

Den vanskelige samtalen

«Hvordan leger og sykepleiere opprettholder eget selv og respektabilitet i en følelseladd ansikt – til – ansikt interaksjon med pasienten»



Bacheloroppgave i sosiologi

Universitetet i Stavanger

Morten Hjorth Mosnes

Studentnummer: 890609

Veileder: Anders Vassenden

Lvert dato: 11.05.2023

Antall ord: 9104

Kan oppgaven benyttes til undervisningsformål? JA: X NEI:

Sammendrag

Dette prosjektet er en kvalitativ sosiologisk studie av hvordan leger og sykepleiere opprettholder eget selv og respektabilitet i den vanskelige samtalen med pasienten. Empiri og teori er innhentet ved bruk av kvalitative semistrukturerte intervjuer og litteraturstudie. Deltakerne i intervjuene er en lege og tre sykepleiere ved en spesialhelseavdeling for kreftsykdom. Det ble brukt strategisk utvalg i rekrutteringen av deltakerne.

Erving Goffman's symbolske interaksjonisme og Arlie Hochschild's begrep «emotional labour», danner det teoretiske bakteppet for prosjektet.

Den vanskelige samtalen hvor pasienten får budskapet om alvorlig, potensielt dødelig sykdom er preget av vanskelige følelser. Som budbringere opplever legen og sykepleierne at trygghet er en viktig faktor for opprettholdelse av eget selv og respektabilitet. Det ukrenkelige og hellige selvet er under konstant trussel, og strategier som «face-work» og spesielt erfaring viser seg å være avgjørende i denne prosessen.

Ansikt – til – ansikt interaksjoner krever at aktørene har en felles oppfatning av situasjonen. Gjennom gjensidig verdighet og respekt viser aktørene god og taktfull oppførsel, som danner grunnlaget for at samhandlingen opprettholdes.

Legen og sykepleierne spiller ut yrkesrollen frontstage blant pasienter og pårørende.

Backstage på medisinrommet er det rom for de ekte og nære følelsene.

Vi lever i en tid som er preget av resultatstyring og effektivitet. Legen og sykepleierne opplever et sterkt tidspress, noe som er til hinder for deres følelsesarbeid. Markedsstyring og new public management har bidratt til effektivisering av spesialhelsetjenesten, men flere aktører mener at vi nå bør dra i nødbremsen.

Markedsstyring og resultatfokus må erstattes med kvalitet, god faglighet, nok tid til pasienten og ivaretagelse av helsepersonell.

Forord

Prosjektet har som hensikt å undersøke hvordan leger og sykepleiere ivaretar sitt eget selv og respektabilitet gjennom en krevende hverdag i spesialhelsetjenesten. Det er stort fokus rundt pasientens behov og ivaretagelse i forbindelse med alvorlig sykdom. Leger og sykepleiere er mennesker på lik linje med pasienten. Jeg føler det er for lite fokus på leger og sykepleieres psykiske belastning i en tid preget av et stadig større krav om effektivisering. For å rette fokus mot menneskene i hvitt, vil prosjektet bli sett ut fra et lege- og sykepleieperspektiv.

Min inderlige takknemlighet går til

- Alle som har gjort det mulig å gjennomføre sosiologistudiet til tross for store utfordringer knyttet til Covid-19 – pandemien.
- Mine deltakere. Takk for gode refleksjoner, tanker og innblikk. Takk for den fantastiske jobben dere hver dag gjør.
- Min veileder Anders Vassenden. Takk for ukuelig optimisme, gode råd og innspill til prosjektet.
- Min kone Trude. Prosjektet hadde ikke latt seg gjennomføre uten din oppmuntring, støtte og kjærlighet.

Forfatter: Morten Hjorth Mosnes

Dato: 11.05.2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	3
Kapittel 1: Innledning	5
1.1 Problemstilling	5
1.2 Oppgavens struktur.....	6
Kapittel 2: Teori.....	7
2.1 Mikrointeraksjonismens inntog.....	7
2.2 Erving Goffman`s inspirasjon	8
2.3 Et ukrenkelig og hellig selv	8
2.4 Samhandlingsordenen.....	9
2.5 Vårt rollespill til daglig	10
2.6 Face-work	10
2.7 Emotional labour	12
2.8 New public managemen.....	13
2.9 Veien videre.....	13
Kapittel 3: Metode	14
3.1 Undersøkelsesopplegg og struktur.....	15
3.2 Personvern.....	16
3.3 Valg av deltakere.....	17
3.4 Intervjuguide	18
3.5 Intervjuene	18
3.6 Fra empiri til teori.....	19
Kapittel 4: Empiri og analyse	20
4.1 Deltakerne	20
4.2 Selvet.....	21
4.3 Trygghet	21
4.4 En felles forståelse.....	22
4.5 Trusselen mot selvet.....	23
4.6 Face-work og emotional labour	24
4.7 Erfaring.....	25
4.8 New public management	27
Kapittel 5: Konklusjon	31
Litteraturliste	32

Kapittel 1: Innledning

Kreftsykdom er en av de vanligste dødsårsakene i Norge. I 2021 ble det oppdaget 36.998 nye krefttilfeller her til lands. Dette var en økning på 4.2 % fra 2020. Selv om stadig flere får en kreftdiagnose, overlever tre av fire i fem år eller mer (Kreftregisteret, 2022).

Selv om kreft er en somatisk sykdom, vil de fleste som får en kreftdiagnose også oppleve psykologiske reaksjoner. Tap av førlighet, språk, syn og kognitiv evne er noen av senskadene og komplikasjonene en kreftoverlever kan slite med i etterkant av sykdommen.

Senskader kan føre til at man ikke er i stand til å jobbe eller opprettholde samme livsstil og livskvalitet som i tiden før sykdommen. Konsekvensene for både pasient og pårørende kan være enorme. Kreftsykdom diskriminerer ikke. Kreft kan ramme alle uansett sosial bakgrunn og status. Dette gjør at de fleste har stor forståelse og medfølelse for dem som blir rammet av en slik sykdom.

1.1 Problemstilling

«Den vanskelige samtalen»

«Hvordan leger og sykepleiere opprettholder eget selv og respektabilitet i en følelsesladd ansikt – til – ansikt interaksjon med pasienten»

Nær 37.000 nordmenn gikk i 2021 gjennom den vanskelige samtalen. Samtalen med lege og sykepleier som meddeler budskapet om kreftsykdom, oppleves som et sjokk for de fleste.

Hvordan påvirker den vanskelige samtalen budbringeren? Kan jeg med hjelp av sosiologisk teori finne ut hvordan leger og sykepleiere opprettholder eget selv og respektabilitet i denne situasjonen? For å gi deltakerne størst mulig spillerom, ble det gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer. Innhentet empiri ble analysert ut fra et mikrointeraksjonistisk perspektiv.

Formålet med besvarelsen finnes i problemstillingen. Det er et håp at problemstillingen kan gi leserne nye perspektiver, og gjøre dem oppmerksomme på hvordan leseren opprettholder eget selv og respektabilitet i ulike situasjoner i hverdagen, da spesielt rundt den vanskelige samtalen. Om prosjektet ikke tilfører ny kunnskap eller perspektiver, håper jeg prosjektet kan bidra til diskusjon rundt temaet.

1.2 Oppgavens struktur

Besvarelsen består av 5 hovedkapitler med tilhørende delkapitler.

Det teoretiske bakteppet blir presentert i kapittel 2, før jeg i Kapittel 3 gir en innføring i valg av metode og personvern. Empiri og analyse slås sammen i kapittel 4. Jeg gjør dette for å gjøre besvarelsen så oversiktlig som mulig. Begreper og teori blir her diskutert og analysert separat opp mot empiriske funn. Det er viktig å meddele at enkelte begreper kan dukke opp i flere av de ulike delkapitlene. Besvarelsens konklusjon kommer i kapittel 5. Her vil jeg presentere svaret på problemstillingen, og om funnene kan være generaliserbare, eller om nye teoretiske perspektiver eller metaforer er oppdaget.

Kapittel 2: Teori

Den vanskelige samtalen er en del av hverdagen til leger og sykepleiere i den norske spesialhelsetjenesten. Overlevering av et budskap om alvorlig, potensielt dødelig sykdom, er en sterk inngripen i pasientens og de pårørendes liv.

I forkant av den vanskelige samtalen er leger og sykepleiere bevisst på det faktum at de kommer med et dårlig budskap og dårlige nyheter. Dårlige nyheter *er* faktisk dårlige nyheter (Reitan, 2017, s. 114 - 115).

