord ofte i helseverdenen er ladet med en bestemt betydning; de er blevet til koder. I almindelig tale skal der to parter til at skabe en god relation. At en relation er god betyder, at den er bygget på gensidig tillid. I helseverdenen er en god relation noget den professionelle skal skabe for at kunne opnå patientens tillid og dermed være i stand til at gøre noget. Det er med andre ord et middel for at opnå noget, hvilket i de fleste tilfælde lykkes, for hvilken patient ønsker at være på kant med personalet. Tillid tror jeg ikke der opnås, og hvis den bliver opnået i de såkaldte kravløse samtaler, tror jeg at den bliver undergravet, når patienten opdager at den ikke er gensidig, og så kan spillet eller runddansen begynde. En afgørende forudsætning for en troværdig relation er at man tror på det den anden siger. Sådan ikke her, for behandlingsprogrammet lægger ikke skjul på at patienten vil gøre sit yderste for at splitte personalet, hvilket gør et tæt samarbejde mellem personalet på afdelingen afgørende. At det risikerer at blive en front mod patienten, er ikke overvejet.

Min betænkkeligheder i eksemplet med sovs skyldes at det ikke synes at falde personalet ind at disse patienter på linje med mange unge i dag ikke kan lide sovs, hvadenten de får kvalme af smagen eller konsistensen, eller bare ikke har lyst til at spise

sovs, fordi de synes at sovs smager skrækkeligt. Patienten vil ikke spise sovs, fordi hun *er* anorektiker. Det er ikke en holdning præget af gensidig tillid, og uden den er det ikke muligt at høre hvad patienten siger, og det bliver altfor let at gøre enhver mening, som ikke passer ind, til endnu et udslag af den andens sygdom. Personalet vil formentlig vinde kampen; det er som nævnt alle mod een. Men hvis ikke hendes person og kundskab anerkendes, tror jeg ikke der kommer en vedvarende forbedring. Chancen for at hun vil recidivere og ende op med at sige det samme som den unge kvinde i Gremillion's undersøgelse er stor. "Ved afslutningen af en indlæggelse siger jeg til mig selv, o.k., der er anoreksien og hospitalet, men hvad skal jeg gøre... når du kommer ut, er der bare dig og problemet". I et fælles samarbejde er det lykkedes personalet og patienten at fastholde hendes anorektiske identitet. "Min vægt står malet på min pande, det er næsten som det rosa bogstav, blot annerledes" (se ovenfor: 93).

Afdelingen er tilfreds med det nye program. Kun tiden vil kunne vise om det program og den måde som afdelingen håndterer det på i praksis undgår de faldgruber, som Gremillions undersøgelse har påpeget, og om det lykkes at nedbryde dualismen i behandlingsform og struktur. Denne rapport forholder sig til det første år på afdelingen. Det gennemgående træk er et personale, som til sammen har udviklet en utrolig stor kompetence, og det er sandsynligt at afdelingens personale møder og håndterer situationer og patienter, med større fantasi og mangfoldighed end programmet har formået at nedfælde.

Fund og ufuldendte reflektioner

Ny vin og gamle sække

Samlet set viser denne undersøgelse at det ikke er let at fylde ny vin på gamle sække. Med de gamle sække sigter jeg til de rammer, som denne afdeling har fælles med den større institution 1. Den konkrete placering ret op ad den gamle hovedbygning, en ind- og adgangssystem som hverken lader den besøgende eller patienten i tvivl om at her sættes et strengt skille mellem dem der hører til indenfor og dem der hører til udenfor, 2. Strukturer, dokumentation, indretning og tilrettelæggelse af behandlingsoplæg, som er udviklet til at tjene den forståelse af viden, som er beskrevet i dogmefamilien ovenfor (se ovenfor: 59). Med ny vin sigter jeg til afdelingen ideologi, som støtter sig til barne- og ungdomspsykiatrien forståelse, men også til de andre forståelser, som en større grad af flerfaglighed bringer med sig. Ny vin giver friktion. Det spændende er om sækken sprænges eller om det lykkes at få til den til at holde uden at vinen mister sin styrke.

På denne afdeling er kampen om at få til en forandring vanskeligere end forudset, hvilket kommer frem i samtalerne. Når den medicinsk-biologiske tænkning har vundet terræn, ikke alene indenfor psykiatrien men indenfor helsevæsnet som helhed, hænger dette efter min mening sammen med at det ikke kun er medicinstuderende, som bliver indført i den medicinske verden. Det gælder enhver af os i den vestlige kultur. Når vi så let lader os passivisere af den, hvad enten vi er personale eller patienter, skyldes det at de fleste af os er opdraget og uddannet indenfor samme dogmeforståelse af viden som de medicinstuderende. Det medfører at vi tror at praksis er et rent cognitivt rationelt resultat af ideer, hvilket er hvad Wachterhausen kalder rationalismens og cognitivismens klassiske fejltagelse. Ved nærmere eftersyn viser det sig at det er modsat; det er muligt at forandre ideer uden at forandre praksis.

Der er på afdelingen skabt en stemning af pionerånd, som i høj grad hviler på forventningen om en dialogisk kultur og en sideordning af forståelser. Indenfor disse rammer kan og skal der være frihed til at arbejde anderledes. Samtidig er der indebygget et hierarki i den måde afdelingen er organiseret på, som formentlig skyldes et ønske om ikke at fremstå som for forskellig. Den dobbelte intention: 1. at imødegå den hierarkiske opbygning i psykiatrien, og 2. at komme frem til en fælles

faglighed er ikke så enkel at gennemføre i praksis. Det skyldes ikke mindst at den daglige virksomhed ser forskellig ud alt efter hvor man har sit udgangspunkt, om man er i ledelsen eller man er på gulvet. I et hierarkisk system er dette ikke noget nyt, men på denne afdeling med en anden ideologi skaber det frustrationer.

Det er et gennemgående træk at man må råbe højt for at blive hørt, for at blive set og anerkendt. Det gælder afdelingens leder i forhold til lederen af den større institution, det gælder ledende sygeplejer i forhold til ledende overlæge, det gælder mellemgruppen i forhold til leder på afdelingen, det gælder miljøterapeuterne i forhold til leder og mellemledergruppen, og det gælder pårørende i forhold til afdelingens ledelse. Samtidig må man ikke råbe for højt, for så bliver man nok hørt, men ikke anerkendt. Måske gælder det som en erfaren norsk kunstner sagde i en situation, præget af stærk social kuling: ”Ordet er aldrig frit!”

For at blive hørt, må man blive anerkendt, og for at blive anerkendt, må man enten være det i forvejen eller man må få mulighed til at udfolde sin dygtighed, eller tage den selv, men det er risikabel affære. På den ene side indgår anerkendelse og frihed i en cirkel, ikke en hermetisk spiral, men en forstemmende cirkel hvor det ene forudsætter det andet. På den anden side skærer de sig vertikalt igennem kategorier som ledelse, kolleger og patienter, og viser at anerkendelsen, for at tælle, må gives af en overordnet instans eller person.

