



DIALOG I DIÆTBEHANDLING

EN AKTIONSFORSKNINGSUNDERSØGELSE AF KOMMUNIKATIVE
KVALITETER I DIÆTBEHANDLINGSSAMTALER MED KRÆFTRAMTE

AF
NANNA RUENGRATOK LANG

PH.D. AFHANDLING 2020



AALBORG UNIVERSITET

DIALOG I DIÆTBEHANDLING

**En aktionsforskningsundersøgelse af kommunikative
kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte**

af

Nanna Ruengkratok Lang



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Ph.d.-afhandling 2020

Ph.d. indleveret: Juli 2020

Ph.d. vejleder: Professor, lic.phil., ph.d. Helle Alrø, Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejledere: Professor, overlæge, ph.d. Henrik Højgaard Rasmussen, CET, Aalborg Universitetshospital/
Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Forskningsleder for Klinisk Ernæring, Lektor, MKS, ph.d. Mette Holst, CET, Aalborg Universitetshospital
Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor, cand.mag., ph.d. Poul Nørgård Dahl (formand)
Aalborg Universitet
Lektor, cand.comm., ph.d. Jeanette Magne
Aarhus Universitet
Professor, cand.polit., ph.d. Ottar Ness
NTNU

Ph.d. serie: Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-123X
ISBN (online): 978-87-7210-669-4

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Kroghstræde 3
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

Forsidefoto: Jan Brødslev Olsen

© Copyright: Nanna Ruengkratok Lang

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2020



CV

Jeg er uddannet cand.psych. fra Aarhus Universitet i 2007. Siden 2005 har jeg været ansat ved Ernæring og Sundhedsuddannelsen på VIA University College (VIA Ernæring og Sundhed), hvor jeg er lektor og underviser i psykologi, sundhedspædagogik, didaktik og kommunikation. Jeg har blandt andet undervist i den motiverende samtale i mange år, og en del af min undervisning er meget direkte tilknyttet praktikken og praksis i form af praktikforberedende og -faciliterende undervisning før, under og efter praktikophold. Jeg er endvidere tilknyttet VIAs forskningscenter for pædagogik og dannelse, program for professionsdidaktik. Jeg har også været studievejleder i mange år og varetaget koordineringen af praktikophold i Thailand. Mine forskellige funktioner afspejler en stor interesse og drivkraft hos mig, som går i retning af relationer og forbindelse, både de nære en-til-en-relationer såvel som mellem teori og praksis, og på tværs af fag, professioner, kulturer og praksisser.

Et af mine hjerteboørn er de øveklientforløb, jeg har været med til at bygge op i vores ESKlinik på VIA Ernæring og Sundhed, hvor de studerende under supervision får mulighed for at gennemføre et kostvejledningsforløb med klienter fra 'den virkelige verden'. Her arbejdes der med den motiverende samtale i teori og praksis i samspil med ernæring, diætetik og øvrige fag. Det har åbnet en dør for mig ind i den diætetiske verden, da jeg herigennem er blevet introduceret til Nutrition Care Process-modellen (NCP), en diætetisk vejledningsmodel, der tilbyder en struktur, kritisk tænkning og et fælles sprog for diætbehandling og kostvejledning. En stor del af mit arbejde består således også i at arbejde med og forske i NCP nationalt og internationalt, og jeg har blandt andet været med til at oversætte NCP og den tilhørende terminologi til dansk.

ENGLISH SUMMARY

This dissertation seeks to highlight the importance of conversation in dietary counselling for persons with cancer. As a person with cancer you can be referred to a dietitian if you experience eating or weight loss issues seeing that this can have a crucial influence on your treatment as well as your quality of life. For the person with cancer, dietary counselling is not necessarily only about optimising their diet and stabilising their weight. In equal measure, it might be about understanding and handling the fact that one has trouble eating - and simply coming to terms with the illness and treatment you find yourself in the midst of. During the dietary counselling, one might therefore have to take into account physical as well as psycho-social and existential matters.

How can one as a dietitian handle and navigate in this complexity? What is the significance of how you communicate in dietary counselling? How can you communicate about nutrition and weight in a way where it becomes meaningful for both the dietitian and the person with cancer? That is the focal point of this Ph.D. dissertation where the following research question has guided the exploration:

What characterises communicative qualities in dietary counselling with persons with cancer, and how can a dialogic and person-centred approach that supports both the dietitian and the person with cancer be developed?

The aim of the dissertation has been to explore and specify the importance of the conversation in dietary counselling along with – and in – practice through an action research process with the purpose of strengthening dietitians' counselling skills and the options of persons with cancer. In the exploration of this, I have followed two dietitians at a Danish university hospital during their dietary counselling sessions with persons with cancer and subsequently spoken to the persons with cancer and their next of kin. The two dietitians and I have met in a dialogic research circle throughout the whole action research process where we have explored and developed their conversational practice together.

Theoretically and methodologically, the dissertation draws on especially Carl Rogers' person-centred approach (Rogers, 1951, 1957, 1962), William Miller and Stephen Rollnick's thinking in Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2013), and Helle Alrø's dialogic approach in coaching and action research (Alrø et al., 2017; Alrø, 2018; Alrø & Hansen, 2017b; Alrø & Kristiansen, 1998, 2006).

The dissertation offers insight into some communicative challenges appearing in the participating dietitians' current practice for dietary counselling with persons with cancer. The challenges are shown in the fact that the conversations tend to show elements of *check-ups* with an *internal agenda* and a *functionality and solution focus*. Furthermore, the dissertation also provides insight into what characterises **communicative qualities** in dietary counselling with persons with cancer. The dissertation identifies three circumstances in particular: *clear speech*, *person-centred guidance*, and *relational attention*.

- *Clear speech* is when the dietitian is transparent and explicit in his or her explanations and metacommunication: what needs to be addressed, why it is important, and how it can be handled. Furthermore, clear speech is when the dietitian speaks in a language comprehensible for the person with cancer and their next of kin.
- *Person-centred guidance* is guidance with autonomy. It is when the dietitian introduces what the conversation can be about – and includes the person with cancer to the extent the person wants this and can handle it. It is also when the dietitian offers information and options adjusted to the individual and based on the person with cancer's wants and needs.
- *Relational attention* entails that the dietitian pays attention to building rapport with the person with cancer, and that the dietitian is oriented towards how the person with cancer is doing, physically as well as mentally. Furthermore, it entails attention to what the person with cancer is motivated for and capable of.

Finally, the dissertation introduces the development of a **dialogic and person-centred approach to conversation** based on the above. Two dialogic tracks have unfolded. One track concerns the development of a *dialogic conversational structure* that can guide dietitians in the dietary counselling with persons with cancer. The dissertation introduces a number of important considerations with regards to a dialogic and person-centred approach to conversation. The second track concerns a contribution towards a *dialogic research circle* as a method for exploring and developing (conversational) practices. The dialogic research circle is based on three elements: *a dialogic spirit*, *co-reflection*, and *video as extended foundation for dialogue and reflection*. This dissertation must be considered a contribution to research in the communicative aspects of dietary counselling. The dissertation offers insight into the fact that true conversation as part of dietary counselling is significant with regard to the outcome of the counselling for patients and next of kin. It also has implications for whether or not the dietitian succeeds in explaining the purpose and possibilities of the dietary counselling. A person-centred and dialogic approach to conversation where the dietitian is relationally attentive, directive in a person-centred and dialogic spirit, and clear and to the point seems to support the practice of dietary counselling.

DANSK RESUME

Denne afhandling handler om samtalens betydning i diætbehandling til kræftramte. Som kræftramte kan man blive henvist til en diætist, hvis man oplever spise- og vægttabsproblematikker, da det kan have afgørende indflydelse på ens behandling såvel som livskvalitet. En diætbehandlingssamtale handler for den kræftramte dog ikke nødvendigvis kun om diætoptimering og vægtstabilisering. Den handler måske i lige så høj grad om at forstå og håndtere, at man har svært ved at spise – og i det hele taget at kunne begribe det sygdoms- og behandlingsforløb, man pludselig befinder sig i. I diætbehandlingssamtalen kan man derfor blive nødt til også at skulle tage højde for såvel fysiske, psykosociale som eksistentielle forhold.

Hvordan kan man som diætist håndtere og navigere i denne kompleksitet? Og hvilken betydning har det her, hvordan man taler sammen i diætbehandlingen? Hvordan kan man kommunikere om ernæring og vægt, så det bliver meningsfuldt for både diætist og kræftramte? Det er omdrejningspunktet for denne ph.d.-afhandling, hvor følgende forskningsspørgsmål har guidet udforskningen:

Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, og hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter både diætist og kræftramte i samtalen?

Afhandlingens ambition har været at undersøge og konkretisere samtalens betydning i diætbehandling sammen med – og i – praksis igennem en aktionsforskningsproces med henblik på at styrke diætisters vejledningskompetencer og kræftramtes handlemuligheder. I udforskningen heraf har jeg fulgt to diætister ved et dansk universitetshospital i deres diætbehandlingssamtaler med kræftramte patienter og efterfølgende talt med de kræftramte og pårørende. De to diætister og jeg har mødtes i en dialogisk forskningscirkel igennem hele aktionsforskningsprocessen, hvor vi sammen har udforsket og udviklet deres samtalepraksis.

Teoretisk og metodisk trækker afhandlingen især på Carl Rogers' personcentrerede tilgang (Rogers, 1951, 1957, 1962), William Miller og Stephen Rollnicks tænkning i den motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2013) samt Helle Alrøs dialogiske tilgang i hjælpesamtaler og aktionsforskning (Alrø et al., 2017; Alrø, 2018; Alrø & Hansen, 2017b; Alrø & Kristiansen, 1998, 2006).

Afhandlingen giver indblik i nogle kommunikative udfordringer, der viser sig i de deltagende diætisters aktuelle praksis for diætbehandlingssamtaler med kræftramte. Udfordringerne viser sig i, at samtalerne bærer præg af at være *kontrolsamtaler* med en *indre dagsorden* og en *primær funktionalitets- og løsningsfokusering*.

Samtidig giver afhandlingen også indsigt i, hvad der karakteriserer **kommunikative kvaliteter** i diætbehandlingssamtaler med kræftramte. Her identificerer afhandlingen særligt tre forhold: *Klar tale*, *personcentreret styring* og *relationel opmærksomhed*.

- *Klar tale* er, når diætisten er gennemsigtig og tydelig med at forklare og metakommunikere: hvad der skal tales om, hvorfor det er vigtigt, samt hvordan det kan håndteres. Klar tale er endvidere, når diætisten taler i et sprog, som kræftramte og pårørende forstår.
- *Personcentreret styring* er styring med autonomi. Det er, når diætisten introducerer, hvad samtalen kan handle om – og inddrager den kræftramte, i det omfang den kræftramte ønsker og magter det. Og det er, når diætisten med afsæt i den kræftramtes ønsker og behov tilbyder information og handlemuligheder tilpasset den enkelte.
- *Relationel opmærksomhed* indebærer, at diætisten er opmærksom på at få etableret en god kontakt til den kræftramte, samt at diætisten er orienteret mod, hvordan den kræftramte har det, fysisk såvel som psykisk. Det indebærer endvidere en opmærksomhed på, hvad den kræftramte er motiveret for og i stand til.

Endelig introducerer afhandlingen også udviklingen af en **dialogisk og personcentreret samtaletilgang**, der er funderet i ovenstående. Her har to dialogiske spor foldet sig ud. Det ene spor vedrører udviklingen af en *dialogisk samtalestruktur*, der kan guide diætister i deres diætbehandlingssamtaler med kræftramte. Afhandlingen introducerer her en række opmærksomhedspunkter, der er forankret i en dialogisk og personcentreret tilgang til samtale. Det andet spor vedrører et begyndende bud på en *dialogisk forskningscirkel* som metode til udforskning og udvikling af (samtale)praksis. Den dialogiske forskningscirkel er baseret på tre grundelementer: *en dialogisk ånd*, *samrefleksion* og *video som udvidet dialog og refleksionsgrundlag*.

Denne afhandling skal ses som et bidrag til forskningen i de kommunikative aspekter af diætbehandling. Afhandlingen giver indblik i, at *samtale* i diætbehandling har betydning for, hvad patienter og pårørende får ud af behandlingen, samt om diætisten lykkes med at forklare diætbehandlingens funktion og muligheder. En personcentreret og dialogisk samtaletilgang, hvor diætisten er relationelt opmærksom, styrende i en personcentreret og dialogisk ånd og klar i mælet, ser ud til at understøtte diætbehandling.

TAK

Jeg skylder mange mennesker en stor tak for, at denne afhandling er blevet en realitet.

Først og fremmest vil jeg sige stor tak til alle de kræftramte og pårørende, der gav mig lov til at få et indblik i deres diætbehandlingsamtaler, og som samtidig har delt ud af deres meget indsigtsgivende og bevægende betragtninger, oplevelser og erfaringer med livet som kræftramt med spisevanskeligheder. I samme åndedrag vil jeg sige tusind tak til 'mine' to diætister. Tak for samarbejdet og for at I ville åbne døren ind til jeres samtalepraksis for mig. Tak for jeres åbenhed og ærlighed, mod og risikovillighed. Tak for at lade mig komme med 'ind i praksis' – det har på alle måder været øjenåbnende, betagende og lærerigt. Og tak til hospitalet og de implicerede afdelinger for at vi har måttet gennemføre dette forskningsprojekt.

Kære Helle Alrø. Hjertelig tak til dig for at du i sin tid sagde ja til at tage mig under din vinge – en fremmed fugl, der pludselig bankede på din dør. Tak for din omsorgsfulde og imødekommende tilgang, din nærværende, respektfulde og samtidigt knivskarpe, konstruktive og stimulerende vejledning. Du har et skarpt øje for detaljen, og jeg har lært meget af dine (irriterende) gode spørgsmål. Tak for, at du har formået at finde balancen mellem tilpas udfordring og støtte – du har i den grad mødt mig og været netop den støtte, jeg havde brug for.

Kære Henrik Højgaard Rasmussen og Mette Holst. Tusind tak fordi I indvilgede i at gå med i dette projekt. I har guidet mig i en verden, hvor jeg hidtil kun har haft teoretisk viden og sporadisk kontakt. I har lært mig et nyt 'sprog', jeg stadig er ved at lære, men som jeg nu forstår lidt mere af, og som har været en uvurderlig hjælp i koblingen mellem teori, praksis, fag, traditioner og professioner.

Tak til min arbejdsplads, Ernæring og Sundhedsuddannelsen, VIA University College og VIA Forskning og Udvikling for at give mig chancen for denne enestående mulighed. En stor tak til min tidligere leder, Karen Søndergaard, for din tiltro og opbakning, som gjorde, at dette blev en mulighed. Ligeledes stor tak til min nuværende leder, Lisbeth Thomsen, for din nysgerrighed og tillid til, at dette projekt var noget, der fortsat skulle bakkes op. Tak til alle mine kolleger for jeres tålmodighed, særligt hen under slutspurten. En særlig tak skal også lyde til det dygtige og altid hjælpsomme personale på biblioteket på Campus Aarhus N. I har været aldeles uundværlige i denne proces.

Tak til alle I kloge og skønne mennesker, jeg har mødt i videngruppen Center for Dialog og Organisation (CDO), som i fire år har været mine bonuskolleger: Helle Alrø, Poul Nørgård Dahl, Finn Thorbjørn Hansen, Lotte Thorsted, Lise Billund, Anete Strand, Dennis Jim Frederiksen, Camilla Valbak-Andersen, Karina Burgdorff Jensen, Sine Herholdt, Simon Berg, Bjarne Vind Sørensen og Louise Bak Søndergaard. Tak for jeres nærværende, favnende, bekræftende, nysgerrige og undrende måder at være på. Det har været berigende og betydningsfuldt, og jeg takker for både at have fået indblik i faglig fordybelse og anarkistisk plenum samt for at have været en del af Ungereren. En særlig tak til jer, der om nogen har hjulpet mig igennem skriveprocessen som skrivemakkere i Shut Up And Write-formatet. Både side-by-side og sammen hver for sig – I ved, hvem I er. Kære Sine, tak for de helt særlige samtaler i bilen mellem Aarhus og Aalborg – og for det daglige tjek, der er blevet en kærkommen del af hverdagen.

En særlig tak skal også lyde til alle jer, jeg har mødt i Action Research in Health Care (ARHC). Ikke blot er I søde og rare mennesker, I udgør et stærkt og vigtigt netværk, og I har skærpet min viden og tænkning om aktionsforskning i sundhedssektoren. Kære Randi Steensgaard. Af hjertet tak for at du har ageret støttehjul i den sidste etape. Tak for uvurderligt og berigende selskab – og venskab – på vores talrige skriveophold.

Da jeg gik i gang med denne proces, vidste jeg ikke helt, hvad jeg gik ind til. Det gjorde min familie og venner heller ikke – hvilket nok var meget godt. At komme i mål med denne afhandling har betydet, at der er meget, jeg ikke har deltaget i. Den største tak skal derfor lyde til min familie og venner – tak for jeres forståelse og overbærenhed. Især siger jeg tak til jer, mine dejlige børn, Ella og Daniel. I har om nogen måttet være tålmodige med jeres distræte ph.d.-mor. Tak fordi, I har holdt ud. Og tak fordi, I har hjulpet jeres far med at få hjulene til at køre i familien. Det har I været helt fantastiske til, og det gør mig umådelig glad og stolt.

Den sidste og allerstørste tak skal lyde til min mand. Kære Brian. Uden dig var det her aldrig lykkedes. Du har trukket et helt urimeligt stort læs i denne proces, og jeg var umuligt nået i mål uden dig og din støtte. Det, du har magtet, er ubegribeligt og uvurderligt, og det er jeg dig så taknemmelig for. Du har gjort, at jeg gentagne gange har kunnet tage af sted på konferencer og skriveophold – eller blot har kunnet lukke mig inde på kontoret – alt imens du har sørget for, at familien stadig hang sammen, at der kom mad på bordet, og at vores børn havde en forælder at gå til. For efterhånden blev jeg mest ph.d.-mor, og hende var der ikke meget ved. Jeg er så taknemmelig for at have dig i mit liv og ved min side. Tak for din støtte og opbakning, og alt hvad du har gjort. Du har i den grad vist mig, hvad kærlighed er, som Carl Rogers så fint udtrykker det: "Love is when each person is more concerned for the other than he is for himself". Tak for dig.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1. Indledning	15
Baggrund	15
To eat or not to eat	17
Diætbehandling handler om mere end mad	19
Diætbehandling er også et spørgsmål om kommunikation	21
Samtalens betydning i diætbehandling til kræftramte	25
Forskningsspørgsmål.....	27
Dialog i diætbehandling – to spor.....	29
Læsevejledning	30
Kapitel 2. Det videnskabsteoretiske afsæt.....	33
Et hermeneutisk afsæt.....	36
Forståelse og fortolkning som grundbetingelse.....	37
Kapitel 3. Den teoretiske ramme	49
Et personcentreret og dialogisk perspektiv	49
Dialog som kommunikationsform	51
Dialog som relationsform.....	52
Dialog i en sundhedsfaglig kontekst?.....	53
Fra sygdomsmodel til personcentrering	54
Carl Rogers' personcentrerede tilgang.....	59
Kontakt, kongruens, accept og empati	62
Rogers' tænkning i perspektiv	72
Den motiverende samtale	76
En måde at kommunikere på.....	76
Ånden i den motiverende samtale.....	78
Den motiverende samtale og diætbehandling til kræftramte?.....	80
Kapitel 4. Forskningsdesign og -metode	83
Forskningsdesignet.....	83
Aktionsforskning.....	86
En dialogisk og personcentreret aktionsforskningstilgang	89

En dialogisk forskningscirkel	100
Kvalitative interviews og videoobservation	108
Om transskribering	114
Det etiske aspekt	116
Analytisk tilgang – samtaleanalyse	118
Kapitel 5. En aktionsforskningsundersøgelse af diætbehandling	123
Præsentation af undersøgelsens empiriske kontekst	123
Når mad bliver et nødvendigt onde	125
Diætbehandling som del af kræftbehandlingstilbuddet	126
Aktionsprocessen	128
Processen i det dialogiske forskningscirkelarbejde	130
Kapitel 6. Introduktion til analysen	137
Analysens proces og optik	137
Diætbehandlingssamtaler i en dialogisk optik	137
Kapitel 7. Kommunikative udfordringer	139
Diætbehandling på diætistens præmisser	140
Indre dagsorden og kontrolsamtale	140
Funktionalitet og løsningsfokusering	154
Diætbehandling som samtalekontekst	162
Sammenfatning	167
Kapitel 8. Kommunikative kvaliteter i diætbehandling	171
Klar tale	172
Metakommunikation og forventningsafstemning	172
Gennemsigtighed i sprog og proces	175
Personcentreret styring	178
Styring med autonomi	179
Relationel opmærksomhed	184
Relationstryghed og lydhørhed	184
Humor	187
Sammenfatning	190
Kapitel 9. En dialogisk og personcentreret samtaletilgang	193

Når diætbehandling ikke kun handler om mad.....	193
Udvikling af en dialogisk samtalestruktur	196
Den dialogiske forskningscirkel som afsæt for samtaleudvikling.....	197
En dialogisk samtalestruktur.....	202
En dialogisk samtalestruktur i diætbehandling?	205
Sammenfatning.....	209
Kapitel 10. Metodekritiske overvejelser og efterrefleksion	211
Kapitel 11. Konklusion og perspektivering	215
Kommunikative udfordringer i diætbehandling til kræftramte	215
Kommunikative kvaliteter i diætbehandling til kræftramte	216
En dialogisk og personcentreret samtaletilgang til diætbehandling	217
Afhandlingens forsknings- og udviklingsbidrag	218
Perspektivering til videre forskning.....	218
Litteraturliste.....	223

FIGUROVERSIGT

Figur 1.1: Dialog i diætbehandling i to spor	31
Figur 2.1: Metateori	36
Figur 2.2: Forskningsprojektforløbet i et hermeneutisk praksisperspektiv	49
Figur 3.1: Dialog som kommunikations- og relationsform	53
Figur 4.1: Den dialogiske forskningscirkel og proces	85
Figur 4.2: Aktionsforskningsundersøgelsens to delprocesser	87
Figur 4.3: 4K-modellen	97
Figur 4.4: Den dialogiske forskningscirkel	105
Figur 4.5: DiaLoop-modellen	121
Figur 5.1: Standard kræftpakkeforløb	129
Figur 5.2: Aktionsprocessen i den dialogiske forskningscirkel	132
Figur 6.1: Analyseprocessens tre spor	139
Figur 6.2: Analysens optik	140

Kapitel 1. Indledning

Baggrund

Sit down and talk to me properly.... Talk to me about my eating habits, rather than saying right we've got these nutritional supplements; try these

(kræftramte i J. Hopkinson & Corner, 2006, s. 301)

Denne afhandling handler om samtalens rolle i diætbehandling til kræftramte, og den tager afsæt i diætisters diætbehandlingssamtaler med kræftramte og pårørende ved et dansk universitetshospital.

Det er en stor omvæltning i sig selv at få kræft, men for mange kræftramte følger der med sygdommen også udfordringer med utilsigtet vægttab og underernæring. Det kan være svært at håndtere også at skulle forholde sig til mad og vægt samtidig med at skulle håndtere, at man er alvorligt syg. Men ens vægt- og ernæringsstatus kan have afgørende betydning for sygdomsforløbet, da det i vidt omfang påvirker både livskvalitet, udbytte af behandling og i sidste ende overlevelse (Arends, Bachmann, et al., 2017; Dewys et al., 1980; Van Cutsem & Arends, 2005).

Det kan derfor være hensigtsmæssigt at tale med en diætist (Ravasco et al., 2005). Det er dog ikke alle kræftramte, der tilbydes diætbehandling, til trods for at de har oplevet et vægttab eller har svært ved at spise (Ravasco, 2019; Walsh et al., 2019). I en rapport fra 2016 om danske kræftpatienters kost og ernæring svarer næsten halvdelen af de adspurgte patienter, at de ikke har modtaget diætbehandling eller vejledning om deres kost og ernæring, og det til trods for, at også knap halvdelen af patienterne har haft et vægttab under deres kræftforløb (Kost og Cancer, 2016). Disse forhold burde have ændret sig, da opmærksomheden på ernæringens betydning i kræftforløb er stigende. En undersøgelse fra Schweiz viser dog, at øget opmærksomhed og retningslinjer ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der screenes for underernæring, i det omfang det foreskrives (Khalatbari-Soltani & Marques-Vidal, 2018), og det understøttes også af danske tal fra 2018 (Kost og Cancer, 2018).

Herudover ligger der en udfordring i, at mange kræftramte fortsat har spise- og vægttabsvanskeligheder, selvom de *har* fået diætbehandling (Bicakli et al., 2017;

Demark-Wahnefried et al., 2015; Hofto et al., 2018). Så problemet er tilsyneladende ikke bare løst ved at få diætbehandling. En mulig forklaring kan være, at mange i deres kræftforløb er plaget af svære gener som kvalme, opkast, smagsforandringer, slimhindeløsning og smerter (Arends, Bachmann, et al., 2017; Hofto et al., 2018; Ravasco, 2019), som gør, at det kan være svært at spise. Men en anden forklaring kunne også handle om, hvad det er for en diætbehandling, man som kræftramte har modtaget. Hvordan er diætbehandlingen forløbet, hvad er der blevet talt om, og *hvordan* er der blevet talt?

Det indledende citat er fra en kræftpatients møde med en diætist, og det taler ind i, hvorfor denne afhandling udforsker samtalens betydning i diætbehandling. "Sit down and talk to me properly", siger den kræftramte. Hvad prøver han at sige med det? Her er tale om en patient, der er blevet henvist til en diætist i sit kræftforløb, fordi han havde svært ved at spise. Men han fandt ikke diætbehandlingen hjælpsom (J. Hopkinson & Corner, 2006, s. 301). Han fik angiveligt information om ernæringstilskud, men det var ikke det, han havde brug for. Hvorfor er det vigtigt, kan man spørge? Formålet med diætbehandling er at stabilisere eller genoprette en tilfredsstillende ernæringstilstand (Kost & Ernæringsforbundet, 2019), og ernæringstilskud kunne meget vel tænkes at bidrage til en optimering af denne patients ernæringstilstand (jf. Arends, Bachmann, et al., 2017). Men spørgsmålet er, hvad patienten tager med sig fra diætbehandlingen, hvis han ikke oplever, at det er brugbart, eller hvis der ikke er blevet talt om det, der er meningsfuldt for ham? Og så melder spørgsmål sig også som: Hvad kan der mon ligge til grund for, at han ikke oplever, at det var hjælpsomt? Og hvilken betydning kan det have for diætbehandlingen, hvordan patienten bliver mødt (relationelt), og hvordan der bliver talt? Har patienten mulighed for selv at komme med input i samtalen, og bliver der talt i et sprog, patienten kan forstå og tale?

Diætbehandling til kræftramte er dels udfordret af ydre omstændigheder vedrørende at få opsporet og henvist kræftramte med spise- og vægttabsproblematikker (i tide), dels af indre omstændigheder, som har at gøre med, hvad diætbehandlingen består i, og hvordan der samtales herom.

Afsættet for denne afhandling er en aktionsforskningsundersøgelse, hvor vi har udforsket og udviklet, hvordan diætbehandlingssamtalen forløber imellem kræftramte og diætister: Hvad tales der om, hvordan tales der sammen, og hvordan kan der tales på en måde, så diætbehandlingen bliver meningsfuld og understøttende for såvel kræftramte som diætist? Her er det blevet tydeligt, at diætbehandling af kræftramte er kompleks, og at diætbehandling handler om mere end blot mad.

To eat or not to eat

“Jeg kan simpelthen bare ikke [spise], jeg har prøvet på alle leder og kanter” (Jens, kræftramt mand i nærværende projekt)¹.

At skulle tale med en kræftramt med spisevanskeligheder og vægttab om det at spise, er et andet udgangspunkt end at skulle tale med en, der skal begynde at spise lidt mindre af noget og vælge mere af andet². I sidstnævnte tilfælde, må man ofte stadig godt spise det, man plejer, men måske i nogle andre mængder eller udgaver, end man er vant til. Som småtspisende kræftramt kan man typisk *ikke* spise, som man plejer. Og måske har man slet ikke lyst til at spise, fordi man har kvalme eller ondt, eller fordi det, man tidligere kunne lide, pludselig smager grimt. Motivationen for at spise er derfor ikke nødvendigvis særlig stor. Hvilken betydning kan det have for diætbehandlingen?

At skulle tale med en diætist om mad og sine vægt- og spiseproblematikker som kræftramt er også et andet udgangspunkt end at skulle tale med en diætist om at lægge sine kostvaner om, så man kan leve mere hensigtsmæssigt. At få en kræftdiagnose vil for mange være livsombrydende, skræmmende og chokerende (Linden et al., 2012; Vehling & Kissane, 2018). En diætbehandlingssamtale, som på papiret skal handle om ernæringsoptimering og vægtøgning eller vægtstabilisering, kan for den kræftramte vise sig at handle om meget mere end mad, som også indbefatter fysiologiske, eksistentielle og psykologiske forhold. Hvilken betydning har det for diætbehandlingen?

At give og modtage diætbehandling i relation til kræft er omfattet af nogle omstændigheder, som gør det særligt relevant ikke kun at se på, hvad ernæringsanbefalingen skal lyde på (*kvantitet*; hvad og hvor meget), men også se på, hvem man sidder overfor, hvad der kan give mening – for begge parter, og

¹ Alle, der har deltaget i projektet, er anonymiserede. Af hensyn til læsevenligheden har alle fået tildelt et navn her i afhandlingen, men ingen optræder med deres rigtige navn. Jeg følger 7. udgave af APA-standarden for referencehåndtering, hvoraf det endvidere fremgår, at udsagn fra forskningsdeltagere ikke skal indgå i litteraturlisten, da det ikke er offentligt tilgængeligt materiale (American Psychological Association, 2019).

² Jeg prøver her ikke at forklejne det at skulle ændre livsstil eller kostvaner i forbindelse med eksempelvis overvægt. Jeg ønsker blot at fremhæve den forskel, der kan være i at skulle have en samtale om mad, når man godt kan og har lyst til at spise kontra, når det er smertefuldt, kvalmende eller bare ikke interessant.

hvad der kan lade sig gøre (*kvalitet; hvorfor, hvorvidt og hvordan*)³. Det indbefatter, at det kan være meningsfuldt at undersøge, hvordan der samtales, og hvad der samtales om i en kræftrelateret diætbehandling, samt hvilke elementer i kommunikationen, der kan se ud til at være understøttende for diætbehandlingen.

I 2015 bliver jeg kontaktet af et dansk universitetshospital, der vil høre, om jeg vil komme med et oplæg om den motiverende samtale (jf. Miller & Rollnick, 2014) på deres ernæringsstemadag. Jeg har på dette tidspunkt beskæftiget mig med den motiverende samtale igennem en årrække i min undervisning af studerende på Ernæring og Sundhedsuddannelsen, særligt i relation til, hvordan denne samtaleform kan bruges i samspil med ernæringsbehandling⁴. Den motiverende samtale er en personcentreret kommunikationsstil, hvor man er orienteret imod, hvad den anden (patienten) er motiveret for, for med afsæt heri at kunne hjælpe vedkommende i sin forandringsproces⁵ (Miller & Rollnick, 2014). Hospitalets henvendelse går specifikt på, at de gerne vil have et oplæg om, hvordan den motiverende samtale kan bruges i mødet med småtspisende patienter, da det er et område, de har fokus på, og som personalet oplever som værende udfordrende. Blandt andet spørges der til, hvad man kan gøre, når patienten ikke vil spise? Eller hvis patienten ikke forstår et vægttabs betydning for sin sygdomssituation? Og hvad gør man, hvis patienten ikke ønsker at øge sin vægt, selvom der har været et vægttab, der er u hensigtsmæssigt for patienten? Hvordan skal man tale med patienten om sådanne forhold? Det er for mig en ny vinkel på den motiverende samtales anvendelsesmuligheder, da jeg hidtil primært har beskæftiget mig med den motiverende samtale i relation til livsstilsændringer som for eksempel vægttab i forbindelse med overvægt eller at skulle spise efter en diabetesvenlig kost. Her vil samtalen ofte dreje sig om at hjælpe nogen til at spise noget andet eller mindre end det, man er vant til, og i den forbindelse eksempelvis arbejde med vaner og fristelser. Mit fokus har altså tidligere været, hvordan man kunne tænke den motiverende samtale ind i kostvejledningssamtaler med raske personer eller i diætbehandlingssamtaler med ikke kritisk syge.

At arbejde ud fra den motiverende samtale i mødet med småtspisende personer eller kritisk syge er et væsentligt andet afsæt, da der for eksempel kan være et

³ Jeg vil hævde, at det er noget, man bør gøre i alle former for ernæringsbehandling, men det bliver især aktuelt, når der som ved kræft eller tilsvarende kritisk sygdom er stor sandsynlighed for, at man er psykisk eller eksistentielt ramt (Linden et al., 2012; Vehling & Kissane, 2018) – og at det derfor kan være særligt udfordrende at skulle tale om mad.

⁴ Ernæringsbehandling kan ses som et overbegreb eller paraplybegreb, der dækker over kostvejledning (til raske), diætbehandling (til syge) og ernæringsterapi (til kritisk syge).

⁵ Den motiverende samtale uddybes i kapitel 3.

helt andet tidsaspekt; risikoen for at dø, hvis ikke man spiser, kan være besnærende tæt på. Ligeledes er udgangspunktet for at spise anderledes; smerter og madlede eller andres konstante påmindelse om, at man skal spise, kan gøre, at man ikke magter at spise – eller tale om at spise: ”Fordi altså et eller andet sted, jeg begynder at have det dårligt, hver gang jeg bare hører ordet sondemad” (Anders, kræftramt mand i projektet).

Motivation får pludselig en anden klang. Det bliver en anden måde at anskue motivation på samt det at arbejde med forandring med afsæt i personens egen motivation.

Jeg takker ja til hospitalets forespørgsel om et oplæg, og forberedelserne dertil bliver en øjenåbner, da det viser sig, at det er forholdsvist begrænset, hvad der findes af forskning i samtalen – eller kommunikationens – betydning for diætbehandling til småtspisende. Efter mit oplæg på hospitalet taler jeg videre med nogle af hospitalets diætister, der godt kan se muligheder i en samtale-tilgang, der tager afsæt i den motiverende samtale. De har dog samtidig svært ved at se, om det altid vil kunne lykkes i mødet med småtspisende, som for eksempel kræftramte. Noget af det, de oplever som særligt udfordrende i praksis, er, *hvordan* de skal tale med patienterne om at spise, når det netop er det, de har svært ved – eller måske slet ikke er motiverede for. Samtidig oplever de også udfordringer med at håndtere, at de blandt deres kræftpatienter både kan blive mødt af nogle, der kommer med håb (og motivation), og samtidig kommer der også patienter, der er i chok. For diætisterne er den store udfordring ikke så meget, *hvad* de skal anbefale, men *hvordan* de skal tale om det, og hvordan de skal navigere i den kompleksitet, der omgiver den kræftramtes situation.

Denne indledende snak bliver optakten til den aktionsforskningsundersøgelse, vi senere igangsætter på hospitalet om kommunikative aspekter af diætbehandlingssamtaler med kræftramte.

Diætbehandling handler om mere end mad

Diætetik kan defineres som ”studiet af ernæring og anvendelse af ernæringsvidenskabelige principper på både raske og syge mennesker” (Langer, 2017). Det vil sige diætetik handler om, hvordan man via ernæring på et videnskabeligt grundlag kan hjælpe – og behandle – syge og raske. I diætbehandling er udgangspunktet således at behandle og afhjælpe en ernæringsrelateret problemstilling, så ernæringstilstanden kan genoprettes eller bedres.

Det er ikke denne afhandlings ærinde at gå ind i de ernæringsmæssige eller ætiologiske forhold ved kræft, men det skal kort nævnes, at de diætetiske forhold

omkring kræft er komplekse og alvorlige. Det anslås, at mellem 15-80 % af kræftramte er underernærede⁶ (Holst & Rasmussen, 2019; Muscaritoli et al., 2017; Ravasco, 2019; Schneider & Correia, 2020), og at mellem 10-20 % af kræftrelaterede dødsfald skyldes underernæring og *ikke* selve kræfttumoren (Arends, Baracos, et al., 2017). Der er altså gode grunde til at igangsætte diætbehandling ved kræft. Der kan dog ikke entydigt peges på én bestemt behandling. Men en kombineret indsats, hvor man samtidigt intervenserer på ernæringsindtag, fysisk aktivitet og inflammation, ser ud til at have potentiale (Arends, Bachmann, et al., 2017; Fearon, 2008; Fearon et al., 2013). Til trods for at der efterhånden er konsensus om, at underernæring og vægttab i kræftforløb bør undgås, og at det kan påvirkes via en ernæringsindsats, så er rammerne om den diætetiske behandling fortsat udfordret af manglende anerkendelse eller prioritering (Aktas et al., 2016; Cotogni et al., 2019; Walsh et al., 2019). Og samtidig udfordres behandlingen af den kompleksitet, der udgør den kræftramtes situation (Cooper et al., 2015; Muir & Linklater, 2011).

Ordet diætetik kommer af græsk *diatētikós*, der henviser til levevis og læren om den rette ernæring (det vil sige med henblik på den rette levevis) (Agerholm, 2016; "Diætetik", u.å.). Indlejret i ordets betydning ligger således noget, der rækker ud over blot ernæring. Det handler om vores levemåde, den rette eller gode levemåde. Denne betydning kan være relevant at have i mente, når vi forholder os til den diætetiske indsats i kræftforløb. En diætist vejleder og behandler på baggrund af ernæringsfaglig viden og indsigt, men med reference til ordets oprindelse, så rækker diætetikken (langt) ud over blot det ernæringsfaglige. Og det bliver måske netop særligt tydeligt, når man som kræftramt får brug for diætbehandling. Her kan mad få en større betydning end blot at handle om energitæthed, kalorier, smag og nydelse. Hvad man spiser, hvor meget man spiser, *om* man spiser, kan blive et spørgsmål om ens levemåde – og overlevelse. Det åbner op for, at diætbehandling således ikke blot er et spørgsmål om, hvad og hvor meget man skal spise (kvantitet), men også et spørgsmål om, hvorfor, hvordan samt om man skal, vil eller kan spise (kvalitet). Det indebærer, at det som diætist kan blive relevant at have forståelse for, at mad for den kræftramte ikke nødvendigvis kun handler om indhold og kvantitet, men også om proces og kvalitet. Her bliver det relevant, ikke kun *hvad* man siger, men også *hvordan* man siger det, og diætbehandling er således også et spørgsmål om kommunikation.

⁶ Det store spring hænger dels sammen med, hvor præcist man har registreret underernæring (Muscaritoli et al., 2017), dels hvilken form for kræft, der er tale om, og hvor fremskreden kræften er (A. M. Ryan et al., 2016). Det væsentlige her er, at underernæring ved kræft forekommer i udpræget grad.

Diætbehandling er også et spørgsmål om kommunikation

Ser man på den eksisterende litteratur vedrørende ernæringsindsatsen til kræfttramte, tegner der sig et billede af, at forskningen i høj grad beskæftiger sig med betydningen af ernæringsintervention ved kræftbehandling, betydningen af ernæringsscreening eller vægtstatus, samt betydningen af en specifik diæt eller multimodale indsatser (se f.eks. Elia et al., 2006; Fearon, 2008; J. B. Hopkinson et al., 2011; E. Isenring & Elia, 2015; Nasrah et al., 2018; van Bokhorst-de van der Schueren, 2005). Det vil sige fokus går meget i retning af, hvilke diætetiske tiltag, der skal til for at ændre eller forbedre ernæringsstatus. I forlængelse heraf er der også studier, der specifikt fremhæver betydningen af, at der i det hele taget er en diætist inde over behandlingsforløbet. Fire studier kan her kort nævnes, der alle markerer vigtigheden af den diætetiske indsats i et kræftbehandlingsforløb (Aktas et al., 2016; E. A. Isenring et al., 2004; Reinhart et al., 2014; Rüfenacht et al., 2010).

I et studie af Isenring og kolleger (2004) fremhæves betydningen af en *tidlig og fokuseret* ernæringsindsats i kræftbehandling. Her lykkedes det at stabilisere vægttab og bedre ernæringsstatus samt fysisk funktionsniveau ved netop tidligt i forløbet at tilbyde patienterne individuel diætbehandling. Studiet viser endvidere, at diætbehandling i et kræftforløb har en effekt på livskvalitet. Det støttes op af Rüfenacht et al. (2010). Fokus for dette studie er ikke specifikt kræftpatienter, men det viser betydningen af en ernæringsintervention til småtspisende patienter⁷. Her finder de tilsvarende, at individuel diætbehandling er medvirkende til en bedret ernæringsstatus i form af øget indtag af energi og protein samt øget livskvalitet. Studiet fremhæver betydningen af en *individualiseret* diætbehandlingsindsats, når der er tale om underernærede eller småtspisende patienter. Men at der kan påvises en positiv effekt, er ikke ensbetydende med, at diætister tænkes ind i kræftforløb. Jævnfør den tidligere nævnte udfordring med manglende anerkendelse eller prioritering af diætistens rolle i kræftbehandling, afspejler studierne af Reinhart et al. (2014) og Aktas et al. (2016) netop den problematik. I sidstnævnte studie sammenligner de blandt andet lægers og diætisters screening og registrering af underernæring hos kræftpatienter. Her finder de, at læger og diætister på lige fod registrerer forekomst af underernæring, men hos lægerne ses en tendens til underreportering og underbehandling af ernæringsproblematikkerne. Aktas et al. (2016) anbefaler derfor, at diætister i højere grad bør indgå i kræftbehandlingsforløb, og at kommunikationen mellem læge og diætist (og øvrige faggrupper) bør styrkes. Denne tematik viser sig også aktuel i et studie af Reinhart et al. (2014). Her undersøger de relevansen og effekten af et *tværprofessionelt* gruppeundervisningstilbud til kræfttramte i stråleterapi, der skal understøtte

⁷ Knap halvdelen af de patienter, der indgik i dette studie havde en kræftdiagnose, men undersøgelsen gik bredt på underernæring hos indlagte patienter (Rüfenacht et al., 2010).

patienternes udfordringer og handlemuligheder i kræftforløbet. Men tankevækkende nok indgår der *ikke* en diætist i denne tværprofessionelle indsats, hvor ernæring ellers også kunne synes relevant at tænke ind. Det interessante er, at diætisten efterspørges i tilbuddet, hvorfor de i efterrefleksionen og som en del af deres konklusion påpeger, at der i fremtidige indsatser også bør indgå en diætist i sådanne tværprofessionelle tilbud.

Sammenfattende kan siges om forskningen i ernæring og diætbehandling ved kræft, at der især er tale om forskning, der falder inden for den kvantitative forskningstradition med henblik på at kunne vise en effekt (jf. ovenstående, se også f.eks. McCarter et al., 2018). Hancock og kolleger (2012) påpeger, at fokus også bør rettes mod, hvordan diætbehandling praktiseres, hvordan der kommunikeres, og hvad modtagerne af diætbehandlingen foretrækker i den henseende. Det peger i retning af studier inden for den kvalitative forskningstradition, der er orienteret mod, hvordan erfaringer og oplevelser kan forstås og beskrives (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Indkredses feltet til undersøgelser af den interpersonelle kommunikation og relation mellem kræftpatient og diætist, er det yderst begrænset, hvad der findes af studier⁸, og det kan derfor være relevant at brede søgningen ud til andre faggrupper. Her findes der blandt andet nogle interessante studier fra sygeplejerskeregi, hvor man har undersøgt patienters oplevelser dels med vægttab og spisning under kræftforløbet, dels med mødet med sundhedsprofessionelle, hvor diætister også udgjorde en del af gruppen (J. Hopkinson et al., 2006; J. Hopkinson & Corner, 2006). Disse studier viser, at kræftpatienter kan gå med bekymringer omkring deres vægttab, men da de oplever en tabuisering heraf, får de ikke vendt deres vægttabsbekymringer, og det kan derfor komme til at fylde u hensigtsmæssigt meget for patienterne. Patienterne giver også udtryk for at have bekymringer omkring deres spisning, men de oplever ikke altid, at det nødvendigvis er en hjælp at tale med eksempelvis en diætist om det. Det hænger blandt andet sammen med den måde, de har oplevet, at diætbehandlingen er foregået. Jævnfør kapitlets indledende citat, ønskes der ikke 'bare' generaliserede råd og anvisninger men i stedet en mere individorienteret snak, hvor diætisten tager afsæt i den enkelte patients kontekst og erfaring (J. Hopkinson & Corner, 2006, s. 301). Disse studier peger altså på, at der er vægt- og ernæringsmæssige forhold, patienterne har bekymringer om, men som de ikke i tilpas udstrækning har fået vendt med sundhedspersonalet – eller specifikt diætisten. Og samtalen med diætisten ønskes mere individualiseret.