Det faktum at leger og sykepleiere sitter på informasjon og opplysninger som pasienten ikke besitter, skaper en viss usymmetrisk maktbalanse i kommunikasjonen. På mellommenneskelig nivå stiller lege, sykepleier og pasienten mer likt. Her er gjensidig respekt og anerkjennelse mer tilstede i kommunikasjonen (Reitan, 2017, s. 114 - 115).

Den vanskelige samtalen er naturligvis krevende for pasient og pårørende, men slike samtaler krever også mye av leger og sykepleiere. I denne teksten fokuseres det på den vanskelige samtalen sett fra leger og sykepleieres perspektiv. Hvordan opprettholder leger og sykepleiere selvet, egen verdighet og respektabilitet i slike situasjoner?

Dette spørsmålet vil bli drøftet med bakgrunn i symbolsk interaksjonisme, og det vil være et hovedfokus på Erving Goffman`s sosiologiske perspektiver.

Fra en topptung funksjonalisme, gjør aktøren sitt inntog i sosiologien. Fokus går fra makro til mikro, hvor sosiale situasjoner oppstår som følger av aktørens samhandling i ansikt – til – ansikt interaksjoner (Aakvaag, 2008, s. 63 - 66).

2.1 Mikrointeraksjonismens inntog

Funksjonalismen er strukturdrevet og fokuserer på makroforhold, noe som utover 1960 – tallet medførte mye kritikk. Som en reaksjon på den strukturdrevne funksjonalismen, hentet mikrointeraksjonismen aktøren tilbake i hovedsetet. Der funksjonalismens fokus ble sett ovenfra og ned, ble aktørens kompetente, frie og kreative evner og deres ansikt-til-ansikt interaksjoner sett på som en skapende kraft for sosial orden. Fokuset er nå snudd på hodet fra et ovenfra og ned perspektiv, til nå å rette fokus nedenfra og opp (Aakvaag, 2008, s. 63 - 64).

Symbolsk interaksjonisme er en retning innen mikrointeraksjonismen. Her er meningene bak aktørens handlinger i ulike situasjoner sett i lys av aktørens kunnskap, språk og symboler.

Den kreative og kompetente aktørens språklige og symbolske kommunikasjonen, er både muligjørende og et resultat av menneskelig praksis (Aakvaag, 2008,s. 65).

Aktøren har forlatt backstage, og er nå tilbake på scenen.

2.2 Erving Goffman`s inspirasjon

Aktøren står i fokus i den meget innflytelsesrike sosiologen Erving Goffman`s arbeider. Dette kommer tydelig frem i Goffman`s presentasjon av selvet som ukrenkelig og hellig. Det samme ser vi når det norske helsevesenet undersøkes. Norsk helsevesen styres med bakgrunn i at menneskeverdet er ukrenkelig (St.meld. nr.26 (1999-2000), 1999). Alles selv skal respekteres og behandles likt uansett bakgrunn, kjønn, etnisk tilhørighet eller trosoppfatning. Goffman er sterkt inspirert av Emile Durkheim`s religionssosiologi. Gjennom blant annet feltstudier av stammekulturer i Australias utmark, fremhevet Durkheim viktigheten av religiøse symboler og ritualer som essensielle bærebjelker for samholdet i samfunnet. Durkheim bruker begreper som det hellige og profane. Religionen og dens symboler og ritualer er hellige, mens det profane er det vanlige og utilitaristiske hverdagslivet. For å ivareta religionen som hellig, kommer ulike grupperinger av samfunnet sammen for å tilbe gudene, symbolene eller totempælene. Ved slike samlinger dannes det hva Durkheim kaller «collective effervescence», en kollektiv eufori som aktørene bærer med seg i hverdagslivet. Denne opplevelsen av eufori og samhold rundt det hellige, bidrar til opprettholdelse av religionen som hellig (Ritzer & Stepnisky, 2021, s. 110 - 115).

2.3 Et ukrenkelig og hellig selv

Der religion er hellig hos Durkheim, beskriver Goffman selvet som hellig. For å opprettholde selvet som ukrenkelig og hellig, kreves gjensidig respekt og en verdig og respektabel oppførsel. Selvet er skjørt, og selvets ukrenkelighet er under konstante trusler.

I artikkelen «The Nature of Deference and Demeanor» (Goffman, 1956), får vi blant annet et lite innblikk i en avdeling ved et psykiatrisk sykehus. Pasientene som er innlagt med alvorlige psykiske lidelser, kan ha vansker med å opprettholde selvet og egen respektabilitet. Deres fremtoning mot helsepersonellet kan også mangle hva vi i en «normal» setting ville regnet som respektabel oppførsel. Her bruker Goffman begrepsapparatet «deference» and

«demeanor». «Deference» kan oversettes til det å verdsette andre mennesker ved å unngå å tre over deres personlige grenser, eller hvordan man presenterer seg selv ovenfor den andre i en interaksjon. «Demeanor» kan oversettes til oppførsel. En aktør med god «demeanor» presenterer seg selv med oppriktighet, uselvskhet, med aktsomhet i språkbruken og kontroll på egne følelser. I hverdagen som lege eller sykepleier, er du avhengig av å besitte god «demeanor». God oppførsel er nøkkelen til ivaretagelse av ikke bare egen respekt, men også pasientens respektabilitet og verdighet (Goffman, 1956).

Denne dualiteten kommer frem i Goffman`s samhandlingsordenen.

2.4 Samhandlingsordenen

Sosiale situasjoner oppstår ifølge Goffman gjennom ansikt-til-ansikt interaksjoner mellom aktører. I slike situasjoner er det avgjørende at aktørene har en felles oppfatning av situasjonen. Denne dualiteten er sentral i Goffman`s samhandlingsordenen. Interaksjonen kan ikke eksistere over tid uten at aktørene er tilstede i interaksjonen. Goffman skriver;

“for always in the interaction order, the engrossment and involvement of the participants – if only their attention – is critical, and these cognitive states cannot be sustained for expected periods of time or much survive forced lapses and interruption”
(Goffman, 1983, s. 3)

Samhandlingsordenen består av tre avgjørende faser. De tre fasene er; åpning, gjennomføring og lukking. Åpningen skjer når aktørene signaliserer til hverandre at de er interessert i å komme i kontakt med hverandre. Når kontakten er opprettet, gjennomføres interaksjonen på bakgrunn av en felles oppfatning av situasjonen. Situasjonens status quo opprettholdes eller endres av de samhandlende aktørene. For at aktørene skal tre ut av samtalen med respektabiliteten i behold, er det nødvendig at interaksjonen avsluttes på en verdig og hensynsfull måte (Aakvaag, 2008, s. 72 - 73).

I situasjoner hvor en aktør dummer seg ut, eller oppfører seg på en lite respektfull måte, ivaretas respektabiliteten ved hjelp av et reparasjonsarbeid. Om en person for eksempel promper utenfor den private sfære, brukes reparerende uttrykk som; «unnskyld» eller «oops» for å redde ansikt. Det er ikke bare personen som taper ansikt som kan benytte seg av disse teknikkene. De kan benyttes av alle involverte aktører i interaksjonen. (Aakvaag, 2008, s. 74).

2.5 Vårt rollespill til daglig

Dagliglivet består av utallige interaksjoner og situasjoner. For å tre inn i ulike situasjoner ikler aktøren seg situasjonsbetingede roller. I «Vårt rollespill til daglig» (Goffman, 1992), bruker Goffman en analogi fra teaterverdenen når han beskriver hvordan aktøren trer inn i ulike roller for å opprettholde selvet i ulike dagligdagse situasjoner. En aktør som går på jobb som sykepleier, ikler seg sykepleierrollen når hen trer inn mellom sykehusets fire vegger. For sykepleieren er dette scenen. Man spiller ut rollen frontstage blant kollegaer og pasienter. For å ivareta selvet og egen respektabilitet, følger aktøren de gitte situasjonsbetingede rammene og rolleforventningene som forventes av sykepleierrollen.

Artisten som skal fremføre et musikalsk verk, er på lik linje med sykepleieren innstilt på å imøtekomme publikums forventninger til fremføringen. Når situasjonen, her konserten eller arbeidsdagen, er lukket, trekker hen seg tilbake backstage. Livet utenfor scenen eller sykehuset, backstage, gir rom for restitusjon og forberedelser til en ny fremføring (Andersen & Kaspersen, 2013, s. 235 - 237).

2.6 Face-work

For å ikke tape ansikt bruker aktøren «face-work». Verbale og non-verbale virkemidler og teknikker brukes for å ivareta et respektabelt selv. Aktøren velger teknikker og virkemidler ut i fra egen oppfatning av situasjonen og de involverte aktørenes oppfatning av hen. Når en aktør trer inn i en interaksjon, kan de andre deltakerne forvente at aktøren er forberedt på at en eventuell respons fra de andre deltakerne er basert på deres oppfatning av hen (Goffman, 2005, s. 5). Face-work dreier seg altså ikke bare om å opprettholde eget selv. En vellykket interaksjon dreier seg like mye om å ivareta lytterens selv. Denne dobbeltheten er fundamentet for samhandling og opprettholdelse av interaksjonen.