Det hierarkiske system er holdt sammen ved anerkendelse af eet fags overlegenhed i forhold til andre fag. Herudfra konstituerer og udvikler de forskellige former og nivåer for praksis hinanden. Det kunne synes at være banalt når der dog er tale om et hierarkisk system som psykiatrien, men det er det ikke. Ialfald ikke når en afdeling oprettes med en filosofi om at alles stemme skal høres, og at en dialogisk kultur skal fremmes. En dialog forudsætter en gensidig anerkendelse. Skal en dialog føres på tværs af uddannelsesbaggrund og -længde, og deraf følgende position, må den hvile på en anden forståelse af hvad kundskab er, hvordan den italesættes og hvordan den udvikler sig.

Det er imidlertid vigtig at fremhæve at det som fremfor alt karakteriserer afdelingen er en lidenskabelig engagerethed i den fælles sag. Det er det som ligger bag kampe og frustrationer, og som personalet da også efterlyser på fagdagen. Denne undersøgelse viser at skal dette engagement, mangfold, og en

konstruktiv dirring bevares, må faglighed forstås som noget, der bliver til i situationen sammen med patienten. Kundskab kan dermed ikke begrænses til faglig viden, men inkluderer personlig erfaring, og ikke mindst er det et karakteristikum ved denne forståelse af kundskab, at den aldrig bliver færdig, men hele tiden er på vej. Det er det, som professionel og patient, lærer og student må have fælles, og ikke hvem der er klogest; det er ikke nogen konkurrence, det er et længsel, et begær efter at finde ud af mere, at komme stadig videre i indsigt. Derfor må der være rum for patientens og studentens indspil, modstand, engagerthed, hvadenten det kommer i kollison, i aggressivitet, eller i harmonisk dialog. Den danske teolog og filosof Johannes Sløk har udtrykt det således:

Samtalen – dialogen – kan beskrives som to menneskers vandring gennem sproget, gennem spørgsmål og svar, gennem gensidig afprøvning, omhyggelig, men altid jævnbyrdigt. Samtalen er ofte en meget lang vej mod et fjernt mål efter en ukendt sandhed.

I de tilfælde vandringen lykkes og deltagerne omsider kommer frem til målet, d.v.s. at de ikke kan komme længere, så er dette mål ' sandheden' om det, der var genstand for samtalen. Men det var ikke en 'sandhed', der var der på forhånd og som nu er afsløret.

'Sandheden' var selve det resultat, samtalen nåede frem til. At det netop blev et bestemt resultat skyldes, at der ikke længere var nogen vej de kunne fortætte ad. Deltagerne har altså ikke afsløret en på forhånd givet 'sandhed'. De har vedtaget noget som sandhed af den enkle grund, at de ikke kan komme længere

(fra en ikke sporbar avisartikel)

Personlige tilbageblik

Som koordinator på videruddannelsen i psykisk helsearbeid og som forsker på etiske problemstillinger i praksis har det været utroligt nyttigt at følge udviklingen ved en afdeling. Forløbet bliver et farverigt billede af hvor mange komponenter der skal til for at få mødet mellem kundskaber til at fungere, til at blive til en dialog, og hvor let et møde kan ende op i monologer. Endvidere har det tydeliggjort hvordan strukturer og ydre rammer influerer på identificering, udtryk og italesættelse af kundskab. Og endelig

har det - endnu gang - tilført et kritisk blik på egen forståelse, og skærpet bevidstheden på nødvendigheden af en kontinuerlig udveksling mellem den praktiske og den teoretiske arena.

Min tilbagemelding om konsekvenserne af at behandlingsoplægget omkring anoreksipatienterne var domineret af medicinsk forståelse af mennesket, blev opklarende, både for den del af personalet som havde en ikke-medicinsk baggrund, og for de som havde medicinsk baggrund. Den indsigt, som ledende overlæge formulerede både på det nævnte møde og i en senere samtale, gjorde imidlertid at jeg kritisk måtte revidere mit fremlæg. Havde det været for præget af en fænomenologisk d.v.s. utydelig dialekt, og af at her fremlagde jeg den 'sande' forståelse? Det gav anledning til overvejelser om hvor vigtigt og hvor vanskeligt det er at få kundskaber til at gå i dialog.

Forudsætningen for at høre på kritik af ens kundskabsforståelse er at den anerkendes som kundskab, og det havde jeg ikke fået til. Da det gik op for mig at min position, min forståelse - med rette - kunne opfattes som dominant konkurrerende, blev det et vendepunkt. Det blev klart for mig at så længe den medicinske kundskab og den fænomenologiske kundskab ser hinanden som konkurrenter, vil ingen af deres tilhængere komme videre. Mennesket er både og. Det er en inviklet fysiologisk maskine med et internt system, som imidlertid påvirker og påvirkes udefra. At fortsat diagnosticere noget som psykiske problemer uden at se det i sammenhæng med hvordan den fysiologiske krop formes af sociale og kulturelle faktorer er lige så galt som det omvendte, at overse betydningen af den fysiologiske materielle og dødelige krop. Som Wachterhausen formulerer det:

...” vi er mere end kulturens produkter, og dette ”mere” er det som gør os til mennesker, gør os til samme slags, på trods af vore kulturelle forskelligheder” (Wachterhausen, 2002: 86).

Det er imidlertid ikke let at få denne balance til at fungere. Historien om mobiltelefonen viste at den dualistiske menneskeopfattelse ikke alene præger det medicinske fag, men også det pædagogiske.

”Hvor den medicinsk-fundamentalistiske opfattelse opererer med det ’hovedløse’ menneske, opererer humaniora typisk med det ’kropsløse’ (krop som fysik) menneske” (Wacherhausen, 2002: 85).

Det er komplementære opfattelser i den forstand, at de begge forholder sig til det dualistiske menneskesyn og dermed til en af dogmer præget forståelse af kundskab. Hvad jeg ikke så i første omgang, men først i næste var at afdelingens nye program for anoreksi ikke betyder et fremskridt i retning af en mere fænomenologisk forståelse i tråd med afdelingens officielle ideologi. Det er snarere et tilbageskridt, idet der ikke levnes plads til at kundskab kan og skal udvikles i kontekst og situation. Afdelingen har udviklet et program efter ’Mere Af det Samme’-princippet, og det bliver som bekendt til MAS, hvilket sjældent giver resultater, ialfald ikke resultater som varer. Jeg håber at det er ønsket om fælles faglighed og et samarbejde på tværs af grupperne, som har (for)ført personalet, og at det ikke er et tegn på opgivethed i forhold til de mange udfordringer det byder på at ville arbejde anderledes indenfor psykiatrien.

Lad mig understrege endnu engang at accept af erkendelsens grænser hænger uløseligt sammen med anerkendelsen af vores kropslige eksistens i verden. Når fænomenologien kaldes for erfaringens filosofi, er erfaring ikke at forstå som den empiriske samling af data; erfaring betyder i denne sammenhæng at være kropsligt tilstede i verden. Relativitet og partikularitet er strukturer, som allerede er indbygget i vores livsverden. Som sådan er eksistensen ambiguøs, opaq. Den vigtigste lære af Descartes’s reduktion af et menneske til ’cogito, ergo sum’ er at den fuldstændige reduktion ikke lader sig gennemføre.