I et review fra 2015, hvor man har set på den eksisterende kvalitative litteratur vedrørende kræftrelateret vægttab og underernæring, tegner der sig også et billede af, at vægttabs- og underernæringsproblematikker i kræftforløb opleves

⁸ Se bilag 1 for søgehistorik

som værende svært af såvel patienter som pårørende (Cooper et al., 2015). Reviewet har ikke specifikt set på diætbehandling men bredt på patienters oplevelser og erfaringer med deres møde med sundhedsprofessionelle i kræftforløb. Det fremhæves især, at vægttab og underernæring opleves som komplekst og flerdimensionelt, det vil sige kræftframte oplever, at vægttab og underernæring påvirker dem ikke kun fysisk, men også psykosocialt og eksistentielt. Et stort vægttab og ikke at kunne spise kan gøre, at man oplever, at døden kommer tæt på, og for nogens vedkommende, at man går med en angst for at dø. Desværre viser reviewet også, at patienterne oplever, at dette ikke er noget, der bliver taget hånd om. Lægens fokus er primært på sygdommen og behandlingsoutcome, og diætistens fokus er primært på at give information om specifikke fødevarer, tilberedelse og generelle anbefalinger. Dette harmonerer ikke med patienternes ønske om, at der også bliver taget højde for deres individuelle situation (Cooper et al., 2015, s. 108). Sammenfattende problematiserer reviewet, at der ved underernærings- og vægttabsproblematikker i kræftforløb ikke i tilstrækkelig høj grad bliver taget højde for disse problematikkers multidimensionalitet, som også indebærer, at den kræftframte kan være påvirket både fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt. Ligeledes at de sundhedsprofessionelle ikke i tilstrækkelig høj grad tilpasser deres behandling til den enkelte, hvilket kan hænge sammen med mangel på ressourcer, viden og en undgående kultur blandt de sundhedsprofessionelle. Sidstnævnte henviser til, at man undgår at bringe vægttabs- og underernæringsproblematikker op med den kræftframte eller pårørende, fordi man tænker, at det vil skabe unødigt stress og bekymring (Cooper et al., 2015, s. 108).

En bredere litteratursøgning, der ikke specifikt omhandler kræftforløb, men mere generelt omfatter den interpersonelle kommunikation og relation i diætbehandling, understøtter, at hvordan der kommunikeres i diætbehandlingen, kan have betydning for udfaldet af behandlingen, samt at en patient- eller personcentreret tilgang kan være hensigtsmæssig (Cant & Aroni, 2008; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014; Hancock et al., 2012; Morris et al., 2018; Sladdin et al., 2018; Vaillancourt et al., 2014). Af et review- og case-study fra 2014, med patientcentrering i diætbehandlingen som omdrejningspunkt, fremgår det, at diætister kan se fordele og muligheder i en patientcentreret tilgang i den diætetske indsats, og det er en tilgang, de ønsker at implementere (McMahon et al., 2014). Af et senere studie af Levey et al. (2019) fremgår det, at det dog kan være en hindring, at der ikke er klarhed omkring, hvordan patientcentrering skal forstås. Studiet fremhæver endvidere, at diætister efterspørger mere uddannelse i patientcentreret praksis samt muligheden for at få feedback på deres tilgang, og de fremhæver tidspres og andre opgaver som en hindring for at kunne praktisere en patientcentreret tilgang.

Af særlig relevans for nærværende afhandling skal nævnes et studie, hvor man har undersøgt kræftpatienters oplevelse af den diætetske indsats og specifikt

diætisternes kommunikative og interpersonelle tilgang (McCarter et al., 2018). Undersøgelsen er en del af et større studie, Eating As Treatment (EAT), hvor man i det diætetiske tilbud til hoved-hals-kræftframte har arbejdet med en særlig kommunikativ tilgang baseret på den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi (Britton et al., 2019). Af studiet fremgår det, at patienterne finder det hjælpsomt at tale med en diætist under kræftforløbet. Det er især væsentligt, at diætisten formår at forklare vigtigheden af madens betydning i et kræftforløb, herunder både hvad der er relevant at spise samt hvorfor. Særlige kvaliteter, der fremhæves i diætistens tilgang, er empati, medfølelse og støtte, samt evnen til at tilpasse samtalens indhold til den enkelte patient (McCarter et al., 2018, s. 2170–2172). Studiet introducerer også betydningen af at arbejde med patienternes motivation for at spise ved at koble mad og spisnings indflydelse til det overordnede behandlingsforløb. Dette fokus fører til, at patienterne kobler spisning med overlevelse, som til trods for at denne kobling for nogen er ubehagelig, også gør, at mange oplever det som motiverende. Af dette studie kan det altså tyde på, at diætistens evne til at være empatisk, medfølelse og støttende har stor betydning for diætbehandlingen. Ligeledes, at information om madens og vægtens betydning for kræftforløbet bliver tilpasset den enkeltes situation og behov, hvilket harmonerer med en personcentreret tilgang. Og endelig kan koblingen mellem spisning og overlevelse også se ud til at være en motiverende faktor (McCarter et al., 2018).

I tråd med hvad jeg også selv er nået frem til, konkluderer McCarter og kolleger (2018), at det meste af den eksisterende litteratur primært har fokus på effekt og outcome og ikke den specifikke relation og kommunikation imellem kræftframt og diætist, og at det er yderst begrænset, hvad der foreligger af kvalitative studier, hvor man undersøger kræftframtes oplevelser af diætbehandling som en del af deres samlede kræftbehandlingsforløb.

Opsummerende tegner der sig nogle tendenser i den kvalitative forskning i patienters og diætisters oplevelser af og erfaringer med den interpersonelle relation og kommunikation i diætbehandling, som går på tværs af flere studier (Cant & Aroni, 2008; Cooper et al., 2015; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014; Hancock et al., 2012; McMahan et al., 2014; Vaillancourt et al., 2012, 2014; Whitehead et al., 2009):

- Den interpersonelle kommunikation og relation er vigtig for oplevelsen og udbyttet af ernæringsindsatsen
- Diætistens vejledningskompetencer har betydning for, hvordan diætbehandlingen forløber
- 'God kommunikation' er når: diætisten lytter, udviser empati og accept, er imødekommende og støttende samt fagligt kompetent

- Både diætister og patienter ønsker en patient- eller personcentreret tilgang
- Patient-/personcentrering og 'god kommunikation' kan være svært at implementere, da det er tidskrævende
- Det er vigtigt at inddrage såvel patienters som diætisters perspektiver, når man ønsker at undersøge den diætetiske samtalepraksis

Denne gennemgang af litteraturen viser, at der er en interesse for samtals betydning i diætbehandling og en intention om at inddrage patienten i den diætetiske vejledning og gøre diætbehandlingen mere individualiseret og personcentreret. Det gælder også, når der specifikt ses på diætbehandling til kræfttramte.

Der efterspørges mere forskning, der kan bidrage til en større forståelse af betydningen af kommunikative forhold i diætbehandlingen samt en fælles forståelse af patient- eller personcentrering i diætbehandling. Ligeledes efterspørges der forskning, der inddrager patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af diætbehandling – og specifikt diætbehandling i kræftforløb (Cooper et al., 2015; McCarter et al., 2018). Der opfordres til mere forskning, hvor man undersøger potentialet for en personcentreret tilgang i diætbehandling, for eksempel specifikt den motiverende samtale (Murray et al., 2019). Og endelig efterspørges der forskning, der kan give mere viden om betydningen af kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelle *ikke* er en læge, men hvor man for eksempel specifikt undersøger kommunikative og relationelle aspekter af diætbehandling (Sohi et al., 2015; Vaillancourt et al., 2012).

Samtalens betydning i diætbehandling til kræfttramte

Som det fremgår af såvel forskningslitteraturen samt de udfordringer, der gives udtryk for i praksis, er der indikationer for, at kvalitative aspekter af diætbehandling har betydning for ikke kun oplevelsen men også udbyttet heraf. Der er velbeskrevne udfordringer med underernæring og vægttab i kræftforløb, men viden om de kommunikative aspekter af diætbehandling til kræfttramte er endnu i sin gryende udforskning. Denne afhandling er et bidrag til dette forskningsfelt.

Afhandlingen tager afsæt i nogle antagelser om samtals betydning i diætbehandling, som har haft indflydelse på afhandlingens retning og forsknings-spørgsmål. Det drejer sig især om, hvad jeg formoder, (dialogisk) samtale kan

gøre for diætbehandling, samt hvilken betydning det har at kunne tænke den kræftramtes motivation ind i samtalen:

- **Samtale** i diætbehandling har betydning for, hvad patienten tager med sig fra diætbehandlingen.

Når kræftramte fortsat taber sig eller ikke spiser som anbefalet, til trods for at de *har* talt med en diætist, så skyldes det ikke nødvendigvis alene, at de er plaget af fysiske gener som træthed, smerter og kvalme, eller at de er blevet vejledt i en uhensigtsmæssig diæt. Andre faktorer kan også spille ind. Der kan være psykiske eller eksistentielle faktorer i spil som chok eller oplevelsen af meningsløshed, kontekstuelle faktorer som tidspres, normeringer og besparelser, *og* kommunikative faktorer, som hvordan der tales om den diætetiske indsats, og hvordan samtalen er forløbet. Med tryk på *samtale* ligger der heri en forståelse af, at man taler *sammen* – forskelligt fra at tale til nogen, beordre, diktere, diskutere eller blot tale (monologisk). Hermed mener jeg altså ikke bare, at man udveksler ord, eller at diætisten fortæller, hvad den kræftramte bør gøre. Med tryk på *samtale* mener jeg, at der i denne talen ligger en intention om, at det bliver en *fælles* talen *sammen*, hvor der udveksles og undersøges perspektiver, og hvor der lyttes til hinanden og ikke blot tales til hinanden. Det indebærer også, at diætisten formår (og er interesseret i) at møde den kræftramte, åbent, lyttende og empatisk. Denne forståelse har rødder i Carl Rogers' personcentrerede tilgang til terapi (Rogers, 1951, 1957, 1962). Den er ligeledes inspireret af Helle Alrøs dialogiske tilgang i hjælpesamtaler (Alrø, in press; Alrø & Kristiansen, 1998, 2006; Alrø & Møller, 2016) samt William Miller og Stephen Rollnicks personcentrerede tilgang i den motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2014), og i løbet af afhandlingen vil denne samtaleforståelse blive foldet ud som dialogisk kommunikation.

- **Motivation** har betydning for, hvad den kræftramte tager med sig fra diætbehandlingen.

Den enkeltes motivation for det, der skal tales om eller handles på, har betydning for, hvad der kommer til at ske efter diætbehandlingen. Og her formodes det at gøre en forskel, om der er tale om en motivation drevet af primært ydre omstændigheder, eller om motivationen er drevet af forhold, som man kan relatere sig til, som giver mening for en, eller som harmonerer med ens værdier eller prioriteringer. Det har derfor betydning, at diætisten har forståelse for den kræftramtes perspektiv og udgangspunkt, og hvad denne er motiveret for – og parat til – for at kunne indtænke den kræftramtes motivation i diætbehandlingen. Dette at prøve at tage afsæt i, hvad den anden finder vigtigt og er motiveret for, harmonerer med en personcentreret tilgang ligesom ovenfor. Konkret betyder det, at fremfor at det er diætisten der med afsæt i en standardiseret anbefaling fortæller den

kræftramte, hvad denne bør gøre, formodes det at øge handleparathed – og handling – når der tages afsæt i det, den kræftramte er motiveret for i betydningen det, som vedkommende finder meningsfuldt og realiserbart. Denne forståelse af motivation trækker på Miller og Rollnicks tilgang til motivation (Miller & Rollnick, 2014) samt Edward Deci og Richard Ryans teori om selvbestemmelse (R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017).

Sammenfattende betyder ovenstående, at det formodes, at en personcentreret og dialogisk tilgang i diætbehandlingssamtalen vil være hensigtsmæssig i mødet mellem kræftramte og diætist, da det kan give plads til, at den kræftramte også kan komme til orde, og der tages hensyn til dennes viden, motivation og kompetencer. Det kan dels give diætisten et indblik i, hvad der er vigtigt og meningsfuldt for den kræftramte, dels kan det give den kræftramte mulighed for selv at få indflydelse på sin behandling, hvilket kan være med til at gøre behandlingen mere relevant, forståelig og realiserbar (og motiverende).

Antagelsen om, at meningsfuldhed og dialog er væsentligt, kan også spores i afhandlingens forskningsdesign og metodiske tilgang, der tager afsæt i aktionsforskning og kvalitativ metode (interview og videoobservation). Aktionsforskning er kendetegnet ved, at forskning udføres *i og sammen med* praksis, da det her er en antagelse, at hvis forskningen skal give mening for – og kunne bruges i – praksis, så gøres det bedst sammen med praksis og med afsæt i, hvad der er vigtigt og meningsfuldt for praksis (jf. Bradbury, 2015a). 'Praksis' er i denne sammenhæng diætbehandlingssamtaler med kræftramte ved et dansk universitetshospital, hvor aktionsforskningsprocessen er blevet gennemført sammen med to kliniske diætister.

Intentionen i denne afhandling er således *sammen med* praksis at udforske og udvikle, hvordan der samtales i diætbehandling til kræftramte, og specifikt hvordan en personcentreret og dialogbaseret tilgang kan tage sig ud i diætbehandlingssamtaler med kræftramte.

Forskningsspørgsmål

Med afsæt i ovenstående antagelser, er det afhandlingens overordnede formål og intention at bidrage med forskning, der kan give indblik i, hvilken betydning samtalen kan have for udfaldet af en diætbehandling, og på et mere konkret plan – igennem en aktionsforskningsproces – hvordan diætisters vejledningskompetencer kan kvalificeres, og hvordan kræftramtes handlemuligheder i relation til mad og vægtproblematikker kan understøttes gennem en personcentreret og dialogisk tilgang i diætbehandlingen til kræftramte.

På baggrund af dette formål lyder **afhandlingens forskningsspørgsmål** således:

Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlings-samtaler med kræftramte, og hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter diætist og kræftramte i samtalen?

'Kommunikative kvaliteter'⁹ skal her forstås som de forhold eller elementer i kommunikationen, som af de samtalende parter opleves som positive, gode og understøttende for samtalen, og som fra et samtaleanalytisk perspektiv vurderes at være understøttende for samtalen.

Følgende arbejdsspørgsmål har dannet ramme for undersøgelsen heraf:

- Hvilke forståelser af ernæringens betydning og ernæringsintervention i kræftbehandlingsforløb kommer til udtryk i praksis, og hvordan beskrives og opleves det af kræftramte, pårørende og diætister?
- Hvordan beskrives og opleves samtalen/den interpersonelle kommunikation og relation i diætbehandlingen af kræftramte, pårørende og diætister, og hvad opleves her som understøttende for samtalen?
- Hvordan kan et aktionsforsknings samarbejde med diætister, med afsæt i en personcentreret og dialogbaseret tilgang, understøtte udviklingen af diætisternes kommunikative og relationelle forholdemåde i deres samtaler med kræftramte? Og hvordan kan disse kvaliteter bringes konstruktivt ind i diætbehandlingsamtaler med kræftramte?

⁹ Kvalitet kommer af latin *qualitas*, afledt af *qualis*, der betyder 'hvordan' eller 'af hvilken beskaffenhed'. Ordet blev introduceret af Cicero (106-43 f.Kr.) som en oversættelse af Platons (427-347 f.Kr.) *poiotēs* (græsk), der indførte ordet for at kunne skelne mellem en genstand og genstandens egenskab (C. H. Koch, 2016; "Kvalitet", u.å.). Kvalitet har således at gøre med bestemmelsen af nogets beskaffenhed eller egenskab. I dag bruges ordet typisk til at beskrive de positive egenskaber eller forhold ved noget. Det er også således, det bruges, når jeg taler om kommunikative kvaliteter, men med den oprindelige bredere betydning af 'hvorledeshed' i mente. Jeg er opmærksom på, at det kan diskuteres, hvem der definerer, hvornår noget er godt eller positivt, hvorfor de samtalendes udsagn og udtryk (verbale og nonverbale) også inddrages i analysen heraf.

Dialog i diætbehandling – to spor

I denne afhandling har der foldet sig to dialogiske spor ud, som det fremgår af nedenstående figur:



Figur 1.1. Dialog i diætbehandling i to spor

Det ene spor vedrører den aktionsforskningsproces, der har fundet sted, hvor de to deltagende diætister og jeg har mødtes i en forskningscirkel, som igennem projektet har taget form af en *dialogisk forskningscirkel*. Fokus for cirklen har været udforskning og udvikling af diætisternes samtalepraksis for diætbehandling til kræftramte. Dette arbejde er blevet faciliteret med afsæt i dialogiske principper for kommunikation, samrefleksion, samt videooptagelser af diætbehandlingssamtaler mellem de deltagende diætister, kræftramte og pårørende. Efter deres samtale med diætisten er kræftramte og pårørende endvidere blevet interviewet om deres oplevelse af diætbehandlingssamtalen. Video- og interviewuddrag har indgået som samtale- og refleksionsgrundlag i forskningscirklen, såvel som analysegrundlag, og har fungeret som en udvidet dialog, hvor der er blevet givet stemme til de kræftramte og pårørende, selvom de ikke har deltaget i cirklen. Imellem forskningscirkelmøderne har diætisterne udforsket og afprøvet deres samtalepraksis i diætbehandling. Det har været en vekselvirkende proces, hvor deres erfaringer fra konkrete samtaler sammen med videooptagelser og interviews har inspireret arbejdet i forskningscirklen, ligesom arbejdet og indsigterne fra forskningscirklen har inspireret og udviklet samtaletilgangen i praksis. Dette spor vil blive foldet ud i kapitel 4 og 5 samt i analysen.

Det andet spor vedrører selve *diætbehandlingssamtalerne*, de to diætister har haft med kræftramte i løbet af aktionsforskningsprocessen. I arbejdet med at udvikle og afprøve en dialogisk og personcentreret samtaletilgang i diætbehandling, er der både trådt nogle kommunikative kvaliteter frem såvel som nogle udfordringer. Disse udfordringer og kvaliteter er der blevet arbejdet med i forskningscirklen, og det har blandt andet dannet grundlag for udviklingen af en dialogiske samtalestruktur, der er blevet udforsket og efterprøvet i diætisternes diætbehandlingssamtaler. Dette andet spor er omdrejningspunktet for analysen.

Læsevejledning

Kapitel 1: Indledning har givet en indføring i baggrunden for, hvorfor det har relevans at beskæftige sig med samtalens betydning i diætbehandling til kræftramte. Kapitlet introducerer til den eksisterende forskning i den interpersonelle kommunikation og relation mellem kræftramte og diætist, samt afhandlingens antagelser om, hvorfor *samtale* og motivation har betydning for diætbehandling. Ligeledes præsenteres afhandlingens forskningsspørgsmål og to dialogiske spor.

Kapitel 2: Det videnskabssteoretiske afsæt diskuterer afhandlingens fundering i Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik. Forholdet mellem metateori, teori og empiri drøftes, og det diskuteres, hvordan afhandlingen tager afsæt i grundtænkningen i den filosofiske hermeneutik uden dog at have et filosofisk eller ontologisk ærinde.

Kapitel 3: Den teoretiske ramme præsenterer det teoretiske fundament for afhandlingen, der udgøres af en personcentreret og dialogisk ramme. Kapitlet giver indledningsvist en indføring i en dialogisk kommunikationsteoretisk tilgang, som den især er repræsenteret ved Helle Alrø, hvor dialog ses som både en måde at kommunikere på og en måde at relatere sig på. Det drøftes, hvordan dialog såvel som personcentrering kan tænkes ind i en sundhedsfaglig kontekst. I forlængelse heraf giver kapitlet en indføring i Carl Rogers' personcentrerede tilgang, herunder hans betingelser for terapeutisk forandring. Rogers' tænkning diskuteres endvidere, blandt andet det ikkestyrende element. En udløber af Rogers' tilgang, der indeholder et mere (sam)styrende element, er den motiverende samtale af William Richard Miller og Stephen Rollnick, der afrundingsvist præsenteres.

Kapitel 4: Forskningsdesign og -metode giver en indføring i det dialogiske og personcentrerede aktionsforskningsafsæt samt forskningscirkeltilgangen. Her beskrives også den dialogiske forskningscirkel, der er udviklet i løbet af

projektet. Kapitlet introducerer herudover til afhandlingens anvendelse af kvalitative interviews og videoobservation samt overvejelser vedrørende etiske aspekter ved praksisnær forskning, samt når forskning involverer sårbare personer. Kapitlet rundes af med en præsentation af den samtaleanalytiske tilgang, der kommer til udtryk i DiaLoop-modellen.

Kapitel 5: En aktionsforskningsundersøgelse af diætbehandling introducerer aktionsprocessen og dens empiriske kontekst. Her gives en indføring i hospitalskonteksten og det kræftpakkeforløb, der udgør behandlingskonteksten for de kræftramte, og som diætbehandlingen er en del af. Efterfølgende foldes aktionsprocessen og det konkrete arbejde i forskningscirklen ud.

Kapitel 6: Introduktion til analysen er et kort kapitel, der introducerer analysens tre spor, der fordeler sig på de følgende tre kapitler.

Kapitel 7: Kommunikative udfordringer (analyzespor 1) analyserer og belyser, hvad der i afhandlingen har vist sig som kommunikative udfordringer. Dette kapitel er det længste af de tre analysekapitler, da det er her, den samtaleanalytiske tænkning og optik første gang bringes i spil. Kapitlet kommer endvidere til at danne afsæt for de to efterfølgende analyser.

Kapitel 8: Kommunikative kvaliteter (analyzespor 2) introducerer og analyserer, hvad der i afhandlingen er trådt frem som kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtalerne.

Kapitel 9: En dialogisk og personcentreret samtaletilgang (analyzespor 3) udfolder og diskuterer, hvordan der er blevet arbejdet med udforskningen af kommunikative kvaliteter i den dialogiske forskningscirkel, samt hvordan den generede viden kan omsættes og implementeres i diætbehandling. Det indebærer en diskussion af den dialogiske samtalestruktur, der er udviklet igennem projektet.

Kapitel 10: Et metodekritisk perspektiv er en kritisk drøftelse af og efterrefleksion over afhandlingens teoretiske og metodiske valg.

Kapitel 11: Konklusion og perspektivering giver afhandlingens konklusion og forskningsbidrag og peger frem mod, hvilke perspektiver, der kan ses i forlængelse heraf.

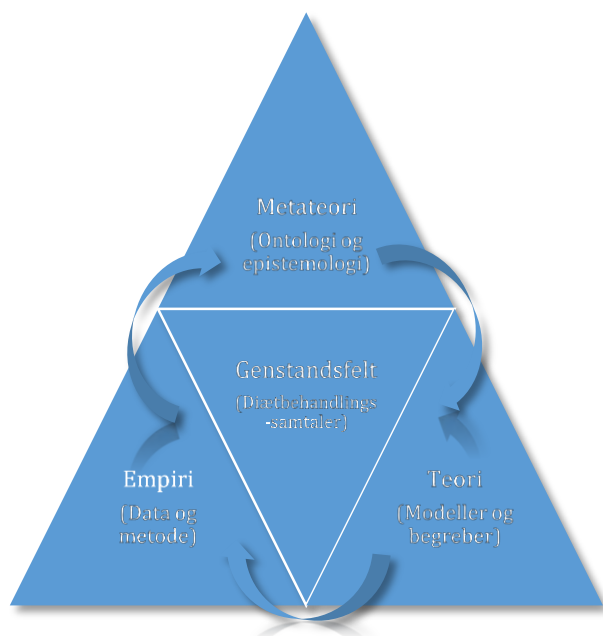
Kapitel 2. Det videnskabsteoretiske afsæt

Genstandsfeltet for denne afhandling er diætbehandlingssamtaler mellem kræftramte, diætister og pårørende. I det foregående blev der præsenteret nogle centrale antagelser om, hvilken betydning samtale og motivation har for diætbehandling. Når det vurderes at være relevant at introducere, så hænger det sammen med min forståelse af, hvordan samtaler kan analyseres og fortolkes videnskabeligt, det vil sige hvordan der kan opnås videnskabelig viden herom. Her er min grundforståelse, at vi erkender gennem fortolkning, og at vi altid bærer en forforståelse med os, som har indflydelse på vores forståelse og fortolkning, og hvad vi retter os mod. Dette udgangspunkt implicerer i fortolkning af samtaler, at det ikke er muligt at tilgå samtaler neutralt eller objektivt. Det ses ikke som en hæmsko, men det bliver et opmærksomhedspunkt, der tænkes aktivt med ind i analysen, hvor det eksempelvis derfor bliver relevant at forsøge at være sig sin forforståelse bevidst, så man ikke risikerer at stirre sig blind på sine egne 'for-meninger' (jf. Gadamer, 2007, s. 256)¹⁰.

Hvordan vi erkender, er et spørgsmål om *epistemologi*. Epistemologi omhandler, hvordan vi opnår viden (om verden), og hvordan vi i en videnskabelig sammenhæng kan "være sikre på, at det, vi tror, vi ved, er viden i videnskabelig forstand" (Bjerg, 2007, s. 43). Epistemologi er således et spørgsmål om, hvordan vi mener at kunne få adgang til viden om verden, samt hvor sikker en viden, der kan opnås. Omdrejningspunktet er her kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler, og det, at jeg i det hele taget mener, at (diætbehandlings)-samtaler kan være genstandsfeltet for en videnskabelig undersøgelse, relaterer sig til *ontologi*. Ontologi vedrører det værende, det vil sige hvad vi opfatter som 'virkeligheden', eller hvordan vi mener, at verden 'er' (Høyer, 2007). Vores ontologiske afsæt afspejler vores antagelser om verden, det der 'er'. Vores værensanskuelse har betydning for, hvad vi mener at kunne undersøge (eksempelvis 'en diætbehandlingssamtale') samt hvad vi mener at kunne opnå viden om (som 'kommunikative kvaliteter i diætbehandling').

¹⁰ Stirrer man sig blind på sine egne 'for-meninger', risikerer man at overse 'tekstens' anderledeshed og egentlige mening (jf. Gadamer, 2007, s. 256). Dette er også et spørgsmål om ansvarlig eller god videnskabelig praksis, hvor Cathrine Hasse (2010) blandt andet fremhæver, at "dårlig forskning er forskning, hvor forskerens erkendelsesledende begreber spærrer for forskerens (kulturelle) læreprocesser" (s. 103, min parentes). Netop for at det ikke bliver en ensidig søgen efter det, man (allerede) mener er 'rigtigt', eller det, man gerne vil finde eller (be)vise, så er det afgørende at forsøge at være sig sin forforståelse bevidst og forholde sig kritisk reflektivt til sine antagelser.

Ontologi og epistemologi beskriver det videnskabsteoretiske afsæt eller den *metateoretiske* position, der ligger til grund for ens teoriforståelse og -anvendelse. Vores metateoretiske udgangspunkt har således indflydelse på den teori, vi drager ind som belæg eller til nuancering af vores antagelser og påstande samt på den metode, vi anvender i vores undersøgelse af genstandsfeltet og den empiri, vi ender ud med. Det indbefatter altså, at det metateoretiske niveau har afgørende betydning for det teoretiske og empiriske niveau. Vores antagelser om væren og erkendelse indrammer så at sige den praksis, vi ønsker at undersøge som illustreret i figur 2.1, og det er derfor relevant at forholde sig aktivt og bevidst hertil, hvis man vil bedrive forskning. I forlængelse heraf bliver det også aktuelt at forholde sig til, hvad vi forstår ved videnskab og forskning som videnskabelse.



Figur 2.1. Model over relationen mellem metateori, teori og empiri

At definere og afgrænse videnskab skarpt er ikke nogen simpel opgave, da forståelsen af videnskab er meget bred og forskellig, alt efter hvilken videnskabelig skole eller tradition man tager afsæt i (Alrøe & Noe, 2010; Collin & Køppe, 2014). Det er dog ikke ensbetydende med, at al viden er lige gyldig, eller at al viden kan gå for at være videnskabelig viden. Overordnet kan man sige, at *videnskabelig viden* henviser til en særlig form for viden, som adskiller sig fra dagligdagsviden. Dagligdagsviden tilegner vi os typisk på baggrund af

ustrukturerede, umiddelbare og personlige erfaringer, mens videnskabelig viden er kendetegnet ved at blive frembragt på baggrund af en systematisk, metodisk, dybdegående og mere generaliseret tilgang. Ligeledes er videnskab karakteriseret ved en hensigt om ikke blot at beskrive, men også at *forstå* de fænomener, der udforskes (Alrøe & Noe, 2010, s. 69; Collin & Køppe, 2014, s. 31). Ifølge Emmeche (2010) er der nogle videnskabelige normer, som går på tværs af alle videnskabelige områder. De kan siges både at fungere som et minimumskrav og et ideal, og de udgør på den måde en pejling for det videnskabelige arbejde og kan dermed også bidrage til at beskrive, hvad videnskab indebærer. Ser vi på disse normer, så handler det helt grundlæggende om, at videnskabeligt arbejde er *redeligt* arbejde, hvilket de øvrige normer støtter op om. Videnskabelig redelighed indebærer, at ens arbejde er sagligt, ærligt og upartisk (*'objektivt'*¹¹), og at det er muligt for andre at *efterprøve* eller i hvert fald som minimum at kunne gå det efter. Der er derfor også et krav om, at man er *gennemsigtig* i forhold til sin metode og analyse, så andre kan se, hvordan man er nået frem til sine fortolkninger og konklusioner. Her forventes det også, at der er en *konsistens* i ens arbejde – det vil sige, at det ikke blot er tilfældigt, hvad man når frem til, men at man har arbejdet struktureret og præcist. Endelig anses videnskab for at bidrage med *ny viden* og *forståelsesdybde* eller forklaringskraft (Emmeche, 2010, s. 28).

Med afsæt i ovenstående kan man sige, at videnskab indebærer en særlig form for vidensskabelse, som er kendetegnet ved at være redelig, systematisk og transparent, og som giver en dybere forståelse eller forklaring af et fænomen.

Disse krav til videnskabelighed afspejler sig også konkret i de retningslinjer og anbefalinger, der foreligger vedrørende integritet i forskning¹². Eksempelvis er grundprincipperne i den danske kodeks for integritet i forskning *ærlighed*, *gennemsigtighed* og *ansvarlighed* (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015). Princippet om ærlighed afspejler et krav om, at forskningen skal være troværdig, hvad angår målsætning, metode, analyse, resultater, konklusion med videre, det vil sige igennem hele processen. For at kunne leve op til det, skal der være transparent i forhold til hele processen. Det gælder eksempelvis også, at man skal tilkendegive, om der eventuelt skulle være nogen interessekonflikter,

¹¹ Alrøe og Noe (2010) taler om *refleksiv* objektivitet, som måske er mere dækkende, da der med objektivitet også menes, at ens videnskabelige arbejde skal kunne være genstand for 'organiseret skepsis' og fagfællebedømmelse (Emmeche, 2010, s. 28).

¹² Forskning og videnskab bruges ofte synonymt, og jeg må også indrømme, at det er svært at trække en tydelig grænse. Jeg forstår forskning som en systematisk og stringent aktivitet, der har til formål at frembringe ny (videnskabelig) viden om forhold, der ikke umiddelbart lader sig forklare – med afsæt i data, observationer, eksperimenter eller nye teorier (jf. Emmeche & Faye, 2010).

der kunne have indflydelse på forskningens resultater eller proces. Derfor princippet om gennemsigtighed. Endelig påhviler der også forskeren (og forskningsinstitutionen og andre involverede) et ansvar for, at forskningen er pålidelig og forløbet ordentligt. Det indebærer blandt andet, at man kan stå inde for, at forskningsresultaterne er korrekte, og at man undervejs har sikret sig, at data er blevet behandlet og opbevaret juridisk og etisk forsvarligt. Indgår der personer i ens forskning, har man et etisk ansvar for at tage hensyn til, om der eventuelt er nogen, der ikke skal deltage (eksempelvis på grund af sårbarhed), ligesom man skal sikre sig, at de deltager på et oplyst og frivilligt grundlag. Det påhviler endvidere også forsker at offentliggøre sin forskning, så den opnåede viden kan blive delt og debatteret og efterprøvet (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015).

Hvordan man tænker om, *hvad* der kan undersøges, *hvordan* noget kan undersøges, og hvordan det kan bidrage til, at der opnås videnskabelig viden, er spørgsmål, der vedrører ens forståelse af videnskab, og som kommer til udtryk i ens metateoretiske position, teori og metodiske tilgang. Der er nogle overordnede normer og retningslinjer for videnskabelighed, der kan siges at være fælles for de forskellige videnskabsteoretiske traditioner. Men spørgsmål som, hvad der kan være interessant og relevant at undersøge, samt hvordan det bedst skal gøres, besvares forskelligt alt efter, hvilke overbevisninger man abonnerer på. Det har betydning for, hvilken hensigt, der ligger i ens forskning, samt hvad man mener, det kan bidrage med. Denne afhandling er videnskabsteoretisk funderet i hermeneutikken, og i det følgende vil det blive foldet ud, hvad jeg især trækker på fra hermeneutikken, samt hvilken betydning det har for min analytiske og metodiske tilgang samt den teori, jeg inddrager til understøttelse heraf.

Et hermeneutisk afsæt

Hermeneutikken beskæftiger sig med fortolkning af det meningsfulde. Hermeneutik kommer af græsk, *hermeneuein*, der netop betyder fortolkning, og hermeneutikkens fremkomst kan ses som en modbevægelse til den positivistiske

tradition, der var fremherskende i 1800- og 1900-tallet¹³. Her var afsættet, at videnskaben skulle beskæftige sig med det fysiske og observerbare med henblik på at finde årsagsforklaringer, også når det gjaldt mennesket. Denne reduktion af mennesket er slet ikke mulig ifølge hermeneutikken. Mennesket er et fortolkende og foretagsomt (og historisk) væsen og kan derfor ikke reduceres til det rent fysiske og registrerbare eller simple årsags-virkningsforklaringer. Vil man forstå sig på mennesket og menneskelige udtryk, må det ske gennem fortolkning af mening (Pahuus, 2014, s. 252). Overordnet kan man tale om fire hovedretninger inden for hermeneutikken: den traditionelle, den metodiske, den filosofiske og den kritiske hermeneutik (Højbjerg, 2013). De forskellige retninger har forskelligt fokus og forskellige agendaer, men gældende for dem alle er, at de beskæftiger sig med fortolkning og forståelse, og at de anser forståelse som noget, der fremkommer i vekselvirkning mellem del og helhed (den hermeneutiske cirkel). Jeg tilslutter mig den grundposition, at fortolkning og forståelse er afgørende – og uundgåeligt – når vi beskæftiger os med (forskning i) menneskelige aktiviteter, og at forståelse sker i en fortløbende og cirkulær proces. Mere specifikt trækker jeg på den *filosofiske hermeneutik*, som Hans Georg Gadamer (1900-2002) introducerer med hovedværket 'Sandhed og Metode' (2007) i 1960.

Forståelse og fortolkning som grundbetingelse

Gadamers filosofiske hermeneutik er et opgør med den metodiske hermeneutik, idet han anfægter idéen om, at det er muligt at opnå forståelse igennem metode. Forståelse kan ifølge Gadamer ikke tillæres metodisk, eksempelvis ved at lære nogle bestemte teknikker eller strategier. Forståelse er noget, der overgår os og kan ikke styres frit eller målrettet (Gadamer, 2007, s. 281), hvilket hænger sammen med, at forståelse er funderet i vores fordomme og forforståelse og den historiske og kulturelle kontekst. Gadamers anliggende er filosofisk og ontologisk, idet han netop ikke er optaget af at svare på, hvordan man metodisk kan gribe forståelse an, men derimod "hvad der sker med os ud over det, vi bevidst vil og gør" (Gadamer, 2007, s. 474).

¹³ Begrebet hermeneutik blev anvendt helt tilbage i 1600-tallet, hvor det henviste til (metodisk) fortolkning af teologiske og juridiske tekster. Det er dog Friedrich Schleiermacher (1768-1834), der anses for at være grundlæggeren af (den moderne) hermeneutik. Ifølge Schleiermacher indebærer hermeneutik, at man formår at sætte sig ind i forfatterens tænkning og følelser, hvorved man kan forstå teksten bedre end forfatteren (Pahuus, 2014, s. 227-228). Denne opfattelse af hermeneutikken blev siden hen problematiseret, og jeg tilslutter mig heller ikke Schleiermachers udlægning af hermeneutikken.

Her er det væsentligt at pointere, at min læsning af og fundering i Gadammers hermeneutiske tænkning *ikke* er af filosofisk eller ontologisk karakter. Jeg er opmærksom på, at det kan problematiseres, om jeg i så fald overhovedet kan (tillade mig at) sige, jeg tager afsæt i hans tanker. Når jeg alligevel hævder at være funderet i Gadammers filosofiske hermeneutik, så hænger det sammen med, at jeg tilslutter mig Gadammers grundtænkning om, at erkendelse sker gennem fortolkning, og at vi ikke kan frasige os vores fordomme og forforståelse eller den historiske og kulturelle kontekst, vi er indlejret i. Vi kan således heller ikke se bort fra os selv i fortolkningen (modsat den metodiske hermeneutik), hvilket indebærer, at det ikke er muligt at fortolke andre uden at inddrage sig selv. Det er netop min overbevisning, at disse forhold er helt afgørende nødvendige at tænke ind i det videnskabelige arbejde, særligt når det drejer sig om at forstå sig på menneskelige aktiviteter som kommunikation og samtale. I det følgende vil nogle af de centrale begreber fra Gadammers tænkning derfor blive foldet ud, som i min betragtning er væsentlige at tænke ind i en videnskabelig proces.

Forståelse ud fra en forståelsehorisont

Når vi forsøger at forstå noget, så er der med afsæt i Gadamer ikke tale om en isoleret, objektiv eller lineær proces. Det indebærer også, at forståelse ikke kan lede frem til en endegyldig sandhed. Forståelse er ifølge Gadamer altid at forstå anderledes: "man forstår anderledes, hvis man overhovedet forstår" (Gadamer, 2007, s. 282). I en videnskabelig sammenhæng indebærer denne anskuelse, at det aldrig vil være muligt at drage en definitiv slutning eller konklusion. De slutninger, der kan drages, vil være under indflydelse af den, der forstår, det, der forstås, samt den historiske og kulturelle kontekst. Det hænger sammen med det eksisterende videns- og erfaringsgrundlag og den forståelsehorisont, der udgør den forståendes forståelsesbaggrund. Det centrale er her, at forståelse og fortolkning ifølge Gadamer altid sker på baggrund af vores forud-forståelse, den forforståelse, vi allerede har, som udgøres af vores fordomme. Gadammers begreb om *fordom* skal her ikke forstås negativt, men måske nærmere neutralt, da det udtrykker, at vi i mødet med noget nyt altid allerede har vurderet eller bedømt det – med afsæt i vores eksisterende viden og erfaring. Disse fordomme kan både være 'sande' og 'falske' i betydningen, at de kan lede til forståelse såvel som misforståelse. Kunsten bliver her at kunne skelne sine fordomme og blive bevidst om "vores egne, forståelsesledende fordomme [...] For så længe en fordom bestemmer os, ved vi ikke, og er ikke opmærksomme på, at den er en dom" (Gadamer, 2007, s. 284–285). Hvis dette skal relateres til en videnskabelig sammenhæng, kan man sige, at det her bliver væsentligt at forsøge at blive sig sine fordomme bevidst, da de udgør vores *forståelsehorisont*, det grundlag, hvorudfra vi forsøger at forstå. Det gælder både i vores hypoteser om

sammenhænge, den teori, vi finder relevant (og overbevisende), de spørgsmål, vi stiller, den måde, vi undersøger noget på, og det, vi fortolker herudfra.

Med forståelseshorisont henviser Gadamer til det synsfelt, hvorudfra vi ser og forstår, og han lægger her vægt på, at denne horisont er formet af historien: "Både ens egen fortid og den fremmede fortid, som vores historiske bevidsthed er rettet mod, er med til at forme denne bevægelige horisont, som det menneskelige liv altid lever ud fra og som bestemmer det som herkomst og overlevering" (Gadamer, 2007, s. 290). Det historiske aspekt (*virkningshistorien*) indebærer, at vi altid – og ofte ubevidst – vil forsøge at forstå og fortolke med afsæt i den historiske fortid såvel som nutid, vi befinder os i – og den dertilhørende viden, kultur og tradition. Netop fordi vi tager afsæt i en bestemt tid, kultur og nogle bestemte traditioner, vil der også være forhold, som vi i højere grad ser (genkender) frem for andre, da vores udsyn er begrænset af vores horisont. Når Gadamer således taler om fordomme og forståelseshorisont, introducerer han en anskuelse, der indebærer, at vi altid bærer en forforståelse med os, som går forud for forståelse, og som er tegnet af vores historicitet, vores eksisterende viden og erfaring.

Før-forståelse, før-meninger og fordomme utgjør de brillerne vi ser verden gennem; det er briller som aldri helt kan fjernes fordi de sitter *bak* øyerne våre. Vi kan endre styrken og fargen på glassene, men den tause og uartikulerte kunnskapsdimensjonen vil alltid være der (Gilje, 2017, s. 31).

Vores fordomme og forforståelse udgør vores forståelseshorisont, og den har således betydning for, hvad vi ser og umiddelbart forstår. Det er derfor, Gadamer også siger, at forståelse altid er at forstå anderledes, fordi vi netop forstår med afsæt i vores egen historik og forforståelse, vores eget indre sæt briller. Det, vi ikke kender, forsøger vi umiddelbart at forstå med afsæt i det, vi allerede kender. Steen Wackerhausen (1997) taler her om, at forståelse er at *gøre hjemlig* eller at *gøre det ubekendte bekendt*¹⁴. Med det mener han, at vi i forsøget på at forstå altid vil forstå det nye "som noget andet, som allerede er os bekendt og forstået" (Wackerhausen, 1997, s. 23, forfatterens kursivering). Det ses eksempelvis også i sprogliggørelsen af vores fortolkning, hvor vi anvender de ord, udtryk og begreber, vi kender, til at beskrive det, vi tror, vi forstår. Det hænger sammen med den forståelseshorisont, vi har. Her er dog ikke tale om en fasttømret erfarings- eller forståelseshorisont. Vores horisont justeres og flytter sig hele tiden i takt med, at vi møder (og forstår) nyt, idet "[forståelseshorisonten]

¹⁴ Jeg drager Wackerhausen ind her, da jeg finder ligheder imellem noget af det, han og Gadamer beskriver, og jeg mener, det er med til at nuancere nogle af Gadamers begreber. Men sammenligningen står for egen regning, Wackerhausen henviser ikke selv til Gadamer.

opfattes som noget, der hele tiden dannes, eftersom vi bestandigt må efterprøve alle vores fordomme" (Gadamer, 2007, s. 291). Denne efterprøvning af vores fordomme indebærer i en videnskabelig kontekst, at vi må stille os åbne overfor, at der kan være andre svar eller 'sandheder', end vi umiddelbart ville mene eller har kendskab til. Denne åbenhed og lydhørhed over for det nye eller fremmede danner grundlag for, at vores forståelseshorisont kan ændre sig og udvides, hvorved forståelse kan opstå.

Forståelse er ifølge Gadamer netop, når der sker en *horisontsammensmeltning* imellem forskellige horisonter (Gadamer, 2007, s. 291). Af afgørende betydning for forståelse er således, at man bliver bevidst om sin egen rammesættende (og til dels begrænsende) forståelseshorisont, og at man samtidig forsøger at stille sig åben over for det nye, man står overfor. For som Wackerhausen også fremhæver, så er det andet – ubekendte – ikke det samme som det – bekendte – man gør det til i forsøget på at forstå; det er sig selv (Wackerhausen, 1997, s. 24). Det er først, når vi får greb om dette andet, at vi reelt forstår, og det er her, der sker en horisontpåvirkning og -sammensmeltning. Gadamer fremhæver her, at det ikke er ensbetydende med, at man skal se bort fra sig selv, for forståelse kræver, at man har en horisont (Gadamer, 2007, s. 290). Vores forståelseshorisont kan ses som en levende forståelse eller en tavs forståelse, vi bringer ind i mødet med det andet, og som vi sjældent er bevidst om (Pahuus, 2014, s. 238). Vores horisont er bestemmende for, hvad vi ser og orienterer os imod, og det vil kræve en aktiv indsats at blive bevidst om (nogle af) de fordomme, der udgør vores horisont. Horisontsammensmeltning er ikke ensbetydende med, at man opnår enighed, men det indbefatter, at man begriber (noget). Forståelse implicerer, at ens horisont forandres, hvortil Gadamer også siger, at al forståelse grundlæggende er selvforståelse (Gadamer, 2007, s. 248). Wackerhausen formulerer det således, at forståelse indebærer, at man risikerer at blive en anden end den, man var, før man forstod, idet forståelse indebærer, at man må sætte sig selv i spil og på spil (suspendere sine fordomme og værdier) (Wackerhausen, 1997, s. 33).

At forståelse også er selvforståelse og indebærer en risiko, har også implikationer for en videnskabelig proces. Det kan eksempelvis indbefatte, at man må indse – og forstå – at man har taget fejl, at ens antagelser, hypoteser eller teorier viser sig ikke at være fyldestgørende. Det er ikke nødvendigvis nemt, og det fordrer både opmærksomhed, kritisk selvrefleksivitet og mod. Selvforståelsen behøver dog ikke kun at være slidsom, omvendt kan det jo også medføre, at man opdager nye sider eller kvaliteter ved sig selv.