Det er mange følelser og emosjoner tilknyttet «face-work». Aktøren som trer inn i en velkjent situasjon, kan ha en tendens til å ta bildet og oppfatningen de andre deltakerne har om hen for gitt. Slike møter kan være relativt følelsesløse. Når en aktør kommer ut av et møte som gikk bedre enn forventet, er det sannsynlig at hen sitter igjen med positive følelser i etterkant.

Negative følelser kan oppstå i situasjoner hvor ansikt er tapt og selvet krenket (Goffman, 2005, s. 6 - 8).

I tillegg til å opprettholde eget ansikt, er det forventet at sosiale aktører har interesse for å ivareta andre deltakers «face». Det å ikke vise hensyn når en er vitne til at andre taper ansikt, blir sett på som hjerteløst. En aktør som opplever at den andre taper ansikt, men fortsetter uforstyrret videre i interaksjonen, oppleves å opptre uten skam (Goffman, 2005, s. 10 - 11).

«Face-work» handler om å unngå trusler mot selvet. Det er forventet at alle medlemmer av et samfunn besitter grunnleggende kunnskap, og vet hvordan de skal bruke slike beskyttelsesmekanismer. Det er for eksempel forventet at en lege eller sykepleier ikke strigråter eller blir psykisk overveldet i interaksjonen med pasienten.

Om det skulle oppstå situasjoner som er en trussel mot selvet, er det vanlig å dele disse truslene eller bruddene inn i tre kategorier; uskyldige, ondskapsfulle eller trusler som er intendert.

For å beskytte seg mot disse truslene kan man velge å unngå dem. Er man allerede i en situasjon hvor hen frykter å tape ansikt, kan en defensiv strategi brukes. Da unngår hen temaer som kan føre til at situasjonen tar en uønsket vending.

En aktør som opptrer diskret og hensynsfullt, endrer gjerne egen oppfatning og forventning til situasjonen for å ivareta den andres respektabilitet. Dette er hva Goffman kaller beskyttende strategier (Goffman, 2005, s. 15 - 21).

Når trusselen blir reell, og selvet er krenket, går situasjonen over i en korrigerende fase. Deltakerne kan velge å identifisere misgjerningen, men likevel velge å gå videre i interaksjonen. En annen mulighet er at aktøren som er ansvarlig for misgjerningen blir gjort oppmerksom på hendelsen og får tilbud om å komme med en beklagelse. En unnskyldning kan også komme uoppfordret om aktøren bak hendelsen er oppmerksom på skaden hen har påført interaksjonen. Den skyldige aktøren kan også tilby kompensasjon til den som er fornærmet, eller hen kan ta inn over seg hva hen har gjort og gjøre opp for sine handlinger. Etter den korrigerende fasen, kan interaksjonen gå tilbake til normalen (Goffman, 2005, s. 15 - 21).

Samfunnet har fastsatte normer for taktfull opptreden. Goffmann kaller dette taktfull uoppmerksomhet. Om man er i svømmehallen og møter en annens blikk, anerkjenner aktørene hverandre, men forlater interaksjonen før det oppstår pinligheter. Dette er et

eksempel på en sosial ramme. Man unngår å stirre fordi dette er en sosialt akseptert norm for taktfull opptreden. Leger og sykepleiere bruker for eksempel taktfull uoppmerksomhet i forbindelse med undersøkelser og stiller hvor intime deler av kroppen blottlegges. Brudd på sosialt aksepterte normer kan også ha en naturlig årsak, hvor aktøren ikke kan klandres for lite hensynsfull opptreden (Aakvaag, 2008, s. 74) (Andersen & Kaspersen, 2013, s. 238). Disse rammene eksisterer uavhengig av aktøren, og fungerer som et normbasert manuskript for ivaretagelse av individers selv, respektabilitet og verdighet.

2.7 Emotional labour

Leger og sykepleiere har en jobb hvor ulike følelser, både positive og negative, er en del av hverdagen. I deres arbeidshverdag kreves det at legen og sykepleieren har kontroll over egne følelser, og hvordan de uttrykker dem ovenfor pasient og pårørende. Dette er hva Arlie Hochschild kaller «emotional labour» (Hochschild, 2012, Kap. 3).

Hochschild viser til to strategier for følelshåndtering; «surface – acting» og «deep – acting». «Surface – acting» handler om å opprettholde det Goffman kaller «face» utad. Selv om man kjenner på sterke indre følelser, bruker man denne strategien for stenge de ekte følelsene ute. Her er det viktig å skille mellom følelser man har i kraft av sin rolle, og ens egne indre følelser.

«Deep – acting» dreier seg om de indre følelsene. I krevende situasjoner kan det være nødvendig å prøve å endre disse følelsene. I den vanskelige samtalen kan man føle på sorg og fortvilelse. «Deep – acting» dreier seg da om å forsøke å endre disse følelsene. Man prøver å snu sorgen og fortvilelsen over til håp og realistiske mål om fremtiden. Om man klarer å snu de indre følelsene, er det også lettere å opprettholde «face» utad (Hochschild, 2012, Kap. 3)

2.8 New public management

I takt med den rivende teknologiske utviklingen på 1980 – tallet, vokste det frem et behov for effektivisering av offentlig sektor. Tanken var at offentlig sektor var avhengig av styringsprinsipper som ble brukt i privat sektor. Sluttsummen på «kassalappen» skulle sikres ved hjelp av blant annet effektivisering, privatisering og konkurranseutsetting. Virksomheter ble splittet opp i ulike enheter, og det ble lagt større vekt på desentralisering. Offentlig sektor ble fristet av økonomiske incentiver for å nå sine økonomiske mål på mest mulig effektiv måte (Civita, 2020).

New public management endrer også lederstrukturene i virksomheter. Der det før var et nedenfra og opp fokus rundt ledelse, ser vi nå et skifte i retning et ovenfra og ned perspektiv. Virksomhetene blir ledet utenfra, og det er ofte lange kommunikasjonslinjer mellom virksomhetslederne og den sentrale ledelsen. Dette kan føre til unødvendig stor grad av byråkratisering og langsomhet i beslutningstaking (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 8.1.2). Kravet om effektivisering finner vi også i norsk spesialhelsetjeneste. Innsatsstyrt finansiering (ISF) og fritt sykehusvalg er noen av tiltakene som er iverksatt for å oppnå større effektivitet og lønnsomhet i spesialhelsetjenesten (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 8.1.2).

2.9 Veien videre

Ved hjelp av Hochschild's og Goffman's begrepsapparat og teori presentert over, vil jeg nå presentere mine empiriske funn. Begreper som face-work, frontstage, backstage, selvet, respektabilitet, verdighet, emotional labour, new public management og surface – acting og deep - acting vil være sentrale i diskusjonen og analysen av de empiriske funnene.

Kapittel 3: Metode

Valg av metode står sentralt i arbeidet med en akademisk tekst. I arbeidet med å identifisere problemstilling og forskningsspørsmål, ble en kvalitativ metode for datagenerering og innhenting av data valgt som mest hensiktsmessig.

I en kvantitativ forskningsmetode, arbeider man med store og omfattende datasett, mange variabler og lukkede spørsmål. Den store datamengden kan gi stor grad av generaliserbarhet rundt funnene. I slike studier har ofte forskeren en viss distanse til respondentene. Som en motsats til dette, gir en kvalitativ forskningsmetode forskeren større grad av nærhet til sin empiri. Både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode kan brukes i sosiologiske studier. Kvalitativ metode vil bli brukt i dette prosjektet. Ved bruk av kvalitative metoder genereres data ofte ved hjelp av intervju, etnografiske studier eller deltakende observasjoner (Stuvøy & Tøndel, 2022).

Problemstillingen tar utgangspunkt i leger og sykepleieres opprettholdelse av selvet, egen respektabilitet og verdighet i den vanskelige samtalen. For å få innsyn i leger og sykepleieres subjektive og sosiale verden fra et sosiologisk perspektiv, er en empirinær kvalitativ tilnærming til deltakeren nødvendig.

Kvalitativ empirisk forskning innenfor samfunnsvitenskapene har ofte et induktivt preg. Slik induktiv forskning / grounded theory baserer seg på empirisk innhentet data, og har som mål å utvikle nye teorier og konsepter om et sosialt fenomen som er generaliserbare, og som kan anvendes i studier av andre sosiale fenomener (Stuvøy & Tøndel, 2022).