”Helt konkret kan videnskaben fx afdække og har allerede afdækket en lang række objektive kendsgerninger vedrørende skizofrene personer (bl.a. at de afviger fra det gennemsnitlige menneske på de og de måder), men videnskaben qua videnskab har ikke et objektivt, værdifrit grundlag eller på anden vis en autoritet til at hævde, at skizofrene personer er syge (og dermed behandlingskrævende), uanset hvilken kulturel, religiøs eller samfundsmæssig kontekst de skizofrene mennesker befinder sig i” (Wacherhausen, 2002: 48).

Dermed er det kartesiske enhedspunkt at erkendelse og genstand fuldstændig stemmer overens (koinciderer) ophævet. At det medfører at vi ikke kan opnå en endelig opklaring eller forståelse er ikke et skeptisk, men snarere et positivt udsagn.

”Es wird nicht behauptet dass wir an so etwas wie Wahrheit nicht herankämen, sondern Wahrheit selbst ändert sich. Sie is nicht mehr das Absolute sondern das Prekäre. Jedes Bedauern dieser Einsicht setzt eine absolute Wahrheit bereits voraus“ (Meyer-Drawe, 1987: 21).

I tråd med dette vil jeg ikke beklage men konstatere, at det er ikke muligt at komme til at kende hele historien om en praksis. Det er ikke muligt at nå frem til en 'sandhed', den ændrer sig hele tiden. Med det fortegn viser den samlede analyse, holdt op mod de fremlagte rapporter og tilbagemeldingerne på den, at observationerne undervejs gav et genkendeligt billede af hvad der var på færde på afdelingen. Det er således værd at notere at de temaer, som ledelsen udpegede på det første møde, også viste sig at være centrale i undersøgelsen. Det gælder dette at høre alle stemmerne, magtens grå zoner, og vanskeligheden ved at arbejde på en anden måde end den man er oplært i. Samtidig viser analysen hvordan de indleverede historier og samtalerne i forbindelse med dem på en gang understreger og komplicerer dette billede. Selv om det ikke er muligt indenfor dette projekts rammer at yde retfærdighed til de mange stemmer, blev arbejdet med at høre de forskellige stemmer og få dem til at snakke sammen afgørende for forståelsen og for det samlede indtryk.

Som nævnt i indledningen var det ledende overlæge om at gøre at afdelingen ikke måtte fremstå for forskellig. Der er for mig ikke tvivl om at dette hang sammen med at ledende overlæge følte sig presset (ikke anerkendt) af den større institution til fremvise overbevisende resultater af denne måde at begynde en afdeling på og at jobbe på. Et ydre pres som inadtil har gjort det nødvendig at finde en hårfin balance mellem anerkendelse og frihed for at opnå en fælles faglighed. Samtidig med et ønske om at høre alles stemmer, og ikke være autoritær, åbnede det for en kompleksitet som skabte friktion og som var vanskelig at håndtere.

At ville høre alle stemmer er en vigtig vision at have for øje. Samtidig er det vigtigt at huske at det som oftest medfører en

kakofoni, der næsten per definition ikke kan harmoniseres. Vi er indlært og oplært i en subjekt/objektforståelse, hvilket også betyder en oppositionskultur. Det ene eller det andet perspektiv er rigtig og må vinde. At sidestille flere perspektiver og at udnytte flere kundskaber uden at ende i relativisme, hvormed menes at alt er lige meget værd, er en kunst som må læres. Eller rettere, det er en kunst at få flere kundskaber og perspektiver italesat; jeg er ikke i tvivl om at den gode praksis får dette til, men problemet er at få det ekspliceret og anerkendt.

Krop, kultur og behandling

I mine funderinger over hvordan det kan være at denne gruppe patienter sætter denne afdeling på den anden ende, sammenholdt med læsning af en del teorier og undersøgelser, er jeg kommet frem til at se den anorektiske krop som en konkret materiel kritik af ethvert menneske- og kundskabssyn. Samtidig med at denne krop beretter om de samme menneske- og kundskabssyns normative inkorporering, gør den oprør mod dets tro på at det er muligt at forstå og forandre et andet menneskes liv.

Som så mange andre sygdomme taler anoreksi om kulturen vi lever i, og som gør at mange kvinder, som Lis Ehlers udtrykker det, får 'ondt i livet' (Ehlers, 1999). Den anorektiske krop er en 'kønnet' symbolstruktur, som i sig selv er en beretning om at menneskelig kropserfaring altid er kulturelt formidlet. Selv om ethvert individs kropslige udtryksform i en vis grad er privat, bliver de kulturelle når de fremstår som meningsbærende for andre (Solheim, 1998). Deres kroppe sladrer. Det gælder dog ikke kun kvinder. Ganske som mænd er kroppen ikke noget kvinder *har* men noget de/vi *er*. Elizabeth Grosz er nøje med at understrege at det gælder alle mennesker.

"All of us, men as much as women, are caught up in modes of self-production and self-observation; these modes may entwine us in various networks of power, but never do they render us merely passive and compliant. They are constitutive of both bodies and subjects...women are no more subject to this system of corporeal production than men; they are no more cultural, no more natural, than men" (Grosz, 1994: 144).

Men selvom jeg er enig med Grosz i at begge køn præges af en sammensætning af gener og kulturel socialisering, vil jeg hævde

at dette i århundreder at blive set på som krop, som objekt, har haft virkninger på kvinden som det ikke har haft på manden. Jeg mener derfor at det er et interessant alternativ at se den anorektiske kvinde som en der - med livet som indsats – vil ses, høres og tales til som et helt subjekt, som et menneske i egen ret. Samtidig med at anorektikeren nægter at tage den biologiske krop alvorlig, taler samme krop sit tydelige sprog om besættelsen i at ville være et autonomt subjekt.

Som nævnt ovenfor ender de fleste behandlingsprogrammer op med at fokusere på spisningen, og dermed på kroppen som en medicinsk krop, som kan adfærdsmodificeres. Der er dog alternative terapier for anoreksia som anerkender dens kulturelle specifitet. Michael White og David Epston hævder således at terapeutiske praktikker aldrig er kulturelt neutrale, fordi de rekonfigurerer personers liv og relationer i specielle sociale kontekster. Narrativ terapi arbejder med at eksternalisere problemer som er erfaret som interne, sådan at det kulturelle arbejde i skabelsen af sygdom som anoreksi bliver mere tydelig. White and Epston afviser ideen om at terapeuter har nogen adgang til objektiv viden om problemer eller identiteter hos folk som søger deres hjælp. Selv om en sådan påstået ekspertkundskab ofte fremstilles som kulturelt og politisk neutral, medvirker den til at reproducere den dominerende kulturelle antagelse som definerer sygdom og helse som interne kvaliteter i personerne, kvaliteter som imidlertid kan objektiviseres og ses af 'eksperterne' (Gremillion, 2001).