Forståelse er en cirkulær og potentielt uendelig proces

Ifølge Gadamer og hermeneutikken generelt så kan forståelsesprocessen ses som en vekselvirkende og cirkulær proces mellem del og helhed. Denne proces beskrives også som den hermeneutiske cirkel. Her er tale om en proces, hvor man i sin søgen mod at opnå en dybere forståelse af mening veksler imellem enkeltbetragtninger og den overordnede helhed, som enkeltbetragtningerne tilsammen udgør. Hermed menes, at det kun er muligt at forstå enkeltdelene i forhold til helheden, samtidig med at det også kun er muligt at forstå helheden ud fra enkeltdelene. Vores udgangspunkt vil altid være vores forståelseshorisont og hermed vores forforståelse, og på den baggrund danner vi os et indledende meningsudkast (jf. Gadamer, 2007, s. 254). Dette meningsudkast bringes i bevægelse, i takt med at vi får ny viden, hvorved vores meningsudkast vurderes og justeres. Ny viden kommer til, hvorved meningsudkastet igen bringes i spil, og sådan kan forståelsesprocessen siges at forløbe i en cirkulær og dialektisk proces, hvor der sker en gradvis horisontsammensmeltning (jf. Pahuus, 2014, s. 241). I processen ændrer vores forforståelse sig også, i takt med at vores forståelse af helheden ændrer sig. Der er forskellige udlægninger af den hermeneutiske cirkel, men ifølge Gadamer er man selv som fortolker altid indlejret i cirklen. Det er ikke kun fortolkeren, der stiller spørgsmål til og påvirker 'sagen' eller den anden, fortolkeren påvirkes også gensidigt af sagen/den anden (Fredslund, 2001, s. 34). På den måde er det ifølge Gadamer heller ikke muligt at opnå en endegyldig eller objektiv fortolkning, fordi den hermeneutiske cirkel netop indebærer en fortløbende og dialektisk proces, hvor ny forståelse samtidig betyder ny forforståelse, som igen kan lede videre til en ny fortolkningsproces (jf. B. H. Hansen, 2019, s. 153). Hvis vi skal relatere dette til en forskningsproces, så kan man sige, at der er tale om en dobbeltproces eller dobbelt hermeneutik (jf. Højbjerg, 2013). 'Sagen' påvirkes af forsker, i form af hvad der træder frem for forsker, hvad der fremhæves, og hvad der rettes fokus på – det vil sige forskers forståelseshorisont. Og samtidig påvirkes forsker også af sagen, idet sagen også 'stiller spørgsmål til forskers forforståelse' (jf. Fredslund, 2001, s. 34). Dette dobbelte forhold gælder ikke kun i analyseprocessen, det gælder også i den empiriske del af processen. Både aktører og forsker bringer meninger og fortolkninger ind i processen. "Der foregår konstant en dobbelt bevægelse mellem de studerede sociale aktørers forståelser og forskerens forståelse" (Højbjerg, 2013, s. 317). Det er nemlig ikke kun forsker, der fortolker. De aktører, hvis aktiviteter fortolkes, bringer også selv fortolkninger ind i processen.

I dette ph.d.-projekt er der blandt andet blevet lavet kvalitative interviews med kræftramte og pårørende. Det er mig som forsker, der har forestået interviewene med afsæt i en semistruktureret spørgeguide (jf. Tanggaard & Brinkmann, 2015). Selvom man kunne argumentere for, at jeg blot stiller nogle spørgsmål med afsæt i en spørgeguide og på den måde kan siges at være gået objektivt eller stringent

til værks, så er jeg allerede her viklet ind i den hermeneutiske proces. Allerede mens jeg stiller spørgsmålene, er fortolkningsprocessen gået i gang (jf. Tanggaard & Brinkmann, 2015), og på samme måde som mine spørgsmål påvirker de svar, jeg får, så påvirker de svar, jeg får, også mine næste spørgsmål. Dette eksemplificerer blot, at det som forsker ikke er muligt at træde ud af cirklen. Man påvirker den proces, der fortolkes, og påvirkes gensidigt. Ifølge Højbjerg (2013) er der "intet forskningsresultat, der ikke er et resultat af forskerens gensidige samspil med genstandsfeltet" (s. 320). Dette opfattes ikke som noget negativt i en filosofisk hermeneutisk tilgang, men derimod som et grundvilkår. Ikke at det dermed betyder, man skal se bort fra det, tværtimod. Forskers forståelsehorisont og forforståelse anerkendes som en del af processen, og forsker må derfor gøre en indsats for at blive sig bevidst om sine fordomme og være villig til at forsøge at udfordre dem. Dette indebærer, at man fortløbende stiller spørgsmål og går åbent ind i processen.

Denne bevidste opmærksomhed på egen indflydelse på genstandsfeltet kan blandt andet ses i nærværende projekts aktionsforskningstilgang, hvor en del af processen har været at mødes i en forskningscirkel. Her har jeg blandt andet delt mine umiddelbare overvejelser, refleksioner og antagelser om processen med de deltagende diætister. Det gælder også min tolkning af situationer og intentioner, jeg synes at have oplevet og set i praksis, såvel som min tolkning og fremstilling af teori og begreber, forskning og empiri. Ligeledes har jeg fremlagt og drøftet mine tanker og proces i det forskningsmiljø, jeg har været en del af og er derigennem blevet udfordret i min forforståelse. På den måde har jeg aktivt forsøgt at forholde mig til og kvalificere min fortolkning og mit perspektiv, sådan som det anbefales ud fra hermeneutiske forskningsprincipper (Højbjerg, 2013, s. 319).

Man kan spørge, hvilken konsekvens det har, hvis ikke det er muligt at nå frem til en fuldstændig, endelig fortolkning og konklusion? Betyder det, at alle fortolkninger er lige gode eller lige gyldige? Inden for kritisk realisme¹⁵ opererer de med en forståelse af, at det er muligt at opnå en *tilnærmet objektiv erkendelse* (K. B. Madsen, 1986, s. 43) på baggrund af *rational dømmekraft* (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 34). Med *tilnærmet objektiv erkendelse* henvises der til, at det ikke er muligt at opnå fuldstændig sand viden eller erkendelse. Dog taler de om *tilnærmet objektiv erkendelse*, hvilket indebærer, at det er muligt at opnå viden,

¹⁵ Kritisk realisme kan ses som et opgør med positivismen og særlig empirismen, men det er samtidig også delvist et opgør med (visse former for) konstruktivisme. Kritisk realisme repræsenterer en ontologisk realisme og en epistemologisk relativisme (jf. Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Således anderkender kritisk realisme blandt andet også, at viden aldrig kan være sikker. Jeg skal ikke her folde denne videnskabsteoretiske tilgang ud, men blot låne deres begreb om *rational dømmekraft* og *tilnærmet objektiv erkendelse* (jf. Buch-Hansen & Nielsen, 2005; K. B. Madsen, 1986).

men det anerkendes samtidig, at viden er fejlbarlig og indlejret i en bestemt social og historisk kontekst. Det betyder dog ikke, at alle fortolkninger er lige sande eller gyldige, men med afsæt i *rational dømmekraft* er det muligt at vurdere et udsagn eller en fortolkning på baggrund af den kontekst eller sammenhæng, fortolkningen skal ses i forhold til. Viden anses for at bygge oven på eller tage form af allerede eksisterende viden, og viden er således foranderlig eller erstattelig (jf. Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 34–35). Denne forståelse kan relateres til det perspektivistiske sandhedskriterium, som anser viden for sand, hvis der kan argumenteres herfor på et konsistent og sandsynligt grundlag. Denne viden anses for gyldig, indtil det modsatte er bevist. Ifølge denne tænkning, kan man her tale om den *pt. mest sammenhængende fortolkning* (jf. Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1999). Det vil sige, at fortolkningen anses for at være sand eller gyldig, i det omfang der kan argumenteres for den og indtil eventuel ny viden erstatter eller udbygger fortolkningen. I denne afhandling hentes der belæg for analysens fortolkning i teori og videnskabelige undersøgelser, og der inddrages empiriske eksempler som dokumentation. Denne analysetilgang tager sit afsæt i samtaleanalyse (Alrø et al., 2016), der er en hermeneutisk funderet tilgang. Alrø et al. (2016) henviser også til det perspektivistiske sandhedskriterium og den *pt. mest sammenhængende fortolkning*, frem for at tale om, at det er muligt at nå frem til endegyldige konklusioner. Således er der god overensstemmelse mellem min egen metateoretiske position og den analytiske strategi, jeg anvender.

Opfattelsen af, at ny viden bygger oven på allerede eksisterende viden, samt at det (kun) er muligt at opnå en foreløbig fortolkning, kan relateres til hermeneutikkens dialektiske fortolkningsbevægelse i den hermeneutiske cirkel. Her sker der som nævnt en fortløbende udvidelse af (for)forståelsen, i takt med at ens fortolkning skærpes, og ens forståelse gradvist vokser frem. Det vil sige, at ny viden bygger oven på eller udvider den eksisterende viden. Den hermeneutiske cirkel kan endvidere siges at være en aldrig afsluttet proces, hvorfor man med henvisning til hermeneutikken også kan tale om en *pt. mest sammenhængende fortolkning*. I videnskabeligt øjemed indebærer denne tænkning, at den viden, der opnås, og de slutninger, der drages, må tage højde for, at det kan hænde, at slutningerne på et tidspunkt kan modbevise. Man må ligeledes være opmærksom på, at den fortolkning, man er nået frem til, er sket med afsæt i et bestemt teoretisk (og metateoretisk) perspektiv, hvilket har betydning for, hvilke konklusioner man når frem til – som altså er den for nuværende mest sammenhængende fortolkning.

Set fra en (traditionel biomedicinsk) sundhedsfaglig vinkel vil nogle måske spørge: Hvad kan man bruge en konklusion til, der ikke er fuldstændig objektiv eller definitiv? Spørgsmålet er reelt nok, men måske malplaceret i denne sammenhæng. Her er det relevant at nævne Alrø og Noe (2010), der problematiserer den til tider meget ensidige forståelse af videnskabelig

rationalitet som en enhed. Ifølge dem er det væsentligt at holde sig for øje, at forskning er farvet af den tradition eller skole, forskningen udspringer af, og således er den 'sandhed', der kommer ud af forskningen, også farvet:

At forskning er værdiladet betyder ikke, at den nødvendigvis er subjektiv i betydningen ikke-videnskabelig. Tværtimod er den bevidste, reflektive håndtering af de værdier, der indgår i forskningsperspektivet, en forudsætning for, at den kan være videnskabelig. At være objektiv er ikke at være kontekstfri, men at være klar og åben omkring den kontekst og det perspektiv, der tales fra (Alrøe & Noe, 2010, s. 74).

Hvis man ser på tværs af humanvidenskab, naturvidenskab og samfundsvidenskab, vil man se, at det er forskelligt, hvad hvert område er optaget af, og det ses både på det metateoretiske, teoretiske og metodiske niveau. Meget groft kan man sige, at det handler om, hvorvidt man er optaget af at forklare eller forstå. Her kan der skelnes imellem, om man har et nomotetisk videnskabsideal (udlede generelle love med henblik på at forklare), som typisk vil være fremherskende inden for naturvidenskab. Eller om man har et ideografisk videnskabsideal (fortolke enkeltfænomener med henblik på at forstå), som typisk vil være dominerende inden for human- og samfundsvidenskab¹⁶ (Collin & Køppe, 2014).

Det kunne være interessant, hvis denne afhandling kunne munde ud i nogle definitive konklusioner om samtalepraksis i diætbehandling til kræftramte, som kunne omsættes til nogle generaliserede, universelle handleanvisninger. Men det er ikke intentionen, og med afsæt i hermeneutikken ej heller muligt. Nærværende afhandling tager afsæt i den humanvidenskabelige (og til dels samfundsvidenskabelige) tradition. 'Resultatet' af denne afhandling og aktionsforskningsproces er ikke præcist at kunne forudsige eller definere, hvad der (bedst) sker i diætbehandlingssamtaler, men derimod at *nuancere* og pege på muligheder med henblik på at få et større forståelses- og handlegrundlag. På det grundlag kan man ikke udlede en præcis og endegyldig 'sandhed', men man kan udlede en pt. mest sammenhængende fortolkning (jf. Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1999), som kan øge ens forståelse og handlemuligheder og bidrage til en kvalificeret ageren i og forståelse af praksis. Dette kan også relateres til det

¹⁶ Jeg er bekendt med, at jeg her laver en meget grovkornet inddeling, og jeg tilslutter mig, at det slet ikke er så ligetil at lave et skarpt skel imellem videnskabsområderne (jf. Collin & Køppe, 2014). Blandt andet ses der store overlap imellem human- og samfundsvidenskab. Der kan dog på et overordnet plan spores forskelle, og disse forskelle kan være med til at kaste lys over, hvordan forskning kan tage sig forskelligt ud, alt efter hvilken tradition man kommer fra.

næste element, vi skal runde i Gadamers tænkning, nemlig betydningen af applikation.

Forståelse er omsætning til praksis

At nå frem til den pt. mest sammenhængende fortolkning indebærer ikke nødvendigvis, at forståelse automatisk følger derefter. Forståelse sker ifølge Gadamer først, når vi også formår at omsætte og anvende den erhvervede viden og erkendelse (jf. Gadamer, 2007, s. 292–293).

Noget er først forstået, når det 'fremmede' er blevet tilegnet, dvs. sat i relation til ens egen situation [...] Applikation er forståelse slet og ret. Og da forståelse [...] også altid er fortolkning (sprogliggørelse), er applikation, forståelse og fortolkning tre sider af samme sag (A. Jørgensen, 2007, s. xxii).

Applikation skal altså ses som en lige så central del som forståelse og fortolkning i den hermeneutiske proces. Man kan således ikke tale om reel forståelse, før man også har tilegnet sig det nye og været i stand til at overføre eller omsætte det til sin egen situation eller til praksis. Med reference til Aristoteles indebærer forståelse ifølge Gadamer ikke kun en teoretisk (epistémé) eller teknisk (téchne) dimension. Forståelse indebærer også en praksisdimension i form af praktisk kundskab (phrónesis) (Gadamer, 2007, s. 299 ff.).

At forståelse også er omsætning til praksis, er yderst relevant, når vi beskæftiger os med forskning. Som forsker har det relevans, i forhold til hvordan man selv formår at relatere sig til og anvende den viden, man opnår. Men ikke mindst gælder det, hvordan aftagere af og eventuelle deltagere i forskningen evner at overføre og implementere den nye viden. Nærværende afhandling tager afsæt i en aktionsforskningstilgang (Alrø & Hansen, 2017a; Härnsten, 1994; Persson, 2008), hvor en del af grundtænkningen blandt andet er, at de aktiviteter og den viden, der genereres i projektet, skal give mening for de deltagende og skal kunne bruges i praksis. Her bliver spørgsmålet om applikation helt aktuelt.

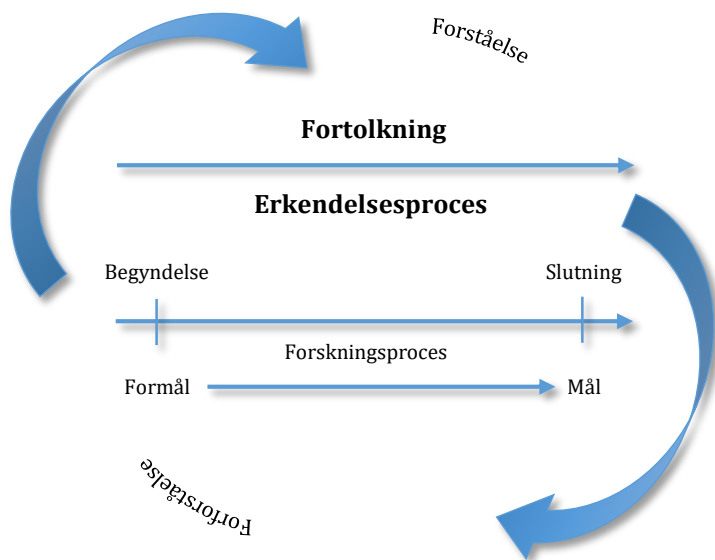
I det foregående er udvalgte begreber fra Gadamers filosofiske hermeneutik blevet præsenteret, og selvom Gadamer og jeg ikke har samme ærinde, så er der flere elementer i hans tilgang, der harmonerer med min metateoretiske position. Vores erkendelse sker igennem fortolkning, og vidensskabelse skal således ses i lyset af forståelse og forforståelse, forskellige traditioner samt historisk indvirkning. Jeg mener endvidere i overensstemmelse med Gadamer, at det ikke er muligt at være neutral eller objektiv i sin fortolkning, og jeg tilslutter mig ligeledes, at det ikke er muligt at opnå en endelig eller definitiv sandhed (konklusion), fordi forståelse også er historisk funderet og sker i en dialektisk

proces, hvor del og helhed gensidigt påvirker hinanden. Disse forhold gælder ikke kun i analysen af det empiriske materiale. Med afsæt i Gadammers begreber om forståelseshorisont og virkningshistorien, bliver det som forsker generelt relevant at forholde sig til sit eget (for)forståelsesafsæt, da det har betydning for, hvad man ser – og overser – hvad man orienterer sig imod, hvordan man (metodisk) ønsker at undersøge noget, samt hvad man inddrager som (teoretisk) belæg for sine betragtninger¹⁷. Min grundposition er således, at forståelse og fortolkning er en ontologisk grundbetingelse, som også får epistemologisk betydning for, hvordan vi erkender, og det har således også betydning for, hvordan vi opnår viden i videnskabeligt øjemed.

Dette hermeneutiske afsæt for forskningsprocessen kan illustreres med inspiration fra Jens Thistedes fremstilling af et projektforsløb i et hermeneutisk praksisforløb (Thisted, 2015, 2018) jævnfør figur 2.2.

Med figuren ønskes det blandt andet at illustrere, at vi altid bærer en forforståelse med os. Den påvirker og påvirkes igennem hele forskningsprocessen. Særligt i den indledende del har vores forforståelse indflydelse på, hvilken vinkel, vi anlægger på sagen, hvorfra vi henter supplerende viden, og hvordan vi metodisk påtænker at undersøge sagen. Men også i selve gennemførelsen af forskningsprojektet og den løbende og efterfølgende analyse og fortolkning af det empiriske materiale vil vores forforståelse altid tage afsæt i den eksisterende viden og erfaring, vi allerede har, vores forståelseshorisont – og altså vores forforståelse. Selvom pilene i figuren peger frem mod et mål og en slutning, så stopper processen ikke der. Forståelsesprocessen i en hermeneutisk proces er en aldrig afsluttet proces, der erkendelsesmæssigt også rækker ud over selve undersøgelsen.

¹⁷ Man kan sige, at jeg er funderet i Gadammers tænkning, men jeg praktiserer ikke filosofisk hermeneutik. Jeg er ikke optaget af at vise eller undersøge, hvad der sker med os, når noget ('sagen') kalder på os (jf. Gadamer, 2007, s. 285), når forståelsen overgår os. Min intention er ikke at udfolde 'forståelsens ontologiske betingelser' (jf. A. Jørgensen, 2007, s. ix). Men jeg medtænker disse ontologiske betingelser i min videnskabelige tilgang, hvilket blandt andet indebærer, at jeg er opmærksom på forforståelsens betydning for forskningsprocessen.



Figur 2.2. Forskningsprojektforløbet i et hermeneutisk praksisperspektiv lettere tillempet efter Thisted (2015, s. 119)¹⁸

¹⁸ Min tillempning består i, at jeg har illustreret den dialektiske proces mellem forforståelse og forståelse cirkulært og udeladt Thistedes begreb om 'efterforståelse' (Thisted, 2015, s. 119, 2018, s. 93). Thisted skelner mellem forforståelse, forståelse og efterforståelse, som kan komme til at synes noget lineær, hvilket i min optik ikke harmonerer med Gadamer.

Kapitel 3. Den teoretiske ramme

Et personcentreret og dialogisk perspektiv

"Person-centredness is not just about doing, it's about being"
(B. McCormack, 2018)

Den teoretiske grundtænkning, denne afhandling hviler på, har sit udspring i en humanistisk psykologisk tradition, hvor det personcentrerede står stærkt (Rogers, 1951, 1986/1989a, 1959/1989). Den er kendetegnet ved en tro på, at den enkelte selv rummer muligheder og beslutningskompetence og selv har potentialet for vækst eller forandring¹⁹. Derfor er det ifølge denne tænkning afgørende, at den enkelte også høres og inddrages, når det for eksempel drejer sig om at skulle håndtere et sygdomsforløb. I en behandlingskontekst indebærer denne tilgang, at selvom man som sundhedsprofessionel (hjælper) godt kan have nogle idéer, intentioner, forhåbninger og teorier om, hvad der kunne være godt for den anden, så er det (i første omgang) ikke afsættet for samtalen²⁰. Afsættet er, hvad den anden, patienten, tænker om sin situation, hvad der fylder for patienten, hvad der kan give mening og synes ladsiggørligt og rigtigt, da det formodes at have betydning for, at patienten overhovedet kan relatere sig til samtaleindhold og de videre handlinger. Det betyder, at man som hjælper skal være indstillet på at parkere sine (gode) råd, idéer, fortolkninger og formaninger – i hvert fald for en stund – og lytte til det, den anden har på hjerte. Det er ikke nødvendigvis nemt (eller givet) i en kontekst, hvor der har været tradition for, at

¹⁹ Humanistisk psykologi kaldes også for 'den tredje bølge', fordi den opstod i opposition til de daværende to fremherskende skoler inden for psykologi, behaviorismen og psykoanalysen. Det centrale i humanistisk psykologi er, at der opponeres imod, at mennesket alene kan beskrives og forstås objektivt som et biologisk (eller socialt) væsen. Mennesket er ifølge humanistisk psykologi et selvdetermineret og autonomt individ, der selv (også) har indflydelse på sine handlinger, valg og værdier. Vil man forstå mennesket må man således have indblik i den enkeltes oplevelser og perspektiv. Denne tænkning bliver videnskabeligt også en bevægelse væk fra de dominerende kvantitative og laboratoriekontrollerede undersøgelser af mennesket over mod de kvalitative og fortolkende undersøgelser (Jacobsen, 2007b, 2007a).

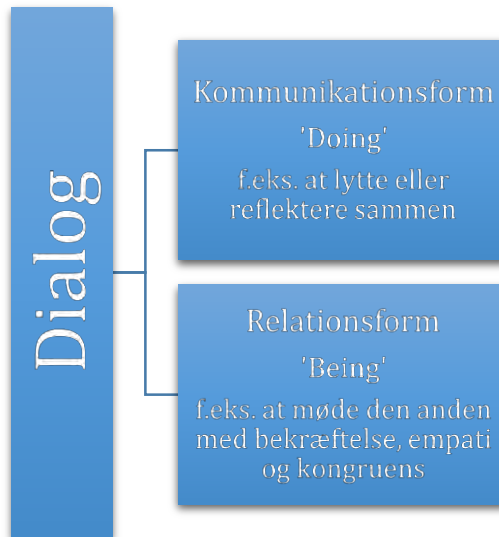
²⁰ Medmindre der er tale om en akut, kritisk situation, hvor det er livsnødvendigt, at der handles hurtigt.

hjælperens primære rolle er at diagnosticere, rådgive og styre²¹, hvilket jeg vil komme tilbage til.

Afhandlingen tager endvidere afsæt i en dialogisk kommunikationsteoretisk tilgang til hjælpertaler²² (Alrø et al., 2013; Alrø & Kristiansen, 1998, 2006), hvor det humanistiske grundsyn går igen. Dialog kommer af græsk *dialogos* og betyder samtale. Det er sammensat af *dia* ('gennem') og *logos* ('ord') (Johansen & Rømhild, 2017). Dialog har altså at gøre med at tale sammen og udtrykke sig 'gennem ord'. Min forståelse af dialog er dog, at det er en *særlig* form for samtale, det vil sige ikke en hvilken som helst samtale (se også Lang, 2018). Her læner jeg mig op ad professor Helle Alrø, der definerer dialog som en samtale med *særlige kvaliteter* (se f.eks. Alrø, 1996; Alrø et al., 2013; Alrø & Kristiansen, 1998, 2006; Alrø & Skovsmose, 2002). Dialog indebærer en fælles stræben mod gensidig forståelse og mening (jf. B. Madsen, 1996). I dialogen ligger således et stort potentiale for læring og udvikling. Dialogen er ifølge Alrø og Dahl (2013, s. 131) kendetegnet ved at være interpersonelt ligeværdig, undersøgende (åbnende fremfor lukkende), undrende, dvælende, udfordrende og uforudsigelig – og dermed også potentielt set risikofyldt. Alrøs dialogforståelse tager afsæt i, at dialog ikke kun handler om, hvad man siger og gør, det handler også om, hvordan man møder den anden. Her trækker hun blandt andet på Martin Bubers filosofiske dialogteori (Buber, 1923/1997) og Carl Rogers' humanistisk-psykologiske teori om betydningen af kvaliteten af kontakten i hjælperrelationer (Rogers, 1957, 1962). At kunne indgå i og føre en dialog fordrer derfor dialogiske kompetencer hos hjælper, som empati, bekræftelse, kongruens og meta-kommunikation (Alrø & Kristiansen, 2006, s. 232), der både relaterer sig til ens *gøren* og *væren*. Dialog er således ikke blot at udtrykke sig gennem ord, for "det dialogiske ligger ikke i ordene, men i den *måde* samtalen føres på" (Alrø & Kristiansen, 1998, s. 19, min fremhævelse). Alrø (2018) fremhæver, at hun trækker på to forskellige men komplementære dialogtraditioner. I den ene tradition ses dialog som en særlig kommunikationsform (David Bohm og William Isaacs), i den anden som en særlig relationsform (Martin Buber og Carl Rogers) (jf. Alrø, 2018; Alrø & Dahl, 2013, 2015). Jeg mener, at denne sammentænkning, hvor dialog både kan ansues som en måde at kommunikere på ('doing') og en måde at relatere sig på ('being'), kvalificerer dialogbegrebet, og det er således også dette perspektiv, jeg har på dialog. De to spor er illustreret i figur 3.1 og vil blive foldet ud i det følgende.

²¹ Og hvor tid samtidig er en mangelvare (jf. Pihl et al., 2020).

²² Med hjælpertale mener jeg en professionel samtale, hvor en fagperson, som en sundhedsprofessionel, har en samtale med én, der har brug for vedkommendes hjælp. Det kunne for eksempel være en patient, en studerende eller en kollega.



Figur 3.1. Dialog som kommunikations- og relationsform

Dialog som kommunikationsform

Dialog som *kommunikationsform* handler om, hvad man gør. Her kan man sige, at dialog er væsensforskellig fra diskussion, debat og monolog (jf. Isaacs, 1999). Monolog er kendetegnet ved at være enetale, hvor man så at sige ikke lytter til andre end sig selv. Man lytter måske i et vist omfang til andre ved debat eller diskussion, men man holder fortsat på sit eget, og ens tænkning er præget af, at man 'tænker alene' – det vil sige, man samtaler ud fra sit eget perspektiv og holder fast i det (jf. Isaacs, 1999, s. 41). Monolog, debat og diskussion kan også siges at falde ind under 'kontrollerende samtaler', hvor hjælper er "belærende, forhørende og overbevisende" (jf. Alrø, 1996, s. 232), og hvor samtalen er kendetegnet ved, at hjælper er styrende og anvisende. Kontrollerende samtaleformer finder man for eksempel inden for undervisning (se f.eks. Lang, 2018, s. 65–66), når man som underviser er optaget af at give et bestemt svar eller viden, samt i sundhedssektoren, når den sundhedsprofessionelle udsørger, diagnosticerer og docerer som det eksempelvis ses ved en eksperttilgang (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 66–67). Dialog står i modsætning hertil: "Dialogue [...] is about a shared inquiry, a way of thinking and reflecting together. It is not something you do to another person. It is something you do *with* people" (Isaacs, 1999, s. 9). I dialogen 'tænker man sammen', hvilket indebærer, at man

formår at se ud over sit eget perspektiv og lytte til samt tage den andens perspektiv. John Stewart og Milt Thomas (1995) har et begreb, de kalder *dialogisk lytning*, som netop fremhæver dialogens potentiale ved ikke kun at lytte til sig selv eller blot at gengive, hvad den anden siger, men netop lytte til det fælles, der kan emergere ud af dialogen, af samtænkningen og samskabelsen i samtalen.

Dialog som relationsform

Martin Buber (1955) skelner mellem det, han kalder oprigtig dialog, teknisk dialog og monolog (jf. Arnett et al., 2009). Forskellen på den tekniske dialog og den oprigtige dialog er, at man i den tekniske dialog lytter efter noget bestemt, og det kan sidestilles med Isaacs' begreb om, at man 'tænker alene', fordi man her lytter ud fra egne interesser. Buber er især kendt for sin sondren imellem, hvordan vi møder verden og hinanden, hvor han skelner imellem et Jeg-Det-forhold og et Jeg-Du-forhold (Buber, 1923/1997). I den tekniske dialog er man orienteret mod at opnå en objektiv forståelse, hvilket er kendetegnende for et Jeg-Det-forhold. Den oprigtige dialog er derimod kendetegnet ved at være et Jeg-Du-forhold (jf. J. Stewart et al., 2004). Med Buber bliver dialog et spørgsmål om væren, hvordan vi er, tænker om og relaterer os til hinanden. Her er således tale om dialog som *relationsform*. At stå i et Jeg-Du-forhold til den anden indebærer, at man møder den anden som et unikt og ligeværdigt subjekt, og man møder den anden med bekræftelse (confirmation) i betydningen, man lader den anden komme til stede, som han/hun er. For Buber handler oprigtig dialog altså om at møde den anden og være i kontakt (J. Stewart et al., 2004, s. 33). Denne fremhævninng af kontaktens betydning i interpersonelle relationer ses også hos Carl Rogers, der peger på vigtigheden i at kunne udvise og blive mødt med accept, empati og kongruens²³ (Rogers, 1957). Rogers taler ikke selv om dialog, men de relationelle kvaliteter, han fremhæver, understøtter Bubers pointe om, at dialog er et møde mellem mennesker og altså også et spørgsmål om relation.

Dialog i denne forståelse er således kendetegnet ved at være en særlig måde at *være* i relationen på, hvor man møder den anden person til person (ligeværdigt) med bekræftelse, respekt, empati og kongruens og med tiltro til den enkeltes potentiale. Ligeledes er det en særlig måde at *kommunikere* på, hvor man tænker og reflekterer sammen, lytter til hinanden og det, der vokser frem af dialogen, og stiller sig åben over for at undersøge både eget og den andens perspektiv. Derved er dialogen også uforudsigelig. Modsat den kontrollerende samtale ved man ikke på forhånd, hvor dialogen kan føre hen. Denne dialogforståelse indbefatter en

²³ Rogers' tilgang vil blive foldet ud senere i kapitlet.

tillid til hinandens handlinger og et fælles ansvar for udfaldet af samtalen (jf. Alrø, 1996; Alrø & Kristiansen, 2006).

Dialog i en sundhedsfaglig kontekst?

Det er blevet problematiseret, at en sådan forståelse af dialogbegrebet kan fremstå noget romantiseret og tegne et forskønnende billede af de asymmetriske magtrelationer, der kan være i spil (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 300–301). Og spørgsmålet er, om man overhovedet kan tale om dialog i en sundhedsfaglig kontekst, hvor magtrelationen mellem eksempelvis patient og sundhedsprofessionel er ulige? I en sundhedsfaglig kontekst er det væsentligt, at den behandling, der tilbydes, er korrekt og fyldestgørende, og i flere tilfælde kan det være kritisk afgørende, at der kan stilles en præcis diagnose og træffes en hurtig beslutning. Her vil en kontrollerende samtaleform, hvor det er den sundhedsprofessionelle, der er den styrende, ofte fungere effektivt og efter hensigten i forhold til eksempelvis at redde liv. Qua sin faglige baggrund har den sundhedsprofessionelle en specialiseret merviden, der kan stilles spørgsmål ud fra og handles på baggrund af. Alrø og Kristiansen (2006) fremhæver selv, at dialogen ikke egner sig til alle situationer, som når der eksempelvis skal gives en instruktion eller stilles krav, og de problematiserer, at der kan være kontekstuelle eller organisatoriske forhold, som kan gøre det svært at praktisere dialog. Endvidere understreger de, at dialogiske kompetencer kræver øvelse, samt at man kan tilslutte sig det underliggende humanistiske menneske- og læringssyn. Dialog fordrer derfor, at man som hjælper er opmærksom på, hvilke intentioner, man går ind i dialogen med, samt at man er bevidst om den asymmetri, der ligger indlejret i hjælpertalere som et kontekstuel grundvilkår (jf. Alrø & Kristiansen, 2006, s. 249)²⁴. Det bør også tilføjes, at dialog ikke kan planlægges eller påtvinges nogen. Dialog forudsætter villighed og frivillighed, og dialog finder sjældent sted hele tiden i løbet af en samtale: "The key to dialogue is that it is not owned by a solitary person. It is emergent [...] dialogue cannot be demanded, and it is a companion to other forms of speech" (Arnett et al., 2008, s. 3). Jeg mener, det er en vigtig pointe, at dialog ikke kan forceres, og at dialog ikke finder sted hele tiden i en samtale, men måske snarere kan ses som en ledsager til andre samtaleformer. Dialog kræver en indstillethed, en parathed og en villighed fra begge parter – og måske kunne man også sige det rette øjeblik (som en særlig stemning, en pludselig indsigt, en indskydelse). Derfor kan det måske give mere mening at tale om dialogiske øjeblikke (Lang, 2020). Jeg mener dog, det er muligt (for hjælper) at skabe nogle faciliterende rammer for, at dialog kan opstå, igennem den måde man kommunikerer og

²⁴ Asymmetrien går på rollefordelingen, den faglige viden og dertilhørende ulige magtrelation. Men ontologisk set opfattes de samtalende som ligeværdige.

relaterer sig på, hvor det især vurderes væsentligt at få skabt en relationstryk ramme. Det indebærer først og fremmest, at der bliver skabt en god kontakt imellem de samtalende, samt at begge parter indvilger i dialogens særlige form (jf. Lang, 2018).

Modsat den kontrollerende samtale, som er hjælperstyret, åbner dialogen op for en *lydhørhed* over for den andens (patientens) perspektiv og en *fælles* undersøgelse og løsning af det, der er omdrejningspunktet for samtalen. Som det vil fremgå af det følgende, er det inden for sundhedssektoren blevet problematiseret, hvis patienten kun i ringe grad involveres i sit behandlingsforløb og dertilhørende beslutningsprocesser, samt hvis fokus for ensidigt bliver på biomedicinske faktorer og forhold defineret af den sundhedsprofessionelle (som ved den hjælperkontrollerende tilgang). Ikke at have indflydelse på sin egen situation, samt oplevelsen af, at beslutninger træffes 'hen over hovedet én', har betydning for ens motivation og 'compliance'²⁵ (jf. Deci & Ryan, 1985; B. Lundahl et al., 2013; B. W. Lundahl et al., 2010; Miller & Rollnick, 2014; R. M. Ryan et al., 2008; R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017). Det hænger blandt andet sammen med, om man oplever at have selvbestemmelse og kunne påvirke sin situation, om de foreslåede tiltag giver mening for én, og om man vurderer, at det er noget, man kan handle på (jf. R. M. Ryan & Deci, 2017). Her kan en dialogisk – og personcentreret – tilgang til samtalen være et bud på et alternativ til den kontrollerende og styrende tilgang med sit fokus på at få skabt en relationstryk kontekst. Omdrejningspunktet er her at 'tænke sammen' og (oprigtigt) *samtale* med henblik på at nå frem til en gensidig forståelse samt tiltag, der også virker realiserbare og meningsfulde for patienten. Spørgsmålet er dog, hvor let det er at implementere en sådan tilgang og tænkning i en sundhedsfaglig kontekst, hvor der er en lang tradition for den hjælperstyrende tilgang.

Fra sygdomsmodel til personcentrering

Inden for sundhedssektoren har *den biomedicinske sygdomsmodel* været en fremherskende model for behandling og pleje op igennem det 20. århundrede, og dens fremkomst kan spores tilbage til Rudolph Virchows banebrydende opdagelse af celleforandrings betydning for udvikling af sygdom (Wade &

²⁵ Compliance henviser her til ens føjelighed eller efterlevelse af sundhedsfaglige anbefalinger.

Halligan, 2004)²⁶. I den biomedicinske model ses sygdom som et fysisk, biologisk, kropsligt problem, der skyldes 'fejl i kroppens biologiske mekanismer' (M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004, s. 27). Denne sygdomsmodel har været grundlaget for mange vigtige medicinske fund inden for eksempelvis genforskning og immunologi (M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004), og den har ligeledes dannet afsæt for, hvordan der er blevet kommunikeret mellem patient og sundhedsprofessionel. I dag er modellen måske mest kendt for kritikken af den. Kritikken går på, at den alene ser på sygdom som biologiske fejl og ikke medtænker psykologiske og sociale forhold. Kritikken går således også på, at den har en meget distanceret og objektiviserende tilgang til patienten, hvilket Wackerhausen (1997) eksempelvis udtrykker med sit begreb om patienten som den 'hovedløse kødklump'. Ud fra den biomedicinske sygdomsforståelse bliver lægens eller den sundhedsprofessionelles opgave at identificere og lokalisere de biologiske fejl for herefter at 'reparere' (behandle) fejlen²⁷. Det er den sundhedsprofessionelle, der diagnosticerer, behandler og rådgiver uden hensyntagen til, hvad patienten eventuelt måtte mene. Kommunikationen bærer således i høj grad præg af at være énvejs og styret af den sundhedsprofessionelle.

Fra 1960 og frem begynder George L. Engel at publicere flere artikler, hvor han stiller spørgsmålstejn ved den biomedicinske model (jf. Farre & Rapley, 2017). Som et modsvar til den snævre biomedicinske sygdomsmodel foreslår Engel *den biopsykosociale model* som grundlag for forståelse af sygdom (Engel, 1977). Med denne model introducerer han en mere holistisk tilgang til sygdom og behandling, der fortsat anerkender biologiske faktoreres betydning for sygdom, men som også medtænker psykologiske faktorer, som hvordan den enkeltes følelser og tanker kan påvirke sygdom, samt sociale faktorer som kultur, samfund og familie (Engel, 1977; M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004). Modellen anerkender således også patientens perspektiv og forståelse af sygdom, og sygdom er i denne optik ikke kun et spørgsmål om, hvad der udefra set kan observeres eller beskrives eksempelvis på celleniveau, men også et spørgsmål om et komplekst samspil af flere faktorer.

Den biopsykosociale model giver retning til en mere patient- og personcentreret tilgang i sundhedssektoren. Selvom modellen også bliver kritiseret for blandt andet at være for vagt defineret og svær at overføre til praksis, så køber 'praksis' ind på tænkningen i modellen (Farre & Rapley, 2017). Hvordan patient-

²⁶ Virchows forskning gjorde op med humoralpatologien, der anså sygdom som en ubalance mellem legemsvæskerne (de såkaldte kardinalvæsker) (jf. Agerholm, 2016, s. 12; Rygaard, 2020), og her er således tale om et markant skifte i sygdomsopfattelse og ætiologi. Virchow udgav sit hovedværk, *Die Cellularpathologie* i 1858 (Rygaard, 2020).

²⁷ Hvorfor den også er blevet kaldt 'apparat-fejl modellen' (M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004).

centrering og –involvering praktiseres, kan dog tage sig meget forskelligt ud. Det kan blandt andet relateres til Smith og Colemans (2009, s. 42) praksiskontinuum, der beskriver, hvordan man kan tale om forskellige grader af patientinvolvering i et behandlingsforløb. Kontinuet strækker sig fra 'ingen involvering', hvor det er den sundhedsprofessionelle alene, der træffer beslutninger (på patientens vegne), anviser og kommer med anbefalinger, henover 'delvis involvering' til 'fuld involvering', hvor det er patienten selv, der handler og beslutter, og hvor den sundhedsprofessionelle kun inddrages, når patienten finder det nødvendigt. Kontinuet viser, hvor forskelligt et begreb som involvering kan tolkes. Nogle vil for eksempel hævde, at de har involveret patienten i behandlingen, når de har spurgt patienten, om denne er enig i behandlingsplanen (som er blevet udformet af den sundhedsprofessionelle). Andre vil mene, der skal mere til, før man kan tale om involvering, som for eksempel at der også bliver lyttet til og taget højde for patientens egne idéer, spørgsmål eller ønsker. Jeg læner mig op ad sidstnævnte forståelse. Det betyder dog ikke, jeg mener, at det ikke har relevans, at den sundhedsprofessionelle kan stille en diagnose og rådgive ud fra sin faglige viden. Det er særdeles afgørende og netop grunden til, at vi har forskellige fagprofessioner med hvert sit speciale. Det, jeg opponerer imod, er hvis kommunikationen kun bliver énvejs, hvis der kun tænkes om sygdom som en biologisk fejl, og hvis der ikke tages hensyn til, hvordan patienten har det, og hvad patienten tænker om sin situation og det, den sundhedsprofessionelle foreslår. Dette perspektiv harmonerer med den dialogiske og personcentrerede tænkning.

Ser vi mere specifikt på patient- og personcentrering, er der forskellige tolkninger af, hvordan disse begreber skal forstås. Nogle bruger dem, som om de betyder det samme, men inden for de seneste år er der kommet mere opmærksomhed på, hvilken betydning det har, om man arbejder *patientcentreret*, eller *personcentreret*, og om man kan sige, at der er tale om det samme, eller om der reelt er tale om forskellige tilgange (Eklund et al., 2019; Starfield, 2011). Ifølge Eklund og kolleger (2019) ser der ud til at være nogle fællestræk, som går på tværs af begge tilgange. Inden for begge tilgange er fokus på empati, respekt, engagement, relation, kommunikation, fælles beslutningstagen, individualiseret og holistisk fokus samt koordineret omsorg. Både den patientcentrerede og personcentrerede tilgang adskiller sig således umiddelbart fra den styrende og docerende tilgang, der var (er) kendetegnende for den biomedicinske sygdomsmodel. Men de to tilgange er ikke nødvendigvis helt ens. Der ser ud til at være en væsentlig forskel, hvad angår målet for behandlingen. Den patientcentrerede tilgang lader til at være rettet mod at skabe grobund for et *funktionelt* liv, mens den personcentrerede tilgang ser ud til at være rettet mod et *meningsfuldt* liv. Og hvad menes der så med denne skelnen? Når fokus i samtalen er på, at patienten skal opnå et godt, funktionelt liv, så handler det eksempelvis om at reducere ubehag og lidelse (symptomer) og at styrke

patientens funktionsevne²⁸. Til sammenligning vil et fokus på et meningsfuldt liv betyde, at man er orienteret mod, hvad der er vigtigt og betydningsfuldt for patienten med henblik på at styrke et – for den enkelte – godt og meningsfuldt liv (Eklund et al., 2019, s. 7–8).

Forskelle og ligheder imellem patient- og personcentrering må ses i lyset af, hvornår begreberne er opstået. Den patientcentrerede tilgang er opstået som et modsvar til den udefrastyrede, diagnosticerende og docerende biomedicinske tilgang. Modsvaret er, at man ikke kan skære alle over én kam, og at der er vigtige forhold, man overser af relevans for sygdomsforståelsen, håndteringen og behandlingen ud fra sådan en snæver tilgang. Patienten må i stedet ses i et bredere biopsykosocialt perspektiv, og her bliver empati og kommunikation væsentlig. Men udgangspunktet i den patientcentrerede tilgang er fortsat, at her er tale om en *patient*, der er syg, for eksempel en kræftpatient, og der kan således argumenteres for, at det stadig er en objektiverende tilgang, uagtet at man siger, man arbejder *patientcentreret*. Den personcentrerede tilgang kan ses som en reaktion på netop dette, at patienten fortsat kun bliver set som patient, og ikke som en *person*, der har et levet liv bag og med sig (jf. Eklund et al., 2019, s. 8)²⁹. Dette aspekt har været væsentligt for denne afhandling. Når der i afhandlingen tales om personer med kræft, så omtales de i videst muligt omfang som *kræftramte* og ikke kræftpatienter. Dette for at understrege, at her er tale om personer, som er meget andet og mere end blot patienter. De *er* heller ikke deres sygdom, men de har fået eller er blevet ramt af en sygdom. Derfor bruges udtrykket *kræftramt*. Alligevel vil der i afhandlingen også blive talt om *patienter*. Det skyldes, at afhandlingen tager afsæt i en sundhedsfaglig kontekst, hvor de *kræftramte også* er patienter. Og for at kunne skelne denne kontekst fra lignende kontekster, hvor de eksempelvis kunne have ageret som borgere eller klienter, så har jeg valgt at bruge betegnelsen 'patient', ligesom jeg også bruger betegnelserne 'pårørende' og 'diætist'. Med det sagt, så kan det stadig diskuteres, hvor stor forskel der reelt er mellem patient- og personcentrerede tilgange, for ligesom med involvering, så kan henholdsvis person- og patientcentrering tolkes og praktiseres forskelligt. I praksis kan en patient- og personcentreret tilgang derfor se meget ens ud, ligesom to personcentrerede tilgange kan se forskellige ud. Dog ligger der et statement i den personcentrerede tilgang om, at der

²⁸ Funktionsevne dækker over, hvad den enkelte er i stand til eller formår på tværs af vedkommendes fysiske, psykiske og sociale funktion (Sundhedsstyrelsen, 2019a).

²⁹ Denne forskel i opfattelsen af den anden som henholdsvis patient og/eller person samt forskellig opfattelse af mål (funktionsniveau eller et meningsfuldt liv) gør, at det kan diskuteres, om den patientcentrerede tilgang reelt kan siges at have distanceret sig fra den biomedicinske tilgang, eller om det blot er en videreførelse af en biomedicinsk tænkning med fortsat fokus på (patientens) sygdom og behandling heraf (jf. Eklund et al., 2019, s. 8).

specifikt tages afstand fra en objektificerende og passiviserende tilgang, hvor den sygdomsramte kun ses som en patient eller en, der er syg. En, der passivt modtager behandling. Dette kan relateres til, om der i behandlingen (kun) rettes fokus mod at styrke patienten på et funktionelt, teknisk plan, eller om der (også) rettes fokus mod at styrke den kræftramte i et bredere livsperspektiv, som er meningsfuldt for den enkelte.