I dette prosjektet ønsker jeg å danne meg et bilde av leger og sykepleieres subjektive meninger og verdier. Jeg er interessert i å se Goffman`s teorier fra helsepersonellens sosiale verden. Dette er en mer abduktiv tilnærming til empirien.

Ved en abduktiv tilnærming baserer man sin teoretiske forståelse av mennesket eller situasjonen man studerer på bakgrunn av deres perspektiver, meninger og verdensbilder. Man ser forskningen fra deres synsvinkel. Dette kan gjøre oss i stand til å se empiri og teori i et annerledes lys, og det kan gi oss svar som var annerledes enn hva vi gjerne hadde forventet

(Bryman, 2016). Situasjoner hvor man opplever at empirien bryter med våre forventninger basert på eksisterende teori, kaller Vassenden for «produktive anomalier» (Vassenden, 2018). Slike anomalier kan benyttes til å endre allerede eksisterende teori.

Aktuell teoretisk litteratur er hentet fra pensumlitteratur, forskningsartikler og akademiske tekster. Google Scholar og ORIA er brukt i forbindelse med litteratursøk. Intervjuene med lege og sykepleiere er gjennomført med spørsmål basert på problemstillingen. Denne er utviklet med bakgrunn i allerede eksisterende teori.

Ved å se undersøkelsesgruppen fra et sosiologisk teoretisk perspektiv, vil innhentet data og empiri danne et godt grunnlag for diskusjon rundt utvalgets verdier, meninger og perspektiver, sett ut i fra deres sosiale verden sett i lys av det teoretiske bakteppet.

3.1 Undersøkelsesopplegg og struktur

Intervju er den mest brukte metoden for datagenerering innenfor kvalitativ forskning (Bryman, 2016). Som metode for datagenerering, ble semistrukturert intervju / dybdeintervju sett som mest hensiktsmessig for denne teksten. Denne metoden gir et større spillerom for fri tale og digresjoner hos respondenten, i motsetning til kvantitative metoder og strukturerte intervjuer hvor spørsmålene ofte er mer «lukket» (Bryman, 2016). Dette danner en mulighet for at respondenten kan svare basert på deres perspektiver, meninger og sosiale verden. Slike intervjuer gir også stor grad av fleksibilitet. Selv om forskeren har utarbeidet spørsmål og intervjuguide i forkant, er disse bare et veiledende virkemiddel i samtalen.

Teksten fokuserer på leger og sykepleiers subjektive strategier for opprettholdelse av selvet, respektabilitet og verdighet. For å på best mulig måte gi rom for subjektivitet, ble det bestemt at intervjuene skulle skje i en ansikt – til - ansikt interaksjon, en – til – en. Andre kvalitative metoder som fokusgrupper og deltakende observasjon ble derfor valgt bort i arbeidet med dette prosjektet.

I en intervjusetting er det flere forhold som må ivaretas for å sikre god kvalitet og trygghet under intervjuet. Når en deltaker føler seg trygg, og det blir gitt rom for at deltakeren kan tale

fritt, er mulighetene for et godt intervju tilstede. Kjennskap til lokasjon og omgivelsene for intervjuet kan være en trygghetsskapende faktor. I dette tilfellet ble intervjuene gjennomført ved respondentenes arbeidsplass, som er en avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Det ble lagt til rette for bruk av samtalerom alle deltakerne var kjent med fra før. Før intervjuene igangsettes, er det nødvendig at intervjuer setter seg godt inn i deltakernes situasjon og hverdag. Hen skal være godt forberedt, være trygg på eget arbeid og være forberedt til å svare best mulig på spørsmål deltakerne måtte ha om prosjektet (Bryman, 2016).

Opptak av intervjuene ble gjort ved hjelp av diktafonappen tilhørende undersøkelsesverktøyet Nettskjema.no (Nettskjema, 2023). Intervjuene lagres kryptert i skyløsningen til Nettskjema, hvor intervjuer må identifisere seg med FEIDE eller ID – porten for å få tilgang til lydmaterialer. Lydopptakene var av god kvalitet, noe som gjorde transkriberingen enkel og oversiktlig.

3.2 Personvern

I arbeidet med prosjektskissen og ved deltakelse i obligatorisk forelesning om GDPR og personvern, gjorde jeg meg kjent med de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsfag, retningslinjer fra NSD (nå SIKT) og innholdet i personopplysningsloven (GDPR). Dette prosjektet inkluderer leger og sykepleiere ansatt i spesialhelsetjenesten. Det ble ikke innhentet pasienthistorier eller andre sensitive personopplysninger ut over det som dekkes av felles meldeskjema til NSD (nå SIKT).

Deltakerne fikk i forkant av intervjuene tilsendt et informasjonsskriv. Dette inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet, informasjon om hva deltakelsen i prosjektet innebar, formål med prosjektet, rettigheter, personvern og hvem som er ansvarlig for prosjektet. Skrivet inneholdt også en samtykkeerklæring om å delta i intervju. Alle deltakerne overleverte signert samtykkeerklæring i forkant av intervjuene.

På selve intervjudagen, ble deltakerne også gjort kjent med de digitale verktøyene som ble brukt, noe alle virket å være komfortable med.

I det videre arbeidet med teksten, vil både institusjon, eventuell avdeling og navn være anonymisert. Navn erstattes med Sykepleier 1, 2, 3 og Lege 1. Opplysninger om utdanning og

eventuell videreutdanning, samt antall års erfaring er hensiktsmessige for arbeidet med prosjektet, og er av den grunn ikke fjernet.

3.3 Valg av deltakere

Samtaler om alvorlig sykdom og død er dessverre dagligdagse for ansatte i spesialhelsetjenesten. Kreftsykdom er gjerne det første man tenker på når det er snakk om alvorlig sykdom. Kreft er relaterbart for alle samfunnslag, uansett sosial status og bakgrunn. I forarbeidet til prosjektet, kom jeg frem til at prosjektet var tjent med å fokusere på leger og sykepleiere som til daglig jobber med kreft og kreftsykdom. Dette ble gjort som en innsnevring av oppgaven, men også for at deltakerne skulle ha noenlunde samme erfaring med temaet, den vanskelige samtalen.

For å komme i kontakt med leger og sykepleiere som har kreftsykdom som sitt arbeidsfelt, var det nødvendig å ta direkte kontakt med spesialhelsetjenesten som behandler kreftsyke pasienter. Strategisk utvalg ble derfor benyttet som utvalgsmetode for dette prosjektet. Ved strategisk utvalg, går man i direkte kontakt med deltakere man vet kan være aktuelle for deltakelse i prosjektet. Ved å benytte seg av strategisk utvalg er det større sannsynlighet for at deltakerne er villige til, og har kunnskapen som er nødvendig for å diskutere det aktuelle forskningsspørsmålet (Bryman, 2016, s. 410 - 411).

Bruk av «snowball sampling», hvor man gjennom kontakter eller deltakere blir satt i kontakt med mulige intervjuobjekter, kunne også vært en mulighet. Fordelen med strategisk utvalg, er at man her har større sannsynlighet for å finne deltakere som faktisk har interesse for å delta i prosjektet.

Gjennom direkte kontakt via e-post til en strategisk utvalgt avdelingsleder, ble prosjektet presentert. Forespørselen om hvorvidt prosjektet var av interesse, ble diskutert internt i ledergruppen. Prosjektet og forskningsspørsmål ble her sett som relevant for videre deltakelse. Avdelingsleder sendte ut forespørslers til aktuelle kandidater, og tre sykepleiere og en lege meldte sin interesse for å delta i prosjektet. Opprinnelig ønske var å intervju to leger og to sykepleiere, men sett i lys av den pressede situasjonen i dagens helsevesen, er jeg veldig takknemlig for de fire deltakerne som ville ta seg tid til å delta i prosjektet.

3.4 Intervjuguide

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål, ble ulike innfallsvinkler og relevante problemstillinger drøftet. Sentrale tema som kunne fremkomme av intervjuene ble diskutert. Prosjektet fokuserer på leger og sykepleieres subjektive tanker, verdier og meninger rundt den vanskelige samtalen. For å oppnå denne subjektiviteten, ble spørsmål som omhandlet pasienten derfor ikke inkludert i intervjuguiden.

Ved utforming av en intervjuguide til et semistrukturert intervju, er utformingen av spørsmålene en viktig del av prosessen. Spørsmålene skal ikke være «lukkede», og de skal være av en slik karakter at deltakeren skal kunne prate fritt når spørsmålet besvares. Det ble lagt vekt på å unngå ledende spørsmål, da formålet med intervjuet er å innhente deltakernes subjektive meninger og perspektiver.