Det er på denne baggrund jeg foreslår at tage den anorektiske krop på ordet. I stedet for at fastholde den som en sygdom, en diagnose, foreslår jeg se den som den konkrete materielle pendent til den feministiske kritik af den normative menneske- og kundskabsopfattelse sådan som den har præget historien og kulturen og menneskene i den. En kritik, som uden påviselig forbindelse til akademisk feminisme eller kvindesagspolitik, er gået i kroppen. I dette tilfælde bærer anorektikeren bud om den kulturhistoriske tradition, som fortsat indvirker ved at sætte så høj en værdi på det individuelle autonome og isolerede menneske. Den tynde og strengt disciplinerede krop frembærer et konkret opgør med historien, kulturen og samfundsindretningen samtidig med at det søger at virkeliggøre det platonske ideal af mennesket med fuld kontrol over kroppens lidenskaber og lyster. Den anorektiske krop vidner

om en skræmmende kontrolindsats; den fortæller om et menneske som satser livet for at opnå den. Fordi livet er kun værd at leve på disse betingelser, preller ethvert behandlingstilbud af på den anorektiske krop.

Derfor kan 'anoreksi' egentlig ikke behandles, ja den modsætter sig al behandling. Det er en måde at leve på, som er gået i blodet så at sige. Det strengt styrede regime af kroppen kan således ses som et vidnesbyrd om et moderne kvindeligt agentskab i en bestemt kultur. Det autonome individuelle ideal er hos anorektikeren drevet ud i sin yderste konsekvens. Autonomien har dog sine grænser. I det øjeblik det står om livet, bliver det autonome subjekt til et objekt. Anorektikeren bliver gennem indlæggelse og tvangsfodring frataget sin autonomi. Det liv som ønskes, truer livet.

Situeret og kontekstuel kundskab

Det er derfor ikke underligt at denne patientgruppe bliver en stor udfordring for en afdeling, hvis ideologi er at høre alles stemmer. Og dermed er vi ved patientrettighedsloven, som tilsiger at patienten skal have mere indflydelse på sin situation og behandling. Men hvad betyder det at få mere indflydelse end tidligere? Hvad kræver det af henholdsvis patient og professionel at undgå at denne indflydelse kommer til at true livet?

Mobiltelefonhistorien er i den henseende værd at trække frem. Den viser hvad der sker, når to divergerende kundskabssyn kolliderer. Det ene med vægt på de kundskaber som mødes i situationen, og den anden med vægten på de kundskaber, som ligger fast udenfor situationen. Når det bliver, som det bliver i situationen med mobiltelefonen, skyldes det at i mødet mellem mennesker bliver viden om psykoser og om grænser og om regler til det de er beregnet på: hjælpemidler og ikke tvangsredskaber. Indlæggelsesteamets forskellige faglige kompetence som læge og sygeplejer spiller ind i afgørelsen, men de vægtlægger ikke lige der og da hvad den består i. De er involveret, optaget af situationen og relationen som så at sige tvinger dem til at forholde sig til at kundskab bliver til i mellemrummet mellem kroppe. I denne forbindelse er specielt interessant at indlæggelsesteamet består af to personaler, som begge er uddannet indenfor medicinsk tradition, og ikke som forventet fra de andre fagfelt.

Udgangspunktet er situationen og interaktionen. Her

bliver fag og person blandet sammen. Som de gør i en ikke-dogmefyldt forståelse af kundskab. Det som sker er netop at indlæggelsesteamet ikke helt kan forklare hvordan de kom frem til afgørelsen om at patienten kunne beholde mobiltelefonen. Der er andet og mere på færde end systemiseret, videnskabelig kundskab. De får heller ikke bagefter sat ord på. Dels fordi det er vanskelig, dels fordi de ikke finder det nødvendigt. For de, der var i situationen, var det en klog beslutning. Som de ikke får udtrykt, så deres kolleger forstår hvad det handler om. Og tilliden fra de andre kolleger, som de havde regnet med, var der ikke. Det kan dog have med at gøre at det set fra de andres perspektiv er den dominerende faggruppe, som træffer denne afgørelse uden at bryde sig om at give en begrundelse. Der er dog en del der tyder på at tillidens plads i en praksis der er præget af dogmekundskab, er knyttet tæt til den professionelles rent faktiske viden, og til fælles aftalte regler.

Tillid og faglighed

Tillidens plads i en kundskabsforståelse, som tager situationen, konteksten, og ikke mindst den eller de andres kundskab alvorligt, må derimod tage den kropslige eksistens og dermed erkendelsen grænser alvorligt. Den er ikke rationalistisk, idet den ikke tror på at det går an at aftale på forhånd hvad der skal ske i enhver indlæggelsessituation. Tilliden er derfor knyttet til at den, som er i situationen, gør det bedst mulige; ikke på samme måde som jeg ville gøre det, fordi jeg er en anden person, måske med en anden faglig baggrund, men at vedkommende vil gøre sit bedste i situationen. Det er afgørende at indse at der ikke er nogen instans der kan afgøre hvad der var rigtig at gøre i denne situation. Det kan hende at med en anden personalesammensætning ville patienten ikke have insisteret så meget på at beholde telefonen. Det vil vi aldrig kunne finde ud af.

Tilliden tåler ikke hvadsomhelst. Og det skal den ikke heller. Tilliden er ikke envejs. Tillid mellem fagpersoner må ikke være på beskostning af patienten, i så fald bliver den et værn mod patienten. Men hvis tilliden ikke er der til en kollega, er det vanskelig at forestille sig at den kan være der til patienten. I mobiltelefonhistorien så vel som i de nye program for med anoreksipatienterne bliver patienterne anset for at ville lure personalet, hvilket vidner om mistillid til begge parter. Igen fordi

kundskab forstås som noget man, ialfald professionelle har, har og ikke noget som også bliver til i situationen, i mødet med patientens kundskab.

Det som er så synligt i mobiltelefonsituationen er at udgangspunktet ikke er tillid, men kritik. Det kan som ovenfor nævnt have sine gode grunde i opståede fronter, men det er uanset underligt at der ikke bliver givet kolleger mere kredit end der gør i et personale som giver udtryk at dette er en særdeles god arbejdsplads. Det rører ved et andet problem, som er værd at trække frem. Den kundskab som udvikles i situationen, og foranlediger at reglen om mobiltelefoner fraviges, anerkendes ikke af nogen af parterne.

I historien om mobilelefonen er det imidlertid ikke alene indlæggelsesteamet som har ansvar for at udtrykke hvad det er man har haft af grunde for at ændre regelen; det er også et ansvar at italesætte denne kundskab foreksempel ved at sige: ”Jeg er uenig med dig i denne afgørelse, men jeg er overbevist om at der lægger vægtige grunde bag, og dem vil jeg gerne høre”. Det øvrige personale er medansvarlige for at denne kundskab ikke kommer til orde og ikke bliver italesat. Begge parter er således ansvarlige for at det ikke kommer til nogen faglig diskussion. Det er ikke nogen faglig dialog ledende overlæge ’lukker’ med sin henvisning til indlæggelsesoverlægen større viden om psykoser; det er en uudholdelig stemning, en ikke-dialog, en kamp. Det er dog tænkeligt at det også i nogen grad skyldes ledende overlæges modvilje mod konflikt. Resultatet er uanset at så længe der ikke tages hensyn til situationen, til interaktionen, til intersubjektiviteten, dette at anerkende et andet menneskes kundskab og frihed til at bestemme, så længe vil hvert fag kæmpe for sin forståelse, og miljøterapi vil have yderst vanskelig ved at vinde frem uanset om den er eenfaglig eller flerfaglig. Ikke mindst fordi denne kamp ikke kun handler om fag, men også om position i (videns)hierarkiet.