Når der i denne afhandling tages afsæt i en dialogisk og personcentreret tilgang, så indebærer det en forståelse af den anden (den kræftramte) som et subjekt, et unikt individ, og et agerende individ, der også kan – og bør – tage aktiv del i beslutningsprocesser og handletiltag i sit eget sygdoms- og behandlingsforløb. Det betyder, det er *personen*, og ikke blot patientrollen, der kommer i centrum, og behandling og omsorg iværksættes i *samråd* og med afsæt i den andens kontekst, baggrundshistorie, ønsker og individuelle styrker og svagheder (jf. Eklund et al., 2019; Rogers, 1986/1989a). Her bliver hjælpers dialogiske kompetencer afgørende, som ifølge Alrø og Kristiansen (2006, s. 232) er defineret ved både at dække over kommunikative færdigheder, forholde- og værensmåder. Brendan McCormack har givet et bud på, hvad det vil sige at *praktisere* en personcentreret tilgang og jævnfør det indledende citat til dette kapitel (som i øvrigt også er en henvisning til Carl Rogers), så fremhæver han netop det centrale aspekt, at det ikke blot er et spørgsmål om teknik – det handler i høj grad om, hvordan man *er* og relaterer sig. Denne anskuelse harmonerer også med den dialogforståelse, jeg tager afsæt i (jf. Alrø, 2018), der ser dialog som en måde at kommunikere på *og* en måde at være i relation på. På den måde hænger den dialogiske og personcentrerede tænkning tæt sammen: "In essence, it is appropriate and defensible to use the generic term *dialogue* simply defined as humanistic communication that is person-centered and grounded in the concrete moment of authentic human meeting" (Arnett, 1989, s. 47). Personcentrering hviler ifølge McCormack på fire grundlæggende forhold, som handler om at være i *relation*, at være del af en *social verden*, at være i en bestemt *kontekst* og at være et selvstændigt individ (*person*) (McCormack, 2004; B. McCormack & McCance, 2016b). Disse fire forhold udgør afsættet for at kunne tænke og praktisere personcentrering, og McCormack og kolleger sammenfatter, at personcentrering således handler om:

... promoting care *of* the person (of the totality of the person's health, including its ill and positive aspects), *for* the person (promoting the fulfilment of the person's life project), *by* the person (with clinicians extending themselves as full human beings with high ethical aspirations) and *with* the person (working respectfully, in collaboration and in an empowering manner) (B. McCormack et al., 2017, s. 3, min fremhævning)

Denne tænkning, at personcentrering er afgørende for den andens velbefindende, samt at hjælpers (dialogiske) måde at relatere sig på har stor

betydning, er ikke ny. I 1942 udgav den amerikanske psykolog Carl Rogers *Counseling and Psychotherapy*, hvor han introducerer en klientcentreret og ikke-styrende tilgang til terapi (Rogers, 1942). Både den patientcentrerede og personcentrerede tilgang, der vokser frem inden for sundhedsvæsenet, kan relateres tilbage til Rogers (se f.eks. J. Cornelius-White et al., 2013, s. 3; B. McCormack et al., 2017, s. 3; B. McCormack & McCance, 2016, s. 17). Rogers siger meget rammende om denne tilgang, at "the individual and not the problem is the focus" (Rogers, 1942, s. 28). Den personcentrerede tilgang er således ifølge Rogers kendetegnet ved at være:

...primarily a way of being that finds its expression in attitudes and behaviors that create a growth-promoting climate. It is a basic philosophy rather than simply a technique or a method. When this philosophy is lived, it helps the person expand the development of his or her own capacities. When it is lived, it also stimulates constructive change in others. It empowers the individual (Rogers, 1986/1989a, s. 138)

Denne afhandling står på skuldrene af Rogers, og derfor vil centrale elementer fra hans tænkning blive foldet ud i det følgende.

Carl Rogers' personcentrerede tilgang

Carl Ransom Rogers (1902-1987) regnes for at være en af pionererne inden for forskning i psykoterapi. Han er den første, der båndere og transskriberer sine samtaler og efterfølgende publicerer dem i fuldt uddrag. Han laver også sessioner foran et publikum (studerende), og da teknikken er til det, video-optager han sine samtaler. Derved åbner han ikke kun op for, at man kan komme med ind i det terapeutiske rum, han bringer også forskningen i samtalerapi op på et nyt niveau, fordi der nu bliver et konkret materiale at forholde sig til (jf. Kirschenbaum & Henderson, 1989) og ikke kun teori eller terapeutens ord.

Med sin klientcentrerede terapi introducerer Rogers endvidere en, i forhold til datiden, markant anderledes tilgang til terapi, der tager afsæt i, at det er *klientens* – og ikke hjælpers – oplevelser, tanker, følelser, ønsker og behov, der er afgørende for et vellykket terapiforløb. Rogers går således væk fra en forståelse af, at det er hjælper, der er den (al)vidende – og styrende – den, der ved, hvad der er bedst for klienten. Han introducerer en tilgang, der markerer en bevægelse væk fra at se den anden (klienten) som et objekt, man udefra kan vurdere og diagnosticere uden hensyntagen til klientens perspektiv, til at se den anden som en person, der selv ligger inde med vigtige erfaringer, svar og ressourcer af relevans for behandlingen. I tråd med det foregående afsnit er

Rogers' tilgang således også en bevægelse væk fra den udefrastyrende og objektiverende tilgang. Rogers åbner endvidere op for, at denne tilgang ikke kun har potentiale i en terapeutisk sammenhæng, men også kan bruges i andre hjælperrelationer (Kirschenbaum & Henderson, 1989; Rogers, 1957, 1983).

Rogers introducerer en ikkestyrende tilgang, som er kendetegnet ved, at det ikke er hjælper alene, der sætter dagsordenen. Det gøres med afsæt i klientens ønsker. Ligeledes præsenterer han en tilgang, hvor det ikke handler om at praktisere en bestemt metode eller teknik, men derimod hvordan hjælper *relaterer* sig til klienten. Ifølge Rogers er det centrale ikke at kunne stille en diagnose eller komme med råd til, hvad klienten bør gøre. Det afgørende er *kvaliteten* af relationen imellem klient og hjælper.

Rogers' opmærksomhed på, at klientens oplevelse og perspektiv er afgørende og har (stor) betydning for udfaldet af samtalen, skal som nævnt indledningsvist især ses i opposition til psykoanalysen og behaviorismen. Med sin personcentrerede og ikkestyrende tilgang kommer han til at repræsentere en bevægelse væk fra en forståelse af, at mennesket er determineret uden selv at kunne påvirke sin situation, enten udefra (behaviorismen) eller indefra i form af (ubevidste) drifter (psykoanalysen). Modsvaret hertil er den humanistiske psykologi, der ser mennesket som et individ med iboende potentialer, der er rettet mod udvikling og selvrealisering, og som selv er i stand til at påvirke sin egen situation, hvorfor den enkeltes oplevelse, tanker og følelser bliver betydningsfulde i en professionel hjælperrelation. Om den ikkestyrende tilgang skriver Rogers, at den er baseret på en antagelse om, at klienten selv har retten – og evnen – til at træffe de rigtige valg og vælge sine egne livsmål. Det er ikke noget, der – som det ellers var kutyme i Rogers' tid – bør ligge hos hjælper (Rogers, 1942/1989, s. 86). Rogers' fokus på klientens erfaringsverden og perspektiv og samtidige opmærksomhed på hjælpers bidrag til processen, har været med til at præge den videre udvikling i psykoterapi. Det gælder i særdeleshed betydningen af hjælpers evne til at udvise accept, empati og kongruens i relation til klienten – de såkaldte kernebetinger. I dag er det alment accepteret, at det er grundlæggende for etableringen af en professionel hjælperrelation (jf. Sommerbeck & Larsen, 2011a, s. 7), og arven fra Rogers ses som nævnt også i de patient- og personcentrerede tilgange i sundhedssektoren (jf. J. Cornelius-White et al., 2013; B. McCormack et al., 2017; B. McCormack & McCance, 2016).

At Rogers kalder sin tilgang *klientcentreret* kan ses som et opgør med samtiden, hvor klienten i behandlingsøjemed ses som et passivt objekt, og hvor behandlingen styres (udefra) af hjælper. At han kalder tilgangen *klientcentreret* er ligeledes et opgør med, at den hjælpsøgende hidtil er blevet beskrevet og betragtet som en patient, hvilket implicerer en ufrivillig og ulige relation, mens klient i højere grad indebærer en frivillig og ligeværdig relation. Med sin

klientcentrerede tilgang introducerer Rogers en ny måde at anskue den hjælpsøgende på og en ny måde at se på klient-behandler-relationen (Kirschenbaum & Henderson, 1989, s. 62). Med tiden omtaler Rogers også sin tilgang som en *personcentreret* tilgang (Rogers, 1986/1989a). Således opsummerer han sin tilgang:

What do I mean by a client-centered, or person-centered, approach? For me it expresses the primary theme of my whole professional life [...] This theme has been used and found effective in many areas, until the broad label 'a person-centered approach' seems the most descriptive. The central hypothesis of this approach [...] is that the individual has within himself or herself vast resources for self-understanding, for altering his or her self-concept, attitudes, and self-directed behavior – and that these resources can be tapped if only a definable climate of facilitative psychological attitudes can be provided (Rogers, 1986/1989a, s. 135)

Udgangspunktet er altså en (personcentreret) forståelse af, at den enkelte selv har ressourcer og handlemuligheder, hvorfor det er væsentligt at lytte til den andens perspektiv og hjælpe den anden, ud fra hvad der for denne person giver mening og synes ladsiggørligt. For at den enkelte kan finde sine indre ressourcer, kræver det et faciliterende og trygt miljø.

Ikke længe efter, at Rogers har udgivet *Counseling and Psychotherapy* i 1942, erfarer han, at den ikkestyrende tilgang, som han har beskrevet, af mange bliver omsat som et spørgsmål om teknik, mens der i mindre grad er opmærksomhed på hjælpers tilgang eller holdning til klienten (Kirschenbaum & Henderson, 1989). Dette problematiserer han, da han jo netop mener, det er *kvaliteten* af den terapeutiske relation, der har betydning for udfaldet af samtalen (om der sker en positiv forandring) frem for de *teknikker*, hjælper gør brug af. Som han blandt andet siger om aktiv lytning, så er det ikke bare "a wooden technique" (Rogers, 1962, s. 420), det handler derimod om, hvordan man *er* og møder den anden. Det vil sige *ånden* i samtalen (Rogers & Farson, 1987). Denne forståelse udfolder Rogers i *The Characteristics of A Helping Relationship* (1958), samt i det han kalder 'de nødvendige og tilstrækkelige betingelser for terapeutisk forandring' (Rogers, 1957, 1959).

De seks nødvendige og tilstrækkelige betingelser for terapeutisk forandring

1.	At to mennesker er i <i>kontakt</i>
2.	At den ene (klienten) er i en <i>inkongruent, sårbar</i> eller <i>ængstelig</i> tilstand
3.	At den anden (terapeuten) er <i>kongruent</i> i <i>relationen</i>
4.	At terapeuten oplever <i>ubetinget positiv accept</i> af klienten
5.	At terapeuten oplever en <i>empatisk forståelse</i> af klientens inde referenceramme
6.	At klienten som minimum oplever, at terapeuten er <i>ubetinget positivt accepterende</i> (4) og <i>empatisk forstående</i> (5) over for ham/hende

Boks 3.1 Rogers' nødvendige og tilstrækkelige betingelser (oversat til dansk efter Rogers, 1959, s. 213 og Sommerbeck og Larsen, 2011, s. 14).

Kontakt, kongruens, accept og empati

I det følgende vil Rogers' forståelse af, hvad der har betydning for hjælper-samtalen blive foldet ud. Med henvisning til figur 3.1 handler det i høj grad om, hvordan hjælper relaterer sig (*being*), men det står ikke alene. Jævnfør boks 3.1 ovenfor, er det både et spørgsmål om, hvordan hjælper møder klienten, at klienten oplever et behov for hjælp, samt at klienten oplever sig mødt (med accept og empati).

Kontakt

Den første betingelse, Rogers nævner, er *kontakt*. For overhovedet at kunne tale om en proces eller forandring, må der være kontakt. Rogers skriver, at der skal være *psykologisk kontakt*, men uden at uddybe, hvad han mener med det. Senere sidestiller han det dog med *personlig* kontakt (Rogers, 1957, s. 96), og i en overskrift omtaler han kontakt som *relation*. Det harmonerer også med, at han i *Counseling and Psychotherapy* taler om vigtigheden af at få skabt en terapeutisk relation (Rogers, 1942, s. 85 ff.). Han skriver endvidere, at uden kontakt, så giver de øvrige punkter (betingelser) ikke mening, og måske er nødvendigheden af, at der etableres en kontakt så simpel, at man i stedet kunne kalde det for en grundforudsætning (Rogers, 1957, s. 96).

Når Rogers skriver *psykologisk* kontakt, så formoder jeg, at det er for at fremhæve, at der ikke blot er tale om fysisk kontakt. Kontakt kommer af latin *contactus* og betyder at berøre. At være i kontakt kan således betyde at (be)røre hinanden ved fysisk kontakt såvel som at blive følelsesmæssigt berørt.

Beslægtede ord til kontakt er relation, forbindelse, samhørighed og forening. Når Rogers taler om *psykologisk* kontakt, så skal det måske forstås i netop disse baner; at der er en forbindelse, en relaterethed, en samhørighed med hinanden, som ikke i så høj grad går på, at der er fysisk kontakt, men mere, at man mentalt og følelsesmæssigt er tunet ind på hinanden og gensidigt oplever en forbindelse (se endvidere Alrø, in press; Alrø & Kristiansen, 1998; Dahl, in press). Når Rogers også kalder det *personlig* kontakt, så er det for at understrege, at det er kontakt uden facade eller i ly af en titel, men et møde person til person. Det understreges af følgende citat, hvor Rogers fremhæver, at de optimale rammer for en samtale indebærer, at

... the therapist has been able to enter into an *intensely personal and subjective* relationship with the client – relating not as a scientist to an object of study, not as a physician expected to diagnose or care, but as a *person to person* (Rogers, 1957/1989, s. 409, mine fremhævninger).

Med dette citat fremhæves Rogers' vægtning af, at kontakt er grundforudsætningen for samtale, og kontakt indebærer autenticitet i mødet. Det kan ikke forstilles. Kontakt kan ikke simuleres eller udføres, som var det en teknik. Kontakt er en måde at være på; man er i kontakt med nogen og oplever at være i forbindelse. I en af sine senere tekster beskriver Rogers en oplevelse af kontakt, hvor han nærmest har en magisk eller transcendent³⁰ oplevelse "... it seems that my inner spirit, has reached out and touched the inner spirit of the other" (Rogers, 1986/1989a, s. 137). En deltager, der har været med i en af Rogers' workshops, beskriver en lignende oplevelse og taler her om oplevelsen af 'oneness', altså oplevelsen af at være én samlet organisme, der trækker vejret sammen og føler og oplever sammen – samtidig med at han også er helt bevidst om, at de er individuelle, adskilte individer (Rogers, 1986/1989a, s. 137–138). Denne oplevelse af at blive ét med hinanden, af at være forenet, som var man én organisme, er måske nok mest sandsynligt at opleve i en terapeutisk sammenhæng. Men det viser det potentiale, der ligger i, når det lykkes at etablere en tryk og tillidsfuld psykologisk kontakt. Og det viser endvidere betydningen af gensidighed i kontakt. Kontakt er ikke en envejskonstellation. Kontakt indebærer, at begge parter oplever at være i kontakt, og at man har oplevelsen af at blive set og oplevet af den anden (jf. Alrø, in press; Dahl, in press; Rogers, 1957). Når Rogers taler om kontakt som en grundforudsætning, foruden hvilken

³⁰ I sine senere år begynder Rogers at interessere sig for det spirituelle, det uforklarlige, det mystiske, det overskridende, og han begynder at tale om transcendentale fænomener og intuitive svar som noget (positivt), der også kan forekomme i samtaler og terapi: "Our relationship transcends itself and becomes a part of something larger. Profound growth and healing and energy are present", "I do not form my responses consciously, they simply arise in me, from my nonconsciously sensing of the world of the other" (Rogers, 1986/1989a, s. 137, 148). Jeg går dog ikke mere ind i denne udvikling her i afhandlingen.

de øvrige betingelser ikke vil give mening, så skal det ikke kun ses som en forudsætning for, at der kan etableres en hjælperrelation. Det er også en forudsætning for, at der kan ske et forandringsarbejde i relationen. Kontakt er således ikke noget, der 'bare' skal etableres i starten af en samtale, kontakten skal 'vandes' og 'passes på' og holdes ved lige hele vejen igennem. Det understøttes af de øvrige fem betingelser.

Der er særligt tre af Rogers' betingelser, som har fået meget opmærksomhed, og som også går under betegnelsen 'de facilitative betingelser' eller 'de tre kernebetingelser'. Det drejer sig om hjælpers bidrag til processen, som Rogers har listet op som tredje til femte betingelse (kongruens, accept og empati). Sammen med kontaktbegrebet har disse kernebetingelser haft afgørende indflydelse på afhandlingens (for)forståelse af, hvad der fra hjælpers side kan bidrage konstruktivt til samtalen. De får derfor lidt plads i det følgende.

Kongruens

Rogers' tredje betingelse handler om, at hjælper er *kongruent* i relationen. Men hvad vil det sige? Rogers bruger selv flere forskellige betegnelser synonymt hermed; autentisk, integreret, ægte og uden facade (Rogers, 1957, s. 97; Sommerbeck & Larsen, 2011b, s. 16), og der ses en udvikling eller udvidelse af måden, hvorpå han omtaler kongruens op igennem sit forfatterskab, hvilket kræver et par uddybende bemærkninger.

I ordets oprindelse fra latin *congruentia*, betyder kongruens 'at passe sammen', og som ordet bruges i dag, henviser det typisk til overensstemmelse eller sammenfald. Der er dog ikke helt enighed om, hvordan Rogers' anvendelse af begrebet skal forstås. Ifølge Lisbeth Sommerbeck og kolleger (Frankel & Sommerbeck, 2007; Sommerbeck & Larsen, 2011b, s. 19), så kan det fortolkes på (i hvert fald) to forskellige måder:

1. At hjælper er 100 % nærværende i anvendelsen af sin teori (Rogers-1)
2. At hjælper fraviger sin teori med henvisning til et overordnet hensyn (Rogers-2)

Ifølge Frankel og Sommerbeck beskriver Rogers i sine tidlige tekster kongruens³¹ som det, at hjælper er tro mod, ægte og ærlig i sin *praktisering* af klientcenteret terapi. Det vil sige kongruens henviser her til, at hjælper er empatisk, ikkestyrende og klientcenteret i sin tilgang, sådan som teorien foreskriver (jf.

³¹ som han i disse tekster i højere grad omtaler som ægthed.

Frankel & Sommerbeck, 2007, s. 288). Denne tidlige udgave af Rogers' klient-centrerede tilgang kalder Frankel og Sommerbeck for Rogers-1 terapi.

Frankel og Sommerbeck (2007) baserer deres skelnen på, at de ser en udvikling fra 1951 (*Client-Centered Therapy*) til 1957 (*The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*) i Rogers' måde at tale (eller ikke tale) om kongruens på. Forskellen handler især om, hvor meget hjælper skal inddrage sit eget perspektiv. I det, de kalder Rogers-2 terapi, ser de en ny udlægning af kongruensbegrebet, som nu dækker over, at hjælper er kongruent ved ikke at gå ind i relationen som (blot) en terapeut, en professionel, en titel, men derimod som sig selv, som en person uden facade. Forskellen mellem det, de kalder Rogers-1 og Rogers-2 terapi kan beskrives således (jf. Sommerbeck, 2011):

- Rogers-1-terapi: Her forstås kongruens som at man er fuldt (100 %) nærværende "i den ubetinget accepterende, empatisk reflekterende proces med klienten" (Sommerbeck, 2011, s. 296), hvor man er empatisk reflekterende og ikkestyrende ('klientcentreret' terapi)
- Rogers-2-terapi: Her forstås kongruens som at man er sig selv, ægte i mødet, et virkeligt menneske, der også kan bringe sit *eget* perspektiv ind i processen ('vi-centreret' terapi)

Den afgørende forskel, som Frankel og Sommerbeck udlægger det, er altså, at i Rogers-1 terapi kan kongruens forstås, som at man er *kongruent med den terapeutiske tilgang* , ensbetydende med, at man er ubetinget accepterende, empatisk og ikkestyrende i sin respons til klienten. I Rogers-2 terapi har kongruens fået en ny betydning eller en merbetydning, som nu (også) dækker over, at man er *kongruent i forhold til sig selv* , det vil sige, at man er ægte og autentisk i sin relation til klienten og i forhold til de følelser og tanker, man registrerer hos sig selv. Den store forskel mellem Rogers-1 og Rogers-2 bliver ifølge forfatterne derfor, om man bringer sine egne tanker eller følelser ind i relationen. Rogers-1 er ifølge Frankel og Sommerbeck kendetegnet ved, at hjælper *ikke* bringer egne tanker, holdninger eller følelser op. Her holder hjælper sig *ude* af den terapeutiske relation, hjælper er ikkestyrende og orienterer sig derfor kun mod at sætte sig i klientens sted og empatisk og accepterende at reflektere det tilbage, som klienten bringer på banen. I Rogers-2 bringer hjælper sig selv *ind* i den terapeutiske relation, når han/hun bringer sit eget perspektiv ind (hvorfor de benævner det 'vi-centreret' terapi i stedet for klientcentreret terapi). Rogers-1 er således ud fra denne skelnen den 'ægte' klientcentrerede tilgang.

Ifølge Frankel og Sommerbeck (2006, 2007) laver Rogers en kategorifejl, når han skelner mellem terapeut og person (Rogers-2). Når Rogers siger, det er væsentligt, man er sig selv, en *person* og ægte i mødet med klienten, så må det

ifølge dem betyde, at det er noget andet end at være *terapeut*. Og det får dem til at konkludere, at man kun kan være en person, når man *ikke* er terapeut, hvilket indebærer, at man således heller ikke kan være accepterende og empatisk, når man møder den anden som person. Person er, når man 'er sig selv' og taler ud fra sit eget perspektiv: "Ironically, therapists are thus only persons when they are not client-centered!" (Frankel & Sommerbeck, 2007, s. 290).

Denne påstand om, at hjælper kun kan være sig selv ved *ikke* at være klientcentreret i Rogers-2 tilgangen, er noget kontroversiel, og den skal måske ses som udtryk for en ret yderliggående læsning af Rogers (jf. Stumm, 2013; Welsch, 2006). Welsch (2006) argumenterer for, at Frankel og Sommerbeck er galt afmarcheret, når de hævder, at der skulle være tale om en kategorifejl³², og ifølge Welsch kan de kun nå frem til denne slutning, fordi de tillægger Rogers' kongruensbegreb en anden betydning, end hvad der var Rogers' intention. Deres skelnen imellem Rogers-1 og Rogers-2 synes dog relevant, da den dels kan ses som en skildring af en udvikling i Rogers' tilgang³³, dels kan ses som et udtryk for, at arven efter Rogers er stor og har lagt grunden for mange forskellige forgreninger inden for den personcentrerede tilgang. Sommerbeck og kolleger repræsenterer en tilgang, som kunne kaldes klassisk eller traditionel, men som af andre også beskrives som værende ortodoks, konservativ, dogmatisk og fundamentalistisk (Stumm, 2013, s. 24). Hjælper må ikke på nogen måde bringe sit eget perspektiv ind i samtalen, men skal alene agere klientens alter ego, da det ellers vil være i modstrid med Rogers-1 kongruens (Stumm, 2013, s. 26). Til forskel fra denne snævre læsning af Rogers findes en lang række øvrige tilgange (jf. Stumm, 2013), der i højere grad kan placeres inden for Rogers-2 tilgangen. Her forstås kongruens som det at være autentisk og ægte i mødet med den anden, hvilket indebærer, at hjælper godt kan bringe sit eget perspektiv med ind i samtalen – i det omfang, det vurderes gavnligt og relevant for den anden. En tilgang, der for eksempel placerer sig her, er den motiverende samtale af William Miller og Stephen Rollnick (jf. Miller & Rollnick, 2014; Stumm, 2013), som vil blive præsenteret sidst i dette kapitel, og det er også den forståelse af kongruens, jeg læner mig opad.

At være kongruent i betydningen 'at være sig selv' indebærer i min forståelse, at man er kongruent i relation til egne følelser, tanker og sansninger. Det indebærer, at man også kan bringe elementer fra sit eget perspektiv ind i samtalen (jf. Rogers, 1957, s. 97). Det handler om, at man for at kunne være i kontakt med den anden også må være i kontakt med sig selv (jf. Dahl, in press). Og nogle gange kan det betyde, at man må bringe sine egne oplevelser i spil, hvis

³² Han siger ligefrem, at det er fejlagtigt, misvisende og upassende (Welsch, 2006, s. 79).

³³ Andre har skildret denne udvikling i tre spor: den ikkestyrende tilgang, den klientcentrerede tilgang og den personcentrerede tilgang (jf. Miller, 2015).

de eksempelvis står i vejen for, at man kan være empatisk og accepterende (jf. Rogers, 1957, s. 97, 1962/1973, s. 177). Kongruens i denne forstand kan bidrage til at skabe tryghed og klarhed eller gennemsigtighed, da det gør det lettere at aflæse, hvad der sker hos hjælper. Klienten eller patienten kan med sit blik se, at hjælper eksempelvis bliver berørt, og samtidig høre med sit øre, at det også harmonerer med det, der bliver sagt. Det er i min forståelse ikke det modsatte af at være empatisk og accepterende, som Frankel og Sommerbeck hævder, men derimod *forudsætningen* for at kunne være det. Og det er heller ikke det samme som, at man dermed bliver styrende og det modsatte af at være klient- eller personcentreret. Det er snarere, at man er autentisk til stede og uden en distancerende 'fagtitel-facade'. At være kongruent i forhold til sig selv betyder i min optik således heller ikke, at man ikke kan være professionel (terapeut). Rogers fremhæver selv, at det er hjælpsomt og vigtigt, at hjælper er åben og tydelig i sin tilgang, for det er netop, hvordan hjælper *er*, der er afgørende: "it is the *attitudes and feelings* of the therapist, rather than his theoretical orientation, which is important. His procedures and techniques are less important than his attitudes" (Rogers, 1961, s. 44, min fremhævning).

Accept

Rogers' begreb om *ubetinget positiv accept* er den fjerde betingelse. Ubetinget positiv accept betyder, at man møder den anden uden forbehold eller krav men med en accept af den anden, som han/hun er (Rogers, 1957, s. 98). Det indebærer en åben og ikkedømmende tilgang, hvor afsættet er respekt og tiltro til den enkeltes potentiale og handlekraft samt evne og ret til selvbestemmelse.

Rogers (1958, s. 14) laver selv en kobling til Martin Bubers frase, *at bekræfte den anden*, som han relaterer til sit eget begreb om accept. Spørgsmålet er dog, om denne sammenstilling kan laves. I en senere dialog mellem de to fremgår det i hvert fald, at Buber ikke mener, der er tale om det samme. Bekræftelse er ifølge Buber noget andet og mere end accept³⁴ (Kirschenbaum & Henderson, 1960/1989, s. 61–62). Det skal med al sandsynlighed ses i lyset af, at Rogers er psykolog, og Buber er filosof, og de er (dermed) optaget af noget forskelligt. Man kan sige, at Buber er optaget af bekræftelse på et ontologisk niveau, mens Rogers er optaget af accept på et relationelt niveau. Det vil sige, Rogers taler om accept med afsæt i, hvilken betydning det har for, hvordan man møder et andet menneske, og hvordan det at møde en med ubetinget accept kan have (positiv)

³⁴ På samme måde drøfter de også, hvorvidt det virkningsfulde i Rogers' tilgang kan tilskrives, at der er tale om et Jeg-Du forhold i Bubersk forstand. Det henviser Rogers selv til, men denne sammenstilling problematiserer Buber også (Kirschenbaum & Henderson, 1960/1989).

indflydelse på den andens situation og udviklingsmuligheder. Buber taler om bekræftelse (og Jeg-Du) med afsæt i et ontologisk værensperspektiv. Rogers er optaget af 'hvordan' (hjælpe) og 'hvem' (er du), mens Buber er optaget af 'hvad' (er et menneske) og 'hvorfor' (har vi brug for bekræftelse)? Trods forskelle, så henviser Rogers til Buber flere steder. Hvad angår Bubers begreb om bekræftelse, bruger Rogers således begrebet i forståelsen at bekræfte den andens fulde potentiale (Rogers, 1958).

I Rogers' begreb om accept ligger der en grundforståelse af at møde den anden fordomsfrit og ikkedømmende og med ubetinget accept af, hvem den anden er og det, han/hun kan blive til. Accepten er dog ikke kun vendt udad. Den gælder også i forhold til sig selv: "I find I am more effective when I can listen acceptantly to myself, and can be myself" (Rogers, 1961/1989, s. 19). Det hænger sammen med, at når man kan være accepterende og opmærksom over for sig selv og egne følelser, så er sandsynligheden for, at man kan hjælpe andre desto større (jf. Rogers, 1958, s. 12). Det kan således også relateres til kongruensbegrebet (Rogers-2).

Empati

Den femte af Rogers' betingelser er empati. Empati er evnen til at kunne leve sig ind i, hvordan en anden har det – at kunne sætte sig i den andens sted. Empati handler således om at prøve at forstå den anden, prøve at forstå den andens perspektiv, tanker og følelser. Der hersker flere misforståelser af empati-begrebet, og empati bliver nogle gange forvekslet med beslægtede begreber. Hvis de sammenlignes, vil man dog se, at der er væsensforskelle imellem dem (jf. Sommerbeck & Larsen, 2011b, s. 32):

- Sympati: At kunne lide et andet menneske ('sym-passion')
- Medfølelse: At have ondt af et andet menneske ('com-passion'³⁵)
- Empati: At kunne sætte sig i et andet menneskes sted, som om man var den anden ('em-passion')

Empati kan nemt forveksles med det at have sympati for eller ondt af et andet menneske, og det kan måske hænge sammen med, at der er følelser involveret, der relaterer sig til en anden. Men empati er noget andet. Empati er det at kunne sætte sig i den andens sted 'som om man var den anden' – men ud fra en

³⁵ Som det vil fremgå senere, bruger Miller & Rollnick (2014) begrebet compassion, men ikke i forståelsen 'at have ondt af'. De bruger det i stedet i forståelsen, at handle med compassion, det vil sige ud fra, hvad der er bedst for den anden, og ikke for egen vindings skyld.

bevidsthed om, at man aldrig fuldstændig vil kunne forstå, hvad den anden oplever, føler og tænker, kun tilnærmelsesvist. Empati i Rogersk forstand er at prøve at *forstå*, hvad den andens perspektiv er, ikke at fortælle *hvad* den andens perspektiv er. I Rogerske termer er empati altså ikke ensbetydende med at overtage den andens følelser eller fortælle den anden, hvordan han eller hun tænker, føler eller har det:

it is the counselor's function to assume, in so far as he is able, the internal frame of reference of the client, to perceive the world as the client sees it, to perceive the client himself as he is seen by himself, to *lay aside all perceptions from the external frame of reference* while doing so, and to communicate something of this empathic understanding to the client (Rogers, 1951, s. 29, min fremhævning).

Empati er således aldrig at diagnosticere, vurdere eller evaluere den anden. Og empati kan heller aldrig være at kunne gengive en fuldstændig kopi af, hvad den anden tænker, føler eller oplever. Rogers fremhæver netop, at der er tale om, at man prøver at forstå den andens perspektiv, men det vil aldrig være en identisk oplevelse, det vil altid kun være 'som om' man oplevede eller forstod det samme:

The internal frame of reference is the subjective world of the individual. Only he knows it fully. It can never be known to another except through empathic inference and then can never be perfectly known [...] being empathic, is to perceive the internal frame of reference of another with accuracy, and with the emotional components and meanings which pertain thereto, *as if one were the other person, but without ever losing the 'as if' condition* [...] If this 'as if' quality is lost, then the state is one of identification (Rogers, 1959, s. 210–211, min fremhævning).

Med empatisk forståelse forsøger man altså at sætte sig i den andens sted, det være sig mentalt, følelsesmæssigt eller perspektivmæssigt. Oftest drejer det sig om, at man prøver at sætte sig ind i den andens *situation*: den *mening*, som situationen eller det, der tales om, har for den anden, de *følelser*, som den anden oplever i relation hertil, eller de handlinger, der kan relateres hertil (jf. Sommerbeck & Larsen, 2011b). På den måde kan man få en (større) forståelse for, hvordan den anden oplever en given situation, hvad der giver mening, eller hvad den anden føler, men altid kun, *som om* man var den anden. Glemmer man 'som om'-aspektet, så er der ikke længere tale om empati (i Rogersk forstand). Så er det, man kan risikere at blive diagnosticerende og evaluerende, eller komme til at overtage den andens historie eller perspektiv, fordi man kan identificere sig med det, den anden beskriver.

En (misforstået) kritik af Rogers går netop på, at hans empatibegreb indebærer, at man overtager den andens følelser. Men som nævnt ovenfor fremhæver

Rogers specifikt 'som om'-aspektet som noget helt centralt. Når man forsøger at sætte sig i den andens sted, så er det for at *prøve at forstå* det, den anden oplever, tænker og føler. Men det vil altid være med afsæt i ens eget ståsted, og det vil altid være med vægtning på, at man *prøver* at sætte sig i den andens sted, *som om* man kunne tænke, føle og opleve som den anden. Hvad man selv oplever, vil således aldrig være identisk med det, den anden oplever, føler og tænker. Det er ikke muligt, for den anden *er* en anden.

Empati kan give en fornemmelse, et indblik, en føling med, hvordan det kan være at stå i den andens sko. Empati indebærer således også evnen til at kunne skelne imellem, hvad der hører til hos en selv, og hvad der hører til hos den anden, *jævnfør* (Rogers-2) kongruensbegrebet. Det indebærer evnen til at stille sig åben over for den andens perspektiv, hvor man ikke er dømmende eller vurderende, men blot lyttende og udforskende.

En måde, hvorpå empati kommer til udtryk, er igennem *empatisk refleksion* (Rogers, 1951). Rogers (1986/1989b, s. 127) fremhæver dog senere, at han ikke er så begejstret for betegnelsen empatisk refleksion (reflection of feelings), da det har fået 'ordlyd' af at være en teknik ("a very wooden technique"), man blot kan indstudere med henblik på at kunne reflektere de 'rigtige' følelser. Fremfor at tale om empatisk refleksion, der altså kan misforstås, som at man korrekt kan gengive, hvad den anden føler, så ser Rogers hellere, at man kalder det 'testing understandings' eller 'checking perceptions'. For det handler netop om, at hjælper *prøver* at finde ud af, om han/hun har fat i den rigtige forståelse af, hvordan det opleves for klienten, og *ikke* at hjælper skal (eller kan) sende klientens følelser tilbage i tro kopi.

Ved at tjekke sin forståelse, opstår der også en mulighed for at korrigere, hvis man har misforstået noget. Det er vigtigt, at den forståelse, man som hjælper reflekterer eller sender tilbage, er så præcis og uforvrænget som muligt, da udgangspunktet er at *prøve* at sætte sig i klientens sted – ikke at komme med sin vurdering eller mening (Rogers, 1986/1989b, s. 128). At lytte og samtidig vise, at man lytter – verbalt som nonverbalt – kan indrammes i det, Rogers kalder aktiv lytning (Rogers & Farson, 1957), præcis empati (Rogers, 1959/1989) og empatisk forståelse (Rogers, 1986/1989a), og som Miller og Rollnick (2014) i den motiverende samtale kalder reflekterende lytning. "Listening, of this very special, active kind, is one of the most potent forces of change that I know" (Rogers, 1986/1989a, s. 136).

At *prøve* at forstå den andens perspektiv forudsætter *evnen* til empati sådan som Rogers har beskrevet det. For at uddybe, hvad det indebærer, kan det være relevant at trække Steen Wackerhausen ind, der taler om forståelse som *oplevelsesmæssig resonans* eller som et oplevelsesmæssigt ekko: "jeg lader *dine* ord danne et 'ekko' *i mig*" (Wackerhausen, 1997, s. 34, forfatterens kursivering).

Når vi forsøger at forstå et andet menneskes udgangspunkt, så lytter vi til, hvad den anden siger, samtidig med at vi relaterer det til det, vi allerede kender og har erfaring med³⁶. Wackerhausen tager afsæt i vores fælles medmenneskelighed, det vil sige det, at vi har en biologisk, kropslig og kulturel fælleshed, som indebærer en fælles kropslig og kulturel eksistens. Vi har alle erfaringer og oplevelser med eksempelvis glæde, smerte, sorg, træthed, sult og kvalme, det er et fælles udgangspunkt. Det indebærer, at vi kan genkende træthed og smerte, når vi møder det. Det skaber resonans i os. Men det er ikke ensbetydende med, at vi nødvendigvis *ved* eller *forstår*, hvordan den anden oplever det. At *kende* til følelsen, erfaringen og oplevelsen er ikke nok til at *forstå*, hvordan den anden føler, erfarer og oplever. Netop derfor bliver det væsentligt, at vi med Rogers' ord formår at bevare 'som om'-aspektet samt får tjekket op på, om vi har fat i den (tilnærmelsesvist) rigtige forståelse eller antagelse. Samtidig med, at vi kan genkende og sætte os ind i det, den anden fortæller, skal vi huske, at der ikke kan sættes lighedstegn imellem det, vi (gen)kender og oplever, og det, den anden fortæller og oplever. Det fordrer, at vi også formår at lytte åbent og fordomsfrit (jf. Gadamer, 2007) til det, den anden fortæller.

Med Wackerhausen kan man sige, at vi har et forståelsesberedskab, der ligger latent, som både trækker på de fælleskropslige og kulturelle erfaringer og oplevelser, og det er det beredskab, vi trækker på, når vi med empati forsøger at sætte os i den andens sted. Empati kræver endvidere forestillingsevne³⁷, altså at vi er i stand til at forestille os den andens perspektiv. Om man er empatisk i Rogersk forstand, handler således til dels om at kunne mestre empati ('teknikken'), selve det at *kunne* udvise empati og at være empatisk reflekterende. Det er en forudsætning. Men herudover handler empati ikke om teknik. Det kan ikke stilles op i en formel eller tillæres mekanisk. På linje med de øvrige kernebetlinger er empati et spørgsmål om, hvordan man møder den anden og *er* sammen med den anden. Empati indebærer således at kunne møde den anden med ubetinget accept, respekt og lydhørhed samt med et ønske om oprigtigt at ville hjælpe vedkommende. Dette er kendetegnende for Rogers' kernebetlinger – det er netop *ikke* et sæt af teknikker, men derimod en grundlæggende måde at tænke og agere på, man ikke kun kan tilslutte sig, men også må udleve. Og det er denne grundtænkning, der indrammer den dialogiske og personcentrerede tilgang i denne afhandling.

³⁶ Det kan også relateres til Gadamers (2007) begreber om forforståelse og forståelses-horisont.

³⁷ Mentaliseringssevne eller Theory of Mind.

Hjælperens bidrag til samtalen i form af Rogers' kernebetingelser kan ikke stå alene. Det er ikke nok at sige, at hjælper møder klienten eller patienten med kongruens, accept og empati, og så har man en 'god' samtale. For at det reelt kan siges at være et sådant møde, må det også opleves sådan af den anden part. Det afspejler sig i Rogers' to sidste betingelser, den anden og den sjette betingelse. Den anden betingelse handler om, at klienten *oplever sig inkongruent*. Det skal i denne sammenhæng forstås sådan, at klienten oplever at have brug for hjælp. For at kunne hjælpe klienten med forandring må klienten også selv have en oplevelse af, at der er noget, der ikke fungerer, at der er noget, der er svært, og som han/hun ikke umiddelbart selv kan håndtere. Den sjette betingelse indebærer, at *klienten* må opleve, at hjælper rent faktisk *er* empatisk, accepterende og autentisk. Denne betingelse er således et meget vigtigt element i forhold til de øvrige betingelser. Hvis Rogers' kernebetingelser overhovedet skal kunne siges at være hjælpsomme, så indebærer det, at de også opleves sådan. Rogers' sjette betingelse understreger, at det ikke er nok, at man som hjælper selv tænker eller oplever sig som empatisk, kongruent og ubetinget accepterende. Den hjælpsøgende må også opleve, at man er netop sådan.

It seems clear that relationships which are helpful have different characteristics from relationships which are unhelpful. These... have to do primarily with the attitudes of the helping person on the one hand and with the perception of the relationship by the 'helpee' on the other hand (Rogers, 1961, s. 50).

Rogers' tænkning i perspektiv

De seks betingelser, Rogers fremhæver som værende afgørende for forandring i hjælperamtaler, er således: *kontakt*, *kongruens*, ubetinget positiv *accept*, *empati*, klientens *behov for hjælp* samt *oplevelse* af, at hjælper er empatisk, kongruent og accepterende. Hvorvidt det er korrekt at sige, at her er tale om de seks 'nødvendige' og 'tilstrækkelige' betingelser for en 'god' hjælperamtale er omdiskuteret. Der kan for eksempel godt findes eksempler på klienter, der har oplevet, at hjælper er empatisk, accepterende og kongruent, men som alligevel ikke har forandret sig eller fået det bedre (jf. Kirschenbaum & Jourdan, 2005). På samme måde kan der findes klienter, der har oplevet, at hjælper ikke var særligt kongruent, men hvor klienten alligevel oplevede at få det bedre. Det kan blandt andet også hænge sammen med, hvilke forventninger og forestillinger klienten går ind til samtalen med. Her spiller tidligere erfaringer med hjælperamtaler, kontekst og normer også ind. Det er dog ikke ensbetydende med, at Rogers' betingelser ikke er væsentlige. Men fremfor at tale om de nødvendige og tilstrækkelige betingelser, ville det måske være mere adækvat at sige, at Rogers' kernebetingelser er *betydningsfulde*, *faciliterende* og yderst *hjælpsomme* i en

hjælpersamtale. Det er der også belæg for at sige med henvisning til forskning i Rogers' tilgang (jf. Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

Med sin personcentrerede tilgang og betingelserne for terapeutisk forandring får Rogers sat et afgørende præg på den videre udvikling inden for hjælperamtaler, som ikke kun får betydning inden for terapi, men som også kommer til at danne skole inden for områder som uddannelse, organisations- og ledelsesregi, konflikthåndtering (J. Cornelius-White et al., 2013) og ikke mindst sundhedssektoren (J. Cornelius-White et al., 2013; B. McCormack et al., 2017; B. McCormack & McCance, 2016). Rogers får rettet opmærksomhed på kontaktens grund-læggende betydning for den professionelle samtale samt hjælper relationelle kompetencer og væremåde, og det gør han både teoretisk og empirisk:

”By applying rigorous empirical methods to the examination of person-centered treatment, they [Rogers and colleagues] not only proved that the therapy process can be explored beyond anecdotal records, but also moved the concept of the therapeutic relationship to the center of the healing process” (Horvath et al., 2011a, s. 25)

Det er Rogers' tænkning om personcentrering, kontaktens betydning for samtale samt betydningen af, hvordan man møder den anden (accepterende, empatisk og kongruent), der danner fundamentet for det teoretiske afsæt i denne afhandling. Det afspejler sig i den dialogforståelse, der er blevet præsenteret i kapitlet her samt den personcentrerede tilgang. Det indebærer en overbevisning om, at det i en sundhedsfaglig – og forskningsmæssig – kontekst er væsentligt og nødvendigt at høre den andens (patientens) stemme. Patienten har vigtige erfaringer, viden, ressourcer samt ret til og behov for selvbestemmelse, hvorfor det er relevant at have en reel (dialogisk) *samtale*. Det indebærer også en forståelse af, at det har betydning, hvordan patienten oplever at blive mødt (med lydhørhed, respekt og forståelse for perspektivforskelle), samt at behandling ikke kan ses isoleret som 'kun' et teknisk/fysiologisk problem eller adskilt fra patientens øvrige liv – som person i relation, i en bestemt kontekst og i en social verden.

Rogers repræsenterer også en ikkestyrende tilgang, og det kan være nærliggende at tænke, at personcentrering er ensbetydende med at agere ikkestyrende (jf. Wagner, 2012). Jeg er enig i, at de to ting hænger godt sammen, men jeg mener også, det er muligt at agere personcentreret med en grad af styring eller fokusering. Jeg trækker her på en udløber af Rogers' tilgang (jf. Stumm, 2013), *den motiverende samtale* af psykologerne William Richard Miller og Stephen Rollnick (Miller & Rollnick, 2014), der kan siges at placere sig inden for

Rogers-2 traditionen. Den motiverende samtale³⁸ er en samtaletilgang, hvor der specifikt fokuseres på at styrke den enkeltes beslutning om og tiltag mod forandring, det vil sige, der fokuseres særligt på den enkeltes (indre) motivation for forandring. Ligeledes tages der afsæt i en samarbejdende tilgang, hvor det er et centralt element, at hjælper og klient *sammen* bestemmer mål og opgaver for samtalen. Det er i denne henseende, der kan tales om styring (målrettet klientens forandringsudsagn og motivation for forandring). Tilgangen adskiller sig således fra den klassiske ikkestyrende Rogers-1 tilgang, men herudover trækker den på mange andre elementer fra Rogers, hvilket især ses i den underliggende ånd, tilgangen praktiseres ud fra (Miller & Rollnick, 2014, s. 38 ff.). Det er væsentligt at påpege, at styring her ikke er ensbetydende med, at det er hjælper, der alene træffer beslutninger eller alene styrer, i hvilken retning samtalen skal gå. Her er nærmere tale om *samstyring*, idet hjælper og klient i fællesskab finder frem til, hvad der skal fokuseres på – med afsæt i klientens parathed, ønsker og handlemuligheder.