Rekkefølgen på spørsmålene var ment som veiledende med unntak av introduksjonsspørsmål og avsluttende spørsmål. Dette ble gjort for å ivareta intervjuets semistrukturerte karakter. En slik fremgangsmåte gir rom for oppfølgingsspørsmål og eventuelt mer utdypende spørsmål (Bryman, 2016, s. 472 - 474).

Prosjektet rører ved følelsesladde temaer som død og alvorlig sykdom. For å ivareta deltakernes verdighet og eventuelle følelsesreaksjoner, ble det gitt rom for at spørsmål som kunne oppfattes vanskelige og utfordrerne kunne sløyfes.

3.5 Intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i en en – til – en interaksjon med deltakere fra en spesialhelseavdeling i en stor norsk by. Det ble i forkant reservert samtalerom hvor intervjuene skulle finne sted. Deltakerne var alle familiære med lokalene, og jeg tror dette var en trygghetsskapende faktor. 30 – 45 minutter ble satt av til hvert intervju. Lydopptak av intervjuene ble gjort via diktafonappen til Nettskjema.no (Nettskjema, 2023), og det ble tatt korte notater underveis i samtalen.

Samtalene fløt fint, og deltakerne hadde alle mange flotte og verdifulle refleksjoner og erfaringer rundt forskningsspørsmålet. Deltakerne jobber til daglig med et medisinsk «mind set». Flere av deltakerne viste til tider litt nervøsitet for at svarene deres ikke skulle være brukbare eller feil. Utsagn som; «Uff, svarer jeg riktig nå?» eller «er dette noe du kan

bruke?»), gikk igjen hos flere av deltakerne. I disse situasjonene føler jeg at jeg klarte å betrygge dem med at svarene var bra. Her finnes ikke rett og galt.

Lege og sykepleiere hadde alle reflektert mye rundt temaet den vanskelige samtalen. Dette er en del av deres arbeidshverdag, og refleksjon både i for- og etterkant av en slik samtale er viktig. Dette var utelukkende en positiv faktor for kvaliteten på intervjuene.

Intervjuenes semistrukturerte karakter ga deltakerne godt spillerom for å fremme egne tanker rundt temaet. Som en myk start ble deltakerne spurt om å fortelle litt om en helt vanlig arbeidsdag i avdelingen. Jeg opplever at dette var en god strategi for å gi samtalen en uformell og trygg karakter.

Under intervjuet med lege x, måtte intervjuet settes på pause, da lege x måtte svare på en vakttelefon. Opptaket av intervjuet ble da stoppet. Opptaket ble gjenopptatt når lege x var ferdig med telefonsamtalen. Til tross for avbrytelsen, føler jeg ikke dette svekket den videre gangen og kvaliteten på intervjuet.

I etterkant av alle intervjuene skrev jeg ned refleksjoner rundt opplevelsen av intervjusettingen. Dette var verdifullt i etterkant og under transkribering, da jeg kunne knytte synsinntrykk og eventuelle følelsesreaksjoner til teksten.

3.6 Fra empiri til teori

For å kunne analysere og drøfte empiri opp mot problemstilling, kreves det et teoretisk grunnlag. Videre i teksten følger det en gjennomgang av utvalgt sosiologisk teori.

Vi skal en kort tur innom Emile Durkheim's religionssosiologi, men hovedfokus er Erving Goffman's symbolske interaksjonisme og Arlie Hochschild's «emotional labour».

Kapittel 4: Empiri og analyse

Jeg vil nå diskutere og analysere innhentet empiri i lys av det teoretiske bakteppet. Empiri, diskusjon og analyse vil bli slått sammen for på best mulig måte kunne diskutere og analysere de ulike funnene i empirien. For å gjøre dette på en mest mulig oversiktlig måte, vil jeg med bakgrunn i utformingen av teorikapittelet dele empiri og analyse inn i ulike delkapitler. Begrepene fra teoridelen vil gå igjen i flere av delkapitlene, men vil på bakgrunn av funnene bli diskutert mer inngående hver for seg. Den vanskelige samtalen er helt sentral i dette prosjektet. Den vil derfor diskuteres opp mot teori og empiri i alle delkapitlene. For å gi leser et bilde av hvem deltakerne er, vil jeg i første omgang gi en kort beskrivelse deltakerne.

4.1 Deltakerne

Deltakerne i prosjektet er alle ansatt ved en spesialisthelseavdeling ved et stort sykehus i Norge. De jobber alle med kreft og kreftbehandling. Jeg har intervjuet en lege og tre sykepleiere. Alle fire deltakere er kvinner, og har mellom 10 og 23 års erfaring i yrket.

Sykepleier 1: Hun er utdannet sykepleier, men har også lederutdanning og har flere års erfaring fra lederyrket før hun begynte i nåværende stilling. Sykepleier 1 har jobbet ved en annen avdeling på det aktuelle sykehuset. Hun har 23 års erfaring i yrket.

Sykepleier 2: Er utdannet sykepleier med videreutdanning innen kreftsykepleie. Hun har erfaring fra hjemmesykepleien, og har til sammen 13 års erfaring i yrket. Fem av disse årene som kreftsykepleier.

Sykepleier 3: I tillegg til sykepleierutdanningen har sykepleier 3 videreutdanning innen palliasjon. Hun har tidligere erfaring fra kommunehelsetjenesten, og har 13 års erfaring i yrket.

Lege x: Har medisinerutdanning med spesialisering innen onkologi. Hun jobbet i fire - fem år innen ulike medisinske felt før hun begynte å jobbe med kreft for ti år siden. Med til sammen 15 års erfaring, er hun nå seksjonsoverlege ved den aktuelle avdelingen.

4.2 Selvet

«Det er brei semje i vår kultur om at menneskeverdet er ukrenkeleg. Dette er eit samlande syn i den europeiske tradisjonen. Menneskeverdet er til stades i kraft av at ein er menneske, og ikkje ut i frå kva ein har gjort seg fortent til...» (St.meld. nr.26 (1999-2000), 1999)

Stortingsmelding nr. 26 fra 1999, fastsetter menneskeverdet som ukrenkelig. Dette er i tråd med Goffman`s oppfatning av selvet som hellig. Her ser man bort fra sosiale ulikheter og status. Likhetsprinsippet er en av grunnpilarene for pasientens helsevesen. Men hva med helsepersonellet? I sykehustalen fra Helse og omsorgsdepartementet, Januar 2022, rettes det et søkelys på nettopp dette. Regjeringen ønsker å gå bort fra «pasientens helsevesen» til «vårt felles helsevesen» (Helse og omsorgsdepartementet, 2022). Nå er ikke bare pasientens ukrenkelige menneskeverd i fokus. Denne omformuleringen inkluderer helsepersonellens ukrenkelige menneskeverd og selv. Dog en liten omformulering, er dette en uhyre viktig en. For å utføre helsetjenester av god kvalitet, på en verdig og trygg måte, er det essensielt at også helsepersonellet blir sett.

4.3 Trygghet

Følelsen av trygghet stikker seg ut som en av de viktigste faktorene for opprettholdelse av selvet. Alle deltakerne fremhever opplevelsen av å føle seg trygg på seg selv, egen kunnskap og innsikt i pasientens situasjon og sykdom i forkant av den vanskelige samtalen.

«Det jeg føler er best, og det jeg føler er viktig sånn optimalt sett, er at jeg kjenner pasienten godt fra før. Både personligheten, men også sykehistorien. Da er jeg litt mer sikker på hva det er jeg har å jobbe med» (Sykepleier 3)

«Så det å føle en viss trygghet før den vanskelige samtalen er viktig for deg?» (Intervjuer)

«Ja, det er veldig viktig synes jeg» (Sykepleier 3)

Her ser vi at Sykepleier 3 bruker mye tid på å lese seg opp på pasienten i forkant av den vanskelige samtalen. Om vi ser dette ut i fra Goffman`s teateranalogi, forbereder hun seg backstage, før hun sammen med legen går inn på pasientrommet, frontstage. Den forberedende fasen danner en viss oppfatning av hva som kan forventes i ansikt – til – ansikt interaksjonen med pasienten. Tryggheten og kunnskapen om pasientens sykdom og bakgrunn,

er en beskyttende faktor for opprettholdelse av selvet. Dette behovet kommer også frem i intervjuet med Lege x;

«...jeg har som sagt et veldig stort behov på å lese meg opp på pasienten, slik at jeg kan være trygg på at jeg vet så mye som mulig av historien. Du kan jo ikke vite alt, men jeg prøver å oppdatere meg for å være tryggest mulig i forhold til pasientens historie og sykdomsutvikling» (Lege x)

4.4 En felles forståelse

Bevisstheten rundt omstendighetene i situasjonen og hvilke rolleforventninger som eksisterer i kraft av yrkestittel, fungerer som viktige verktøy for å gjennomføre interaksjonen i tråd med eksisterende situasjonsbetingede rammer.