Kundskab, magt og sprog

På et af de indledende møder siger en overlæge at selv om personalet mener at de lykkes i at få til et subjekt-subjekt forhold, så er det ikke sikkert at det er hvad patient og forældre/pårørende oplever. Selv om jeg kun talte med en familie, er det tydeligt at der er en forskel, som gør at de ikke er enig i at denne afdeling, som en gruppeleder sagde”... ikke alene (er) god, men bedst i

Østfold på samarbejde med familie og pårørende”. Det betyder ikke at gruppelederens udsagn er forkert, men at det ikke er det eneste. Enhver vurdering afhænger af perspektivet.

På afdelingen har man gjort meget ud af af møderne, både hvad form og indhold angår. Der er ikke patienter tilstede ved møderne, og det er vanskeligt at sige hvad det ville betyde om de var nærværende. Selv fæstede jeg mig ved at sproget, som anvendtes, ikke virkede for, men snarere imod ideologien om at høre alle stemmer. Sproget blev brugt til at finde frem til hvem patienten 'er', og hvad patienten 'gør' med os, hvorved de interaktive og relationelle aspekter blev underbetonet. Dette at begge parter definerer og konstituerer hinanden i situationen, at mennesker bliver til i forskellige relationer, og er forskellige personer i forskellige sammenhænge, og ikke mindst den uhyre kompleksitet som hver af os byder på, er ikke tilstrækkelig italesat, når det dog må siges at være et afgørende aspekt i afdelingens ideologi.

Det skyldes formentlig at intentionen var og er at nå frem til en fælles forståelse som igen kan danne baggrund for et behandlingsoplæg. ”Vi er ansat til at diagnosticere og det forudsætter objektivisering”, som overlægen lidt hvast kommenterede min bemærkning om sprogbrugen. Hvormed hun peger på den konflikt, som ikke kan undgås, selv om mødestrukturen er bevidst anderledes og lagt op efter at alle stemmer skal høres. Men at patienten bliver objektiviseret, udelukker ikke at der kan og skal arbejdes mere med sprogets magt og magtens sprog.

Det var og er mit point, at sproget er en afgørende faktor, som der må arbejdes mere med. Hvis ikke, risikerer personalets, og det gælder især miljøterapeutgruppens, personlige og faglige ressourcer ikke at komme til at spille den rolle, som de var inviteret til og som ideologien tilsiger at de skal. Når jeg skriver dette, vil sproget ikke føje mig, og igen engang må jeg indse at dette ikke er enkelt. Sproget *vil* objektivere, hvilket understreger hvor vigtigt og hvor vanskeligt det er at italesætte den kundskab, som tilhører situationen, og derfor også hvor let det er at lade være.

Professionsidentitet og sprogkultur

At lytte og opfatte har med sprog at gøre. Kan jeg i det hele taget høre hvad den anden siger, eller hører jeg mest det jeg selv er

optaget af? Men hørelse har også med kultur at gøre. Wachterhausen taler således om en spørgekultur som en væsentlig del af professionsidentiteten. En 'spørgekultur' tilegnes sjældent gennem eksplicit instruktion, men ved tilstedeværelse og deltagelse i undervisnings- og praksissammenhænge. Visse spørgsmål og tilhørende svar har en fællesinteresse på tværs af flere sundhedsprofessioner, men mange spørgsmål har en klar professionssynkratisk karakter (Wachterhausen, 2002). Indlæringen sker ved at nogle spørgsmål bliver accepteret og besvaret rutinemæssigt uden stort engagement, andre spørgsmål derimod afføder responsen: 'ja, det er et godt spørgsmål', og atter andre lider den skæbne at læreren ikke forstår, eller giver udtryk for at spørgsmålet er 'ved siden af', underligt eller usædvanligt. Med andre ord den studerendes spørgepraksis 'klappes og daskes', som Wachterhausen udtrykker det, gradvis på plads. Gode spørgsmål honoreres, og dårlige straffes med afvisning, latterliggørelse eller irritation. "Gradvis dannes og habitures den studerende til – en spørgepraksis, som er i overensstemmelse med professionens "spørgekultur" (Wachterhausen, 2002: 68). Herigennem dannes væsentlige elementer af professionsidentiteten.

Dette er en dannelses og stabiliseringsproces, som fortsætter langt ud over den formelle uddannelsestid. Når denne habituerede spørgekultur gør det vanskeligt at få ændringer i praksis til, skyldes det at fagsproget har en tendens til at blive sterilt, ja Wachterhausen påstår at

"...jo mer (natur)videnskabelig, skolastisk og objektiv en profession er – indenfor en fundamentalistisk forståelses- skabelon – jo mere steriliseret bliver (fag)sproget. Resultatet er et steriliseret "længde-bredde-højde-sprog", dødt i forhold til det levede liv" (Wachterhausen 2002: 69).

Påstanden finder nemt belæg i sundhedsprofessionernes tidsskrifter, hvor det næsten er sådan at jo mere steriliseret en tekst er, jo mere videnskabelig bliver den anset for at være.

Når metoden Action health research lægger vægt på at udvikle en fælles terminologi (Wachterhausen), kunne jeg forestille mig at det skyldes et ønske om at opbløde dette sterile fagsprog. Samtidig med at jeg er enig i sammenhængen mellem spørgekultur og rigid professionskultur er jeg dog ikke sikker på

at en fælles terminologi på en afdeling som denne vil kunne afhjælpe problemet. Der er allerede et sprog som er fælles og udbredt indenfor helse og socialektoren, ialfald i Norge. Et sprog som er fyldt med store bløde ord, som ikke kan måles eller vejes, men som flyder ud i en humanistisk 'stream of consciousness' af det jeg kalder 'store ord', såsom respekt, helhetlighed, menneskesyn, omsorg, tryghed, solidaritet, empati, varme, etc. Dette sprog udgør en fælles terminologi som er lettere at holde fast ved end sit eget fagsprog. Et eksempel er at kalde alle uanset fagbaggrund for miljøterapeut. Hensigten er formentlig at fremme et fællesskab og at overkomme forskelle i uddannelsesbaggrund. Denne fællesbetegnelse gør imidlertid at fællesskabet bliver knyttet via generelle begreber, hvormed vigtige forskelle i fagbaggrund bliver overset, og vigtig kundskab usynlig. Det vil sige at den kundskab, som ikke er den normative, ikke bliver italesat, hverken af dem som har den eller af dem som har brug for den.