Miller og Rollnick (2014, s. 63–64) trækker blandt andet på Edward S. Bordin og hans begreb om *den terapeutiske arbejdsalliance* (Bordin, 1979). Bordin taler på lige fod med Rogers for vigtigheden af, at klientens perspektiv, ønsker og behov skal sættes i forgrunden. Han mener dog, at Rogers overser et vigtigt element i sin tilgang, nemlig betydningen af, at klient og hjælper aktivt og i *sammenspil* bestemmer mål og opgaver for samtalen (Bordin, 1994, s. 14–15). Med sit alliancebegreb fremhæver Bordin, at det er væsentligt for samtalen og udfaldet deraf, at der bliver etableret en arbejdsalliance mellem hjælper og klient. Den indbefatter, dels at der skabes et *bånd* imellem klient og hjælper, dels at der er *enighed* om, hvad *målet* for samtalen skal være, samt *hvad* der kan være relevant at arbejde med i samtalen (Bordin, 1979, 1994)³⁹. Dette kræver ifølge Bordin, at begge parter bidrager aktivt til processen, og hjælper har således en mere interagerende eller influerende part i samtalen (end hos Rogers), hvor hjælper i fællesskab med klienten udforsker målet for samtalen, samt hvad der skal

³⁸ At det hedder 'den motiverende samtale' kan måske give associationer til, at det er en metode eller teknik til at 'motivere' og styre klienten (udefra), men den motiverende samtale er tværtimod det stik modsatte. Den motiverende samtale er kendetegnet ved en særlig indstilling og tænkning, som kommer til udtryk i den *ånd*, tilgangen praktiseres ud fra (Miller & Rollnick, 2014, s. 35 ff.). Den motiverende samtale vil blive uddybet i det næstfølgende.

³⁹ Ligesom hos Rogers fremhæver Bordin altså, at det er vigtigt, der etableres en kontakt mellem klient og hjælper for at få skabt en tryk relation, men det kan ikke stå alene, en fælles afklaring af mål og indhold er også vigtig for relationen. Bordin stiller sig således kritisk over for Rogers' ikkestyrende tilgang (Bordin, 1948, s. 838, 1994, s. 15), men han anerkender, at Rogers' personcentrerede tænkning har været en inspirationskilde for ham (Bordin, 1994, s. 14).

arbejdes med, og hvordan der skal arbejdes hen imod det mål. I den proces kan hjælper også komme med forslag. For Bordin er det centralt, at mål og indhold for samtalen drøftes eksplicit, da han ser det som en forebyggende faktor i forhold til brud på arbejdsalliancen (som kunne opstå, fordi klient og hjælper ikke var enige om målet med samtalen) og derved som opbyggende for alliancen. Det er særligt det ikkestyrende element, der er blevet problematiseret i Rogers' tilgang⁴⁰ (se f.eks. Bordin, 1948; Kahn, 1999), og kritikken går blandt andet på, at det er svært (eller umuligt) at sende sine refleksioner tilbage til klienten i 'ren' form – de vil altid være præget af de teorier, værdier og holdninger, man står på. Når man således lytter til det, klienten siger, kan man ikke være fuldstændig neutral. For det, man hører, og det, man sender tilbage til klienten, vil være farvet af den horisont, hvorfra man ser (jf. Gadamer, 2007), og spørgsmålet er derfor, om det er muligt at være fuldstændig ikke-styrende? I min optik er denne kritik rettet mod Rogers-1 og den klassiske udlægning af Rogers' tilgang. Jeg mener, det håndteres i Rogers-2, hvor kongruensforståelsen netop indebærer, at hjælper godt kan bringe elementer ind fra eget perspektiv i det omfang, det vurderes at understøtte klientens proces (jf. Rogers, 1957, s. 97, 1962/1973, s. 177). Dog vil Rogers nok ikke være enig i, at hjælper skal gå så langt som til også at byde ind med forslag eller information, og på dette punkt adskiller Bordins alliancebegreb⁴¹ og den motiverende samtale sig fra Rogers' tilgang⁴².

Trods denne forskel har den motiverende samtale ifølge Miller og Rollnick selv (2004, 2014) dybe rødder i Rogers' tænkning og arbejde, og Miller skal have sagt, at den motiverende samtale er '80 % Rogers' (jf. Wagner, 2013, s. 43). De ser således også selv deres tilgang som en udstikker af Rogers' tilgang. Den motiverende samtale har vist sig meget konstruktiv i forhold til mange sundheds-, sygdoms- og livsstilsrelaterede problematikker, og tilgangen har vundet stort indpas inden for sundhedssektoren (Levounis et al., 2017; B. Lundahl et al., 2013; Miller & Rollnick, 2014). Selvom der for nuværende kun foreligger meget lidt forskning i den motiverende samtales anvendelighed i

⁴⁰ Rogers' teori om selvaktualisering er blandt andet også blevet problematiseret (se f.eks. Geller, 1982), men det er ikke den del af hans tilgang, jeg beskæftiger mig med, og det vil derfor ikke blive berørt her i afhandlingen.

⁴¹ Bordins alliancebegreb er i dag et veletableret begreb, der dels har et stort empirisk grundlag at stå på i forhold til alliancens betydning i hjælpersamtaler, dels har dannet skole for en videreudvikling af begrebet (jf. Horvath et al., 2011b, 2011a).

⁴² Miller og Rollnick (2014, s. 275 ff.) mener dog ikke ubetinget, at hjælper altid skal 'puffe' klienten i en bestemt retning, og de taler derfor også om, at der kan være situationer, hvor man i stedet skal vejlede med neutralitet. Det er i situationer, hvor "retningen simpelthen [er] at tage en beslutning" (Miller & Rollnick, 2014, s. 286). Dog er den overordnede tilgang i den motiverende samtale, at man aktivt arbejder på at støtte klientens motivation for og beslutning om forandring.

forhold til diætbehandlingssamtaler med kræftramte, så har tilgangen også været et stort inspirationsgrundlag i denne afhandling, og udvalgte elementer vil derfor kort blive uddybet i det følgende.

Den motiverende samtale

Motivational interviewing is a collaborative, goal-oriented style of communication with particular attention to the language of change. It is designed to strengthen personal motivation for and commitment to a specific goal by eliciting and exploring the person's own reasons for change within an atmosphere of acceptance and compassion (Miller & Rollnick, 2013, s. 29).

Den motiverende samtale er en særlig måde at *kommunikere* på (kommunikationsform), men den er mere end blot en metode eller teknik. Den motiverende samtale er også en særlig måde at *tænke* og *være* på (relationsform), der ligesom hos Rogers er koncentreret om, hvad der er vigtigt for den anden, klienten. Her er således også tale om en personcentreret tilgang, hvor klientens perspektiv og oplevelser sættes i centrum ud fra en respekt for og tro på den enkeltes ret og evne til selv at skabe forandring i eget liv. I den motiverende samtale lægges der særligt vægt på, hvad klienten er *motiveret* for og parat til i forhold til forandring (det 'samstyrende' element).

En måde at kommunikere på

Den motiverende samtale som kommunikationsform er struktureret over fire fortløbende og sammenvævede *processer*: engagering, fokusering, fremkaldelse og planlægning (Miller & Rollnick, 2014, s. 47 ff.). Processen med *engagering* handler om, at klient og hjælper får etableret en (god) kontakt og fundamentet for en arbejdsalliance. I *fokuseringsprocessen* taler klient og hjælper sig frem til, hvad mål og indhold for samtalen skal være, hvor enighed om mål og form er med til at styrke arbejdsalliancen. *Fremkaldelse* er selve kernen i den motiverende samtale. Det er her, hvor der arbejdes med at fremkalde klientens egne grunde og motivation for forandring samt beslutning og forpligtelse om at gennemføre forandringen. Først når klienten begynder at komme med mobiliserende forandringsudsagn (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 195 ff.), som indikerer en parathed og selvalgt forpligtelse, kan den fjerde proces faciliteres, som er *planlægning* af, hvordan klienten skal nå sit mål.

Forandringsudsagn er udsagn fra klienten, som taler *for* forandring. De kan komme til udtryk i form af for eksempel ønsker ('jeg kunne virkelig godt tænke mig at få det bedre'), grunde ('jeg ville nok have mere energi, hvis jeg ændrede adfærd') eller konkrete skridt ('jeg har købt de produkter, du anbefalede sidste gang, og det er det, jeg nu spiser til morgenmad'). Miller og Rollnick skelner her imellem *forberedende* og *mobiliserende* forandringsudsagn, hvor førstnævnte indikerer et forandringsønske, men ikke at man også er parat til at tage det næste skridt. Det gør de mobiliserende forandringsudsagn til gengæld (Miller & Rollnick, 2014, s. 195 ff.), og det er derfor særligt dem, der lyttes efter, før processen omkring planlægning igangsættes. Miller og Rollnick har en pointe med at tale om *processer* frem for trin eller stadier. Her er nemlig ikke tale om trin, der kronologisk og som perler på en snor afløser hinanden. Det er hensigtsmæssigt, at processerne forløber i den angivne rækkefølge, men ofte vil man skulle tilbage til eksempelvis konkretiseringsprocessen, fordi man i løbet af samtalen finder ud af, at målet ikke var klart nok, eller at målet har ændret sig (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 48).

Måden, hvorpå der samtales i den motiverende samtale er kendetegnet ved nogle kommunikative *kernefærdigheder*. De indebærer *åbne spørgsmål*, der inviterer til klientens perspektiv, *bekræftelse*, der retter fokus mod klientens ressourcer og positive skridt, *reflekterende lytning*, der i høj grad ligner Rogers' begreb om aktiv lytning, *opsummeringer*, der sammenfatter og giver overblik i samtalen, samt *informationsudveksling*, der indebærer, at klienten tilbydes information, hvis det efterspørges eller vurderes afgørende for klientens proces (Miller & Rollnick, 2014, s. 56–59). Det skal hertil siges, at reflekterende lytning dog adskiller sig fra aktiv lytning på det afgørende punkt, at man sender det, man har hørt, tilbage som en refleksion og ikke som et spørgsmål. Dette gøres ud fra en formodning om, at et spørgsmål kan indikere, at man ikke forstår klienten, mens en refleksion kan gøre, at klienten føler sig hørt og forstået (Miller & Rollnick, 2014, s. 78).

Kommunikationsformen i den motiverende samtale er således karakteriseret ved den bevægelse, der er i samtalen, der forløber over disse fire processer, samt de kommunikative kompetencer, samtaletilgangen forudsætter. Det er dog ikke det at kunne stille åbne spørgsmål eller lytte reflekterende, der afgør, om man praktiserer den motiverende samtale. Det er kombinationen af at kunne bringe disse færdigheder i anvendelse, så de kan understøtte fremkaldelsen af klientens forandringsudsagn, iboende ressourcer og potentiale samt proces mod forandring i *ånden* af den motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2014, s. 35 ff.).

Ånden i den motiverende samtale

Den underliggende ånd relaterer sig til, hvordan man møder og er i relationen med den anden, det vil sige samtaletilgangens *relationsform*. Det indebærer, at hjælper i samtalen først og fremmest handler ud fra *medfølelse* (compassion), det vil sige med et oprigtigt ønske om at ville hjælpe klienten og fremme klientens trivsel. Medfølelse betyder her ikke, at man har ondt af den anden. "To be compassionate is to actively promote the other's welfare, to give priority to the other's needs" (Miller & Rollnick, 2013, s. 20). Medfølelse betyder altså, at man handler med medfølelse, næstekærlighed og hensynsfuldhed⁴³. Klienten anses endvidere for at være et ligeværdigt medmenneske og mødes derfor med ubetinget *accept* og empati samt med respekt for og tiltro til den enkeltes potentiale og autonomi. I samtalen er der fokus på at *fremkalde* klientens styrker, potentiale og egne grunde til forandring, fremfor at der er fokus på fejl og mangler (hvad hjælper mener, klienten gør forkert og burde gøre anderledes). Det afspejler sig i, at samtalen anses for at være et *partnerskab* og ikke en samtale, hvor hjælper dikterer, hvad klienten skal gøre. Det hænger sammen med en grundforståelse af, at "people are the undisputed experts on themselves. No one has been with them longer, or knows them better than they do themselves" (Miller & Rollnick, 2013, s. 15). Udgangspunktet er således, at her er tale om et samarbejde imellem to eksperter: klienten er ekspert på eget liv, behandler er ekspert på sit fagområde (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 36–37).

Ånden i den motiverende samtale udgør selve hjertet i den motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2014, s. 35). Har man ikke den underliggende ånd med sig i udøvelsen, så er det ikke den motiverende samtale, man praktiserer (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 35; Miller & Rose, 2009, s. 535). I den tidlige udvikling af den motiverende samtale, begynder Miller og Rollnick at undre sig over, hvorfor de ikke helt kan genkende den, når de ser kursister udøve 'den motiverende samtale', som de netop har undervist dem i: "it was as though we had taught them the words but not the music" (Miller & Rollnick, 2013, s. 14). Hvad Miller og Rollnick finder frem til er, at kursisterne måske rigtigt nok kan teknikken, men de mangler *ånden*. Ånden er funderet i Rogers' personcentrerede tilgang, i særdeleshed i hans fremhævelse af empati, ubetinget positiv accept, troen på den enkeltes potentiale og respekt for den enkeltes autonomi (Miller & Moyers, 2017, s. 760; Miller & Rollnick, 2014, s. 38 ff.). I tråd med den overordnede dialogiske og personcentrerede tilgang, der er lagt frem i denne afhandling, så er den motiverende samtale en særlig måde at kommunikere på (metoden), men

⁴³ Næstekærlighed og hensynsfuldhed er mine ord, de fremgår ikke af den danske udgave. Men jeg mener, at den danske oversættelse til 'medfølelse' nemt kan misforstås som medynk eller medlidenhed, og det er ikke Miller og Rollnicks intention med begrebet 'compassion'. De fremhæver netop, at det ikke handler om, at man skal lide med den anden for at kunne handle med compassion (Miller & Rollnick, 2013, s. 20, 2014, s. 41).

det, der virkelig kendetegner den, er den måde, hvorpå man møder og er i relationen med den anden (ånden).

Den motiverende samtale er oprindeligt udviklet inden for alkohol- og misbrugsbehandling, og denne kontekst kan være med til at forklare tilgangens (samstyrende) fokus på at styrke klientens motivation og beslutning om forandring. Her er tale om en behandlingskontekst, hvor klienten ønsker hjælp til at ændre adfærd, men hvor der samtidig er stærke ambivalente kræfter i spil, både fysiologisk og psykologisk (som trangen til alkohol og lysten til at være sammen med sin familie). Det gør, at mange hjælpere kan få en oplevelse af, at klienten har 'modstand' mod behandlingen. Selvom mange godt ved, at deres misbrug kan have fatale konsekvenser, hvis den nuværende adfærd fortsætter (fysisk og psykisk helbredsmæssigt, familiært, økonomisk med videre), så kan det være yderst svært at ændre kurs og adfærd. Det er i denne kontekst, Miller og Rollnick erfarer, at hvis fokus i samtalen specifikt tunes ind på klientens *egne grunde* og ønsker til forandring samt ambivalensafklaring, så styrkes klientens motivation og handlekraft, og 'modstanden' daler (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 29–30). Heri ligger det styrende element i tilgangen. Men det er en helt anden form for (sam)styring end den tilgang, Miller og Rollnick opponerer imod.

Da den første udgave af den motiverende samtale udkommer i 1991, står den i skarp kontrast til datidens konfronterende, behandlerstyrende og autoritære (biomedicinske) tilgang inden for alkohol- og misbrugsbehandling, hvor det er behandler, der definerer, hvad der skal tales om (og dermed også, hvad klienten bør være motiveret for), og hvor klienten konfronteres med sin manglende motivation og modstand. Men fremfor at møde klienten med konfrontation og korrektion præsenterer Miller og Rollnick en tilgang, hvor hjælper *lytter* til og inddrager klientens perspektiv og lader klienten *selv* formulere argumenterne for forandring. Med den motiverende samtale introduceres også en ny måde at se 'modstand' og 'benægtelse' på. I stedet for at se det som *klientens* problem anser Miller og Rollnick det som et udtryk for et *interpersonelt* problem: "»Denial« in addiction treatment is often not so much a client problem as a counselor skill issue" (William Miller i Miller & Rollnick, 2013, s. 8). Det vil sige 'modstand' ses som et udtryk for, at der er noget, der ikke fungerer i den terapeutiske relation og kontakt⁴⁴, og således påhviler der (også) behandler et ansvar. I den seneste (tredje⁴⁵) udgave af den motiverende samtale er Miller og Rollnick gået helt væk fra at bruge begrebet modstand. I stedet taler de om *dissonans*. Modstand indikerer, at det er klienten, der har – eller er – problemet,

⁴⁴ Hvilket også kan relateres til Rogers (se f.eks. Rogers, 1951, s. 194).

⁴⁵ Det er kun anden og tredje udgave, der er blevet oversat til dansk. Anden udgave er således første udgave på dansk, oversat til 'Motivations samtalen', og tredje udgave er oversat til 'Den motiverende samtale' (og altså anden udgave på dansk).

at klienten ikke vil samarbejde eller er umotiveret. Med dissonansbegrebet introducerer de en forståelse af, at 'modstand' i stedet bør ses som et udtryk for disharmoni i arbejdsalliancen, det vil sige, at hjælper og klient ikke er på bølglængde eller taler forbi hinanden (Miller & Rollnick, 2014, s. 238).

Den motiverende samtale og diætbehandling til kræftramte?

Dissonans kan også meget vel være på spil i diætbehandlingssamtaler med kræftramte med spisevanskeligheder. Her er ikke tale om en misbrugsproblematik, men her er til gengæld stor risiko for også at opleve ambivalens, der kan være med til at udfordre samtalen. Ambivalensen kan for eksempel komme til udtryk i, at den kræftramte godt ved, det vil være godt at spise noget mere, og det er måske også den kræftramtes ønske. Men samtidig har den kræftramte mange smerter, kvalme og måske også synkevanskeligheder. Så på den ene side er der et ønske om at få hjælp til at spise mere, og på den anden side er der mange faktorer, der taler for, at det er nemmere at lade være med at spise. Det kan føre til dissonans i samtalen, fordi den kræftramte eksempelvis er splittet med hensyn til, hvad han/hun gerne vil have ud af samtalen. Hvis ikke der bliver taget hånd om denne ambivalens, og hvis samtalen kommer til at tage udgangspunkt i kun den ene side af ambivalensen (ønsket om at spise mere), så er der stor risiko for, at den kræftramte begynder at tale imod diætistens forslag, fordi ambivalensens dynamik jo netop gør, at man kan se fordele og ulemper ved begge sider (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 193 ff.). Til trods for, at det kan have afgørende indflydelse på den kræftramtes sygdomsforløb og overlevelsesmuligheder, så beskrives det fra praksis, at det er svært at 'motivere' den kræftramte (udefra) til at spise mere. Miller og Rollnick introducerer med den motiverende samtale en tilgang, hvor det er centralt at få skabt kontakt og få etableret et *samarbejde* og en arbejdsalliance, som er koncentreret om at understøtte klientens (indre) motivation for og gennemførelse af en forandringsproces. Det er således afgørende, hvad *klienten* selv finder væsentligt og er motiveret for. Spørgsmålet er, om denne tænkning ville kunne overføres til hjælperamtaler med kræftramte om deres mad og spisning? Her kan det afslutningsvist være relevant at se lidt nærmere på, hvad den eksisterende forskning siger.

Af en artikel fra 2017 (Miller & Moyers, 2017) fremgår det, at der efterhånden foreligger mere end 500 kontrollerede studier, hvor man har undersøgt den motiverende samtale, og ved en fritekstsøgning på databaserne PubMed og PsychINFO ses det, at der aktuelt er over 4000 publikationer om den motiverende samtale. Specifikt inden for sundhedssektoren er der et stort empirisk evidensgrundlag for den motiverende samtale, hvor der ses gode resultater inden for områder som eksempelvis ryggestop, vægttab og medicin-

håndtering (B. Lundahl et al., 2013; B. W. Lundahl et al., 2010; Miller & Moyers, 2017; Miller & Rollnick, 2014). Miller og Rollnick peger selv på tre forhold, der ser ud til at være centrale på tværs af den eksisterende forskning. For det første er der belæg for, at hjælpers evne til at udvise *empati* har stor betydning. Hjælpers *kompetencer* ud i den motiverende samtale har ligeledes betydning. Afviger hjælper fra ånden eller metoden i den motiverende samtale ved eksempelvis at blive konfronterende, så bliver resultatet tilsvarende dårligere. Endelig ser det også ud til, at hjælpers evne til at *styrke klientens forandringsudsagn* øger sandsynligheden for et positivt udfald (Miller & Rollnick, 2014, s. 450–451).

En teori, der med tiden er blevet koblet sammen med den motiverende samtale, og som kan være med til at forklare, hvad der er virkningsfuldt ved den motiverende samtale⁴⁶, er Edward Deci og Richard Ryans Self-Determination Theory (R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017). Ifølge Deci og Ryan har det afgørende betydning for vores valg og handlinger, *hvordan* vi er motiveret, og de skelner her mellem, hvordan motivation reguleres. Motivation handler om, hvad der igangsætter en aktivitet eller handling, hvad der er den bevægende årsag. Motivation kan ifølge Deci og Ryan anskues ud fra et kontinuum, som går fra ingen motivation ('amotivation'), kontrolleret motivation ('ydrestyret') til autonom motivation ('indre reguleret') (R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017, s. 14–17). Antagelsen er, at jo højere grad af selvbestemmelse og indre regulering, der er i forhold til ens motivation, jo større sandsynlighed er der for, at en handling gennemføres og fastholdes, hvilket også understøttes empirisk (Deci & Ryan, 2000; R. M. Ryan et al., 2008; Van den Broeck et al., 2016). Hvordan vi er motiveret for en aktivitet, hænger ifølge denne teori endvidere sammen med, hvordan vores basale behov for autonomi (selvbestemmelse), kompetence og samhørighed understøttes (R. M. Ryan & Deci, 2000). I den motiverende samtale arbejdes der netop ikke med ydre pres men derimod med, hvad klienten *selv* er motiveret for, og i en ånd af accept, empati og støtte (Miller & Rollnick, 2014, s. 35 ff.). Der arbejdes således ud fra en høj grad af selvbestemmelse hos klienten. Der arbejdes endvidere med at støtte klienten med tiltag, som klienten selv oplever at være parat, villig og kompetent til at kunne gennemføre (Miller & Rollnick, 2004, s. 28–30). Derved giver den motiverende samtale et godt fundament for at understøtte og imødekomme de basale behov, Deci og Ryan beskriver, og det kan være en forklarende faktor i tilgangens positive udfald. Spørgsmålet er så, om den motiverende samtale også kan anvendes i diæt-behandlingsamtaler med kræftramte. Her er empirien noget mere sparsom. Af et review (Spencer & Wheeler, 2016) fremgår det dog, at den motiverende

⁴⁶ (se f.eks. Markland et al., 2005; Miller & Rollnick, 2012; Vansteenkiste et al., 2012; Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

samtale ser lovende ud inden for kræftområdet, også hvad angår ændringer i forhold til ernæring og spisning.

Den motiverende samtale er en personcentreret tilgang, hvor der arbejdes ud fra, at ingen er umotiverede⁴⁷, og det er således et centralt element at finde klientens egne grunde til forandring. Tilgangen udspringer af Rogers' tænkning, hvilket særligt ses i den underliggende ånd. Den motiverende samtale adskiller sig dog fra Rogers (og andre personcentrerede tilgange), idet der arbejdes fokuseret med at fremkalde forandringsudsagn, og der er således et styrende element i tilgangen. Ligeledes arbejdes der med, at informationsudveksling også kan være en del af processen. En væsentlig pointe er her, at den motiverende samtale både er ånd og metode, og det er således ikke en teknik, man påfører nogen. Den motiverende samtale kan kun praktiseres *sammen med* den anden (i relation) (jf. Moyers, 2014).

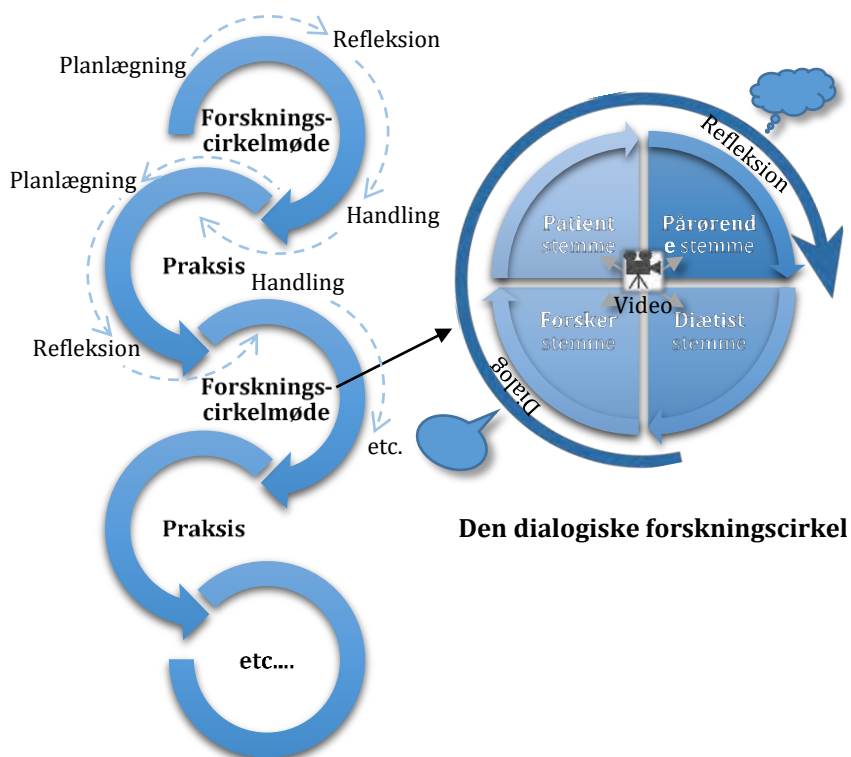
Den personcentrerede og dialogiske tilgang, som den særligt er repræsenteret ved Carl Rogers, Helle Alrø samt William Miller og Stephen Rollnick, danner det teoretiske fundament for den tænkning, der ligger til grund for, hvad der i denne afhandling opfattes som relationelt og kommunikativt essentielt og understøttende i en professionel hjælpesamtale. Det gælder således også for diætbehandlingssamtaler med kræftramte. Tænkningen ligger endvidere til grund for den tilgang, jeg som forsker har i mødet med feltet.

⁴⁷ Men det kan sagtens ske, at klient og hjælper ikke er motiverede for det samme eller ikke er enige i, hvad klienten er (bør være) motiveret for. Og så er det, der kan opstå dissonans i samtalen.

Kapitel 4. Forskningsdesign og -metode

Forskningsdesignet

Med afsæt i ønsket om at ville undersøge samtalens kommunikative kvaliteter i diætbehandling til kræftramte samt hvordan denne samtalepraksis kan udvikles *sammen* med de udøvende diætister – og *i praksis* – er designet for denne undersøgelse et *aktionsforskningsdesign*. Undersøgelsen er blevet udført på et dansk universitetshospital sammen med to diætister som medundersøgere med afsæt i en dialogisk aktionsforskningstilgang (jf. Alrø et al., 2017; Alrø & Hansen, 2017b; Billund & Alrø, 2017) samt forskningscirkeltraditionen (jf. Härnsten, 1994; Härnsten & Holmstrand, 2014; Lahdenperä, 2014b; Persson, 2008). På den baggrund har projektet udviklet *den dialogiske forskningscirkel* som metode jævnfør figur 4.1 (se også Lang, 2020).



Figur 4.1. Den dialogiske forskningscirkel og processen med vekselvirkning mellem møde i cirklen og handling i praksis.

En forskningscirkel er betegnelsen for et forskningsmødeforum, hvor ikke kun forsker(e) indgår, men også aktører fra den praksis eller det felt, der forskes med (Hårnsten, 1994; Persson, 2008). Denne konstellation hænger sammen med – og er i fuld overensstemmelse med aktionsforskningens grundtænkning – en intention om at ville bryde dikotomien mellem teori og praksis, en forståelse af, at de forskellige arenaer, praksisarena og forskningsarena, kan udvikles og kvalificeres i *samspil*, samt at de forskellige aktører her har afgørende og værdifuld viden og erfaring at bidrage med (jf. Persson, 2008). Dette projekts dialogiske forskningscirkel har bestået af de to deltagende diætister og mig. Et centralt element i aktionsforskning er, at den forskning, der bedrives, er praksisnær og praksisrelevant (jf. Bradbury, 2015a), og forskningscirkelarbejdet tager således direkte afsæt i den lokale kontekst og de problemstillinger, som de udøvende praktikere finder aktuelle. I dette tilfælde de to diætisters diæt-behandlingssamtaler med kræftramte. Et andet centralt element i aktionsforskning er, at viden skabes igennem handling (aktion) og refleksion, og det indebærer blandt andet, at de erfaringer og refleksioner, der opstår undervejs, er med til at sætte kursen for processen. Det betyder, at aktionsforskningsprocessen ikke på forhånd kan planlægges ned til mindste detalje eller beskrives lineært. Processen kan snarere ses som en cyklus, hvor planlægning, refleksion og handling fortløbende er med til at sætte processens retning (jf. Lewin, 1946). Denne cykliske proces har også kendetegnet processen i nærværende aktionsforskningsundersøgelse og er illustreret i figur 4.1. Her ses det, at forskningscirkelmøderne har fundet sted i vekselvirkning med, at de deltagende diætister har udført deres arbejde i praksis, hvor *planlægning* og *refleksion* i forskningscirklen har dannet afsæt for nye *prøvehandlinger* i praksis⁴⁸.

Aktionsforskning kan anskues ud fra to niveauer. På det ene niveau arbejdes der lokalt og konkret med at skabe nye indsigter og forandring i praksis. På det andet niveau arbejdes der med afsæt heri på at generere en mere generel viden om det, som den lokalt forankrede forskningsproces har ført med sig (jf. Alrø & Hansen, 2017b, s. 7). I dette projekt har aktionsforskningsprocessen strakt sig over en periode på omkring halvandet år fra 2016 til 2018, hvor der har været seks fuldgyldige møder i forskningscirklen⁴⁹. Herudover har der været seks 'halve' møder, hvor det kun har været mig og den ene af de to diætister (på skift), da begge diætister ikke har kunnet deltage hver gang. Intentionen med forskningscirklen har været at skabe rum for dialog, fælles refleksion og vidensgenerering

⁴⁸ Dermed ikke sagt, at refleksion og planlægning ikke også kan finde sted uden for forskningscirklen og i praksis (hvilket figur 4.1 også skildrer). Der er tale om flydende grænser og overlap, men en stor del af planlægnings- og refleksionsarbejdet finder sted i forskningscirklen.

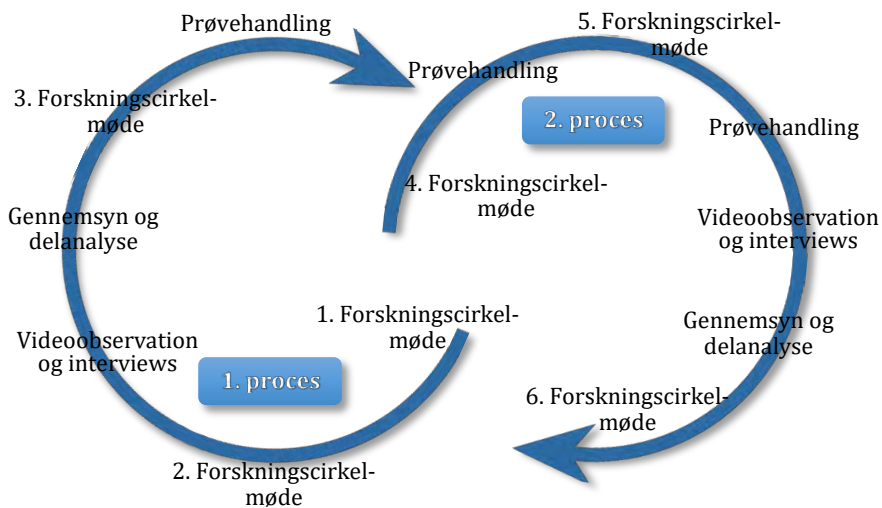
⁴⁹ Se bilag 2 for illustration af hele processen.

om samtalens betydning og handlemuligheder i diætbehandling med henblik på at besvare afhandlingens forskningsspørgsmål:

Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, og hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter diætist og kræftramte i samtalen?

Aktionsforskningens to niveauer indebærer her en lokal vidensgenerering og et konkret arbejde i praksis med, hvordan diætisternes samtalepraksis kan udvikles og forandres, og sideløbende hermed samt efterfølgende et analytisk og mere overordnet vidensgenererende arbejde om den proces og lokale praksisviden, der har foldet sig ud.

Aktionsforskningsprocessen kan deles ind i to processer som afbildet i figur 4.2⁵⁰.



Figur 4.2. Aktionsforskningsundersøgelsens to delprocesser

I den indledende proces (1. proces) har vi undersøgt diætisternes aktuelle samtalepraksis og her har omdrejningspunktet især været forskningsspørgsmålets første del, *kommunikative kvaliteter*, med afsæt i afhandlingens

⁵⁰ Det er kun de fælles cirkelmøder, der er illustreret i figur 4.2.

arbejdsspørgsmål om, *hvilke forståelser af ernæringens betydning i kræftbehandling der kommer frem i samtalen hos både kræftramte og diætister, samt hvordan samtalen og diætisternes kommunikative tilgang opleves af kræftramte og pårørende*. På den baggrund har den efterfølgende proces (2. proces) primært centreret sig om forskningsspørgsmålets anden del og arbejdsspørgsmålet om, *hvordan en personcentreret og dialogbaseret tilgang kan understøtte udviklingen af diætisternes kommunikative og relationelle forholdemåder i deres samtaler med kræftramte*, hvor vi har udviklet og afprøvet en ny samtalestruktur for diætbehandling. Når jeg skriver 'vi' her, så henviser det til de to deltagende diætister og mig, og dette 'vi' relaterer sig til et tredje centralt element ved aktionsforskning, nemlig det, at forskning bedrives *sammen med* praksisfeltets aktører (jf. Bradbury, 2015a). Aktørerne bidrager ikke kun med data, men er i varierende grad, og alt efter hvilken gren af aktionsforskning man hører til, medreflekterende, medundersøgende og medskabende i processen. Udgangspunktet i aktionsforskning er ikke 'kun' at opnå indsigt eller forståelse for aktørernes eller feltets problemstillinger. Forsker deler sine overvejelser, indsigter og erkendelser med aktørerne undervejs i processen for at de på den baggrund *sammen* kan skabe forandring og ny viden (jf. K. A. Nielsen, 2012).

Aktionsforskning

En vigtig pointe ved aktionsforskning er, at det ikke blot er en metode, men en særlig tænkning (Reason & Bradbury, 2013a, s. 1), som også gør, at tilgangen adskiller sig fra konventionel forskning (Bradbury, 2015a). Det gør dog ikke, at man entydigt kan definere aktionsforskning som én bestemt tilgang. Der er snarere tale om en stor familie (jf. Bradbury, 2015a; Coghlan & Brydon-Miller, 2014a) med mange forskellige forgreninger og udlægninger af aktionsforskning. Som nævnt tager jeg afsæt i en dialogisk aktionsforskningstilgang og forskningscirkeltraditionen, hvilket har betydning for min forståelse og praktisering af aktionsforskning. Denne tilgang til aktionsforskning afspejler også mit videnskabsteoretiske udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik og det dialogiske og personcentrerede teoretiske afsæt.

Selvom der er mange forskellige udlægninger af aktionsforskning, så kan der alligevel peges på nogle overordnede træk, som tegner grundtænkningen i aktionsforskning (jf. Bradbury, 2015b; Coghlan & Brydon-Miller, 2014b; Reason & Bradbury, 2013b). Med Hilary Bradbury (2015a, s. 1) samt Davydd Greenwood og Morten Levin (2007, s. 5) kan man sige, at der er tre hovedelementer, der kendetegner aktionsforskning: *handling, refleksion og participation*, og er alle tre

ikke indbefattet, er det ikke aktionsforskning⁵¹. Aktionsforskning er baseret på en værdi om demokrati. Det afspejler sig i, at aktionsforskning er praksisnær forskning *sammen med* aktører fra den praksisarena, der forskes i. I konventionel forskning efterstræbes det ofte, at forsker har en distance til felten for at sikre objektivitet og undgå at påvirke forskningsobjekterne eller processen. Denne tænkning gør sig ikke gældende i aktionsforskning. Her er aktionsforskeren helt 'tæt på' og interagerende med dem, der forskes med. Det indebærer også, at aktørerne har en aktiv og interagerende rolle som medreflekterende, medundersøgende og medskabende i forskningsprocessen (*refleksion og participation*). I aktionsforskning anses de deltagende aktører ikke for blot at være forskningsobjekter eller informanter men derimod som deltagende og medskabende aktører (subjekter) med vigtig (praksis)viden og -erfaring. Aktionsforskning er et kollaborativt partnerskab mellem de deltagende aktører og forsker (jf. K. A. Nielsen, 2012), hvor aktørerne bringer et 'indefra-perspektiv' ind i forskningsprocessen og forsker et 'udefra-perspektiv'. Det rammesætter således også intentionen i aktionsforskning om at bringe teori og praksis sammen. Det kan ses i sammenhæng med aktionsforskningens dobbelte formål (jf. Alrø & Hansen, 2017b) om at skabe lokale løsninger og forandring samt viden (praktisk kundskab) i en lokal praksis (*handling*) og samtidig generel viden om det, der har foldet sig ud i forskningsprocessen, de forståelser og forandringsprocesser, forskningsprocessen har genereret (forskning).

I den tredje udgave af The SAGE Handbook of Action Research sammenfatter Hilary Bradbury følgende om aktionsforskning:

Action research is a democratic and participative orientation to knowledge creation. It brings together action and reflection, theory and practice, in the pursuit of practical solutions to issues of pressing concern. Action research is a pragmatic co-creation of knowing *with*, not on *about*, people (Bradbury, 2015a, s. 1)

Når der tales om aktionsforskning som en stor og sammenbragt familie, så hænger det dels sammen med, at der i dag er umådeligt mange forskellige måder, hvorpå aktionsforskning fortolkes og praktiseres, dels at aktionsforskning er opstået på baggrund af flere forskellige traditioner (jf. Bradbury, 2015b; Coghlan & Brydon-Miller, 2014b; Hersted et al., 2019). Socialpsykologen, Kurt Lewin (1890-1947), nævnes ofte som en af ophavsmændene til aktionsforskning.

⁵¹ Greenwood og Levin (2007) fremhæver *handling, participation og forskning* som det, der udgør aktionsforskning. Hermed ønsker de at påpege, at der ikke blot er tale om samhandling eller udvikling, men at forskningsbidraget netop er et centralt element. Jeg er enig, men jeg mener, det ligger implicit, at det er *handling, participation og refleksion*, der udgør forskningstilgangen i aktionsforskning. Derfor har jeg ikke trukket det særskilt frem.

Lewin introducerer med sin feltteori⁵² i 1940'erne en helt ny tilgang til og opfattelse af relationen mellem forsker og forskningsdeltager, idet han ikke blot ser deltagerne som forskningsobjekter, der skal studeres, men inddrager dem aktivt i forskningens beslutnings-, forandrings- og evalueringsprocesser. Deltagerne skal ifølge Lewin ikke blot bidrage med deres oplevelser, de bliver aktivt involveret i processerne omkring selve gennemførelsen af forskningen, og således introduceres idéen om deltagere som medforskere (K. A. Nielsen, 2012, s. 23). Lewin fremhæver betydningen af den gensidige vekselvirkning mellem handling og refleksion, og han beskriver aktionsforskningsprocessen som en cyklus, der i en gentagende proces består af planlægning, handling og refleksion (Lewin, 1946, s. 38). Denne beskrivelse af aktionsforskningsprocessen som en cyklisk proces, der ikke på forhånd stringent kan planlægges, er fortsat en udbredt og anerkendt forståelse inden for aktionsforskning (jf. Reason & Bradbury, 2013a). Men Lewins bidrag er ikke kun metodisk. Med den aktive og interagerende medforskerrolle introducerer han også en grundtænkning om, at (aktions)-forskning kan – og bør – fremme en frigørende, demokratisk dannelses- eller læreproces (jf. K. A. Nielsen, 2012).

Lewin har haft indflydelse på den europæiske og skandinaviske aktionsforskning, og det gælder også for denne afhandlings vedkommende. I en dansk kontekst skelnes der ofte mellem *dialogtraditionen* og *den kritisk-utopiske tradition* som to udløbere fra Lewin, men med forskellig retning og udøvelse (Husted & Tofteng, 2012; K. A. Nielsen, 2012)⁵³. *Den kritisk-utopiske tilgang* tager afsæt i kritisk teori og fremtidsforskning og er en tilgang, der er optaget af at understøtte demokrati og frigørelse. Det indebærer, at der i denne tilgang er fokus på magtstrukturer, ulighed, spændinger og konflikt, og der arbejdes for eksempel med fremtidsværksteder (utopisk tænkning) med henblik på at understøtte et bedre arbejdsliv, indflydelse og selvbestemmelse (jf. Husted & Tofteng, 2012). *Dialogtraditionen* tager også afsæt i en demokratisk og emancipatorisk tænkning og forholder sig ligeledes kritisk til arbejdet i og omkring aktionsforskningsprocessen. Men fremfor at fokusere på det konfliktfyldte, er dialogtraditionen orienteret mod udvikling, læring og forandring i en lokal kontekst med afsæt i en konsensuspræget dialog, som typisk faciliteres gennem søgekonferencer eller dialogkonferencer (jf. Husted & Tofteng, 2012).

⁵² Lewins feltteori retter fokus mod, hvordan det enkelte individs handlinger påvirkes af de sociale gruppeprocesser eller den sociale kontekst, den enkelte er en del af, og samtidig ses den enkelte og gruppen som aktive agenter i de forandringsprocesser, der finder sted (K. A. Nielsen, 2012, s. 22).

⁵³ Spørgsmålet er dog, hvor forskellige de to tilgange er i dag (jf. Alrø & Hansen, 2017b, s. 7).

Denne afhandling læner sig op ad en dialogisk aktionsforskningstilgang, som kan siges at placere sig inden for dialogtraditionen (Alrø & Hansen, 2017a, s. 7). Denne tilgang forholder sig også kritisk til forandring, men den har ikke et systemkritisk sigte som i den kritisk-utopiske tilgang, og den er heller ikke orienteret mod konsensus som i dialogtraditionen. Afsættet er dialog som kommunikationsform *og* relationsform. Fokus er på relationen til og imellem de deltagende samt det, de ønsker at skabe ny viden og forandring om, og det faciliteres gennem refleksion og handling med henblik på at opnå nye indsigter, handlemuligheder og "læring gennem forskellighed" (Alrø et al., 2017, s. 274).

En dialogisk og personcentreret aktionsforskningstilgang

Som det er blevet beskrevet i det foregående kapitel, forstås dialog både som en måde at *kommunikere* på (doing) og en måde at være i *relation* på (being). Dialogen er kendetegnet ved at være en samtale med særlige kvaliteter, hvor udgangspunktet er et fælles ønske om at opnå en dybere forståelse, men ikke nødvendigvis enighed. I dialogen er man interpersonelt ligeværdige samtalepartnere, og man tænker og lytter sammen til det fælles, der vokser frem af dialogen. Modsat eksempelvis diskussion, er dialog båret af en lydhørhed og nysgerrighed på den andens og det fælles perspektiv. I dialogen er man undersøgende, eftertænksom og undrende, og den fælles udforsken kan gøre, at noget nyt kan opstå, som man ikke selv kunne se eller tænke frem (jf. Alrø et al., 2017). Dialogen kan dog ikke styres eller tvinges. Dialogen forudsætter frivillighed og indebærer samtidig uforudsigelig. At gå ind i dialogen kan derfor kræve mod og tryghed. I en aktionsforskningssammenhæng betyder det, at det er essentielt at få skabt en *relationstryk ramme* (jf. Lang, 2018). Hermed mener jeg, at det med et dialogisk afsæt bliver væsentligt som aktionsforsker at få etableret en kontakt (jf. Rogers, 1957) med og mellem de deltagende aktører. Det er en forudsætning for, at dialogen kan etableres. Det hænger sammen med en antagelse om, at *tillid* til hinanden og processen, *tryghed* i relationen og *engagement* og *motivation* er nødvendige elementer, der går forud for dialogen (Lang, 2018, s. 67–68). Disse forhold kan understøttes af en accepterende, empatisk og kongruent forholdemåde hos aktionsforsker jævnfør Rogers' (1957) kernebetragtninger.

Når der tages afsæt i en dialogisk tilgang til aktionsforskning, så indebærer det en opmærksomhed på, hvordan de deltagende *kommunikerer* (dialog som kommunikationsform), og hvordan de herunder *relaterer* sig til hinanden (dialog som relationsform) (jf. Alrø et al., 2017). Det gælder både deltagerne imellem og deltager-forsker-interaktionen i forskningscirklen, samt i deltagerens relation og kommunikation med andre i deres praksisarena. I dette projekt kommer det

for eksempel til udtryk ved, at vi i den dialogiske forskningscirkel har arbejdet med videooptagelser af de deltagende diætisters samtaler med kræftramte.