Sosiale situasjonsbetingede rammer danner en felles oppfatning av hva som er forventet av aktørene i en interaksjon. At aktørene er av samme oppfatning av de sosiale normene som danner et rammeverk for interaksjonen, er avgjørende for at interaksjonen skal kunne gjennomføres uten at noen av aktørene taper ansikt. Før den vanskelige samtalen har pasienten og helsepersonellet en felles forståelse for hva som forventes i en slik setting. Partene går inn i samtalen med en god «demeanor», for å ivareta motpartens verdighet og respekt, «deference». Denne gjensidigheten og en felles forståelse av de normgivende verdiene i samfunnet, danner verdigrunnet den norske helsetjenesten er bygget på;

«Dei verdiane som den norske helsetenesta skal leggje til grunn for verksemda på alle nivå, må vere i samsvar med det som er demokratisk fastsett og akseptert som normgjevande i samfunnet. Dei må byggje på dei lange tradisjonane dei ulike yrkesgruppene i helsetenesta har for sjølv å gjere greie for kva som er grunnleggjande for yrkesutøvinga. Verdigrunnet må vidare vere kjent ikkje berre for fagfolk, men også for folk flest» (St.meld. nr.26 (1999-2000), 1999)

Oppfatninger og forventninger i forkant av den vanskelige samtalen, er med på å forme presentasjonen av selvet. Lege x beskriver dette på en fin måte. I en poliklinisk setting ser man gjerne pasienten for første gang. Her danner umiddelbare visuelle inntrykk, pasientens språk og bakgrunnsinformasjon en oppfatning av den forestående ansikt – til – ansikt interaksjonen. Legen kan på denne måten justere sin selvpresentasjon, for å på best mulig måte ivareta pasientens og sitt eget selv.

Pasientens habitus og kulturelle kapital er også en medvirkende faktor for legens presentasjon av selvet i interaksjonen. Om pasienten er biokjemiker vil medisinske begreper og terminologi være kjent for hen, mens en snekker gjerne ikke besitter denne kunnskapen.

«Mhm. Det er det som er litt spennende med denne jobben. Når du jobber for eksempel i poliklinikken, så går du ut på venterommet og henter en pasient og så skal du informere pasienten om dette, og da ser du jo pasienten. Du får mye informasjon bare av å se pasienten. Spratt hen av stolen, eller trenger hen tid til å komme seg opp. Så får du vite om bakgrunn, du hører hvordan de snakker, så det er enormt mye informasjon bare i denne presentasjonsrunden. Du må jo tilpasse denne informasjonen du skal gi til hvem du har foran deg. Det er jo noe du lærer deg til etterhvert, men også det at hvordan kan jeg tilpasse informasjonen på best mulig måte for pasienten? Har du en som er bioingeniør eller biokjemiker som forstår alt liksom, også de tingene vi heller ikke kan, så må du jo snakke om det på en helt annen måte enn om pasienten er en rørlegger eller snekker. De har på en måte ikke denne fagkunnskapen bak, så det tilpasses ut i fra pasientens bakgrunn» (Lege x)

4.5 Trusselen mot selvet

Det ukrenkelige og hellige selvet er under en konstant trussel. For deltakerne i prosjektet, kommer dette spesielt til uttrykk i situasjoner som kan relateres til egen livssituasjon. I slike situasjoner blir de indre og dype følelsene berørt, noe som kan oppleves som en trussel mot opprettholdelsen av selvet og egen respektabilitet.

«Men ja. Tilbake til den vanskelige samtalen. Det er spesielt en samtale jeg husker godt. Der var det mye med sykdom og på hjemmebane for pasienten. Uff ja. Jeg synes det er litt vanskelig å fortelle og forklare også. Jeg husker at denne pasienten var veldig i fornektelse. Legen og jeg måtte gå mange runder. Det var ikke bare gjort på en samtale. En måtte gi denne pasienten litt tid. Det ble ikke sagt så mye i den første samtalen, for det ble rett og slett for mye for pasienten. Når man har slike samtaler hvor det er vanskelig, så går man ofte sammen i ettertid for å snakkes om hva som ble sagt og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes. Hvordan kan vi snakke neste gang?» (Sykepleier 2)

«Ja, du kan føle deg litt liten. Det kan være en litt sånn ovenfra og ned holdning. «ikke kom her til oss og fortell oss hvordan vi har det», spesielt når man skal snakke om vanskelige ting, når du spør om de har barn og hvordan de har det. Da kan man få høre at man ikke skal komme her og fortelle dem hva slags foreldre de skal være. Da kan du føle deg litt liten. De kan også spørre spørsmål som er langt utover mitt utdanningsnivå, og da kan man føle seg veldig liten. Da kan det være lurt å trekke seg ut litt og si at jeg skal komme tilbake til dere med et svar, eller finne noen som kan svare på spørsmålet hvis jeg må ut av situasjonen på en måte» (Sykepleier 1)

Sykepleier 2 ble tydelig emosjonelt preget når hun fortalte om situasjonen som gjorde spesielt inntrykk på henne. Pasientens reaksjon var av en slik grad at samtalen måtte avbrytes. Dette er en god beskrivelse på en situasjon som krevde det Goffman kaller «beskyttende strategier». Legen og sykepleieren trekker seg tilbake backstage for å ivareta pasientens selv og respektabilitet.

For Sykepleier 1 kan situasjoner hvor pasient eller pårørende fremstår med manglende respekt og lite taktfull fremtreden føles truende for selvet. Hun nevner også situasjoner hvor det stilles spørsmål utenfor sykepleierens kompetanseområde. Som vi har sett over, har alle deltakerne hatt fokus på kunnskap om pasienten og sykdommen som en sentral kilde for opplevelsen av trygghet. Her møtes sykepleieren med rolleforventninger som går ut over hva som kan forventes av henne. Denne bristen i rolleforventningen blir en trussel mot selvet, og som Sykepleier 1 sier, «kan man føle seg veldig liten» (Sykepleier 1).

«Ja, det kan jeg kjenne på. I situasjoner hvor du har pasienter som er enten veldig misfornøyde eller veldig bestemte på ting som kanskje ikke er helt riktig. Ikke det at det nødvendigvis er en konflikt, men at man legger merke til at her er vi på helt forskjellig plass. Det å komme i mål da hvis du har en personlighet som er veldig aggressiv og bestemt, så kan en jo føle seg truet. Ikke sånn fysisk truet, men mer emosjonelt truet» (Lege x)

For Lege x kan situasjoner hvor en felles oppfatning av situasjonen er fraværende, oppfattes som en trussel mot selvet og egne følelser. Også her ser vi at avslutning av interaksjonen benyttes som beskyttelsesstrategi.

Som vi har sett eksempler på her, er arbeidet leger og sykepleiere gjør sterkt knyttet til følelser. Arlie Hochschild beskriver dette som «emotional labour». Det er mulig å se Hochschild's strategier for følelshåndtering i sammenheng Goffman's begrep «face-work». Hvordan opprettholder leger og sykepleiere «face» i situasjoner hvor sterke følelser er involvert?

4.6 Face-work og emotional labour

Opprettholdelse av et respektabelt «face» involverer mye følelser. Møte med dødssyke pasienter kan medføre store psykiske og følelsesmessige reaksjoner for legen og sykepleieren. Rolleforventningene er mange, og det er forventet at pasienten skal møtes med god

«demeanor». De indre og ekte følelsene skyves bort for å kunne «holde masken» under den vanskelige samtalen. Følelsesarbeid eller «emotional labour» som Hochschild kaller det, krever bruk av ulike strategier for å opprettholde det ansikt som er forventet av rolleinnehaveren.

«Ja, for det litt slik at feks hvis du har en krevende pasient, hvor alt du har lyst til er å kaldkvele dem. De er de friskeste, men de krever mest av deg. Da er du liksom hyggelig og alt det der, men så går du på bakrommet og bare, GRRRR!! Sant. Bare må få det ut fordi du må videre til neste. Det er det samme som at du gjerne kan gå på bakrommet eller det du kaller backstage for å gråte, fordi du kan ikke stå der å gråte og la pasienten ta seg av deg. Sant, hehe. Det blir feil» (Sykepleier 1)

Sykepleier 1 beskriver en situasjon hvor hun kjenner på et raseri og sinne hun ikke kan uttrykke ovenfor pasienten. Her er det viktig at en skiller mellom følelser som oppstår i kraft av rollen man har og de ekte indre følelsene. Strategiene Sykepleier 1 bruker i denne situasjonen, er det Hochschild kaller «surface – acting».