Jeg finder det derfor *både* nødvendig at udvikle måder at bruge sproget på som kan erstatte den udbredte statiske brug af sproget *og* at udvikle måder at tale på, som åbner op for hvad der er fælles og hvad der ikke er. Det vil også betyde et større beredskab for at forstå andre måder at udtrykke sig, hvilket giver indblik i andre indfaldsvinkler, som igen viser det nødvendige i at man selv øver sig i at udtrykke sig, så også andre kan forstå hvad man mener. Nu er forståelse et lidt problematisk ord; det antyder at det er muligt at forstå den anden helt. 'Du har ikke forstået mig' er ofte en anklage om ikke at have hørt, og det kan være på sin plads. Det kan dog også være at man har hørt, og hørt mange gange, men ikke er enig. Det sidste springer udfra en dualistisk og essentialistisk forståelse af menneske og kundskab, som sproget holder os fast på. Et eksempel er at den tabende part ved et valg, hvadenten det er et valg om medlemskab i E.U. , eller om Euroens indførelse, ofte udtaler at det ikke er lykkedes dem at formidle budskabet klart nok. Underforstået at der en sandhed, og resten er kommunikationsproblemer.

Det er med andre ord ikke forbeholdt filosoffer, som Beauvoir siger, at søge at eliminere menneskets dobbelthed eller tvetydighed, enten ved at gøre det til helt det ene eller helt det andet. Det er simpelthen vanskeligt at se forskellen på forståelsen af mennesket som *både og*, og forståelsen af mennesket som enten hoved eller krop. Mest tydelig bliver det når køn knyttes til

henholdsvis følelser eller fornuft, med andre ord, når kvinder forbindes med følelser og omsorg, og mænd med fornuft og logik. At mænd mistænker kvinder for ikke at kunne tænke, fordi de ikke tænker som dem, og at kvinder mistænker mænd for ikke at føle, fordi de ikke drager omsorg på samme måde, er at blive i den dualistiske forståelse af mennesket som enten eller. En konsekvens af at mennesket er *både og*, er at begge køn både føler og tænker. At de formentlig gør det på hver sin måde, gør det imidlertid vanskelig at finde frem til hvem der skal bedømme hvad der er 'rigtige' følelser, og hvad der er 'rigtige' tanker, men det er en anden sag. En fænomenologisk forståelse af mennesket som krop kan netop ikke kan skille mellem krop og sjæl, mennesket er eet hele. Det er sproget, som skelner mellem følelser og fornuft og allerede ved benævnelserne leder os på vildveje eller rettere leder os tilbage på samme vej som før (Skærbæk, 2001). Men een ting er at dekonstruere, hvilket er et nødvendig skridt på vejen, noget andet at finde et sprog som opløser dikotomier og dualismer, og dermed fremmer intersubjektivitet og samhandling.

Forskellighed og uafhængighed

Ledende overlæge efterlyser en fælles faglighed før hun kan bevilge frihed til miljøterapeuterne. Hvad skal til for at finde frem til den, og hvilke kriterier skal eller kan vi lægge? Mit forslag er at hente en fælles faglighed i en etik som vel at mærke gælder for alle mennesker uanset forskel i race, køn, alder, handicap. Det betyder at den nok er kulturafhængig, men ikke kulturel relativistisk. Ethvert menneske fødes ind i verden som allerede foreligger. Etik og moral betyder sæder, skikke, og er en understregning af at et barn helt fra begyndelsen bliver præget af den verden det møder. Det er hvad Levinas mener med at etikken er første filosofi. Det er ikke sådan at et afhængigt barn i løbet af en proces bliver til en uafhængig voksen. Hele livet er mennesket *både* afhængig *og* uafhængig. Selvom det ikke er udtryk for et valg hvad det er for en verden og sammenhæng vi bliver født ind i, må enhver af os tage ansvar for hvad vi bliver til og hvad vi giver den anden af mulighed for at blive til. Dette bliver først synlig ved sammenligning. Dreyfus nævner hvordan amerikanske mødre placerer deres børn på maven hvilket stimulerer børn til at bevæge sig. Japanske mødre lægger deres børn på ryggen for at de skal ligge stille. Det der skaber amerikansk og japansk er altså

stilen. ”Vores kulturelle stil er så legemliggjort og altgennemsyrende at den i almindelighed er usynlig for os”, skriver Dreyfuss (Dreyfuss, 2002).

Måske bliver amerikanere og japanere forskellige fordi de tidlig blev udsat for forskellige forståelser af hvad det gode liv er, men det betyder ikke at alle amerikanere *er* eller vedbliver at være aktive, og at alle japanere *er* eller vedbliver at være passive, men at dette er en kundskab som kan hjælpe til forståelse af en forskel, som gør en forskel i mødet, i situationen, væremåde etc. Uden at det vel at mærke bliver en undskyldning. Når så mange amerikanere fylder så meget, kan det måske forstås ud fra måden de er blevet lagt på ganske tidligt, men det er ingen undskyldning for ikke at kunne lære at de må give plads for andre også.

Etik har med tillid at gøre. Tillid har med anerkendelse at gøre, og begge dele er forudsætningen for at vi kan tale om intersubjektivitet. Men det tilbagevendende spørgsmål er hvorvidt vi kan anerkende noget som vi ikke forstår. Hvis effekten af Loven om patientrettigheder er at forholdet blot bliver det modsatte, at det er patienten som har ret, og den professionelle som ikke har det, er vi ikke kommet så langt. Jessica Benjamin påpeger denne tendens i relationen mellem psykoanalytiker og patient, og undersøger i stedet hvordan det kan lade sig gøre at komme udover denne ’reversal’ og finde frem til et rum, hvor det kan blive muligt for begge parter i en relation at anerkende den andens forskellighed (Benjamin, 1998).

Den ikke italesatte interaktion

I handlingskompetencen i situationen ingår ingredienser som afdelingens ideologi, regler, mål for akkurat denne patient samt denne patients mål med at være her. Ikke mindst den professionelles personlige og faglige kompetence og klientens personlige og faglige kompetence, og endelig en række andre faktorer som spiller ind på begge parter i relationen. Dermed sigter jeg til kultur, social baggrund, vaner, og at begge parter er del af andre relationer, og har andre hensyn, kort sagt andre forhold, som indgår i den kompleksitet som enhver situation udgør. I Åke Wifstads sprog hedder det at fagpersonen samtidig med at hun er professionel, også er tilstede i verden på en bestemt måde. Til møtet med patienten bringer hun kunnskaber, forestillinger og færdigheder, men kun dele af dette er artikuleret som sagkundskab. Det betyder at det kliniske skøn i stor grad

udøves på basis af en forforståelse, som fagpersonen kun til en viss grad er klar over. Den er ikke bare teoretisk, den er kropslig forankret. Forholdet til patienten er dobbelt uigennemsigtig, fordi også den professionelle er uigennemsigtig for sig selv. Vi kan ikke se vor egen tilstedeværelsen i relationen, heller ikke på video bagefter. Det betyder dog ikke at det ikke kan lade sig gøre at reflektere over mødet mellem forståelser.

”Hvis ord som grundlagstenkning skal ha praktisk mening, må det nettop innebære at man som fagperson stiller seg åpen for, og arbeider med, spørsmål av typen: på hvilken måte er jeg tilstede i denne relasjonen? Hva er det som gjør at jeg ser og hører (”observerer”) det pasienten ytrer og det han foretar seg, akkurat slik? Hva styrer de valg jeg gjør, og som går under betegnelsen faglige vurderinger og faglige tiltak?” (Wifstad, 2002: 75).