Samtidig er afsættet også personcentreret, hvilket afspejler sig i den måde, de deltagende diætister⁵⁴ opfattes og mødes på. Det betyder først og fremmest, at de ikke ses som informanter eller forskningsobjekter, men derimod som personer med et levet liv, og en erfaring og viden, der har indflydelse på og relevans for aktionsforskningen. Det indbefatter, at de deltagende diætister mødes med respekt og tiltro til den enkeltes handlemuligheder, beslutningskompetence, selvbestemmelse og potentiale. Aktionsforskningsprocessen ses som et ligeværdigt, medmenneskeligt partnerskab, der er kendetegnet ved gensidighed, respekt og medbestemmelse, og det er derfor også vigtigt, hvad deltagerne har af viden og erfaring, hvad de forstår og finder meningsfuldt, og hvad vi *sammen* kan nå frem til. I forbindelse med at praktisere personcentreret forskning taler Gaby Jacobs og kolleger (2017) om *forbundethed* (connectivity⁵⁵) som et overordnet princip:

We have called this principle *connectivity*, which stands for the efforts to connect with oneself, other persons and contexts and which is expressed in the way one does research (doing), talks about it (knowing) and is as a researcher and person (being) (Jacobs et al., 2017, s. 52)

At praktisere personcentreret aktionsforskning handler om forbindelse og samhørighed. Det handler om, hvordan vi relaterer os til hinanden, og hvordan vi er i kontakt, både med os selv, deltagerne og konteksten. Det er en måde at *være* på og ikke blot en metode. Det står centralt i både det dialogiske og det personcentrerede afsæt i denne afhandling. Ifølge Jacobs og kolleger (2017) kommer forbundetheden til udtryk igennem tre relaterede principper. Det er principperne om a) *opmærksomhed* og *dialog*, b) *empowerment* og *deltagelse*

⁵⁴ Såvel som de øvrige aktører i projektet, kræftramte og pårørende.

⁵⁵ Forfatterne trækker her på Kenneth Gergen (Jacobs et al., 2017), der repræsenterer en socialkonstruktionistisk tilgang, hvilket indebærer en anden epistemologisk og ontologisk forståelse end min. Jeg er bevidst om, at min læsning af deres principper om personcentreret forskning derfor måske ikke stemmer helt overens med deres videnskabsteoretiske og teoretiske afsæt. Men selvom vi ikke har samme metaposition, så vækker deres principper genklang, og ligesom aktionsforskning har mange forskellige udtryk, så tillader jeg mig at tolke principperne ud fra min position, vel vidende at de i praksis måske kommer lidt forskelligt til udtryk.

samt c) *kritisk refleksivitet* (Jacobs et al., 2017, s. 53–54)⁵⁶. De vil blive foldet ud i det følgende, sådan som jeg har tolket begreberne ind i denne aktionsforskningsundersøgelse.

Opmærksomhed og dialog

Opmærksomhed forstår jeg som det at møde den anden som person med accept, empati og kongruens (jf. Rogers, 1957) og med respekt og opmærksom lydhørhed for den historie og de erfaringer, den anden bærer med sig, samt den forståelseshorison, den anden taler ud fra (jf. Gadamer, 2007). Opmærksomheden er også rettet mod en selv som aktionsforsker og den måde, man tænker, fortolker, lytter og agerer på, samt mod den kontekst og relation, man indgår i (jf. Alrø & Kristiansen, 1998; Jacobs et al., 2017). *Dialog* handler som beskrevet ovenfor om en fælles rettethed mod sammen at ville udforske og undersøge og en åbenhed og respekt for forskellighed. Det kommer både til udtryk kommunikativt og relationelt. Dialog kan som nævnt ikke fremtvinges, og på det kommunikative plan vil mange andre former for samtale finde sted. Men som relationsform vil dialogen være en (konstant) intention. Jeg bruger selv begrebet 'dialogisk ånd', som ikke kan beskrives i metodiske termer, men som betegner den dialogiske stemning og grundtænkning, der bidrager til, at de samtalende oplever tillid og tryghed i processen og en gensidig respektfuldhed, lydhørhed og åbenhed (se også Lang, 2018, 2020).

Empowerment og deltagelse

Princippet om *empowerment* og *deltagelse* rammesætter den emancipatoriske og partcipatoriske intention. Det er intentionen og idealet om en demokratisk og ligeværdig relation (jf. Ness et al., 2013). Personcentreret aktionsforskning er ikke forskning *om* nogen, men forskning *sammen med*. Det indebærer en tiltro til og respekt for den enkeltes selvbestemmelse og potentiale.

⁵⁶ Her kan i øvrigt også laves en kobling til de tre basale psykologiske behov, Deci og Ryan (2000; 2017) har introduceret: behovet for samhørighed, kompetence og selvbestemmelse. De understøtter relevansen af, at man i en personcentreret forsknings-tilgang netop har fokus på forbundethed, empowerment, dialog og deltagelse.

Kritisk refleksivitet

Når man på den måde laver involverende forskning, bliver det tredje princip om *kritisk refleksivitet* særligt relevant. Forskning 'sammen med' og 'tæt på' indebærer, at man som forsker selv er involveret. Det anses for at være en styrke, fordi forskningen derved ikke bliver noget, der foregår distanceret og langt væk fra praksis, og som de udøvende praktikere kan have svært ved at genkende eller relatere sig til. Aktionsforskning er praksisnær forskning, der tager afsæt i og taler direkte ind i en konkret problemstilling fra praksis med henblik på at genere ny viden og samtidig forandring i praksis. Det betyder også, at aktionsforskeren er én, man som deltager i et eller andet omfang kommer til at kende og kan relatere til direkte, som person, og det er understøttende for processen. I et dialogisk og personcentreret perspektiv fordrer det nogle dialogiske kompetencer hos aktionsforskeren (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, 2006) som accept, empati, kongruens og evnen til at kunne skabe kontakt og en relationstryk ramme. At gå ind i relationen på denne måde indebærer dog også en sårbarhed og risiko. "Som aktionsforsker sætter man sig i spil og på spil (og gør sig dermed sårbar), når man indgår i undersøgende processer sammen med felten" (Billund & Alrø, 2017, s. 68).

Når man forsker 'tæt på' og 'sammen med', stiller man sig til rådighed i en "åben, dialogisk og bevægelig" position (Billund & Alrø, 2017, s. 70), og man afskriver en ekspertstyrende tilgang med afsæt i intentionen om ligeværdighed, partnerskab og fælles undersøgelse. Denne åbenhed er samtidig aktionsforskerens sårbarhed. Når man involverer sig som aktionsforsker og kommer tæt på, risikerer man også en *følelsesmæssig sårbarhed* (Billund & Alrø, 2017, s. 74). I det nære samarbejde med de deltagende aktører er det centralt at få skabt kontakt, ikke kun med og imellem dem, men også indadtil (Billund & Alrø, 2017; Dahl, in press). Det kan åbne op for en følelsesmæssig sårbarhed, fordi man ikke har en objektiv distance, men er helt tæt på, engageret og involveret. Samtidig skal man også balancere imellem flere roller, idet man både indgår som dialogpartner og procesfacilitator, hvilket også kan blive genstand for sårbarhed. Man har heller ikke den forudsigelighed og kontrol, der ligger i en forskerstyrende tilgang. Dog har man stadig et etisk ansvar for de mennesker, der tager del i forskningsprocessen. Når processen er uforudsigelig, skal man kunne håndtere den usikkerhed, der ligger i, at man som forsker ikke ved, hvor processen fører hen, samt at man ikke ligger inde med alle svar. Man kan ikke garantere, at processen falder godt ud for de deltagende, men man har fortsat et ansvar for, at processen ikke bliver skadelig for dem. Heri ligger en *etisk sårbarhed* (Billund & Alrø, 2017, s. 73).

Man kan også tale om en tredje form for sårbarhed, som har at gøre med magtrelationen mellem forsker og deltagere. Aktionsforskning er i høj grad båret af de processer, der igangsættes, og det, der emergerer herudaf. I en dialogisk og

personcentreret tilgang forudsættes det, at processerne faciliteres i en dialogisk ånd. Det er dog langt fra sikkert, at det altid er tilfældet. Det kan både relateres til, at det kan være svært at praktisere (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, 2006), samt at man som aktionsforsker måske ikke altid har udsyn, fordi man *er* i processen og påvirkes i processen. Det kan gøre, at det i stedet bliver en pseudodialogisk tilgang, hvor accept, ligeværdighed, dialog og inddragelse blot bliver 'fine ord' på et teoretisk og symbolsk plan (jf. Alrø & Kristiansen, 2006, s. 247; Ness et al., 2013, s. 226). Det kan for eksempel vise sig ved, at forskeren spørger åbent ud, men i den sidste ende kun lytter til sin egen (for)forståelse. Eller at forskeren igangsætter en proces, der egentlig ikke er tilslutning til blandt de deltagende aktører. Det har forskeren blot ikke opdaget eller forholdt sig til, enten fordi de deltagende ikke vil modsige vedkommende, jævnfør den indlejrede skæve magt-relation, eller fordi forskeren ikke har drøftet det med dem, for eksempel ud fra en forforståelse om, at de er enige.

Alle tre former for sårbarhed relaterer sig til *forskersubjektivitet*. Her bliver kritisk refleksivitet vigtig, både i forhold til sig selv som forsker og i forhold til processen, som den folder sig ud. At forholde sig kritisk refleksivt indebærer med reference til Gadamer (2007) en bevidst opmærksomhed på egen indflydelse, egen forståelseshorisont og forståelsens cirkularitet, jævnfør den hermeneutiske cirkel, samt en kritisk opmærksomhed på de magtforhold og forskellige former for viden, kultur og traditioner, der er i spil. Når man som aktionsforsker ikke har en objektiv distance, som i konventionel forskning, men er i processen med sin forskersubjektivitet, kræver det altså en bevidst og kontinuerlig indsats *også* at kunne se processen – og sig selv – udefra for at kvalificere processen, tage hånd om den etiske og følelsesbårne sårbarhed samt undgå en pseudotilgang.

Optimalt set bør refleksiviteten være en følgesvend, både mens man er *i* proces (refleksion i handling) og efterfølgende (refleksion over handling) (jf. Schön, 2001). Det handler om at blive bevidst om, hvad man gør, tænker, føler og oplever, mens man gør det med henblik på at kunne justere og tilpasse undervejs. "Som forsker i det praktiske felt forutsettes det at man ser godt, hører godt og at man tænker seg om" (Hummelvoll, 2010, s. 20). Her kan metakommunikation om processen være en måde at bringe refleksionen ind i aktionsforskningsrelationen, så den ikke kun forbliver hos forsker (jf. Billund & Alrø, 2017). Og efterfølgende kan man så reflektere over, hvad der skete i processen, når man har processen på afstand, hvor man kan se processen i sammenhæng, og hvor man i efterrefleksionen har tid og erfaring fra hele processen til at perspektivere ud fra.

Her kan forskerfællesskaber eller 'godartede forskningsmiljøer' (jf. Hummelvoll, 2010) også være en måde at kvalificere refleksionen og forskersubjektiviteten på, hvor man i en konstruktiv og omsorgsfuld ramme kan få et 'udefra-blik' ved at vende sine overvejelser med forskerkolleger. Og det kan samtidig være en

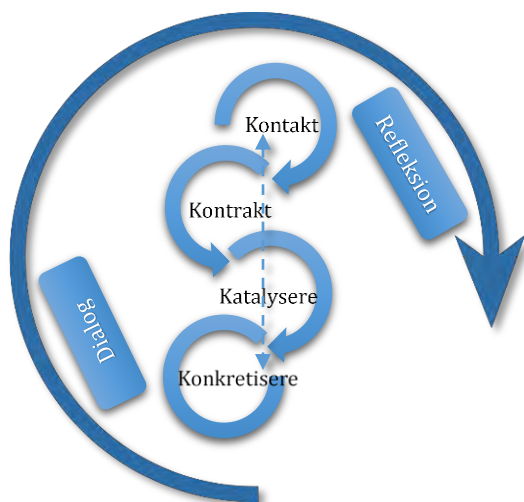
støtte, da det kan være komplekst og krævende at stå med hele processen alene (jf. Billund & Alrø, 2017). I nærværende projekt har jeg eksempelvis haft mulighed for at drøfte mine overvejelser omkring aktionsforskningsprocessen i den videngruppe, jeg har været tilknyttet på universitetet samt i en national sundhedsfaglig aktionsforskningsnetværksgruppe. Disse to forskerfællesskaber har i høj grad været en støtte, når jeg undervejs i processen eksempelvis har været i tvivl om det næste skridt. Og de har været med til at kvalificere mine overvejelser og beslutninger på et praktisk såvel som teoretisk og etisk plan. Ved at stille andre spørgsmål, end jeg selv ville have gjort, pege på andre perspektiver, introducere ny teori og fremhæve forhold, jeg ikke selv har haft øje for, har det givet mulighed for, at jeg i højere grad har kunnet blive opmærksom på egen forståelseshorisont og 'blinde pletter', og det har været med til at kvalificere den videre proces. Det gælder også for den sparring og støtte, jeg har fået fra min vejleder, der har fulgt mig på endnu tættere hold igennem hele processen. Vekselvirkningen mellem refleksion og handling, som kendetegner aktionsforskning, har således været gennemgående i projektet.

I det følgende vil jeg uddybe, hvordan principperne om opmærksomhed, dialog, empowerment, deltagelse og kritisk refleksivitet har guidet processen i aktionsforskningsundersøgelsen. Jeg har i min tilgang i stor udstrækning arbejdet ud fra en dialogisk faciliteringsmodel, og den vil derfor blive præsenteret indledningsvist.

4K-modellen – en dialogisk procesfaciliteringsmodel

Med afsæt i det dialogiske og personcentrerede ståsted har jeg blandt andet været særligt *opmærksom* på at få etableret en kontakt til de deltagende diætister såvel som de kræftramte og pårørende, der er blevet interviewet. Her har jeg arbejdet ud fra 4K-modellen, hvor kontakt er et centralt og gennemgående element. 4K-modellen er en dialogisk faciliteringsmodel, jeg har udviklet i relation til at facilitere studerendes praktikforløb og kobling mellem teori og praksis (Lang, 2018), og den har dannet afsæt for udviklingen af den dialogiske forskningscirkel. Som det fremgår af figur 4.3, står de fire K'er for *Kontakt*, *Kontrakt*, *Katalysere* og *Konkretisere*⁵⁷.

⁵⁷ De fire K'er er udsprunget af Miller og Rollnicks (2014) processer i den motiverende samtale, *engagering*, *konkretisering*, *fremkaldelse* og *planlægning*. Se Lang (2018) for yderligere uddybelse heraf.



Figur 4.3. 4K-modellen

Kontakt handler om at få etableret en god relation til den anden. *Kontrakt* dækker over at få klargjort og aftalt, hvad der skal tales om eller arbejdes med. *Katalysere* handler om at facilitere og få hjulpet processen på vej, og *konkretisere* indebærer at få tydeliggjort og konkretiseret, hvad processen har ført med sig. 4K-modellen er en dynamisk model, hvilket indebærer, at her ikke er tale om en trinvis proces, hvor de fire K'er afløser hinanden trin for trin. De buede og overlappende pile og den stiplede pil i figur 4.3 skal netop illustrere, at her er tale om fortløbende og overlappende processer, som man kan bevæge sig frem og tilbage imellem. Det er dog ikke tilfældigt, at K'erne nævnes i den bestemte rækkefølge⁵⁸, og kontaktskabelse anses for at være det første vigtige element at få etableret – som samtidig bør holdes ved lige igennem hele processen.

Kontakt har således været et opmærksomhedspunkt igennem hele processen ud fra en intention om at få skabt en relationstryk ramme, der kunne danne basis for tillid, tryghed og engagement i forskningscirklen til at turde og ville dele erfaringer og oplevelser samt have mod på at prøve nyt. Kontakt har ligeledes været et opmærksomhedspunkt i interviewene. Konkret, i både forskningscirklen og interviews, er det for eksempel kommet til udtryk ved, at jeg non-

⁵⁸ Og overordnet set vil mange processer forløbe i netop den række (jf. Lang, 2018; Miller & Rollnick, 2014), men sjældent som en lige vej. Man vil typisk gå frem og tilbage.

verbalt har været smilende, søgt øjenkontakt og understøttet det sagte med tilsvarende passende nonverbalt udtryk. Jeg har endvidere gjort noget ud af at præsentere mig og forklare, hvem jeg er, og løbende undervejs gjort brug af metakommunikation samt bekræftende eller normaliserende udsagn, hvis noget eksempelvis har været svært. Opmærksomheden er både gået på mine egne udsagn, udtryk, tanker og følelser såvel som på de andres reaktioner, udtryk og udsagn (eller manglende udsagn) med henblik på at afkode og afstemme intentioner, stemninger, motivation med videre.

At jeg har været særligt opmærksom på kontaktskabelse er ikke ensbetydende med, at det er forløbet ukompliceret. Eksempelvis erfarede jeg i de indledende interviews, at det var svært for mig at gennemføre interviewene. Jeg syntes, det var svært at få samtalen til at glide, og jeg mærkede en uro og let utilpashed hos mig selv. Jeg noterede mig dette umiddelbart efter interviewene og samme følelse genindfandt sig, da jeg lyttede⁵⁹ interviewene igennem. Derfor tog jeg det op med min vejleder, og her fandt jeg ud af, at jeg slet ikke havde gjort, som jeg ellers plejer, når jeg indleder en samtale. I stedet for indledningsvist at hilse på og måske spørge ind til, hvordan den kræftramte havde det (kontaktskabelse), var jeg mere eller mindre direkte gået i gang med at stille første spørgsmål fra min interviewguide. Altså en noget brat opstart på samtalen. Jeg har mange års erfaring med professionelle hjælpersamtaler, men jeg har ikke mange erfaringer med at lave forskningsinterviews. Jeg mindes også, at jeg var lettere nervøs, og det kan måske have være medvirkende til, at jeg helt glemte at have min opmærksomhed på kontakten. Jeg var i stedet meget optaget af at få stillet mine spørgsmål. Dette er et eksempel på, hvordan jeg igennem aktionsforskningsprocessen har arbejdet *kritisk refleksivt*. I dette eksempel formåede jeg ikke at reflektere *i* situationen, men den efterfølgende refleksion over situationen gjorde, at jeg i de følgende interviews havde fokus på at få etableret en god kontakt – inden jeg begyndte at stille spørgsmål.

På samme måde har jeg også arbejdet kritisk refleksivt i forskningscirklen, både selvrefleksivt (jf. Billund & Alrø, 2017) og *samrefleksion* med diætisterne. I den dialogiske forskningscirkel er refleksion det ene af de to kerneelementer, der tegner den faciliterende tilgang, og dialog det andet, hvilket også er en grundtænkning, der er hentet fra 4K-modellen (Lang, 2018). Denne vægtning af refleksion harmonerer med aktionsforskningens vekselvirkende bevægelse mellem refleksion og handling. Og det er netop en pointe i den dialogiske forskningscirkel, at der ikke kun er fokus på at skabe løsninger i praksis. Eftertænkning og indsigt med henblik på at opnå ny viden i og om praksis er et bærende element, som det dialogiske afsæt og refleksionen giver mulighed for. Relationen mellem dialog og refleksion i den dialogiske forskningscirkel skal ses

⁵⁹ De to første interviews er lydoptaget, de resterende videooptaget. Det vil jeg kommentere på senere.

som to forbundne elementer, der gensidigt påvirker og understøtter hinanden. Refleksion forstås med afsæt i Steen Wackerhausen (2008, s. 14) som "en bevidst, omhyggelig og tidskrævende form for tænkning, som er karakteriseret ved en kritisk-konstruktiv spørgende og svarsøgende holdning". Denne langsomhed understøttes netop af dialogen, der sænker tempoet i samtalen i den fælles udforskning, lytten og nysgerrighed (jf. Ellinor & Gerard, 1998, s. 16–17). Refleksion kan både ske som en individuel aktivitet og i fællesskab, og det er i forhold til sidstnævnte, jeg taler om samrefleksion. Det er en antagelse i den dialogiske forskningscirkel, at netop det at udforske, lytte og tænke *sammen* er med til at kvalificere den erkendelse, deltagerne kan komme frem til, fordi det at reflektere sammen kan understøtte, udfordre og udvide den enkeltes perspektiv. Helle Alrø og Marianne Kristiansen (1998, s. 18–19) anvender i den forbindelse et begreb, de kalder 'learning by talking', hvilket kan ses som en udvidelse af John Deweys begreb 'learning by doing' (Dewey, 2008). Med begrebet ønsker de at fremhæve, at netop det at sætte ord og lyd på det, man tænker, føler og oplever – i dialog og refleksion med andre – kan gøre, at det "der foregår inden i den lærende får nyt liv og ny betydning" (Alrø & Kristiansen, 1998, s. 18). Det er samme tænkning, der ligger bag, når jeg taler om samrefleksion⁶⁰. Et vigtigt element i relation hertil er de medreflekterendes evne til at lytte, og med begrebet om dialogisk lytning (J. R. Stewart & Thomas, 1995, s. 188 ff.) er fokus netop ikke kun på at lytte til det, den anden siger – eller sig selv – men derimod på at lytte åbent til det *fælles*, der opstår i dialogen.

Samstemmende med princippet om *deltagelse* er diætisterne blevet inddraget i mange af mine overvejelser i og over processen, når vi har mødtes i forskningscirklen og med afsæt i det *dialogiske* princip. Det gælder for eksempel også i relation til mine refleksioner over de førnævnte indledende interviews, hvor nedenstående er fra vores andet cirkelmøde:

- Nanna: Jeg vil lige dele med jer, hvad jeg tænker, jeg selv har lært nu her, fordi jeg tænker, jeg har snakket rigtig meget med folk, og jeg har været studievejleder i mange år, jeg har undervist i mange år og snakket med klienter. Og altså jeg synes egentlig, jeg sådan generelt har haft god erfaring med at snakke med folk. Og så skulle jeg så ud og lave de her patientinterviews, og det er som om så glemmer jeg helt, hvordan det er, jeg snakker med folk [...]
- Berit: Men er det ikke også, nu ved jeg, jeg ved ikke, om du har haft så meget klinisk arbejde med sådan så syge mennesker?

⁶⁰ Alrø og Kristiansen (1998, s. 19) bemærker også, at de i stedet for begrebet 'learning by talking' har overvejet at kalde det 'learning by co-reflection' for at understrege, at det ikke kun er gennem ord, men netop også i kraft af den fælles refleksionsproces, indre som ydre, at nyt kan vokse frem.

Nanna: [...] Noget af det, jeg tænker, når jeg sidder her i efterrefleksionen, noget af det, der har været svært for mig, det var at møde de indl [afbryder mig selv] de øh sengeliggende patienter eller altså, nogle af dem, vi mødte ovre på A [en sengeafdeling], de øh, de var meget syge [...] og egentlig også den første patient, jeg mødte ved dig [henvendt til den anden diætist] [...] han var faktisk ret dårlig, og det blev jeg lige lidt chokeret over, tror jeg, og så fik jeg lidt berøringsangst tænker jeg [...]

Jeg vil gerne sige flere ting med eksemplet her. For det første, at det har været en intention for mig at gå åbent og dialogisk ind i forskningscirkularbejdet med diætisterne. I eksemplet her er jeg helt åben omkring, at der er noget i processen, der ikke har været nemt for mig, og det vil jeg gerne vende med diætisterne. Det er et potentielt sårbart emne, jeg bringer op, og det illustrerer den dialogiske intention om kongruens og gennemsigtighed, samt at man som aktionsforsker sætter sig selv i spil og på spil (jf. Billund & Alrø, 2017). Som Brendan McCormack (2018) har udtrykt det: "Being vulnerable is one of our strengths as action researchers, and being honest about it". For det andet viser eksemplet, at der i denne samtale bliver peget på et andet forhold end det, jeg har drøftet med min vejleder. Det får betydning for min forståelse af, hvad der kan være på spil for mig. Det handler ikke nødvendigvis kun om, at jeg er uerfaren med forskningsinterviewet, det handler også om, at det er mit første møde med alvorligt syge mennesker, og at jeg ikke har været forberedt på, hvordan det ville påvirke mig. Derved er refleksionen med diætisterne med til at kvalificere min forskersubjektivitet. Dette kan ses som et eksempel på det udviklings- og læringspotentiale, der ligger i aktionsforskning – som går begge veje.

Nu er det dog ikke sådan, at forskningscirkelmøderne kun har omhandlet min håndtering af forskerrollen. Fokus har i høj grad været på det, der har optaget diætisterne i deres samtaler med kræftramte. Her har princippet om *empowerment*, altså intentionen om at understøtte diætisternes selvbestemmelse og autonomi, været gennemgående. Det hænger tæt sammen med princippet om deltagelse og med de næste par eksempler vil jeg gerne vise, at jeg i min tilgang har forsøgt at være åben og inddragende med henblik på at understøtte diætisternes selvbestemmelse. Det følgende uddrag er ligeledes fra vores andet møde i forskningscirklen:

Nanna: Nu kan jeg se, vi har et lille kvarter tilbage [...] så spørgsmålet er, om vi sådan skulle snakke lidt mere om, hvordan kan vi gå videre herfra, og hvad kunne være [afbryder mig selv], hvad har I lyst til, at vi gør videre herfra [...]

Berit: Men jeg tror det, der var min forventning til det, det var meget det der med at du, du opsamler, som du har gjort her, fokusområder, kommer med sådan nemlig helt lavpraktisk

feedback på det, og så prøver vi at implementere det, og så ser vi, om vi kan se en forskel [...]

Her stiller jeg et åbent spørgsmål, og det kan siges at være åbent på flere måder. Dels er det åbent, i forhold til hvad næste skridt i vores proces skal være, dels er det åbent, hvad angår indholdet for vores cirkelarbejde. Vi finder blandt andet frem til, at det er væsentligt for begge diætister, at det, vi arbejder med, er konkret og 'lavpraktisk' og med direkte forbindelse ind i deres praksis. Noget af det konkrete, diætisterne bliver optaget af at ville arbejde videre med, er, hvordan de taler med kræftramte om vægt og vægttab. Det er således også noget, vi taler om ved det efterfølgende cirkelmøde, som det næste uddrag er fra. Her har vi netop drøftet, hvordan de taler om vigtigheden i, at den kræftramte tager fat i diætisten, hvis der har været et vægttab:

- Nanna: Får de en seddel med hjem, eller siger du det bare mundtligt?
 Berit: Jeg siger det mundtligt, men jeg sidder lige og tænker på, jeg har en bagside af den pjece der [diætisten begynder at tegne på den blok, hun har liggende foran sig], så skulle der bare stå: Kontakt diætist, hvis, og så punkt, punkt, punkt, [hun illustrerer det ved at sætte en streg for hver gang, hun siger punkt] og så mit telefonnummer
- Nanna: Fedt
 Berit: Det tror jeg, det er det, jeg skal have lavet om

Her stiller jeg godt nok et lukket spørgsmål⁶¹, men det forhindrer ikke diætisten i at reflektere, og det ender ud med, at hun når frem til en tilgang, hun vil afprøve i de efterfølgende samtaler. Her kunne jeg godt have kommet med min anbefaling, men i stedet når diætisten selv frem til en model, hun vil prøve af. Det ser jeg som et eksempel på at understøtte diætisternes autonomi. Og den konkrete idé kommer i øvrigt til at indgå som en del af den samtalestruktur, vi afprøver og udvikler. Det betyder ikke, at jeg ikke også kommer med forslag undervejs eller byder ind med mit perspektiv, hvis der eksempelvis skulle være noget, hvor jeg var uenig. Men det sker i en dialogisk ånd og med inspiration fra den motiverende samtale om, at information og forslag primært gives, hvis det efterspørges eller vurderes (etisk) kritisk (jf. Miller & Rollnick, 2014).

⁶¹ Og det er ikke, fordi der ikke kan stilles lukkede spørgsmål, de åbner typisk blot ikke op for refleksion og uddybning, som åbne spørgsmål gør (Miller & Rollnick, 2014).

En dialogisk forskningscirkel

Hvor det dialogiske og personcentrerede især kan siges at afspejle grundtænkningen og relationsafsættet i min aktionsforskningstilgang, så repræsenterer forskningscirkeltilgangen i højere grad den metodiske ramme. Kombinationen af forskningscirkeltilgangen og det personcentrerede og dialogiske udgangspunkt, har således dannet afsæt for den dialogiske forskningscirkel.

Forskningscirkeltraditionen er vokset ud af fagforeningsbevægelsen og det svenske universitetsmiljø i 1970'erne på baggrund af et ønske om at skabe grobund for indflydelse og empowerment ved at bygge bro mellem teori og praksis, mellem forsknings- og praksisarenaen og understøtte grupper, der gerne vil forandre verden med afsæt i humanistiske og demokratiske værdier (Holmstrand & Härnsten, 2003; Härnsten & Holmstrand, 2014; Persson, 2008). At det hedder en forsknings*cirkel*, skal måske relateres til en (uheldig) oversættelse fra svensk til dansk. I hvert fald tænker jeg, at det måske havde været mere rammende at kalde det en forskningskreds, da det i højere grad er den betegnelse, vi bruger på dansk om folk i forbund eller med fælles interesse (jf. Lang, 2020). Cirklen indikerer nemlig blot det, at der er tale om en gruppe af mennesker, der mødes med afsæt i fælles interesser⁶². I forskningscirkelregi indebærer det, at det er en forsker og aktører fra praksis, der mødes med henblik på sammen at udvikle viden og skabe grundlag for dannelse, indflydelse og læring i praksis.

Som i aktionsforskning findes der også specifikt inden for forskningscirkeltraditionen forskellige forgreninger. Overordnet kan man tale om tre hovedretninger (Härnsten & Holmstrand, 2014, s. 687): Der er de *emancipatoriske cirkler*, hvor der arbejdes for at skabe indflydelse 'nedefra'. Mange af de første eller oprindelige forskningscirkler var i dette format, hvor fokus er på at understøtte empowerment. Et eksempel på fokus for en emancipatorisk cirkel er at skabe forandring og bedre vilkår for kvinder fra arbejderklassen igennem dannelse og indflydelse. En anden form for forskningscirkel er de *strategiske cirkler*. Her er fokus på sociale forhold i større (politisk) målestok, og det kunne for eksempel være fagforeninger, der ønsker en dybere viden samt værktøjer til at kunne opnå en stærkere indflydelse, for eksempel i forhold til ligestilling. Endelig er der de *pragmatiske cirkler*. De pragmatiske cirkler beskæftiger sig oftest med organisatoriske eller professionelle forhold og konkrete løsninger heraf. Det kunne for eksempel være i relation til professionsudvikling eller konkret arbejdsindhold. Ud af disse tre retninger læner jeg mig mest op ad den pragmatiske tilgang, da min intention netop er at bidrage til praksisnære,

⁶² Cirkelbetegnelsen kan dog siges at være meget passende i forhold til den gentagende og cykliske bevægelse, der er i procesarbejdet som jo er kendetegnende for aktionsforskning.

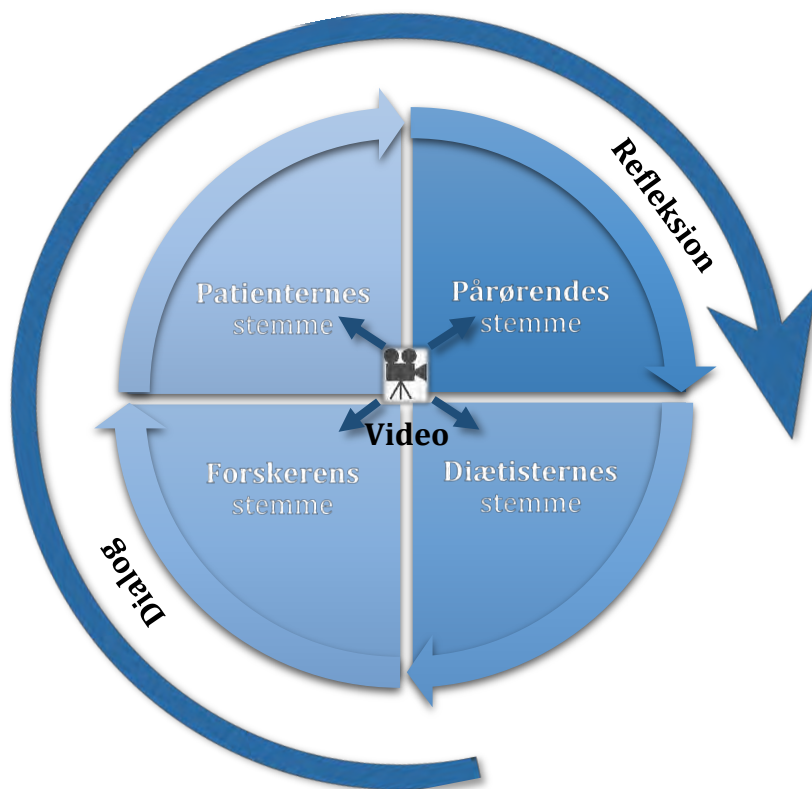
pragmatiske løsninger og vidensgenerering i relation til en konkret problemstilling i en professionspraksis.

Som aktionsforskningstilgang er forskningscirklen kendetegnet ved, at den konkret giver plads til et *refleksionsrum* i de deltagende aktørers praksis, hvor de sammen med forsker kan reflektere over tematikker og problemstillinger fra praksis med henblik på at opnå en dybere forståelse og skabe ny viden om den praksis, de er i – gennem refleksion *og* forandring (jf. Hecksher et al., 2014; Lahdenperä, 2014a). Et gennemgående element i forskningscirkeltilgangen er således refleksion over (og i) praksis, og det er det, der arbejdes med i cirklen – med henblik på at udvikle og kvalificere praksis såvel som teori (jf. Lahdenperä, 2014a). I lighed med aktionsforskning generelt, arbejdes der ud fra demokratiske og emancipatoriske principper. Det er således de deltagende aktørers interesser og spørgsmål, der udgør arbejdet i cirklen, og der arbejdes ud fra en intention om at understøtte ejerskab og ansvar hos de deltagende. De deltagende aktører ses som medundersøgende og medreflekterende, og en del af cirkelarbejdet indebærer således også, at man lærer at analysere og forholde sig kritisk refleksivt, at man lærer at anvende og forstå begreber og forskningslitteratur i relation til en konkret problemstilling fra praksis, såvel som i relation til egne opfattelser, værdier og færdigheder (Hecksher et al., 2014; Lahdenperä, 2014a).

Et særkende ved forskningscirklen er, at der konkret bringes forskning ind i undersøgelsen af de praksisnære problemstillinger. Det kan være forskningsresultater eller -litteratur, der kan være med til at nuancere det, der arbejdes med i cirklen, eller det kan være forskningsbaseret viden indsamlet i løbet af aktionsforskningsprocessen (Persson, 2008, s. 24; Wahlgren & Aarkrog, 2019, s. 28). Det har også været et centralt element i dette projekts forskningscirkel. Når jeg har valgt at tage afsæt i en forskningscirkeltilgang, så skal det ses i relation til, at der efterhånden foreligger en del aktionsforskningsundersøgelser, hvor forskningscirkler har dannet rammen for professionsudvikling og uddannelsesudvikling (Holmstrand & Härnsten, 2003; Härnsten, 2001; Kildedal & Laursen, 2012; Wahlgren & Aarkrog, 2019), hvilket taler ind i den arena, jeg repræsenterer: professionsuddannelsesområdet. Der er således flere positive eksempler med forskningscirkler, hvor man har arbejdet med udvikling af professionsuddannelser og professionens praksis. Hvorfor forskningscirkeltilgangen tiltaler mange inden for dette felt, skal måske relateres til, at der aktivt arbejdes med forskningslitteratur, studier og undersøgelser som en del af processen i relation til en konkret praksisudfordring. Det tiltaler måske netop både aktører og forskere, fordi det giver et helt håndgribeligt (og ønskværdigt) link imellem teori og praksis, uddannelse og professionspraksis – en kobling, som professionen netop higer efter, både i uddannelsen og praksis (jf. Haastrup et al., 2013) – og læringen og udbyttet går begge veje. Det har også været afsættet her: et ønske om at kunne bidrage til at udvikle og skabe ny viden om og i en

konkret praksis, som både kan ses ind i den konkrete professionspraksis og i sammenhæng med den tilhørende professionsuddannelse samt på et mere overordnet og generelt teoretisk niveau.

Forskningscirklen i dette projekt er som nævnt baseret på en dialogisk og personcentreret tilgang, og i løbet af aktionsforskningsprocessen har forskningscirklen taget form som det, jeg har valgt at kalde *en dialogisk forskningscirkel* (se også Lang, 2020). I tråd med aktionsforskningens grundsyn, er der tale om en tilgang, der har foldet sig ud i løbet af processen – og som stadig er under udvikling. Det, der kendetegner den dialogiske forskningscirkel og adskiller den fra andre forskningscirkeltilgange, er *den dialogiske ånd*, tilgangen praktiseres ud fra, samt det fokuserede arbejde med videooptagelser fra de deltagende aktørers praksis. Det er således centralt, at den dialogiske tænkning, både som relationsform og kommunikationsform, vægtes højt. Det indebærer, at det anses for væsentligt for forskningscirkelarbejdet at få etableret en god kontakt og arbejdsalliance, samt at deltagerne mødes med afsæt i respekt, dialogisk lydhørhed og empati. Denne respekt og lydhørhed gør sig også gældende over for øvrige aktører, der relaterer sig til forskningscirkelns arbejde. Det afspejler sig således også i måden, hvorpå video anvendes. Video ses både som et medie til at indsamle data og reflektere ud fra og som en måde, hvorpå der kan bringes flere stemmer ind i dialogen i cirklen end dem, der konkret udgør cirklen, hvilket er søgt illustreret i figur 4.4.



Figur 4.4. Den dialogiske forskningscirkel

I den aktuelle forskningscirkel var vi de to diætister og mig. De fire felter i figuren skal således illustrere, hvordan der kan gives stemme til flere perspektiver end dem der udgøres af cirklen, ved at arbejde med videooptagelser. Antallet af 'stemmer' i cirklen kan varieres og er således ikke fastlåst på de fire, der er vist her. Der kunne lige så vel være flere som færre. Pointen er, at det via videooptagelser bliver muligt at invitere flere stemmer og perspektiver ind i cirkelarbejdet. Det kan for eksempel være hensigtsmæssigt, hvis der er tale om alvorligt syge eller sårbare grupper, som i dette tilfælde. Eller blot hvis ikke det er muligt eller decideret nødvendigt for de øvrige aktører at deltage i cirklen. Det kan eksempelvis handle om, at cirklen bliver for stor, eller at de øvrige aktører

ikke har så central en rolle i forhold til cirkelns tematik⁶³. Videoen får derved flere funktioner. Den kan dels bruges som et overordnet refleksions- og læringsgrundlag til at få indblik i egen eller andres praksis i relation til den konkrete tematik, der arbejdes med i cirklen. Men videoen kan også blive et talerør for de aktører, der som i dette tilfælde udgør en del af tematikken, men som ikke er en del af cirklen. I dette projekt udgøres de øvrige stemmer af kræftramte og pårørende, hvis samtale med diætisten samt det efterfølgende interview med mig er blevet videooptaget. Jeg havde ikke på forhånd bedt dem om at udtale sig om nogle bestemte meninger, holdninger eller budskaber. Og indledningsvist var det slet ikke min tanke, at de kunne få en aktiv stemme ind i cirkelarbejdet. Men det erfarede jeg, da jeg sad med den første runde videooptagelser af interviews og diætbehandlingssamtaler. Her var nogle patienter og pårørende, som lå inde med vigtig viden og erfaring, og som var væsentligt at bringe aktivt ind i vores arbejde i forskningscirklen. Det blev således ansatsen til udviklingen af den dialogiske forskningscirkel.

De interviews, der er blevet foretaget, har haft fokus på at indfange de kræftramtes og pårørendes oplevelser af mødet og kommunikationen med diætisten for at få indblik i deres umiddelbare iagttagelser, oplevelser og fortolkninger samt eventuelle forslag til forbedring eller ændring af samtalen (jf. Alrø & Møller, 2016). Oprindeligt havde jeg blot tænkt, at interviewene skulle fungere som 'baggrundsviden' for mig og ikke som noget, der konkret ville blive bragt ind i cirklen. Men det blev i stedet til, at uddrag fra interviewene blev taget med ind i cirkelarbejdet, som et supplement til videooptagelserne af den kræftramtes samtale med diætisten, og derved som en måde, hvorpå kræftramte og pårørende også kunne komme til orde. Ved både at have konkrete videoklip af samtaler mellem diætister, kræftramte og pårørende samt interviewuddrag har dialogen og refleksionsgrundlaget i cirklen kunnet udvides, hvilket anses for at have været med til at kvalificere cirkelarbejdet.

Det har været mig som forsker, der har gennemset alle videooptagelser og interviews, og det er således også mig, der har udvalgt videosekvenser og interviewuddrag til brug ved forskningscirkelmøderne. I den ideelle verden burde diætisterne også have gennemset videooptagelserne af sig selv og selv været med til at udvælge sekvenser, der kunne bringes op i cirklen. Dette var dog ikke realistisk, da de simpelthen ikke havde tiden dertil. Derfor blev det mig. Det er således også mig, der har udvalgt, hvem der har fået stemme, og om hvad. Heri ligger en risiko for bias, for eksempel i forhold til, at jeg kun har udvalgt sekvenser, der taler positivt ind i en tematik, eller omvendt kun valgt sekvenser,

⁶³ Det kunne være mere perifære kolleger, i dette tilfælde for eksempel læger, sygeplejersker, fysioterapeuter eller ergoterapeuter, som ikke indgår i diætbehandlingssamtalerne, men som udgør en del af den samlede behandlingskontekst, hvorfor deres stemme også kunne være relevant at bringe i spil.

der gengiver et negativt billede. Med reference til Gadamer (2007) er det en risiko, der altid findes qua den horisont, man ser ud fra og den forforståelse, man bringer med sig. Jeg har forsøgt at forholde mig kritisk og spørgende til mig selv igennem processen, herunder også i forhold til, hvordan jeg bedst kunne bringe video og patienters samt pårørendes stemmer ind i cirklen.

Betydningen af at inddrage de kræftramtes og pårørendes perspektiver i cirkelarbejdet understreges af Jan Kåre Hummelvoll (2010, s. 21), der taler om tre vigtige kundskabskilder⁶⁴ i aktionsforskning inden for sundhedsområdet. Det gælder dels a) den kontekstualiserede, erfaringsbaserede *patientkundskab*, b) den *professionelle* erfaringsbaserede kundskab og c) den dekontekstualiserede, teoretiske, *forskningsbaserede* kundskab. Patienter og pårørende ligger inde med viden og erfaring om, hvordan det opleves at være syg, hvordan det opleves at være en del af behandlingssystemet, og hvordan det opleves at modtage behandling, som i dette tilfælde er diætbehandling. Når vi i forskningscirklen arbejder med samtaleens betydning for og udvikling af den kommunikative tilgang i diætbehandling, så er patienters og pårørendes perspektiver vigtige at have med for netop at kvalificere de refleksioner, vi gør os, og de tiltag, vi afprøver. Og det er ikke kun væsentligt for det lokale arbejde i cirklen og den konkrete praksis, det har også betydning på et mere generelt plan jævnfør aktionsforskningens dobbelte mål om både at bidrage til lokal viden og forandring samt mere generel viden. Det handler ifølge Hummelvoll og kolleger om, at den viden, der genereres dels skal have *lokal validitet*, det vil sige, at den bidrager med ny indsigt eller ny begrebsliggørelse i den konkrete kontekst. Dels at denne viden har *rejsekapacitet*, altså at den er genkendelig i andre kontekster og potentielt kan ses anvendelig uden for den lokale kontekst. Det indbefatter, at man kontinuerligt må forholde sig bevidst og reflektivt til relationelle og kontekstuelle forholds betydning for den genererede viden og indsigt (Hummelvoll et al., 2015, s. 284–285).

Man kan drøfte, om vi måske ligefrem skulle have haft patienter og pårørende med i cirklen? Det er set i andre forskningsprojekter med kræftramte, kritisk syge eller døende, at patienter og pårørende har indgået i forskningsprocessen (jf. Thoresen, 2010; Zøylner, 2018). Jeg mener som sagt, at det er vigtigt, at de også kommer til orde. At de ikke indgår i selve cirkelarbejdet, skal ses som resultatet af en etisk og praktisk overvejelse ud fra en etisk hensyntagen til, at her er tale om kræftramte med komplikationer i relation til deres spisning og vægt, og for en stor del af dem ret svære komplikationer. Som forsker har jeg et ansvar for at tage vare på og undgå at skade dem, der deltager i projektet (jf. World Medical Association, 2013). Jeg ville være i tvivl om, hvorvidt det ville være for stor en belastning at skulle finde tid og overskud til at deltage i

⁶⁴ Jeg forstår her kundskab som en samlende betegnelse for den enkeltes viden, indsigt og forståelse baseret på erfaring og (ud)dannelse.

forskningscirkelmøder af to timers varighed og over en længere periode på halvandet år. Og om det ville være etisk og moralsk forsvarligt at invitere til deltagelse i en omfattende forskningsproces i det, som måske skulle vise sig at være ens sidste levetid. Under de gennemførte videooptagelser af diæt-behandlingssamtalerne blev jeg bekræftet i, at flere af de kræftramte nok ikke ville have haft overskud til også at indgå i cirkelarbejdet, da de var synligt utilpasse på grund af eksempelvis smerter, kvalme eller træthed. Hvis jeg havde valgt at inddrage kræftramte i cirklen, skulle jeg endvidere have valgt nogle personer ud med gode behandlings- og overlevelsesudsigter, for at de kunne være med i hele perioden. Det ville have betydet, at flere af dem, jeg rent faktisk har interviewet i den aktuelle undersøgelse, ikke kunne have deltaget. Og så kan man spørge, om det havde været etisk forsvarligt at lave denne eksklusion? Eller forskningsmæssigt troværdigt? Der ligger således både et etisk og praktisk spørgsmål i forhold til aktionsforskningsprocessens varighed og udformning i relation til deltagelse af patienter og pårørende. Man kan også spørge, hvad det ville have gjort ved de deltagende diætisters proces, hvis patienter og pårørende havde deltaget i cirklen? Spørgsmålet er, om vi kunne få etableret samme fortrolige og ærlige rum, hvor diætisterne også ville dele situationer, hvor de ikke lykkedes, eller hvor der var noget, de syntes, var svært? Jeg tilslutter mig, at det er "svært vigtig at pasienter og pårørende får komme til orde, direkte eller indirekte med sine erfaringer av det å være syk og det å være nær en som er syk" (Thoresen, 2010, s. 98). Og jeg mener samtidig, at det er væsentligt at tage højde for, hvad de kan rumme at deltage i. Derfor er det blevet til, at kræftramte og pårørende får en stemme ind i forskningsprocessen via videooptagelser og interviews, som bringes ind i forskningscirklen⁶⁵.