Sykepleier 1 beskriver bakrommet som en arena for utløp av sterke følelser. Følelsene kan her slippes fri uten frykt for tap av ansikt. Skyllerommet som en arena for de ekte følelsene er kjent blant hele kollegiet. Dette kommer også frem i samtalen med Sykepleier 2.

«Det blir mye skylleromsgråting til kollegaer, det kan det bli en del av. Vi tømmer oss på både medisinrom og skyllerom egentlig. Vi er heldigvis en god gjeng, så vi støtter hverandre hvis det er vanskelige ting. Det er et veldig bra kollegium» (Sykepleier 2)

Sett fra Hochschild's perspektiv er det som skjer backstage på medisinrommet en form for «deep – acting». Her slippes de indre og ekte følelsene løs, og det gis rom for å prøve å snu eller endre disse følelsene. Tårer eller en støttende klem fra en kollega kan gi styrken som trengs til å tre inn igjen i sykepleierrollen uten tap av ansikt.

4.7 Erfaring

For å unngå trusler mot selvet og egen respektabilitet i den vanskelige samtalen, nevner alle deltakerne erfaring som avgjørende for deres følelse av trygghet. Samtaleteknikker og beskyttende strategier, er noe leger og sykepleier tilegner seg i kraft av fysisk tilstedeværelse i slike ansikt – til – ansikt interaksjoner. Rammene rundt den vanskelige samtale, er basert på sosiale normer som fungerer uavhengig av de deltakende aktørene. Pasienten, legen og sykepleieren, har alle en viss oppfatning av hva en slik samtale innebærer.

«... Av erfaring så vet jeg jo at de aller aller fleste, i alle fall når det kommer til den vanskelige samtalen, så har de fleste tenkt gjennom det meste selv, slik at de gjerne ikke blir overrasket over de spørsmålene de får, for det har de gjerne allerede tenkt på» (Lege x)

Lege x forteller her at hun ved hjelp av erfaring er bevisst på at det i de fleste tilfeller eksisterer en felles oppfatning av hva som kan komme i den vanskelige samtalen. En felles oppfatning av situasjonen, er for Goffman avgjørende i ansikt – til – ansikt interaksjoner.

Videre forteller Lege x at hun i større grad enn tidligere er opptatt av å «bruke et språk som pasienten forstår...» (Lege x). Denne beskyttelsesteknikker bruker hun for å unngå distanse i samtalen. I situasjoner hvor pasient eller pårørende opplever det å ikke forstå hva som blir sagt, kan dette føre til at deres oppfatning av situasjonen ikke stemmer over ens med legens oppfatning. Interaksjonen kan i slike tilfeller oppleves som en trussel mot selvet og respektabiliteten til både lege og pasient.

Legespråket kan for Lege x være en beskyttende faktor mot de ekte og nære følelsene. Lege x forsøker til tross for dette å holde språket på et «folkelig» nivå for å opprettholde en felles oppfatning av situasjonen.

«Jeg er nok mye mer tydelig, og jeg føler jeg står mye tryggere i det. Så jeg tror jeg er mye tydeligere og er flinkere å bruke et språk som pasienten forstår for å prøve å ta det ned. Av og til tror jeg de vanskelige ordene, dette legespråket, kan være en distanse ikke sant, at du bruker det litt ubevisst, at du bruker dette for å beskytte seg selv litt, for om du bruker litt vanligere ord, så blir det på en måte nærere» (Lege x)

Også for Sykepleier 3 trekker frem viktigheten av erfaring. Hun opplever at man under utdanningen lærer det grunnleggende, men det er først når man får erfaring fra arbeidslivet at man får et «ekte» innblikk i sykepleierfaget. Den viktige trygghetsfølelsen i den vanskelige samtalen kommer som følger av erfaring og refleksjon. Når man er under utdanning, tilegner man seg grunnleggende kunnskap for å imøtekomme rolleforventningene til sykepleieryrket. Tiden man er under utdanning kan sees på som en backstage. Det er først når man blir yrkesaktiv og trer inn frontstage, at rollen finspisses og tryggheten som trengs for ivaretagelse av selvet oppstår. «Jeg tror trygghet har veldig mye å si. Jeg husker hvordan det var da jeg var ny og veldig usikker på ting, men heldigvis så går det seg til med årene, da» (Sykepleier 3).

Erfaring kan være et tveegget sverd. Med erfaring opparbeider man seg vaner som i noen tilfeller kan fungere som en slags «hvilepute». Goffman beskriver at aktører som går inn i velkjente situasjoner, kan gjøre dette med en viss tatt-for-gitt-het. Man glemmer å tilpasse «face» til situasjonen, og kan fremstå følelsesløs.

Sykepleier 1 forteller at erfaring har gjort at den vanskelige samtalen nesten har blitt en vane, «...det høres så fælt ut at det har blitt en vane. Hehe. Det høres helt grusomt ut...» (Sykepleier 1). Min oppfatning av deltakerne er at alle har en etisk og moralsk grunnholdning som gjør at selv om den vanskelige samtalen kan bli en vane, står aldri pasienten i fare for å bli møtt av en følelsesløs lege eller sykepleier.

Den store andelen av nyutdannede sykepleiere som slutter i yrket etter kun få år, kan ha en sammenheng med manglende erfaring. De får aldri tid til å opparbeide seg tryggheten og de beskyttende strategiene som kommer med erfaring. Manglende strategier for bearbeiding av følelser og et enormt tidspress, kan føre til at arbeidshverdagen rett og slett blir for tøff å stå i.

4.8 New public management

«Tid er jo en mangelvare» (Lege x)

Nyhets saker om et presset norsk helsevesen har blitt hverdagskost de siste årene. Mediene melder stadig om leger og sykepleiere som gråter av fortvilelse på grunn av det stadig økende tidspresset (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 4.4.4).

Covid – 19 – pandemien var en heftig prøvelse for helsevesenet, og rekruttering av helsepersonell har vært en utfordring nå i etterkant (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 4.4.2)

Innsatsstyrt finansiering hvor deler av finansieringen av foretakene delvis baserer seg på størst mulig effektivitet med lavest mulig kostnad (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 4.4.3).

Fra flere hold ser vi nå en skepsis til finansieringsprinsippene bak Helseforetaksmodellen. Politikere, medier og flere interesseorganisasjoner har stilt spørsmålstegn rundt et stadig økende økonomifokus i spesialhelsetjenesten.

Kritikken har nådd helt frem til regjeringspartiene, som i utarbeidelsen av Hurdalsplattformen gikk inn for å se på endringer i helseforetaksmodellen (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 1.1)

Sykehusutvalget ble oppnevnt i Statsråd 4. februar 2020. der fikk de mandat til å utrede eventuelle endringer i helseforetaksmodellen.

«Pasienter i hele landet skal sikres nærhet og likeverdig utredning og behandling ved sykehusene. Regjeringen vil at Norge skal ha en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggerne forsvarlig og trygg og omsorgsfull behandling på sykehus. Norske sykehus må organiseres slik at helsepersonell får bruke tiden til pasientkontakt» (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 1.1)

«...redusere uheldige utslag av markedstenkningen og sikre faglig skjønn, ledelse og kultur i sykehusene, jf. Hurdalsplattformen» (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 1.1)

Når sant skal sies er det ikke bare negative tanker rundt helseforetaksmodellen. Blant annet Sykepleierforbundet stiller seg positive til den eksisterende modellen, og mener den har bidratt positivt til effektivisering av spesialhelsetjenesten (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 4.2).

For leger og sykepleiere er pasientens liv og helse førsteprioritet. Dette forutsetter riktig og god behandling. Økt økonomifokus og tidspress kan oppleves som store trusler mot god faglighet og nok tid til pasienten. Dette kommer til uttrykk i Legeforeningens innspill til Sykehusutvalget;

«Legeforeningen mener at innføringen av profesjonelle styrer og mål- og resultatstyring utfordrer det faglige perspektivet i styringen av sykehusene, og at økonomifokuset har fått for stor plass på bekostning av fag og kvalitet» (NOU 2023: 8, 2023, Kap. 4.2).

Når kvaliteten på helsehjelpen trues, trues også helsepersonellens og pasientens selv. Som nevnt over, er trykksfølelsen i forbindelse med den vanskelige samtalen avgjørende for legen og sykepleieren. Stress som følger av tidspress og resultatkrav har en konstant tilstedeværelse i deres arbeidshverdag, og det jobbes intenst for å imøtekomme rolleforventningene pasienten har til dem. Selv om stresset påvirker samtalen, har helsepersonell et håp om at dette ikke skinner gjennom til pasienten.