Og hermed er vi ved sprogets sammenhæng med dogmeforståelsen af viden. Når vi ikke kommer med disse grunde og når vi ikke efterspørge disse grunde for vores handling, er det da fordi vi mere end aner problemet med sproget? Hvordan skal vi italesætte det, som skete i situationen og få anerkendelse for det? En beskrivelse af situationen, altså så langt det lader sig gøre, vil uvægerligt måtte indrage patientens indflydelse på det som sker, og det er ikke at regne for ’korrekt’ viden. Sproget er udtryk for hvad der er brug for. Det grønlandske sprog fremviser 22 forskellige ord for sne, fordi sne er mange ting i Grønland. Og jeg erindrer hvordan Johannes Sløk i en forelæsning undrede sig over at vi har så mange ord som udtrykker medfølelse, medlidenhed, men ingen der udtrykker medglæde, medjubel. Er det fordi vi er bedre til at sørge med andre end til at glæde os over deres fremgang? Med disse eksempler vil jeg pege på den mulighed at når sproget har så svært ved at føje sig, kan det skyldes at vi, for at sige det rent ud, har det udmærket som det er.

Forskning og fagudvikling

Projektet har givet indblik i hvor vanskeligt det er, selv på næsten ideelle præmisser, her tænker jeg både på den lange introduktionsperiode med undervisning og på den kæmpeindsats, som hele personalet har gjort, at få en anden forståelse af psykiatri til at fungere i praksis. Min konklusion er derfor at

denne afdeling må få tid og resurser til at fortsætte -og holde fast- i det arbejde som er begyndt. Projektet har følgelig været vigtigt for den igangværende fagudvikling på den tværfaglige videreuddanning i psykisk helsearbejd. Hvad er det som skal til for at være bedre rustet til at arbejde indenfor feltet psykisk helsearbejde? Det spørgsmål kan ikke besvares uden først at definere hvad dette felt er.

En dialogkonference våren 2003 med indbudte folk fra de forskellige felter af psykiatrien i Østfold viste tydelig at der er mange meninger om hvad psykisk helsearbejde er og hvad uddannelsen skal bestå i. Alle har deres krav. Krisecentrene vil have mere om vold og overgreb, rusinstitutionerne vil have mere om rus og dobbeltdiagnoser, de lukkede institutioner vil have mere medicinkundskab, selvmord ønskes der også mere viden om, børn af psykisk syge forældre ligeledes. Kravene står i forhold til de institutioner som deltagere repræsenterer men også i forhold til deres egen fagbaggrund. Således blev det tydeligt at sygeplejerne fortsat har krav som går på faktakundskab, og psykologer ønsker at kritiske perspektiver bliver ivaretaget, mens verneplejerne, som på dette møde var bemærkelsesværdig tavse, i pausen gav udtryk for, at en del af det om holdninger og etik, som blev efterlyst, var en indlysende del af deres grunduddannelse. Konferencen bekræftede med andre ord kompleksiteten i det psykiatriske felt.

Næste spørgsmål er hvorvidt højskolen som uddannelsesinstitution har ansvar for at bidrage til et udvidet og nødvendig samarbejde mellem de psykiatriske institutioner og kommunepsykiatrien. For mig og os som arbejder på videreuddanningen i psykisk helsearbejd er det afgørende at se på 1. hvordan de mennesker som er diagnosticeret som psykisk syge kan mødes bedst mulig; 'bedst mulig møde' forstået som fagkompetence i åben dialog med patientkompetence, og i sammenhæng hermed på, 2. hvordan det kan være at der bliver stadig flere som bliver diagnosticeret som psykisk syge mennesker. Det kunne se ud til at også det norske samfund finder stadig nye måder og nye grupper at udskille, sådan som Basaglia skrev om det italienske samfund for fyrré år siden (Basaglia, 1987). Det betyder at uddannelsen må have den dobbelte intention at uddanne mennesker til at hjælpe de som er diagnosticeret som psykisk syge, samtidig med at lære dem at stille sig kritisk til de, der mener at finde sandheden om et

menneske i diagnoser. Rollen som samfundsborger må med andre ord tages med ind. Vi er ikke alene arbejdere indenfor dette felt, vi er også borgere i det samfund, som gør folk syge. Målet må være ikke alene at behandle mennesker, men at sørge for at flest mulige mennesker er og forbliver aktive borgere, og at færrest muligt bliver skilt ut som passive modtagere.

Det fælles og det særlige

Til denne opgave er det nødvendig at tage vare på både det fælles og det specielle. Begge dele er vigtigt. Personalet på afdelingen er specielt udvalgt, og i forhold til andre afdelinger er der mange fag repræsenteret. Hele personalet deltager på en fælles introduktion, som har til formål at få personalet til at trække i samme retning. Det specielle som hver havde med sig blev imidlertid ikke italesat. Det svarer til erfaringen på højskolen. Ved årets evaluering kom det frem at studenterne ønskede at de var blevet præsenteret for hinandens faglige baggrund på et tidligere tidspunkt end tilfældet var. Med andre ord, vi havde begået samme fejl som afdelingen. Miljøterapeut – student, begge betegnelser lægger vægten på det fælles, og ikke på det særlige. Signalerer vi derved, at det er det fælles hos patienten, det universelle, som er det vigtige, og ikke det specielle? Der var andre studenter som mente at de ikke selv havde været parate til at præsentere hvad deres særlige faglige baggrund bestod i før langt ud i studiet. Måske fordi den først blev bevidst lidt efterhånden. Ved årets afsluttende evaluering meldte een af studenterne sig som en stolt sygeplejer og en verneplejer fortalte at hun var blevet klar over hvor god en baggrund hun havde for at arbejde med psykisk helse. Begge dele er glædeligt. Det betyder at der er blevet plads til begge fag.

Da jeg blev ansat på videruddanningen, kom flere verneplejere til mig og beklagede sig. Det var så umuligt at være på uddannelsen. Den var præget af et flertal af sygeplejere og en litteratur som i al væsentlighed byggede på medicinsk kundskab. Disse verneplejere, som jeg huskede som taleføre personer på grunduddannelsen til verneplejere, blev kort og godt tavse, og det kommer der ikke noget godt ud af for nogen af parterne. For et par år siden havde vi en polsk ingeniør i klassen. Hun var en gevinst, i klassen som helhed, men især måske i gruppen, hun kom i. De gav udtryk for at de havde lært utrolig meget af hendes mange spørgsmål, og ikke mindst af ikke at kunne svare. En del

ord og begreber var så indforståede, at meningen var forsvundet. Jeg tror samtidig at en forudsætning var at den polsk ingeniør ikke spurgte udfra en kritisk holdning, men udfra et ønske om at lære.