Som illustreret indledningsvist i kapitlet i figur 4.1 er aktionsforskningsprocessen forløbet i en vekselvirkende proces mellem planlægning, refleksion og handling på tværs af handling i praksis og reflekterende møder i forskningscirklen. Der findes ikke som sådan en fast 'opskrift' på, hvordan forskningscirkler gennemføres, da

varje forskningscirkel är unik och utmaningen ligger i att kunna finna sina egna arbetsformer. Några givna regler för hur arbetet ska organiseras existerar således inte, utan det er varje forskningscirkels ansvar att på bästa sätt lägga upp sin egen versamhet (Holmstrand & Härnsten, 2003, s. 24).

Typisk vil det dog være sådan, at det er forsker, der leder cirkelns proces, og det er ligeledes gennemgående, at der tages afsæt i en praksisrelateret problemstilling. Det har også gjort sig gældende i dette projekts forskningscirkel. En

⁶⁵ Jeg kommer senere i kapitlet ind på, hvordan jeg etisk har forholdt mig og taget hensyn til datasikkerhed og patienters og pårørendes samtykke.

anbefaling til, hvor hyppigt man skal mødes, lyder på månedligt eller mellem fem og ti gange, gerne mindst to timer ad gangen og over en periode på et år til halvandet. Det hænger sammen med, at det også er væsentligt for cirkelarbejdet, at der er tid imellem møderne til at afprøve og arbejde med tiltag i praksis (jf. Hecksher et al., 2014; Härnsten & Holmstrand, 2014; Persson, 2008). Vi har sammenlagt mødtes 12 gange i nærværende forskningscirkel, men kun seks af gangene har vi været fuldtallige. Det kan problematiseres. Dog har diætisterne hver især deltaget i ni møder. Jeg vil komme nærmere ind på selve processen i næste kapitel.

Det kan være relevant at gøre sig overvejelser omkring cirkelns sammensætning og størrelse. Igen er der ikke faste retningslinjer, hvilket også harmonerer med grundtænkningen i aktionsforskning om, at det er en dynamisk og demokratisk proces. Det vil sige, det kan være noget, man aftaler i cirklen. Det anbefales dog, at cirklen ikke bliver for stor, og et antal på omkring fem til ti kan være hensigtsmæssigt, da alle her vil få mulighed for at komme til orde (jf. Hecksher et al., 2014; Härnsten & Holmstrand, 2014; Persson, 2008). Det gør også, at der samtidig vil være et vist antal til at reflektere og afprøve tiltag sammen med. Bliver cirklen for stor, kan det være svært at arbejde dybdegående og rent praktisk også blive svært at finde tid til at mødes, hvor alle kan. I dette projekts forskningscirkel har vi ikke været for mange, måske nærmere for få. Med kun tre deltagere i alt kan man spørge, om det overhovedet er nok til at udgøre en forskningscirkel? Det spørgsmål har jeg i hvert fald stillet mig selv. At kun to diætister har deltaget i projektet, er mere resultatet af, hvad der rent praktisk kunne lade sig gøre, end en metodisk begrundelse. Det var de to diætister, der primært havde diætbehandlingssamtaler med kræftramte, og ligeledes havde de begge givet udtryk for gerne at ville indgå i projektet. Mine indledende bekymringer omkring, hvorvidt det var for lidt med blot to deltagere, viste sig ikke at blive et problem i praksis i forhold til det reflekterende og udviklende arbejde i cirklen. Måske var det ligefrem en fordel, fordi der ret hurtigt opstod en fortrolighed iblandt os, som måske ville have taget længere tid at opnå i en større gruppe. Dog blev det meget sårbart, hvis der var én, der var forhindret i at deltage i et cirkelmøde, hvilket vi løb ind i flere gange. Her valgte vi at fastholde mødet, men det blev så med kun én diætist og mig. Havde der været flere deltagere i cirklen, ville vi sandsynligvis ikke stå med denne problematik. Det havde også betydet, at der ville være flere deltagere til at reflektere, lytte og byde ind med perspektiver. Til gengæld ville der også være flere, der skulle komme til orde. Med den tid, der var afsat til hvert møde, forekom det passende, at vi blot var tre.

Selve arbejdet i den dialogiske cirkel har taget afsæt i 4K-modellen (figur 4.3). Konkret betyder det, at det for hvert cirkelmøde har været gennemgående, at der indledningsvist har været fokus på at få etableret en kontakt samt at nå til enighed om, hvad der skal arbejdes med (kontrakt), både for det enkelte cirkelmøde og på tværs af hele processen. Med afsæt i videooptagelserne af

diætisternes samtaler med kræftramte og pårørende samt de tilhørende interviews har vi udforsket og arbejdet med diætisternes samtalepraksis samt hvad der kunne kendetegne kommunikative kvaliteter. Det er blandt andet på det afsæt, at vi har udviklet en samtalestruktur for diætbehandlingssamtalerne, hvilket vil blive foldet yderligere ud i det følgende kapitel. Sammenfattende kan man sige, at fokus i den dialogiske forskningscirkel er at generere ny viden, udvikling, læring og forandring, som relaterer sig direkte til en konkret praksis. 4K-modellen udgør en løst struktur for, hvordan arbejdet i cirklen faciliteres, men herudover er der ikke en specifik arbejdsmetode, der arbejdes ud fra⁶⁶. Det hænger sammen med det dialogiske og personcentrerede aktionsforsknings-afsæt. Forskningscirklen giver rum til en dybdegående, reflekterende og dynamisk proces, hvor der både er erfaring og viden at trække på fra en praksisarena (eller profession) og fra forskningsarenaen. Den dialogiske forskningscirkel udvider praksisarenaen til ikke kun at repræsentere dem, der deltager i cirklen, men med mulighed for også at inddrage andre aktører i form af videooptagelser.

Den aktionsforskningstilgang, der her er beskrevet, indebærer en forståelse af *forskning* som vidensskabelse og samtidig forandring i praksis sammen med praksisaktører (feltet), hvor relation og dialog mellem forsker og feltet spiller en afgørende rolle. *Forskningsdeltagerne* (praksisaktører) anses for at være menneskeligt ligeværdige, kompetente og vidende personer med ret og evne til selvbestemmelse. Bekræftelse, respekt og lydhørhed er derfor nøgleord i forskningsrelationen. *Forskningsprocessen* ses som et partnerskab, hvor forsker og praksisaktører bidrager med hver deres form for ekspertise i en samskabende proces i vekselvirkning mellem dialog, refleksion og handling.

Kvalitative interviews og videoobservation

De videooptagelser af diætbehandlingssamtaler og interviews, der indgår i aktionsforskningsundersøgelsen, er blevet foretaget ad to omgange (jævnfør figur 4.2). Dette materiale har dannet afsæt for arbejdet i forskningscirklen, ligesom det også har været grundlag for analysen. Der er blevet foretaget videooptagelser og interviews med 10 kræftramte patienter og 3 pårørende i den første delproces og 10 patienter og 6 pårørende i den anden delproces.

⁶⁶ Til sammenligning arbejdes der inden for den kritisk-utopiske tilgang med fremtidsværkstedet som fremgangsmåde. Her arbejder man sig igennem en kritikfase, en utopifase og en realiseringsfase, hvor "hver enkelt fase har sine regler og ensidigheder" (Bladt, 2012, s. 151).

Sammenlagt indgår der altså interviews med 20 patienter og 9 pårørende⁶⁷. Det er ikke de samme patienter og pårørende, der er blevet interviewet i de to delprocesser. Det skal dels ses i relation til, at hensigten ikke har været at måle eller (be)vise en bestemt effekt eller få udsagn fra nogle specifikke personer, men i stedet mere overordnet at give stemme til patienter og pårørendes oplevelser af diætbehandlingssamtalen. Dels skal det ses i forhold til, hvad der praktisk har kunnet lade sig gøre. Jeg har interviewet de kræftramte og pårørende, der var samtaler med på nogle bestemte dage⁶⁸. To af diætbehandlingssamtalerne var tilrettelagt som gruppeundervisning, og to interviews har således været gruppeinterviews og de resterende individuelle. Interviewene er blevet foretaget i umiddelbar forlængelse af deres samtale med diætisten og i det samme lokale for at gøre det mindst muligt ressourcekrævende for patienter og pårørende. Her er som nævnt tale om alvorligt syge patienter, der er mærkede af deres sygdom, hvorfor jeg har efterstræbt at gøre interviewene så korte som muligt. De fleste interviews har haft en varighed på 5-10 minutter og et enkelt strakte sig over 19 minutter⁶⁹. Jeg har gjort mig overvejelser om, hvorvidt de kræftramte var for udmattede til at tale med mig lige efter deres samtale med diætisten. Når placeringen alligevel blev her, skal det ses i relation til, at de stadig ville have samtalen frisk i erindringen, samt at det med interviewets korte interval kunne opfattes som en lille forlængelse af diætbehandlingssamtalen og i mindre grad som noget 'ekstra', man skulle sætte sig op til (som hvis interviewet havde været på et andet tidspunkt). Ud af de 20 kræftramte patienter var der 3, hvor jeg kort inde i interviewet vurderede, at de måske var for udmattede til at kunne gennemføre interviewet. Jeg tilbød derfor at afbryde interviewet, men de ønskede at gennemføre. Til gengæld var der 2 andre patienter, jeg valgte slet ikke at inkludere i undersøgelsen ud fra etiske overvejelser. Den ene patient viste sig at have en hjerneskode, og jeg kunne derfor være i tvivl om, hvorvidt han ville vide, hvad han gav samtykke til. Den anden patient var alkohol- eller stofpåvirket, da hun mødte op til samtale og på samme vis kunne jeg ikke være sikker på, om hun ville vide, hvad hun sagde ja til.

⁶⁷ Jeg vidste ikke på forhånd, om der ville være pårørende med til diætbehandlingssamtalerne. Det er derfor tilfældigt, at der indgår 9 pårørende. Det har været antallet af kræftramte, der har sat grænsen for, hvor mange der er kommet med i undersøgelsen, da det i udgangspunktet var deres oplevelse, der var mit primære fokus. Det viste sig dog at blive meget værdifuldt også at få de pårørendes bidrag med. Jeg vurderer, at det har været et passende antal pårørende i forhold til at få indblik i diætbehandlingssamtaler med og uden pårørende, samt at få deres perspektiv på samtalen.

⁶⁸ Hertil kan også nævnes, at en del af de kræftramte, der blev interviewet i den første runde, var gået bort ved anden runde interviews.

⁶⁹ Her var tale om en kræftramt og pårørende, der meget gerne ville dele deres erfaringer, og det var på deres initiativ, at interviewet blev så (forholdsvist) langt.

Antallet af interviewpersoner harmonerer med det typiske antal i interviewundersøgelser på omkring 15+/-10 personer (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 167) og skal dels ses i relation til, hvad der tidsmæssigt var muligt inden for den tidsramme, vi havde, dels at det vurderedes at være et passende antal for at få et indblik i, hvordan (et udsnit af) kræftramte og pårørende oplever diætbehandlingssamtalerne med de deltagende diætister⁷⁰. Det vurderedes endvidere at være et passende antal samtaler at få indblik i via video. Havde jeg inddraget flere personer, havde det betydet flere videooptagelser at gennemse og ligeledes flere interviews at bearbejde, og det vurderede jeg ikke ville have øget den videnskabelige kvalitet inden for den gældende tidsramme (jf. Kvale & Brinkmann, 2014, s. 167).

Interviewene er blevet foretaget ud fra en semistruktureret interviewguide udviklet til undersøgelse af patientoplevelser (Alrø & Møller, 2016). Denne interviewguides styrke er, at den gør det muligt at konkretisere og nuancere interviewpersonernes 'oplevelser' (jf. Alrø & Møller, 2016, s. 202). Interviewguiden baserer sig på en feedbackmodel⁷¹, der oprindeligt er udviklet i relation til kommunikationstræning (Alrø & Kristiansen, 1997, 1998, 2006). Feedbackmodellen skelner mellem *iagttagelser*, *oplevelser*, *fortolkninger* og *forslag*, og det er netop denne sondring, der er med til at kvalificere de svar, man får, når man ønsker at undersøge patientoplevelser. Hvis man blot spørger ind til patientens 'oplevelse' med eksempelvis en diætbehandlingssamtale, vil man typisk få en vurdering eller en fortolkning, som 'det var fint'. Ved at skelne imellem forskellige typer af udsagn i sine spørgekategorier, bliver det muligt at få en mere nuanceret beskrivelse af patientens oplevelse. Eksempelvis kan der sondres imellem elementer i samtalen, som patienten kan gengive at have set eller hørt (iagttagelse), hvordan patienten reagerede følelsesmæssigt eller kognitivt herpå (oplevelse), hvordan patienten vil vurdere dette element (fortolkning), samt om patienten har forslag til forbedringer (forslag) (Alrø & Møller, 2016, s. 199). Derved kan interviewet både give indblik i, hvad interviewpersonen har hæftet sig ved (iagttagelse), hvilket kan give en indikation på, hvad der for patienten har været vigtigt eller meningsfuldt på det indholdsmæssige eller 'ydre' plan. Det kan også give indblik i, om der er noget i samtalen, patienten er blevet berørt af, eller som har givet anledning til undren (oplevelse), hvilket giver en indikation på, hvad der har været betydningsfuldt på det 'indre' plan. Ved at spørge ind til både iagttagelser, oplevelser, fortolkninger og forslag nuanceres patientens oplevelse af samtalen, og det giver nogle flere kategorier at forstå patientens oplevelser ud

⁷⁰ Mængden af interviewpersoner har som sådan ikke noget at gøre med den videnskabelige kvalitet, det er en (kvantitativ) misforståelse (jf. Kvale & Brinkmann, 2014, s. 168).

⁷¹ Feedbackmodellen har også været grundlag for udviklingen af den samtaleanalytiske model, DiaLoop-modellen (Alrø et al., 2016), som afhandlingens analyse tager afsæt i.

fra. Denne struktur har således dannet rammen for interviewene med patienter og pårørende. Da der er tale om en semistruktureret tilgang (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 37 ff.), har jeg ikke fulgt en stram struktur i mine spørgsmål og stillet præcist ens formulerede spørgsmål i en bestemt rækkefølge. De fire kategorier har fungeret som hovedtemaer, jeg har stillet spørgsmål ud fra, og rækkefølgen samt spørgsmålenes formulering har været styret af det, patienter og pårørende har bragt frem.

Som jeg også har været inde på i kapitel 2, så er det ikke neutralt at stille spørgsmål i et forskningsinterview. De spørgsmål, jeg stiller, leder i retning af nogle bestemte svar. Men samtidig påvirker de svar, jeg får, også retningen for det næste spørgsmål, jeg stiller, da fortolkningsprocessen allerede er i gang under selve interviewet (jf. Tanggaard & Brinkmann, 2015). Allerede under interviewet i mødet med den anden, såvel som i transkriberingen af 'teksten' (datamaterialet) finder en meningskondensering sted. Det betyder dog ikke, at jeg har gennemført ustrukturerede interviews. Interviewguiden har fungeret som en løs struktur at stille spørgsmål ud fra, hvilket kendetegner den semistrukturerede tilgang, og jeg har også lavet nogle justeringer af interviewguiden fra første til anden gang. Det var dog ikke uden udfordringer at gennemføre disse interviews, som jeg allerede har været inde på. Som Kvale og Brinkmann (2014) påpeger, er det et håndværk at mestre forskningsinterviewet, og jeg erfarede blandt andet undervejs, at det eksempelvis faldt mig svært at spørge ind til den følelsesmæssige side af de kræftramtes og pårørendes oplevelse af diætbehandlingssamtalen. I den første runde interviews er der således flere af interviewene, hvor jeg slet ikke spørger ind hertil. Det bliver jeg først opmærksom på efterfølgende, og det bliver således et fokuspunkt for mig i de efterfølgende interviews. Det indebærer endvidere, at jeg skriver nogle supplerende hjælpes spørgsmål ind i interviewguiden, som jeg kan støtte mig til⁷².

Interviewene er som sagt blevet afholdt i forlængelse af, at patienter og pårørende har talt med diætisten. Disse samtaler er blevet videooptaget og kombinationen af videoobservation, interview og samrefleksion i forskningscirklen tegner undersøgelsens metodiske greb. Jeg kunne godt have nøjedes med enten kun at lave interviews eller kun at lave videoobservation (eller direkte observation). Når jeg har valgt at kombinere de to, hænger det sammen med, at interviewene kan siges at beskæftige sig med patienternes og de pårørendes fortolkninger, iagttagelser og oplevelser. Og det samme gør sig gældende i dialogen i forskningscirklen med diætisterne. Her kan videoobservation give et supplerende og mere detaljeret blik på, hvad der (egentlig) sker i samtalen:

[...] videooptagelser af den professionelle praksis giver os mulighed for at foretage detaljerede analyser, som tilvejebringer et indblik i den

⁷² Se bilag 3 for interviewguide.

ofte ikke-italesatte viden om, hvad der egentlig finder sted i praksis [...] hvis man ønsker at få et indblik i, hvordan den rutinerede hverdagspraksis (Giddens 1984)⁷³ helt konkret udfolder sig [...] må man observere, fastholde og studere denne praksis. Det betyder, at forskeren må bevæge sig ud i praksis med et videokamera i hånden [...] (Gravengaard & Kjær, 2018, s. 279)

Ved at kombinere interviews og videoobservation af diætbehandlingssamtaler, får jeg både adgang til, hvordan patienter og pårørende oplever og fortolker samtalen (igennem interviewet), samt hvordan samtalen udspiller sig i praksis (videoptagelsen), herunder også adgang til kropssprog og den fysiske kontekst. Og i forskningscirklen får jeg – og diætisterne – diætisternes refleksioner såvel som oplevelser og fortolkninger, både over samtalen og det, som patienter og pårørende har sagt i interviewet. Det åbner op for flere perspektiver og indgange til felten og er på den måde med til at nuancere og kvalificere analysen og aktionsforskningsprocessen. Af samme grund har jeg også valgt at videoptage de sidste tre forskningscirkelmøder, hvor vi alle har deltaget.

At jeg har valgt at gøre brug af videoptagelser og ikke direkte observation er både baseret på praksiserfaring og et (teoretisk) ønske om at have videoptagelserne som refleksionsgrundlag i forskningscirkelarbejdet og analysen. Som optakt til aktionsforskningsundersøgelsen følger jeg to diætister⁷⁴ en dag hver på hospitalet for at få et indblik i, hvordan deres hverdag og samtaler med kræftframte forløber. Her sidder jeg også med til deres diætbehandlingssamtaler og forsøger at agere 'fluen på væggen' og være ikkeinteragerende observatør. Det viser sig meget vanskeligt. Flere af patienterne henvender sig direkte til mig flere gange i løbet af diætbehandlingssamtalen med spørgsmål eller kommentarer, selvom vi har italesat, at jeg blot er med for at observere. Denne erfaring bekræfter mig i, at videoobservation vil være mere hensigtsmæssigt, da ønsket er at få indblik i diætbehandlingssamtalen, som den folder sig ud, naturligt og autentisk. Det giver videoobservation mulighed for (jf. Davidsen & Kjær, 2018, s. 15). Jeg har endvidere erfaring med brug af video som refleksions- og læringsværktøj i praktikforløb for diætiststuderende. Videoptagelser af en konkret praksis er et enestående læringsafsæt, idet videoptagelser fastholder et udsnit af en praksis, som kan ses og genses, pauses, spoles tilbage og ses på

⁷³ Her henviser forfatterne til Anthony Giddens (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity.

⁷⁴ Det var på det tidspunkt endnu uafklaret, hvem der skulle indgå i projektet, men den ene af disse to diætister kom efterfølgende til at indgå i projektet.

forskellige tidspunkter over tid (jf. Heath et al., 2010, s. 6)⁷⁵. Dette har været et vigtigt element i forhold til arbejdet i forskningscirklen samt analysen. Det at se sig selv eller andre på video i en praksissituation, man kender til, gør det, der reflekteres over, mere håndgribeligt og praksisnært. Det gør, at man konkret kan relatere sig til det, der udspiller sig på videoklipet, og det øger sandsynligheden for, at man også kan se udviklingsmuligheder såvel som u hensigtsmæssigheder, som kan danne afsæt for nye forståelser og læring, der kan bruges ind i den konkrete praksis (jf. Davidsen & Kjær, 2018; Due et al., 2018). At se sig selv på video – udefra – giver mulighed for at se noget andet end det, man ser, bemærker, sanser, tænker og er optaget af – indefra – i situationen. Derfor ser jeg videooptagelser som et stærkt refleksionsgrundlag i forskningscirklen. Videoen giver flere sansekanaler at reflektere ud fra, end hvis man blot skulle tage afsæt i en erindring eller en transskription fra et interview. Videoen giver et levende billede, der kan aktivere både kognitive, emotionelle, visuelle og auditive indtryk, hvilket gør, at det, der reflekteres over, kan blive meget nærværende, aktuelt og sanseligt (jf. Alrø & Kristiansen, 1997; Lang, 2020). Det gør samtidig, at man må være opmærksom på, at det at se et videoklip af sig selv sammen med andre, potentielt set også kan være meget ansigtstruende (jf. Due et al., 2018). Jeg er opmærksom på, at det stiller krav til mig som forsker og facilitator om både at tage vare på deltagerne såvel som de øvrige (patienter og pårørende), der indgår i videooptagelserne⁷⁶, og samtidig facilitere en refleksions- og læringsproces. Jeg ser som nævnt tidligere videoen som en måde at bringe flere stemmer i spil end dem, der aktuelt er til stede (de øvrige deltagende i videooptagelserne). Og endelig ser jeg videoen som det oplagte medie, når jeg ønsker at undersøge kommunikative kvaliteter og diætisternes kommunikative og relationelle forholdemåder i samtalen. Det giver muligheden for at kunne indfange både verbalsproglige, kropssproglige og parasproglige forhold (jf. Alrø et al., 2016; Alrø & Kristiansen, 1997).

Bortset fra de to første interviews, der er lydoptaget, så er alle interviews videooptaget. Jeg var indledningsvist bekymret for, om patienterne fandt det grænseoverskridende, at jeg videooptog interviewene, hvorfor jeg valgte 'kun' at lydoptage. I efterrefleksion gav det ikke rigtigt nogen mening, eftersom de jo havde sagt ja til at blive videooptaget under deres samtale med diætisten, og det handlede måske mere om min egen bekymring for og uerfarenhed med

⁷⁵ Jeg anerkender fuldt ud, at en videooptagelse altid vil være en lille flig af det samlede hele og aldrig det fulde eller sande billede. Men det viser dog mere (og flere nuancer) end et stillbillede, en transskription eller en genfortælling (Alrø & Kristiansen, 1997).

⁷⁶ Og det stiller også krav til mig som forsker og facilitator med henblik på at sikre, at der er en ordentlig og respektfuld dialog omkring videoklippene, samt at de, der indgår på videoklippene, har givet samtykke til, at videooptagelsen må bruges i en sådan sammenhæng.

forskningsinterviewet⁷⁷. Ved det næstfølgende interview spurgte jeg derfor direkte ind til, om det også ville være i orden, at vi videooptog interviewet. Det var det, og det gjorde sig også gældende for de øvrige patienter og pårørende. Jeg har gjort brug af to videokameraer ved alle samtaler og interviews, som har været stillet ind på henholdsvis patienter og pårørende samt diætist. Der er tale om små kameraer på størrelse med en mobiltelefon. Det er de samme kameraer, jeg har brugt til interviewene, og jeg har derfor sørget for at placere mig samme sted som diætisten. Når jeg har gjort brug af to kameraer, har det været for at sikre mig, at alle samtaleparter kunne ses, og helst forfra, så det også var muligt at se ansigtsmimik og gestik. Det viste sig dog at blive en udfordring til de to gruppesessioner, da diætisten her bevægede sig rundt i lokalet. Vi afprøvede forskellige opsætninger (da hun på forhånd havde fortalt, at hun ikke bare ville sidde stille), men det lykkedes ikke altid at få hendes billede med. Til gengæld var hendes verbalsproglige udsagn med. Det har af flere grunde været hensigtsmæssigt med to kameraer. Udover at kunne se de samtalende forfra og fra forskellige vinkler, så oplevede jeg et par gange, at det ene kamera løb tør for strøm. Der var det godt, at der stadig var et andet kamera, der optog. Ligeledes erfarede jeg, at kameraets placering ikke altid var lige hensigtsmæssigt i forhold til lyd. Der var det igen godt at have to kameraer, da det gav mulighed for at afspille den anden optagelse og tjekke, om det var nemmere at høre, hvad der blev sagt der.

Om transskribering

Diætbehandlingssamtalerne har haft en varighed på mellem 15 minutter til 45 minutter. Og heroveni kommer der interviews på mellem 5 til 10 minutter, og det ene på 19. Med 16 individuelle samtaler og 2 gruppesessioner giver det mange timers lyd- og videooptagelser. Og hertil skal også lægges lydoptagelse af 1 forskningscirkelmøde og videooptagelser af 3 forskningscirkelmøder på en varighed af 2 timer per gang. Set i erfaringens klare lys, så har det måske været lige i overkanten med tanke på projektets varighed og det faktum, at videooptagelserne også skulle bruges undervejs i processen til forskningscirkelmøderne. Man kan også spørge, om det var nødvendigt at videooptage interviewene og forskningscirkelmøderne, når det primære fokus er på

⁷⁷ Samme 'novice-fejl' ligger også til grund for, at jeg ikke får videooptaget alle forskningscirkelmøderne. Ved de første to møder har jeg slet ikke overvejet det. Det tredje møde bliver lydoptaget, da jeg på samme måde antager, at diætisterne vil finde det grænseoverskridende med video. Men ligesom de kræftramte, har de to diætister også indvilget i at blive videooptaget under deres diætbehandlingssamtaler, og de har derfor ingen indvendinger, da jeg spørger, om jeg må videooptage vores cirkelmøder. Det gør jeg således med de resterende tre fælles møder.

relationen og kommunikationen mellem kræftramte og diætist (og pårørende). Jeg vil dog nødig have været det foruden. Videoptagelserne af interviewene har været en indsigtsgivende proces for mig som uerfaren ud i forskningsinterviewets kunst. Det at se mig selv interviewe – og i tillæg at transskribere interviewene – har jeg kunnet bruge til at udvikle min tilgang. Optagelserne af forskningscirkelmøderne har dannet afsæt for den videre proces med møderne, hvor videoen har fungeret som en støtte i forhold til mine didaktiske overvejelser omkring, hvordan cirkelmøderne bedst kunne faciliteres.

Alle videoptagelser samt lydoptagelser er blevet set og lyttet igennem gentagne gange. Der er endvidere foretaget en grovtransskription af alle optagelser og i løbet af analysearbejdet er udvalgte dele af materialet blevet fintransskriberet. Det transskriberede erstatter ikke videoen, og begge dele har dannet afsæt for analysen. Men en transskription kan tilføje video en strukturering og fastholdelse af den mere flydende og simultane proces, der kendetegner videoen. Det kan bidrage til, at man kan få øje på sammenhænge eller nuancer, man måske ikke umiddelbart kunne se ud af videosekvensen (Davidsen & Krummheuer, 2018). Transskriptionen muliggør også, at man kan gengive et videoptaget hændelsesforløb i skriftlig form. Men hverken transskriptionen eller videoen kan stå alene. Analysearbejdet har bestået i en vekselvirkende proces mellem at nærlæse transskriptionen og at gense den tilsvarende videosekvens. Herudover har også indgået logbogsnoter over mine overvejelser undervejs i forhold til de gennemførte interviews og forskningscirkelarbejdet.

”At transskribere vil sige at transformere, skifte fra én form til en anden” (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 236). Og i denne transformering – eller oversættelse, som det jo egentlig er (jf. Tanggaard & Brinkmann, 2015) – er der også detaljer, der går tabt. Når man transskriberer fra video til tekst, kan man ikke længere fornemme ansigtsmimik, tonefald eller vejrtrækning. Denne fornemmelse går tabt. I oversættelsen af ’teksten’ fra en form til en anden, sker der også en udvælgelse og et fravalg. Det har derfor været en aktiv beslutning for mig, selv at transskribere al tekst. Det har det, dels for at jeg selv har haft kontrol over, hvad der blev ’oversat’ til hvad, dels fordi transskriptionsprocessen kan ses som en del af analyseprocessen (Tanggaard & Brinkmann, 2015), idet man kommer dybt ind i sit materiale, hvilket kan åbne op for indledende hypoteser og sammenhænge.

Transskriberingen tager afsæt i Dansk standard for udskrifter og registrering af talesprog (1992) men med justeringer, og følgende gør sig således gældende:

- [] indrammer beskrivende metatekst, for eksempel: [tager en dyb indånding]
- [...] indikerer, at der er udeladt tekst fra transskriptionen
- [?] angiver ord, der ikke kan høres i optagelsen
- angiver ord, der er sagt med betoning (tryk)

(x sek.) angiver pause i sekunder

- Ord, der er udtalt med dialekt, skrives på grammatisk korrekt dansk (for eksempel skrives: 'æ dowt' = doktoren)
- Forkortelser skrives ud (dvs. = det vil sige)
- Tal skrives med bogstaver (5 = fem)
- Samtidig eller overlappende tale markeres ved, at de talendes udsagn skrives over hinanden på hver sin linje, men med forskudt start:

Berit: jeg kan høre det er en lang

Frank: ja det en lang, ja det en lang redegørelse

'Øh' og 'æh' er i de fleste tilfælde udeladt af transskriptionen, medmindre jeg har vurderet, at de havde afgørende betydning for det kommunikerede. I de tekstuddrag, der er med her i afhandlingen, har jeg tilføjet kommaer og anden tegnsætning for at øge læsevenligheden.

Det etiske aspekt

Jeg har allerede været inde på flere forhold, som vedrører mine etiske overvejelser i dette projekt, hvilket hænger sammen med, at når man laver praksisnær forskning, som aktionsforskning, så bliver det særligt relevant som forsker at forholde sig kritisk og opmærksomt til, hvad man selv bringer ind i forskningsprocessen, og hvordan man i processen kan skabe en demokratisk og ligeværdig relation til sine deltagere (jf. Hummelvoll, 2010; Jacobs et al., 2017; Ness et al., 2013). På et overordnet plan er det afgørende, at man som forsker forholder sig til, om ens tilgang harmonerer med, hvad der er god videnskabelig praksis, og at det, man igangsætter, er etisk forsvarligt, anstændigt og pålideligt. I henhold til den danske kodeks for integritet i forskning bør al forskning være baseret på principperne om ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015), og det handler i bund og grund om redelighed (jf. Emmeche, 2010; Lov om videnskabelig uredelighed, 2017). Som jeg også var inde på i kapitel 2, så indebærer det, at ens forskning er saglig og upartisk, og at man er præcis, systematisk og *ærlig* i sin præsentation og fortolkning af forskningens målsætning, metode, hypoteser, data, resultater og konklusion. Det betyder endvidere, at man må være *gennemsigtig* i forhold til, hvordan man er nået frem til sine resultater såvel som konklusioner, hvordan man metodisk er gået til værks, og om der eventuelt skulle være en interessekonflikt. Og endelig, at man påtager sig det forskningsansvar, der følger med og

sikrer sig, at forskningens proces og resultater er korrekte, pålidelige og etisk forsvarlige.

I nærværende projekt har jeg samarbejdet med to diætister i en dialogisk forskningscirkelproces samt interviewet og videoobserveret kræftramte og pårørende, og derfor har jeg også forholdt mig til Helsinki-deklarationen (World Medical Association, 2013), som rammesætter etiske hensyn i forskning inden for sundhedsområdet, der involverer mennesker. Grundlæggende handler det om, at man som ansvarlig forsker tager vare på de personer, der indgår i ens projekt, og sikrer deres mentale såvel som fysiske helbred, samt at deres sygdomstilstand ikke forværres ved at indgå i projektet. Ligeledes at deres rettigheder respekteres, og at de deltager på et oplyst grundlag. I dette projekt er alle deltagere blevet oplyst om projektets formål og administration af data, herunder at data opbevares fortroligt og sikkert, og at det ikke vil være muligt at identificere deltagerne ved publicering og formidling af forskningens resultater (jf. Databeskyttelsesloven, 2018; General Data Protection Regulation, 2016)⁷⁸. Således har jeg også af hensyn til anonymisering valgt at omtale alle forskningscirkelns deltagere som hunkøn, og alle deltagere i projektet har endvidere fået et fiktivt navn her i afhandlingen. De deltagende kræftramte og pårørende er endvidere blevet oplyst, at videooptagelserne af deres diætbehandlingssamtale kan blive set af mig og de to deltagende diætister. Skal de ses af andre, vil det blive gengivet i anonymiseret form. Der er indhentet skriftlig samtykkeerklæring fra alle, de to diætister inklusive. Alle deltagere er endvidere blevet oplyst, at de til enhver tid kan trække deres samtykke tilbage. Herudover er de implicerede afdelinger blevet orienteret om projektet, så det øvrige personale også har vidst, hvorfor jeg var med rundt, når der skulle laves videooptagelser og interviews⁷⁹.

Et punkt i Helsinki-deklarationen vedrører også, hvis der indgår sårbare grupper i ens forskning. Det er et definitionsspørgsmål, hvornår der er tale om en sårbar patientgruppe (jf. Spiers, 2000), men typisk vil patienter med kræftsygdom også blive opfattet som en sårbar gruppe, hvor der skal tages et særligt hensyn. Netop fordi der kan være tale om en gruppe af mennesker, der er i risiko, udsatte eller under pres på forskellig vis, så har man som forsker et ansvar for en øget opmærksomhed og hensyntagen til deres helbredstilstand og velbefindende. I dette projekt er det blandt andet kommet til udtryk i mine overvejelser omkring, hvorvidt nogle patienter var for dårlige til at deltage i projektet, og hvor jeg i to

⁷⁸ Projektet er blevet anmeldt til Datatilsynet. Den praksis er dog ikke længere nødvendig (Datatilsynet, u.å.). Projektet er ikke anmeldt til Videnskabsetisk Komité, da det ikke falder inden for de anmeldelsespligtige forskningsprojekter (som kliniske forsøg med lægemidler på mennesker) (National Videnskabsetisk Komité, 2017).

⁷⁹ Og forud herfor er ledelsen blevet adspurgt og orienteret om projektet, herunder også den enkelte afdelingsledelse.

tilfælde valgte ikke at inkludere patienter på netop denne baggrund. Herudover har jeg dog været meget opmærksom på, at det ikke alene er op til mig at vurdere, om man er (for) 'sårbar', da det kunne gøre, at jeg kom til at ekskludere nogle, der ikke selv oplevede sig som sårbare, og som gerne ville bidrage til projektet (jf. Thoresen, 2010). Derfor har mit udgangspunkt i mødet med de øvrige kræftramte, jeg har mødt, været, at de alle skulle have tilbud om at deltage med mulighed for selv at sige fra. Under interviewene har jeg været særligt opmærksom på de kræftramtes tilstand – om de så for plagede ud, om de 'var med' og mentalt til stede – med henblik på at afveje, om det fortsat var forsvarligt at gennemføre interviewet. Som nævnt tidligere var der også tilfælde, hvor jeg tilbød, at vi kunne afbryde interviewet. En enkelt gang skete det, at jeg trådte ud af 'forskerrollen' og over i 'hjælperrollen'. Her var tale om en kræftram patient, der fremstod meget nedtrykt og samtidig forvirret og frustreret over sit forløb og sin situation. Her vurderede jeg i situationen, at det var nødvendigt delvist at forlade interviewet og prøve også at hjælpe med nogle konkrete ting, hvilket blandt andet indebar, at vi kom til at tale om andet end det, der var fokus for interviewguiden, samt jeg gik videre med nogle ønsker fra patienten til den diætist, hun var tilknyttet. Som Hummelvoll (2010) påpeger, hænder det nogle gange, "på grunn av etiske fordringer som fremstår i situasjonen – at man må forlate forskerrollen og innta andre roller – netopp fordi situasjonen oppfattes å kreve et ekstra tiltak eller en tjeneste" (s. 18). Og jeg vurderede netop i denne situation, at her ville det ikke have været etisk forsvarligt blot at fortsætte interviewet.

Analytisk tilgang – samtaleanalyse

"Samtaleanalyse undersøger, hvad der er på færde i samtaler" (Alrø et al., 2016, s. 30). Det er netop omdrejningspunktet for analysen i denne afhandling: Hvad foregår der i diætbehandlingssamtaler mellem kræftramte, pårørende og diætister? Og hvordan kan vi bruge denne viden til at skabe ny viden, indsigt og handlemuligheder?

Med samtale forstås her ansigt-til-ansigt-kommunikation, som den udspiller sig imellem diætist, kræftram og pårørende, hvor der udveksles betydning og produceres mening (jf. Alrø et al., 2016, s. 17). I den samtaleanalytiske tilgang, jeg her tager afsæt i, ses samtalen som "den meningsskabende dynamik mellem sprog, sprogbrugere og kontekst" (Alrø et al., 2016, s. 20). Det vil sige, det, som udgør – og påvirker – samtalen, er de sproglige ytringer, der kommer til udtryk,

verbalt som nonverbalt⁸⁰; de samtalende – sprogbrugerne, samt den konkrete kontekst eller sammenhæng, samtalen finder sted i. Alle tre elementer anses for at have afgørende betydning, og ”samtaleanalysen har derfor fokus på det, samtaleparterne siger og gør i ord og handling, og hvordan det kan forstås i den kontekst, de befinder sig i og den relation de indgår i med hinanden” (Alrø et al., 2016, s. 108).

Metodisk kommer denne analysetilgang til udtryk i DiaLoop-modellen, der er en dynamisk samtaleanalysemodel som illustreret i figur 4.5.



Figur 4.5. DiaLoop-modellen (gengivet efter Alrø et al., 2016, s. 54)

DiaLoop-modellen repræsenterer en tilgang til samtaleanalyse, der består af otte sammenhængende elementer⁸¹, man som analytiker kan tage afsæt i, i sin undersøgelse af, hvordan en samtale kan forstås. Modellen illustrerer samtidig, at samtaleanalyse er en dynamisk og flydende proces, der ikke som sådan har et bestemt start- eller slutpunkt. Det indbefatter således også, at de otte delelementer i analysen ikke skal ses som punkter, der afløser hinanden i en lineær og kronologisk rækkefølge. Men de otte punkter er forbundet og vil typisk

⁸⁰ Samtaleanalyse, som den præsenteres her, trækker på pragmatisk sprogbrugsanalyse, der opererer med et udvidet sprogbegreb, hvor sprog ikke kun forstås som det, der siges med ord (verbalsprogligt), men også mimik og gestik (kropssprogligt) og det lydige udtryk (parasprogligt) (Alrø et al., 2016).

⁸¹ Disse analyseelementer tager afsæt i Helle Alrø og Marianne Kristiansens analysemodel (Alrø & Kristiansen, 1997), og der kan også trækkes en tråd til feedbackmodellen (Alrø & Kristiansen, 1998), som har dannet afsæt for den interviewguide, jeg har anvendt, hvor blandt andet oplevelse går igen.

alle indgå i en samlet analyse (Alrø et al., 2016, s. 52). Jeg skal ikke gennemgå dem alle her, da mange af begreberne er genkendelige i forhold til andre analysetilgange. Jeg vil dog kort fremhæve to af punkterne, da de skiller sig ud og er noget særligt for lige netop DiaLoop-modellen. Det drejer sig om *intuition* og *oplevelse* (jf. Alrø et al., 2016, s. 54).

Intuition i DiaLoop-modellen henviser til, at man i sin analyse kan lade sig guide af et indfald eller en ahaoplevelse. Kendetegnen for intuitionen er, at man ikke som sådan kan beskrive eller definere, hvad det er, man reagerer på. Men 'noget' gør, at man bliver nysgerrig, noget sætter sig i en som en fornemmelse. I DiaLoop-modellen beskrives intuition som "et indfald, der dukker op i form af en særlig opmærksomhed" (Alrø et al., 2016, s. 62). Det kan ikke umiddelbart forklares, men man fornemmer, at her er noget, der er vigtigt eller interessant for analysen. Intuition kan ikke fremtvinges, men den kan opstå, når man giver plads til den, når man slipper det kontrollerede, distancerede blik og i stedet lader samtalen 'tale' til én. Intuitionen har ikke nødvendigvis 'ret', og det kan sagtens vise sig, at der ved nærmere undersøgelse ikke var noget af analytisk interesse. Omvendt kan det intuitive indfald åbne op for, at noget helt nyt kan emergere ud af analysen, fordi intuitionen netop er frigørende og kreativ. Analysen stopper ikke ved det intuitive indfald. Analysen er netop en sammenhængende proces, hvori de øvrige elementer også indgår, men intuitionen kan hjælpe én godt på vej i forhold til, hvad der kunne være betydningsfuldt og væsentligt for den samlede analyse.

Oplevelse er det andet begreb, jeg kort vil knytte en kommentar til. I DiaLoop-modellen beskrives oplevelse som 'indre sansning' i modsætning til iagttagelse, der beskrives som 'ydre sansning'. Hermed henvises der til, at iagttagelse har at gøre med, hvad man 'udefra set' kan beskrive og gengive, mens oplevelse har at gøre med, hvordan man selv som analytiker oplever at reagere 'indeni' (jf. Alrø et al., 2016, s. 93). Oplevelse refererer altså til de sansninger, man kan registrere indvendig, hos sig selv. Det kan være følelsesmæssigt, at man for eksempel bliver berørt over noget i samtalen, kognitivt, at man bliver skærpet i sin nysgerrighed, eller kropsligt, at man mærker et sug i maven. Her er således tale om personlige og subjektive oplevelser og reaktioner. Man kan måske spørge, hvordan sådanne subjektive sansninger kan indgå i en videnskabelig analyse? Hvordan kan de kvalificere analysen? Jeg ser det ligesom i aktionsforskning som en måde at forholde sig kritisk reflektivt på – og bevidst opmærksomt. De indre sansninger kan både være en indgang til at kunne leve sig ind i samtalen, der analyseres, idet man eksempelvis reagerer følelsesmæssigt. Det kan bidrage til, at der er forhold i samtalen, man kan sætte sig ind i. Og samtidig kan de indre sansninger bidrage til, at man kan blive opmærksom på, om det, man reagerer på, for eksempel med frustration, har noget med den konkrete samtale at gøre, eller om det i stedet har noget at gøre med én selv. En pointe i DiaLoop er netop, at forskellige personer kan iagttage det samme, men opleve og fortolke det forskelligt. Det kan derfor

være med til at kvalificere analysen, at man er sig sin subjektive oplevelse bevidst (jf. Alrø et al., 2016, s. 95).

Kombinationen af analytisk distance (ydre observation/iagttagelser) og analytisk nærvær (indre sansninger/oplevelser) kan understøtte hinanden som mellemregninger i argumentationen for den fortolkning, som en analyse munder ud i. Ved at kunne skelne mellem iagttagelser (ydre sansninger), oplevelser (indre reaktioner) og fortolkninger (vurderinger) kan analytikeren således udvise kongruens, dvs. gennemsigtighed i forhold til en videnskabelig analyse (Alrø et al., 2016, s. 105)

Med afsæt i DiaLoop som analysetilgang er jeg i min analyse således orienteret mod, hvad der siges og gøres i diætbehandlingssamtalerne, hvordan forholdet er mellem det sagte og usagte, og hvordan kræftramte, pårørende og diætister skaber mening i samtalen – set fra min optik. Målet er ikke at bevise en bestemt sammenhæng, men derimod at kvalificere forståelsen af diætbehandlingssamtaler med kræftramte. I denne samtaleanalysetilgang – som også tager afsæt i hermeneutikken – arbejdes der ikke ud fra, at der findes ét sandt svar, der arbejdes derimod ud fra den *pt. mest sammenhængende fortolkning* (jf. Alrø et al., 2016; Kristiansen & Bloch-Poulsen, 1999). Det, der fortolkes og forstås, forstås forskelligt, alt efter hvem der ser og prøver at forstå. Jævnfør Gadamer (2007), vil vi altid søge at forstå med afsæt i det, vi allerede ved og kender, den forståelse, vi allerede har – som således går forud for vores aktuelle forståelsesforsøg, altså vores forforståelse. Det hænger også sammen med historicitetsbegrebet. Når vi prøver at forstå, så er vi allerede indlejret i en forståelseshorisont, som kommer til at danne rammen for, hvad vi ser og hæfter os ved i analysen, samt hvad og hvordan vi forstår og fortolker det, vi ser. Det har jeg forsøgt at være mig bevidst i analysen. Hertil kommer, at forståelse kan ses som en dialektisk bevægelse mellem del og helhed. Når man forsøger at forstå noget, kan man godt blive optaget af noget helt bestemt eller specifikt og zoome ind på det. Men at forblive der, ved et udsnit af en større sammenhæng, kan blive misvisende, da man derved risikerer kun at se enkeltdelen og ikke, hvordan den er indlejret i en større sammenhæng. Det har således også været en væsentlig del af analysen at se det konkrete eller partikulære ind i en bredere kontekst.