«Tid er jo en mangelvare. Det er det som er den største utfordringen med å jobbe her. Du har ikke så god tid som du skulle hatt, og når du går inn i en slik samtale og føler at du ikke har fått forberede deg godt nok. Ok. Når har det vært mye, nå må jeg bare skumme meg gjennom, så da får du ikke forberedt deg godt nok. Da er du på utrygg grunn med en gang. Dette påvirker hvordan den samtalen blir, for det er noe med min trykksfølelse i situasjonen som... Jeg håper jo ikke jeg uttrykker det, men jeg tror likevel at

folk som kjenner meg hadde lagt merke til det, men jeg håper pasienten og pårørende ikke merker det i like stor grad i alle fall» (Lege x)

For at den vanskelige samtalen skal foregå på en så verdig og respektfull måte som mulig, må legen og sykepleieren «glemme» hvordan situasjonen er utenfor samtalerommet. Selv om avdelingen koker, er det ikke rom for hastverk i slike interaksjoner. En beskjed om at man har uhelbredelig kreft, er noe som vil utgjøre en eksistensiell trussel for selvet til de aller fleste mennesker. Behovet for å bli sett, møtt med respekt og støtte er stort i en slik situasjon. Man må legge til rette for pasientens reaksjonsbehov.

«Jeg føler jo det at vi ikke kommer inn i denne samtalen og haster på en måte. Det er gjerne mer hast i for- og etterkant, men jeg føler vi er gode på å yte god helsehjelp der og da om man kan si det slik. Man går ikke inn i en slik samtale med pasienten og rusler om du skjønner? Man skal kunne være der i etterkant for å eventuelt trøste, støtte og gi svar på spørsmål. Dette føler jeg vi er gode på. Da har jeg kollegaer som kan ta over oppgavene du har i avdelingen om du trenger å bruke mer tid sammen med pasienten» (Sykepleier 2)

I kollegiet arrangeres det gruppedager fire ganger i året. Her kan gruppemedlemmene lufte tanker og følelser om vanskelige situasjoner og hendelser. Det er en felles oppfatning blant alle jeg har intervjuet at alle kjenner på godt samhold og god støtte seg imellom. De kan alle relatere seg til kollegaens opplevelse i en vanskelig situasjon. Denne felles oppfattelsen gjør at interaksjonen med kollegiet har en trygghetsskapende faktor.

Felles debrief gjennomføres som oftest ved ekstra krevende og spesielle situasjoner. Selv om flere av deltakerne etterlyser mer fokus og muligheter for å gjennomføre debriefing også ved mindre alvorlige situasjoner, er det som følge av tidspress ikke gjennomførbart.

«Med tanke på tyngden av det vi står i, så skulle vi nok hatt mye mer tid til debrief også i de mindre sakene. En er jo bare et menneske, og når man overbringer en vanskelig beskjed, så påvirker jo dette en som person. En skulle nok vært flinkere å snakke om ting i for- og etterkant av det en står i. Helt klart» (Sykepleier 2)

«Det kan gå fra den ene til den andre. Du kan gå rett fra en slik samtale, så får du beskjed om at den og den pasienten skal ha for eksempel to poser blod. Da er det bare jaja, du må springe og gjøre det for det haster jo. Alt haster! Slik at det psykiske kommer i siste rekke. Altså deg selv kommer i siste rekke» (Sykepleier 1)

Følelser er en naturlig konsekvens av å være menneske. Tiden jobber her mot leger og sykepleieres behov for å bearbeide følelsene sine. Som Sykepleier 1 sier, kommer selvet i

siste rekke. Konsekvensene av dette gjenspeiler seg i skyhøyt sykefravær, noe som resulterer i ytterligere press på personalet som «holder skuta flytende».

«Jeg føler som leder hadde jeg mye bedre tid til å forberede en slik samtale. Da skulle du kanskje si noe så vanskelig som at det du gjør rett og slett ikke er bra nok, og du må skjerpe deg og slike ting. Altså, jeg sa det ikke på den måten, men da hadde jeg tid til å lage notater og sparre med en annen lederkollega på forhånd. Ok. Hvis det scenariet skjer, så kan du svare slik, eller hvis det skjer kan du svare slik» (Sykepleier 1)

Sykepleier 1 har lederutdanning i tillegg til sykepleierutdanningen. Hun har opplevd å ha den vanskelige samtalen fra et lederperspektiv. Her beskriver hun situasjonen rundt en slik samtale som litt mindre preget av tidspress. Det var større rom for forberedelser og drøfting av samtalen sammen med kollegaer. Basert kun på ett intervju kan jeg ikke si om dette funnet er generaliserbart til flere yrker, men det er likevel et interessant perspektiv til videre studier rundt temaet den vanskelige samtalen.

Kapittel 5: Konklusjon

I dette prosjektet har jeg undersøkt hvordan leger og sykepleiere opprettholder eget selv og respektabilitet i den vanskelige samtalen med pasienten. Empirien viser at det blir brukt flere ulike strategier for å ikke tape ansikt. Trygghet er et tema som går igjen i alle intervjuene. Deltakerne forteller at dersom de går inn i den vanskelige samtalen uforberedt eller er presset på tid, kan dette føre til tap av trygghetsfølelse i interaksjonen. Tryggheten til å stå i den vanskelige samtalen kommer med erfaring. Dette er kunnskap som ikke læres på skolebenken, men som tilegnes gjennom yrkeserfaring. I ansikt – til – ansikt interaksjonen med pasienten er store følelser i sving. Medisinrommet blir brukt som en arena for bearbeiding av de ekte og indre følelsene. Situasjoner som lett kan relateres til egen livssituasjon oppleves spesielt truende for opprettholdelse av selvet. Det ukrenkelige og hellige selvet er under en konstant trussel. Mangel på tid er ifølge alle deltakerne en av hovedårsakene til mange av utfordringene de møter i hverdagen. Tidspress gjør at deltakernes selv kommer i siste rekke. New public management, kravet om effektivitet og resultatstyring har ført til at det nå er et økende fokus på at disse styringsprinsippene kan gå på bekostning av kvalitet og faglighet i spesialhelsetjenesten. Regjeringen utreder nå mulighetene for en ny helseforetaksmodell, hvor tid til pasienten og faglighet får en større prioritering.

For å se funnene i prosjektet opp mot andre yrker eller sosiale situasjoner, er videre forskning på temaet nødvendig. En mikrointeraksjonistisk studie av den vanskelige samtalen fra et lederperspektiv kan være et eksempel på en studie som kan sammenlignes med dette prosjektet. Som det kommer frem i dette prosjektet, kan deltakeren med ledererfaring se klare forskjeller mellom lederrollen og rollen som sykepleier. Skulle oppgaven gjøres om igjen, hadde jeg valgt å intervju flere deltakere fra ulike yrkesgrupper. Dette kunne gjerne gitt en større grad av sammenlignbarhet.

Litteraturliste

- Andersen, H., & Kaspersen, L. B. (Red.). (2013). *Klassisk og moderne samfundsteori* (Hans Chr Fink, Overs.; 5. utgave, 1. opplag). Hans Reitzel Forlag.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (Fifth Edition). Oxford University Press.
- Civita. (2020). *New Public Management*. Civita.no. <https://civita.no/politisk-ordbok/new-public-management/>
- Goffman, E. (1956). The Nature of Deference and Demeanor. *American Anthropologist*, 58(3), 473–502. <https://doi.org/10.1525/aa.1956.58.3.02a00070>
- Goffman, E. (1983). The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review*, 48(1), 1–17.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (K. Risvik & K. Risvik, Overs.). Pax Forlag A/S.
- Goffman, E. (2005). *Interaction ritual: Essays in face-to-face behavior*. Aldine Transaction.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2022). *Sykehustalen 2022: Vi skal styrke vår felles helsetjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2022/id2895158/>
- Hochschild, A. R. (2012). *The Managed Heart, Commercialization of Human Feeling* (3. utg.). University of California Press. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uis.no/lib/uisbib/detail.action?docID=870020>
- Kreftregisteret. (2022). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.no. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Nettskjema. (2023, april 23). *Nettskjema*. Nettskjema. <https://nettskjema.no/>

- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus—Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/?ch=1>
- Reitan, A. M. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (T. Kr. Schølberg, Red.; 4. utgave, 1. opplag). Cappelen Damm akademisk.
- Ritzer, G., & Stepnisky, J. (2021). *Classical sociological theory* (Eighth edition). SAGE Publications, Inc.
- St.meld. nr.26 (1999-2000). (1999). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1999-2000-/id192850/?ch=1>
- Stuvøy, I., & Tøndel, G. (2022). *En Smak Av Forskning; Bacheloroppgaven Som Prosjekt, Prosess Og Produkt* (A. Tjora, Red.; 1. utgave, 3. opplag).
- Vassenden, A. (2018). Produktive anomalier: Teoriutvikling i empirisk sosiologi. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(02), 145–163. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-02-03>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.