Det er i mødet med andre vi opdager hvor indforstået vores vocabular og sprogbrug er. Således kom det til en heftig diskussion på videreuddannelsen i psykisk helsearbejde, da en af studenterne brugte ordet 'behandling'. Klassen bestod i år af personer med vernepleier og sygepleierbaggrund. Verneplejere og sygeplejere anses for at være medicinske uddannelser, men det er noget af en tilsnigelse. Begge fag har medicinkompetence, men når der kommer til forståelse af mennesket, er der en forskel som kommer frem i sprogbrugen. En anden student reagerede skarpt med at slå fast at en person, som anvendte ordet behandling, kunne hun ikke ansætte på den institution, som hun var leder for. Studenten som havde anvendt ordet behandling, blev meget overrasket. Den efterfølgende diskussion, som opstod i en etik time, blev spændende og opklarende. Den viste at der stadig er en tendens til at sygeplejere tror at alle ved hvad deres uddannelse består i, og gerne ser at de andre, verneplejere, pædagoger, socionomer fortæller hvad de kan. Måske er det sådan at være majoritet; andre bliver andre uden at de, der gør andre til andre, mærker det.

Under skrivningen af denne rapport har det gang på gang ved gengivelse af teoretikere, som har været til inspiration og opklaring, slået mig at de har et andet sprog, andre begreber end jeg. Det gør at det tager tid at forstå når og hvor vi trækker i samme retning, og hvornår vi ikke gør det. Det er prisen for og udbyttet ved det interdisciplinære; de der holder sig indenfor sit eengang lærte fagfelt, hvadenten det er medicinere, teologer, eller filosoffer, betaler ikke prisen men får heller ikke udbyttet af udviklingen af kundskab. Til gengæld giver det tid og mulighed til at være opdateret indenfor sit specifikke felt. På den måde er det forståeligt at det at holde sig til sin læst, til sit fagområde, stadig er det klogeste, hvis man vil være specialist, ekspert. Dette giver på den anden side en tiltagende begrænsning i forståelsen af andre kundskaber, andre måder at udtrykke sig på, som til dels underminerer ens store fagkundskab. At være transdisciplinær d.v.s. bevæge sig over faggrænserne og lade sig inspirere betyder en spredning af læsningen og dermed en mangel i opdateringen indenfor det specifikke fagområde. Det betyder dermed en fare

for at blive dillettant på en række områder og ikke dygtig på noget felt. Det samme gælder den tværfaglige uddannelsen inden psykisk helsearbejde.

Tilbage til det fælles faglige. Hvem skal definere hvad det er alle må beherske? På afdelingen er det mer eller mindre direkte gjort gennem ansættelsessamtalerne og gennem den fælles undervisning som alle har været med på. På højskolen sker det gennem fagplaner, som må forholde sig til statlige rammeplaner. I forbindelse med omlægningen til flerfaglig optagelse i 1998 har der på de fleste højskoler været en fagutvikling henimod det tværfaglige. Dog er det til stadighed spor af at uddannelsen er udviklet af sygeplejere for sygeplejere i institutionspsykiatrien ganske som vi frontes med beklagelser over at det ikke er sådan længere. Også her er kunsten at hælde ny vin på samle sække. Hvordan finde frem til fælles goder og fælles krav, når praksisstederne varierer fra almindelige skoler til flygtningemodtag, krisesentre og rusinstitutioner for nu at nævne nogle? Hvordan finde frem til en fælles faglighed, og samtidig anerkende de forskellige fags specifitet?

Disse afsluttende funderinger over de komplekse sammenhænge mellem kundskab, sprog, faglighed og etik, kommer jeg til at arbejde videre med. De er således ikke at betragte som konklusioner, men snarere som ufuldendte refleksioner.

Bibliografi:

Basaglia, Franco (1987): *Psychiatry Inside Out*
Columbia University press: New York

Beauvoir, Simone de (1976): *The Ethics of Ambiguity*
Carol: New York

Bengtsson, Jan (2001): *Sammanflätningar: Husserl og Merleau-Ponty*
Daidalos: Göteborg

Benjamin, Jessica (1988): *Bonds of Love*
Pantheon Books: New York

Benjamin, Jessica (1998): *SHADOW of the OTHER*,
Routledge: New York

Donchin, Anne (2001): *Understanding autonomy relationally:
Toward a reconfiguration of bioethical principles.*
I *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, No.4.

Dreyfus, Hubert L. (2002): *Livet på nettet*
Hans Reitzel: København

Ehlers, Lise (1999): *Ondt i livet: kvinder og de nye sygdomme*
Gyldendal: København

Evans, Martyn (2002): *The 'Medical Body' as philosophy's arena*
I *Theoretical Medicine* no. 22

Gremillion, Helen (2001): *In Fitness and in Health: Crafting Bodies
in the treatment of Anoreksia Nervosa*
I *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 27, no 2
The University of Chigaco

Grosz, Elizabeth (1994): *Volatile Bodies*
Indiana University Press

Gullestad, Marianne (2000): *Blinde slaver af våre fordommer*
I *Avmakt*
Oslo: Gyldendal

Hartviksen, Ivar (1995): *Paviljonen; et gjestehus*
Utposten 1995: 24 (6).

Ihde, Don (2001): *Experimentell fenomenologi*,
Daidalos: Gøteborg

Jacobsen, Dag Ingvar Jacobsen (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*
Høyskoleforlaget: Oslo

Jesper Juul (1993): *Et æble til læreren*
Schønberg: Århus

Kissell, Judith (2001): *Embodiment: An introduction*
I Theoretical Medicine and Bioethics no 22

Maturana, Humberto R. & Varela, Francisco J. (1987): *The Tree of Knowledge*
Boston: Shambhala

Meyer-Drawe, Käte (1987): *Lernen und seine Horizonte: phänomenologische Konzeptionen, menschlichen Lernen, didaktische Konsequenzen*
Frankfurt am Main

Mevik, Kate (1997): *Mellom praksis og forskning. Dilemmaer ved å koble og/eller bevege seg mellom praktiker- og forskerrollen generelt – og spesielt innen helse og sosialfeltet.*
I Sosiologisk Årbok 1997 nr. 2

Merleau-Ponty, Maurice (1994): *Kroppens Fenomenologi*
Pax: Oslo

Repstad, Pål (1987): *Mellom nærhet og distanse*
Universitetsforlaget: Oslo

Rogan, Thor: *Psykisk Helsearbeid i Italia.*
Rapport fra studieophold høsten 2001. Upubliseret.

Solheim, Jorun (1998): *Den åpne kroppen*
Pax: Oslo

Skjørshammer, Morten: *Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences i perception and management of conflict.*
Journal of interprofessional care, vol.15.no 1, 2001

Skærbæk, Eva (2001): *WHO CARES – ethical interaction and sexual difference*
Unipub. Acta Theologica nr.2. Oslo

Songe-Møller (1992): *Barnet: Fraværende eller potentielt voksen?*
I Norsk Lærerakademies årsskrift 1991/1992 pp. 255 - 152

Toulmin, S (1993): *Science, Technology and the Arts of Medicine*
Dordrecht: Kluwer Academic Publishers

Wacherhausen, Steen (1998): *Accounting for and changing Practise*
Sundhed, menneske og kultur, skriftserie 1998/4

Wacherhausen, Steen (2002): *HUMANISME, PROFESSIONS-IDENTITET OG UDDANNELSE – i sundhedsområdet.*
Hans Reitzel: København

Wifstad, Åke (1997): *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatrien*
Tano Achehoug: Oslo