Det er primært videooptagelserne af diætbehandlingssamtalerne og de tilhørende transskriptioner, der har dannet afsæt for analysen, da analysens omdrejningspunkt som sagt er, hvad der foregår i samtalerne⁸². Det betyder dog ikke, at data fra interviewene og forskningscirkelmøderne ikke er blevet

⁸² Med henblik på at undersøge kommunikative kvaliteter, og hvordan samtaletilgangen kan udvikles til gavn for den kræftramte og diætisten jævnfør afhandlingens forsknings-spørgsmål.

inddraget. Data herfra har været med til at perspektivere og kvalificere analysen ved at kunne understøtte eller problematisere, hvad der er trukket frem i analysen. Analysens datamateriale indbefatter samlet set 18 videooptagelser af diætbehandlingssamtaler mellem de 2 diætister, 20 kræftramte og 9 pårørende. Heraf har to af samtalerne været gruppesamtaler, hvor der begge gange har deltaget to kræftramte og en pårørende. De individuelle samtaler har haft en varighed på mellem 15-45 minutter. Gruppesamtalerne varede begge gange omkring 35 minutter. Hertil kommer data fra interviews med alle de deltagende kræftramte og pårørende på 5-10 minutter samt fra de 6 fælles forskningscirkelmøder. Alle optagelser er set igennem gentagne gange, både undervejs i aktionsprocessen samt efterfølgende, og alle optagelser er grovtransskriberet, hvorefter udvalgte dele er blevet fintransskriberet til brug i analysen. De dele, der er blevet fintransskriberet, er udvalgt på baggrund af *intuition*, *iagttagelse* og *oplevelse* jævnfør DiaLoop (Alrø et al., 2016). Det samme gør sig gældende for videooptagelserne af interviews med kræftramte og pårørende samt de fælles forskningscirkelmøder. Herudover indgår logbogsnoter over processen også som input til analysen.

Kapitel 5. En aktionsforskningsundersøgelse af diætbehandling

Præsentation af undersøgelsens empiriske kontekst

Konteksten, som aktionsforskningsundersøgelsen i denne afhandling tager afsæt i, er en hospitalskontekst. Nærmere bestemt et af de fem universitetshospitaler, der findes i Danmark. Hospitalet har mere end 6000 ansatte og dækker alle lægefaglige specialer. Der er således tale om et hospital af en vis størrelse. Hospitalet er delt ind i en række klinikker, hvortil der hører forskellige specialer. En af klinikkerne dækker kræftbehandling, og det er afhandlingens nære empiriske kontekst.

Hospital betyder egentlig 'gæstehus' (af latin, *hospitale*), og det harmonerer godt med dets oprindelige funktion, som var at give husly og pleje til 'uarbejdsdygtige', hvilket også indbefattede syge ("Hospital", 1926). I dag dækker hospital mere specifikt over en institution, hvor man kan få specialiseret behandling og pleje, som ikke kan varetages derhjemme eller ved egen læge i almen praksis. Her er for så vidt stadig tale om et 'gæstehus', idet man kommer hjem igen, når (så snart) det er muligt. Når man er indlagt eller under behandling på hospitalet, betegnes man patient. Patient kommer af latin, *patiens*, der betyder lidende, og det skal ses i relation til, at begrebet typisk knytter an til sygdom⁸³. Som begrebet bruges i dag, henviser det til en person, der modtager behandling på hospitalet eller i sundhedsvæsenet. Nogle patienter har brug for en indlæggelse i forbindelse med deres behandling, mens andre kommer ind ambulant til behandling. I denne undersøgelse indgår der både indlagte og ambulante patienter.

Jeg har tidligere i kapitel 3 problematiseret det objektiverende i betegnelsen 'patient' til forskel fra person. Dette er der også opmærksomhed på inden for hospitalsverdenen. Flere hospitaler fremfører således, at de sætter patienten – eller mennesket – i centrum, og nogle taler om borgeren frem for patienten. Det gælder også for det hospital, hvor nærværende aktionsforskningsundersøgelse

⁸³ Dog betegnes man også patient, når man eksempelvis går til tandlægen for at få et tandeftersyn. Derfor er det nok mest korrekt at sige, at patient dækker bredt over personer, der modtager behandling i sundhedsvæsenet. Og netop *behandling* er nok afgørende her. For indgår man i et sundhedsfremmende, forebyggende eller rehabiliterende forløb, så betegnes man (typisk) ikke patient, men borger.

har fundet sted. Det hænger godt sammen med den udvikling, der har været inden for sundhedssektoren mod en mere patient- og personcentreret tilgang (jf. Eklund et al., 2019), og det afspejler sig også sundhedspolitisk, for eksempel i det udspil, der kom fra regeringen i 2013 om "mere borger, mindre patient" (Regeringen, 2013). Denne udvikling skal sandsynligvis ses som et udtryk for, at man med 'borger' ønsker at signalere, at her er tale om personer med selvstændighed og rettigheder (jf. Jacob Dahl Rendtorff i Steenberger, 2014).

Denne opmærksomhed på den enkelte som borger har dog ikke medført, at patientbegrebet er forsvundet fra hospitalskonteksten, og det kan også drøftes, om det ville være hensigtsmæssigt. I stedet burde man måske tænke i en bredere forståelse af patientbegrebet, som jeg også berører i kapitel 3. Når man er patient, så indtager man en rolle som én, der modtager behandling og eventuelt også er syg. Det indikerer – modsat borger – at der er nogle særlige behov i relation til ens sundheds- eller sygdomstilstand, der skal tages hånd om, og derfor kan det være hensigtsmæssigt nok at bibeholde patientbegrebet. Men at være patient er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at man er passiv eller umyndig som i den traditionelle forståelse af begrebet. Og en patient er mere end blot at være lidende (syg). En patient er også borger og person. Fremfor at erstatte patientbegrebet med borgerbegrebet, foreslår Anja Mitchell en mere tidssvarende definition af begrebet, som både dækker sygdom og behov for behandling samt aktiv deltagelse (jf. Steenberger, 2014). Sådan forstår og anvender jeg også patientbegrebet her – med den tilføjelse, at patient også dækker over en person med et levet liv, med erfaring, viden og kompetence.

Af det pågældende hospitals vision og mission fremgår det, at man ønsker at inddrage patienten som partner i sit behandlingsforløb med afsæt i værdier som mennesket i centrum, indflydelse og tillid. Det er således intentionen, at patienten skal have medbestemmelse i forhold til sin behandlingsplan med henblik på at skabe et forløb, der tager hensyn til patientens behov, viden og præferencer. Det kunne indikere, at hospitalets forståelse af patient er bredere eller mindre passiviserende og objektiviserende end den klassiske patientforståelse. At hospitalet har en vision om en mere patientcentreret tilgang er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at personalet også praktiserer en sådan tilgang. Hospitalet taler selv om at skabe en kulturændring, hvilket må indikere, at de har en formodning om eller erfaring med, at en mere patientcentreret tilgang vil kræve en kulturændring. Spørgsmålet er endvidere, om patienter og pårørende er med på denne nytolkning af patientrollen (jf. Kjeld Møller Pedersen i Steenberger, 2014). Hospitalets vision siger dog noget om den tænkning, der danner ramme for hospitalet som behandlende instans, og det siger noget om de procedurer, patienter kan blive mødt med.

Når mad bliver et nødvendigt onde

De kræftramte, jeg har mødt i dette projekt, har alle haft brug for at tale med en diætist på grund af spisevanskeligheder eller et utilsigtet og u hensigtsmæssigt vægttab. Nogle har været indlagt, fordi de for eksempel har fået foretaget en operation som led i deres kræftbehandling. Deres diætbehandlingssamtaler med diætisten er foregået på sengeafdelingen, hvor de har været indlagt. Andre er kommet ind ambulant, fordi de eksempelvis skulle ind og have strålebehandling. I den forbindelse har de også fået lagt en tid ind til en samtale med diætisten, og deres samtaler er foregået på afdelingen for stråleterapi.

Nedenstående uddrag er fra et interview, jeg havde med Nina, der er kræftramt, og hendes mand, Niels, efter deres samtale med diætisten:

- Nina: [...] jeg er meget glad for mad. Rigtig glad for mad [...] Da vi skulle have vores fisk i går [lægger armene over kors og synker lidt sammen og kigger ned i gulvet]. Jeg var så skuffet, det var rent forfærdeligt [...] vi skulle have rødspættefilet og persillesovs. Og så da jeg tog den første mundfuld kartofler, så var det sådan [noget] tørt [rynker på næsen], mærkeligt noget.
- Niels: [Lidt længere henne i samtalen] Og så spiste hun en halv fisk. Bare sådan et lille stykke [viser med fingrene]. Så hun kan ikke [ryster stille på hovedet og kigger over på Nina].
- Nina: Ja det var forfærdeligt.
- Niels: Og det var jo, ja det er jo ikke nemt at sige, hun skal spise, for det kan hun jo ikke.

Dette lille uddrag er meget illustrativt i forhold til, hvordan flere af de kræftramte i undersøgelsen giver udtryk for at have det med mad og det at spise. Det er blevet vanskeligt at spise. Her er der tale om en kræftramt, der oplever smagsforandringer, og som også – eller i sammenhæng med smagsforandringerne – har mistet appetitten, til trods for at hun ellers fortæller, hun er glad for mad. Det er en udfordring, flere af de andre deltagende kræftramte også beretter om. For nogle dominerer det, at de oplever smerter eller synkebesvær ved spisning, andre beskriver kvalme som en stor hæmsko. For nogle er problemet udpræget træthed, som gør, at de simpelthen enten glemmer eller slet ikke orker at spise. Nogle giver udtryk for, at de godt ved, de *bør* spise. Men de har svært ved at se hvordan. Og andre *kan* ikke længere selv spise⁸⁴.

⁸⁴ Disse gener harmonerer med, hvad forskningslitteraturen viser (jf. Arends, Bachmann, et al., 2017; Hofto et al., 2018; Ravasco, 2019), som det også er beskrevet i afhandlingens indledning.

Som det også er blevet nævnt i det indledende kapitel, er kræftramte en af de patientgrupper, der har størst risiko for at udvikle underernæring og utilsigtet vægttab (E. Isenring & Elia, 2015; Marshall et al., 2018; Muscaritoli et al., 2017). Det kan have alvorlige konsekvenser, da det dels kan påvirke livskvaliteten, dels kan påvirke effekten af behandlingen og dermed også den enkeltes overlevelse (Arends, Bachmann, et al., 2017; Elia et al., 2006; Holst & Rasmussen, 2019; Silva et al., 2015). Derfor er diætbehandling en del af det samlede behandlingstilbud på det hospital, hvor vores aktionsforskningsundersøgelse har fundet sted.

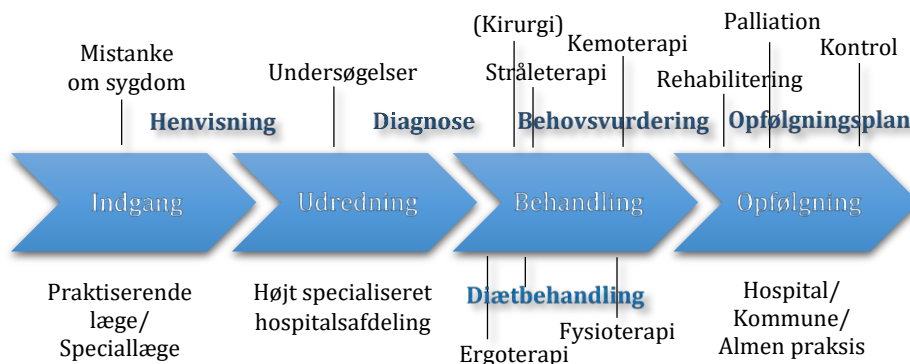
Diætbehandling som del af kræftbehandlingstilbuddet

Alt efter hvilken form for kræft man har, og hvilke komplikationer, der er opstået, tilbydes man forskellige former for hjælp fra diætisten. Som nævnt kort i det indledende kapitel, kan *ernæringsbehandling* bruges som overbegreb for en intervention, hvor ernæring bringes ind som en behandlingsmulighed. Herunder kan der skelnes mellem *kostvejledning*, som typisk har et profylaktisk sigte med henblik på at fremme sundhed eller forhindre, at sygdom opstår (sundhedsfremme og forebyggelse); *diætbehandling*, som tilbydes personer med en sygdom, hvor diætiske tiltag kan bedre sygdomsbilledet eller reducere gener eller risici (forebyggelse, behandling, rehabilitering); og *ernæringsterapi*, som tilbydes personer i ernæringsmæssig risiko for underernæring eller fejlernæring (forebyggelse, behandling, rehabilitering). Det er diætbehandling og ernæringsterapi, de kræftramte tilbydes som led i deres kræftbehandlingsforløb. Jeg skelner dog her i afhandlingen ikke mellem, om der er blevet udført ernæringsterapi eller diætbehandling, da det i højere grad er en teknisk skildring. For begge deles vedkommende er der tale om en ernæringsindsats, hvor formålet er at opretholde eller genoprette en tilstrækkelig ernæringstilstand (jf. Kost & Ernæringsforbundet, 2019)⁸⁵, og jeg bruger derfor diætbehandling som en samlet betegnelse for den diætiske indsats, de kræftramte tilbydes.

I Danmark har vi det, der hedder 'pakkeforløb' for kræftramte. Det er en standardiseret forløbsbeskrivelse, der træder i kraft fra det øjeblik, der fattes mistanke om kræft, og som angiver anbefalede forløbstider og indsatser igennem hele forløbet hen over udredning, behandling og opfølgning. Pakkeforløbene er

⁸⁵ Det er endvidere kun kliniske diætister, der må udføre diætbehandling og ernæringsterapi. 'Klinisk diætist' – eller bare 'diætist' – er en beskyttet titel, man kun kan anvende, hvis man har opnået autorisation (jf. BEK nr. 502, 2016; BEK nr. 880, 1996, §2, stk. 3). Autorisation skal sikre kvaliteten i de ydelser, der tilbydes i sundhedsvæsenet og styrke patientsikkerheden (Autorisationsloven, 2019). Det understreger forskellen mellem *vejledning, behandling og terapi*: *diætbehandling* og *ernæringsterapi* må kun udføres af en klinisk diætist, der er autoriseret, og som har gennemført den rette uddannelse.

blevet iværksat for at undgå unødigt ventetid, skabe hurtig handling og kunne give klar besked til den kræftramte. Intentionen er, at pakkeforløbene skal sikre et sammenhængende behandlingsforløb, der både har prognose og livskvalitet tænkt ind (Sundhedsstyrelsen, 2016a, 2018)⁸⁶. Pakkeforløbene varierer, alt efter hvilken kræftform der er tale om, men de overordnede linjer ser ud som skildret i figur 5.1. Heraf fremgår det også, at diætbehandlingen typisk ligger som en del af den øvrige behandling⁸⁷.



Figur 5.1. Standard kræftpakkeforløb

Det er ikke alle kræftramte, der tilbydes – eller har behov for – diætbehandling. På det pågældende hospital er det praksis, at alle indlagte patienter ernærings-screenses, hvilket indebærer, at det vurderes, om patienten er i ernæringsrisiko.

⁸⁶ I 2000 udkom den første nationale kræftplan herhjemme, og den er siden blevet efterfulgt af yderligere tre. Formålet med kræftplanerne er at forbedre kræftbehandlingen i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Som en del heraf blev kræftpakkerne indført i 2007.

⁸⁷ Af Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til kræftplan IV fremhæves det, at de komplekse diætetiske problemstillinger er en stor udfordring for mange kræftramte, hvorfor den ernærings-specifikke indsats bør styrkes i kræftbehandlingsforløbet (Sundhedsstyrelsen, 2016b, s. 86). I samme oplæg anbefales det endvidere, at der bliver skabt større sammenhæng i behandlingsforløbet for den enkelte kræftpatient, og at denne bliver sikret inddragelse og indsigt i sit eget forløb, samt at der bliver givet et kompetenceløft til sundhedspersonalet (Sundhedsstyrelsen, 2016b, s. 91, 87).

De kræftramte, der kommer ind til ambulant behandling, vurderes ligeledes i forhold til ernæringsrisiko. Er der indikationer på, at man har tabt sig, ændret spisevaner, haft nedsat appetit eller spist mindre, henvises man til diætist. Endvidere er det praksis på dette hospital, at patienter med hoved-halskræft, der skal have stråleterapi, alle bliver tilbudt at deltage i en gruppesession med diætist inden for de første 14 dage af deres strålebehandling. Det hænger sammen med, at spisevanskeligheder og vægttab er kendte komplikationer ved denne kræftform (jf. Sundhedsstyrelsen, 2016a).

De kræftramte, der indgår i denne undersøgelse, har primært haft kræft i hoved-hals- eller mave-tarm-regionen, og alle har som nævnt haft et utilsigtet vægttab eller problemer med at spise. Nogle kan rent teknisk stadig spise, men har måske ringe appetit på grund af kvalme eller sår i mund og svælg. Andre har fået anlagt en sonde⁸⁸, hvorigennem nogle får al deres ernæring, mens andre stadig selv kan spise lidt. Nogle af de kræftramte har fået fjernet dele af mavesæk eller tarm, hvilket har betydning for, hvor meget og hvordan de kan spise. Nogle har fået fjernet dele af struben, hvilket indebærer, at de (midlertidigt) har fået en tracheostomi⁸⁹. Nogle af de kræftramte har talt med diætisten i forlængelse af en operation, og nogle har talt med diætisten i forbindelse med deres ambulante behandlingsforløb i stråleterapien, enten individuelt eller i gruppe. For alle disses vedkommende gælder det, at de fortsat er i behandling. Herudover har nogle også talt med diætisten som opfølgning på deres behandlingsforløb. Det er således forskelligt, hvornår i kræftforløbet diætbehandlingssamtalerne har ligget, hvilke ernæringsrelaterede problematikker den enkelte har haft, samt hvordan samtalerne indhold og form har været. Men overordnet set kan man sige, at alle de deltagende kræftramte har udfordringer i forhold til deres vægt og spisning.

Aktionsprocessen

Det første forskningscirkelmøde bliver afholdt i september 2016. Forud herfor har jeg i foråret 2016 haft indledende møder med ledelsen af hospitalets ekspertcenter for patienter med ernæringsproblemer samt hospitalets ledende diætist. Det er også i foråret, jeg følger to diætister en dag hver i deres arbejde med kræftramte for at få en fornemmelse af og indblik i den diætiske praksis. Som beskrevet i foregående kapitel har det blandt andet den konsekvens, at jeg beslutter ikke at lave direkte observation men i stedet at benytte mig af video-

⁸⁸ En sonde er et rør, hvorigennem man kan få tilført flydende ernæring.

⁸⁹ En tracheostomi er et indgreb, hvor der laves et hul fortil på halsen ind til luftrøret og indsættes en kanyle (et rør), hvorigennem man kan trække vejret.

observation. I august 2016 har jeg endnu et møde med den ledende diætist, og hun foreslår to diætister, der kunne være oplagte til at deltage i projektet, da det er de to, der primært arbejder med kræftramte. De melder begge positivt tilbage.

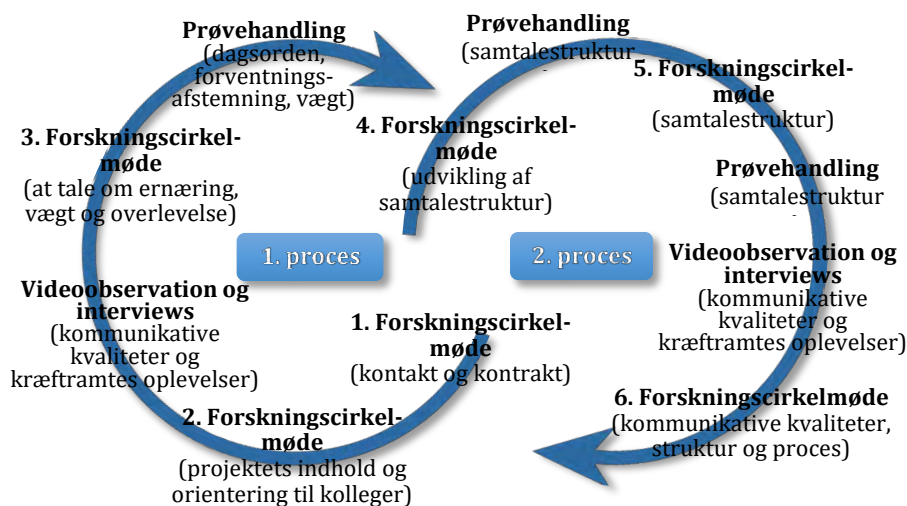
Som nævnt i det foregående kapitel, strækker aktionsprocessen sig over seks fuldgyldige forskningscirkelmøder med to runder videoobservation og interviews. Hertil skal knyttes en kommentar, da processen ikke helt afspejler, hvad der oprindeligt var tænkt. Forskningscirkelmøderne kommer til at strække sig over et længere tidsinterval end oprindeligt planlagt, men med færre møder end tiltænkt, hvor vi er fuldtallige⁹⁰. At vi ikke er fuldtallige ved alle møder hænger sammen med, at den ene diætist går på barsel (længere tid end planlagt), og den anden diætist er sygemeldt en kortere periode (heller ikke planlagt). Det får den konsekvens, at der kommer til at gå noget tid imellem de fælles møder, samt at vi har seks 'halve' møder. Vi taler derfor om at forlænge processen yderligere. Det kommer dog ikke til at ske, da begge diætister forinden stopper i deres stillinger. Den ene diætist har fået mulighed for at tage uddannelsesorlov, og den anden diætist får nyt arbejde. Aktionsprocessen afsluttes således lidt pludseligt, og før vi egentlig alle havde ønsket. Vi – de to diætister, den ledende diætist og jeg – bliver enige om, at det vil give mening at høre, om de to nye diætister, der skal overtage deres stillinger, vil være interesserede i at indgå i en opfølgning på projektet. Det takker begge ja til, og derfor slutter processen ikke fuldstændig. Dog er det samtidig en ny proces, der startes op, en ny forskningscirkel med nye deltagere, og dette arbejde indgår derfor ikke i nærværende afhandling. Jeg vil dog senere kort komme ind på, hvordan det har været en måde at bringe vores erfaringer og erhvervede viden videre, herunder vores udvikling af den dialogiske samtalestruktur for diætbehandlingssamtaler med kræftramte⁹¹.

⁹⁰ I tråd med det fortløbende og processuelle element, der ligger i aktionsforskning, har det ikke ligget fast, hvor mange møder, vi præcist skulle have. Det har været afhængigt af, hvordan processen har udviklet sig. Dog var vi ikke helt klar til at slutte processen der, hvor den endte med at slutte. Hertil skal siges, at det måske ikke er unikt for vores proces, da det jo netop kendetegner aktionsforskning, at processen er uforudsigelig, og det næste skridt tegnes af de refleksioner, valg og fravalg, man træffer, og de handlinger, der folder sig ud i processen (jf. Alrø & Hansen, 2017b, s. 13). Principielt set kan aktionsforskningsprocessen altid fortsætte.

⁹¹ Se endvidere bilag 2 for tidslinje af processen.

Processen i det dialogiske forskningscirkelarbejde

Som beskrevet i kapitel 4, har aktionsforskningsprocessen bestået af to delprocesser: en første proces, hvor vi har undersøgt og identificeret diætisternes aktuelle samtalepraksis for diætbehandling til kræftramte, og en anden proces, hvor vi har reflekteret over og udviklet indhold og form for samtalerne og afprøvet en ny samtalestruktur. Aktionerne og processen i det dialogiske forskningscirkelarbejde er illustreret i figur 5.2 og vil blive foldet ud i det følgende.



Figur 5.2. Aktionsprocessen i den dialogiske forskningscirkel

Første møde: Opstart af forskningscirklen

Efter indledningsvist at have fået en aftale på plads med de relevante ledende instanser på hospitalet i forhold til at projektet kan afvikles, afholdes det første møde mellem de to deltagende diætister og mig. Jeg kender den ene af de to diætister, da det er en af mine tidligere studerende, og hun er også en af de to diætister, jeg indledningsvist har fulgt en dag for at få indblik i deres samtalepraksis for diætbehandling til kræftramte. Den anden diætist kender jeg ikke. Første møde er i overensstemmelse med 4K-modellen centreret om at få etableret en kontakt imellem os. Det indebærer blandt andet, at vi bruger noget tid på at fortælle lidt om os selv. Fokus er endvidere på, at vi kan blive enige om, hvad vi skal arbejde med samt hvordan (kontrakt). Jeg gør her en del ud af at få introduceret projektets idé og aktionsforskningsstænkningen for at gøre det klart,

at her er tale om et projekt, hvor vi alle kan bidrage med tanker, idéer og forslag, og hvor proces og indhold ikke på forhånd er fastlagt, men hvor vi arbejder ud fra, hvad der emergerer af processen. Dog udgør 'kommunikation i diætbehandling' det overordnede perspektiv, hvilket begge diætister er enige i, er relevant – og noget de finder spændende og gerne vil udforske nærmere. Vi drøfter herudover også videoobservation og interviews, samt hvilke samtaler det kunne være relevant og interessant at lave observationer på. Herunder, om vi bør medtage kræftramte, der har fået anlagt sonde, eller som er i palliativ behandling – ud fra et etisk hensyn. Her fremhæver den ene af diætisterne, at det burde vi måske netop gøre for at få deres perspektiver og motivationer samt, samt for at høre hvad der er udfordrende. Og det ender vi således med at gøre. Herudover taler vi om, hvordan de kræftramte og pårørende skal introduceres til projektet, hvornår det vil være muligt, at jeg kan følge de to diætister, og vi taler begyndende om mulige tematikker, der kunne være interessante at have fokus på.

Andet møde: projektets indhold og rammesætning

Der er næsten gået tre måneder siden det første møde, da det har været svært for os at finde tid til at mødes. Vi har dog været i kontakt via mail. Det andet møde i forskningscirklen er fortsat koncentreret om kontaktskabelse og forventningsafstemning i forhold til projektets indhold og form. Herudover drøfter vi, hvordan de implicerede afdelinger samt personale skal orienteres, samt hvilke forestillinger de to diætister gør sig om det at deltage i dette projekt. Her drøfter vi blandt andet, hvilke forhåbninger eller forestillinger diætisterne har om det at deltage i projektet. Her lægges kimen til at arbejde med indhold og form for diætbehandlingssamtalen samt en samtalestruktur for diætbehandlingssamtalen med kræftramte.

Forud for dette møde har jeg også haft et kortere møde med den ene diætist (den anden var forhindret) vedrørende, hvad der kunne være essentielt at tænke med i den information, der skal gives til det øvrige personale, samt hvem det skal stiles til⁹². Jeg har således et udkast med til dette møde, som vi tager afsæt i, i vores videre drøftelse heraf. Herudover taler vi om, hvorvidt de fortsat er med på, at deres samtaler videooptages. Det er de, og vi taler i forlængelse heraf om, hvordan vi rent praktisk kan gøre, så det bliver muligt både at lave videoobservation af deres diætbehandlingssamtaler og efterfølgende lave interviews.

⁹² At jeg inddrager diætisterne i mine overvejelser herom, er dels et udtryk for mit aktionsforskningsafsæt, dels et udtryk for, at jeg mener, de har en vigtig viden og erfaring om organisationens struktur og kultur, som er væsentlig at tænke med.

Vi drøfter både muligheden for, at interviewet kan foregå i samme lokale, som de har haft deres samtale i, samt om der kan findes et andet lokale i nærheden.

I forlængelse af dette møde har jeg et møde med den psykolog, der er tilknyttet onkologisk afdeling. Det giver mig et indblik i, hvordan hun oplever (og iagttager og fortolker) de kræftramte, hun møder, samt et indblik i, hvordan behandlingsforløbet for en kræftramt kan se ud. Det er med til at give mig en bedre fornemmelse af, hvad de kræftramte går igennem, samt hvordan de kan være påvirket både fysisk og psykisk⁹³.

Første runde videoobservation og interviews

Da alle relevante afdelinger og personale er blevet orienteret, kan vi gå i gang med den første runde videoobservation og interviews. Det kommer til at strække sig over tre måneder, da der dels skal være nogle samtaler at følge⁹⁴, dels skal vi kunne på de samme tidspunkter.

Efterfølgende ser og lytter jeg alt materiale igennem. Jeg har her særligt fokus på, hvordan der tales om ernæring, hvilke forståelser om ernæringens betydning i et kræftforløb, der kommer frem, hvordan samtalen og kommunikationen opleves af kræftramte og pårørende, samt hvad der kunne kendetegne kommunikative kvaliteter i samtalen.

Tredje møde: at tale om ernæring, vægt og overlevelse

Dette møde er det første møde, hvor vi har video og interviews, der kan bringes med ind i cirklen. De foregående to møder kan ses som primært indledende, forberedende, kontaktskabende og kontraktafklarende. Og det har været et nødvendigt og vigtigt arbejde for processen. Den ene diætist giver ved dette møde indledningsvist udtryk for, at hun er meget spændt og nervøs for, hvad der skal ske, når nu vi skal til at se videouddrag. Men hun siger i samme sætning, at hun er tryk ved, at det skal ske i dette forum sammen med den anden diætist og

⁹³ Det har jeg selvfølgelig også kunnet læse mig frem til, men det giver noget andet at få den nære fortælling, hvor den pågældende psykolog eksempelvis kunne fremhæve, hvad hun fandt særligt udfordrende, og jeg havde samtidig mulighed for at stille uddybende spørgsmål.

⁹⁴ Det varierer selvsagt, hvor mange kræftramte der er i behandling, og hvor mange der henvises til eller har behov for at tale med diætist.

mig. I forlængelse heraf italesætter jeg, at inddragelse af videoklip ikke er tænkt som en overhøring, eksamen eller fejlfinding men derimod som et fælles refleksionsafsæt og som en måde at få indblik i kræftramtes og pårørendes oplevelse af diætbehandlingssamtalen.

Ved dette møde træder især to tematikker frem, som til dels hænger sammen⁹⁵. Den ene handler om, at man som diætist skal være forberedt på, at diætbehandlingssamtalen – eller det at tale om mad – kan føre til en langt større snak, som også berører psykologiske og eksistentielle forhold. Og det er ikke nødvendigvis nemt. Den anden tematik vedrører, hvordan diætisterne taler med de kræftramte om sammenhængen mellem vægt, spisning og overlevelse. Hvilket de gør i ret vage termer. Her reflekterer vi over, at det dels kan hænge sammen med, at det opleves som en svær samtale, hvor man kan komme til at lægge for meget ansvar eller pres på den kræftramte. Og dels at de ikke har tænkt over, at der er forskel på at sige, at noget er vigtigt kontra at forklare, *hvorfor* det er vigtigt. Vi taler i forlængelse heraf videre om, at det fortsat er meningsfuldt at arbejde i retning af en fælles samtalestruktur, da ingen af de to diætister har en bestemt struktur, de taler ud fra.

Dette møde bliver det sidste fælles forskningscirkelmøde, vi har, inden den ene diætist går på barsel. Frem til det næste fælles cirkelmøde har jeg to 'halve' møder med hver af de to diætister. Ved det ene af disse møder arbejder vi særskilt med den gruppeundervisning, som den ene diætist har. Her tager vi fortsat afsæt i videoudrag, og det gør sig også gældende for de to de andre møder, jeg har, med hver af diætisterne. Her har jeg forud for møderne kigget på tværs af den enkelte diætists individuelle samtaler og kigget efter mønstre i kommunikationen, og det bliver omdrejningspunktet for hvert af disse møder. Møderne danner afsæt for, at begge diætister som prøvehandling vil afprøve, hvordan de kan inddrage den kræftramte i forhold til forventningsafstemning, og de vil ligeledes arbejde med, hvordan de kan tale om vægt og vægttab.

Ved det sidste møde, som jeg har med den diætist, der er kommet tilbage fra barsel, gør vi status og drøfter, hvad vi frem til nu synes, vi har fået ud af projektet. Dette kommer til at danne afsæt for et fælles oplæg, vi har til de øvrige diætistkolleger på hospitalet. Oplægget holdes kun af den ene diætist og mig, da den anden diætist på det tidspunkt er sygemeldt.

⁹⁵ Begge tematikker vil blive taget op i analysen.

Fjerde møde: udvikling af en samtalestruktur

Ved dette møde arbejder vi ikke ud fra videoklip. Vi tager i stedet afsæt i, hvad der har optaget diætisterne fra deres aktioner. Begge diætister har især været optaget af, hvordan man kan sætte en fælles dagsorden og forventningsafstemme med den kræftramte. Det har ikke bare været nemt, og den ene diætist fortæller blandt andet, at når hun spørger til de kræftramtes forventninger til samtalen, så oplever hun, at de ikke byder ind med noget, men bare sidder og venter på, at hun skal sige noget. Det optager dem også, hvordan de får talt om og forklaret betydningen af, at den kræftramte ikke taber sig. Det bunder blandt andet i en erfaring med, at de kræftramte ikke retter henvendelse til diætisten, selvom de taber sig. Her får vi blandt andet talt om, hvorvidt der er en grænse for, hvor meget den kræftramte må tabe sig, og om de ved, hvornår de skal tage kontakt, samt hvordan.

Vi når ved dette møde meget vidt omkring, og opsummerende har vi mange punkter at arbejde videre med, som tegner konturen af en ny samtalestruktur⁹⁶. Jeg sammenfatter efter mødet et resumé af det, vi har talt om, og på baggrund heraf et første udkast til en struktur, der kan danne afsæt for diætbehandlings-samtalerne. Det sender jeg til diætisterne, der vil prøve strukturen af som næste aktion. Ved dette møde inddrager vi også konkret forskningslitteratur i vores refleksioner, og jeg udleverer nogle tekster, som kan underbygge, hvad vi har talt om i forhold til samtalens indhold og form, samt hvad samtalestrukturen lægger op til, kan være hensigtsmæssigt.

Femte møde: videreudvikling af samtalestruktur

Det femte møde er et kortere møde, som primært er en status på, hvordan det går med diætisternes prøvehandling. Den ene diætist giver udtryk for, at det er svært at følge samtalestrukturen, fordi forløbet omkring de kræftramte gør, at hun ser dem for sent, i forhold til hvad de potentielt set kunne arbejde med. Der er således et benspænd, hvad angår henvisningsproceduren. Oven i det, så er der et tidspres, som gør, at det også kan være svært at følge strukturen. Den anden diætist oplever modsat, at strukturen fungerer godt, og hun synes allerede, hun kan se, at den kan give noget mere, end sådan som hun tidligere gjorde. Vi taler om, hvilke elementer i strukturen, der eventuelt skal justeres, så den er mere meningsfuld at følge for dem begge. Herudover taler vi om opstart af næste runde videoobservation og interviews.

⁹⁶ Denne vil også blive taget op i analysen.

Anden runde videoobservation og interviews

Siden den første runde interviews og videoobservation, har jeg arbejdet på min spørgeguide. Den er blevet mere udfoldet, så jeg har flere eksempler at lade mig inspirere fra, for eksempel når jeg skal spørge ind til de kræftramtes og pårørendes oplevelse af samtalen⁹⁷.

Jeg er i gennemgangen af videooptagelserne særligt optaget af, om jeg kan se diætisterne bruge elementer fra samtalestrukturen. Jeg fokuserer fortsat på, om der er nogle kommunikative kvaliteter, der træder frem, samt hvad de kræftramte og pårørende siger om deres oplevelse af samtalen og diætisternes måde at samtale og kommunikere på.

Sjette møde: afslutning

Forud for dette møde har den ene diætist meddelt, at hun har fået uddannelses-orlov, og dette bliver således med al sandsynlighed det sidste møde, hun kan deltage i. Det starter vi ud med at snakke om, herunder også, at det kunne være, at hendes vikar måske kunne tænke sig at indgå i projektet.

Herefter tager mødet afsæt i videoudrag og udsagn fra interviewene, og her bliver der blandt andet givet stemme til en kræftramt, der ikke aner, hvad hun skal ved diætisten, og som i det efterfølgende interview fortsat giver udtryk for, at hun synes, det hele er meget forvirrende. Vi ser og lytter også til en anden kræftramt, som ikke selv havde tænkt, hun havde behov for at tale med en diætist, men som har fået nogle afgørende indsigter efter samtalen med diætisten. Begge uddrag giver anledning til nogle dyberegående refleksioner, som blandt andet kommer omkring skrøbelighed, og hvad man i den situation kan rumme. Det leder også videre til en refleksion over behovet for at kunne være tydelig, præcis og styrende, men på en hensynsfuld og nænsom måde. Der bliver også givet stemme til, at flere kræftramte særligt i denne runde interviews har givet udtryk for, at diætisterne er imødekommende, behagelige at snakke med, lyttende, hjælpsomme og fagligt dygtige. Disse udsagn kommer til at danne afsæt for en refleksion over, hvordan diætisterne selv oplever deres samtaler, og hvad de synes, de har fået ud af at være med i dette projekt. De giver begge udtryk for, at det har været lærerigt og indsigtsgivende at have deltaget i projektet, og de beskriver også begge, hvordan det har været konstruktivt at arbejde med video. Blandt andet siger den ene diætist:

⁹⁷ Ændringerne fremgår af bilag 3.

Men det er så sundt, det der med at få videofilmet nogle samtaler, altså, det burde man jo udbrede vidt og bredt, fordi, jamen, man er så koncentreret omkring det, så det [afbryder sig selv]. Man når aldrig helt op i helikopteren og sådan selv reflekterer over, hvorfor gør jeg, som jeg gør, ikke også. Og det er jo det, det har bidraget med, det projekt her. Og så [...] kan vi selv vurdere, er det godt eller skidt, men. Du har også kunnet, sådan, tage det på et endnu højere plan og ikke bare kigge på den enkelte samtale, men kigge på mønsteret i samtalerne. Så det har jo genereret en hel masse viden (Berit, diætist)⁹⁸

Ved dette møde taler vi også om, hvordan den viden, der nu er blevet genereret, kan leve videre, også i praksis. Her taler diætisterne for, at der bør være videndeling med kolleger, at denne viden også skal bringes ind i uddannelsen samt at den bør bringes rundt til andre aktører uden for den lokale kontekst.

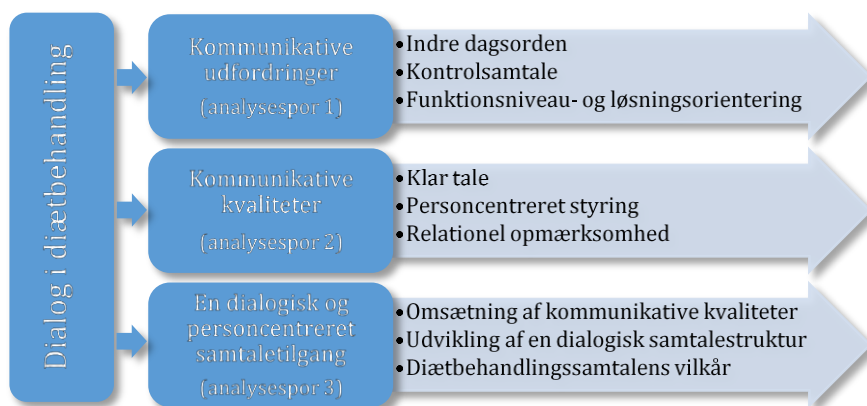
Ikke så længe efter dette møde meddeler den anden diætist, at hun har fået nyt arbejde. Som nævnt tidligere, så ønsker begge de nye diætister at indgå i projektet, og en ny forskningscirkel startes op. De kommer med andre erfaringer og en anden viden, som de trækker på, og dermed er det også andre perspektiver, de bringer ind i cirklen. Vi arbejder videre med afsæt i den erfaring og viden, vi har genereret i den oprindelige forskningscirkel, samt samtalestrukturen, som begge kan se muligheder i, men som de også har spørgsmål til. Der er således ikke tale om en direkte fortsættelse af den første forskningscirkel. Snarere kunne man måske tale om, at den nye forskningscirkel videreudvikler og kvalificerer den viden, der er blevet genereret i den første cirkel.

⁹⁸ Dette citat er også gengivet i Lang (2020, s. 80).

Kapitel 6. Introduktion til analysen

Analysens proces og optik

Analyseprocessen i denne afhandling kan overordnet inddeles i tre spor, som det fremgår af figur 6.1. Det første spor kan ses som en mellemregning i udforskningen af kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtalerne. For i udforskningen heraf er der også trådt nogle kommunikative udfordringer frem. Analytespor 1 vil således indledningsvist belyse og diskutere de kommunikative udfordringer, der har vist sig. I analytespor 2 foldes de kommunikative kvaliteter ud, afhandlingen har givet indsigt i. Analytespor 3 kan ses i forlængelse af de to foregående spor. Her diskuteres det, hvordan de kommunikative kvaliteter kan indtænkes og omsættes i en dialogisk og personcentreret samtaletilgang til diætbehandling, herunder også de muligheder og udfordringer, der kan være i relation til den kontekst og de vilkår, samtalen praktiseres i og under. Den dialogiske samtalestruktur, der er blevet udviklet igennem projektet, belyses og drøftes endvidere her.

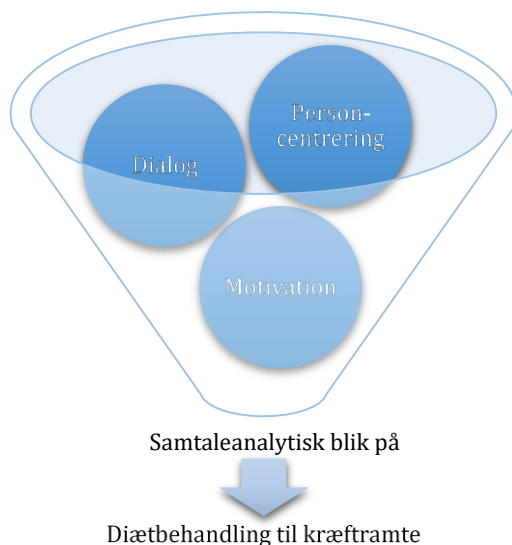


Figur 6.1. Analyseprocessens tre spor

Diætbehandlingssamtaler i en dialogisk optik

Analysens retning og optik afspejler afhandlingens forskningsspørgsmål og teoretiske afsæt, der er centreret omkring kommunikative aspekter i diætbehandling.

Dette kommunikative fokus har betydning for, hvad der trækkes frem i analysen, og hvad der forbliver i baggrunden. Som illustreret i figur 6.2 betyder den teoretiske optik, at analysens blik er dialogisk og funderet i en personcentreret og motivationsteoretisk tænkning.



Figur 6.2. Analysens optik

Med afsæt i samtaleanalyse har fokus været på at undersøge, 'hvad der sker i samtalerne', og med forskningsspørgsmålet hvad der kunne kendetegne kommunikative kvaliteter i diætbehandling, samt hvordan en dialogisk og personcentreret tilgang kunne tage sig ud. Fokus for analysen har således været på *samspelet* eller *dynamikken* imellem dem, der taler sammen (sprogbrugerne), det, der siges (sproget), og den sammenhæng, det siges i (kontekst) (jf. Alrø et al., 2016). Dette blik er lagt ned over videooptagelserne. I tillæg hertil er der også taget afsæt i de interviews, der er foretaget med de kræftramte og pårørende, samt de refleksioner og drøftelser, der er fremkommet i forskningscirklen. Analysespor 1, hvor de kommunikative udfordringer belyses og diskuteres, får i det følgende en hel del plads, da det er her, den samtaleanalytiske tænkning og optik introduceres. Udfoldelsen af de kommunikative udfordringer danner endvidere grundlag for de kommunikative kvaliteter, der foldes ud i analysespor 2. Analysespor 2 og 3 går således ikke på samme detaljerede måde ned i de enkelte samtaler, men trækker i stedet analysen ud i nogle bredere diskuterende og perspektiverende overvejelser, hvor omsætningen og implementeringen af den genererede viden drøftes.

Kapitel 7. Kommunikative udfordringer

På tværs af de diætbehandlingssamtaler og interviews, der indgår i denne afhandling, træder der nogle temaer frem, som relaterer sig til afhandlingens første del af forskningsspørgsmålet og *analysepor 1*:

Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtalen?

Kommunikative kvaliteter henviser som nævnt i kapitel 1 til de forhold i kommunikationen, som af patienter, pårørende og diætister opleves som positive, gode og understøttende for diætbehandlingssamtalen, og som ud fra et samtaleanalytisk perspektiv ser befordrende ud for samtalen. Kvalitet står i modsætning til kvantitet. Kvantitet handler om mængder og omfang, mens kvalitet handler om "egenskaber og deres substans, dvs. hvor godt eller dårligt noget er" (Alrø, in press). Kvalitet bruges således her til at sige noget om kommunikationens egenskab i diætbehandlingssamtalen og fokus vil især være på de elementer i kommunikationen, der er med til at understøtte udbyttet af samtalen for både kræftramte, pårørende samt diætist. Her trækker jeg på Rogers (Rogers, 1962), der taler om kvaliteten i mødet mellem hjælper og klient som afgørende for klientens udbytte af samtalen (jf. Alrø, in press). Kommunikation betyder 'at udveksle meddelelser' eller 'gøre fælles' (af latin *communicare*). At kommunikere er således en måde at meddele sig på – intentionelt såvel som ikkeintentionelt – hvilket kan ske både i ord såvel som kropsligt, bevidst og ubevidst, direkte og indirekte, inden i en selv og ud mod andre. Samtale er én blandt flere måder at kommunikere på, hvor man verbalsprogligt, parasprogligt og kropssprogligt 'taler' sammen (jf. Alrø et al., 2016) om et (måske) fælles tredje (jf. B. Madsen, 2015). I en samtale finder flere kommunikationsspor sted. Der kommunikeres både på et indholdsplan (det fælles tredje) om 'sagen', på et forholdsplan om relationen mellem de samtalende samt på et indre plan i forhold til en selv (jf. B. Madsen, 2002, 2015). Når jeg således i analysen har undersøgt, hvad der kan kendetegne kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, har jeg både forholdt mig til samtalens indholdsplan og forholdsplan såvel som den kontekst, samtalen har fundet sted i, og jeg har altså medtænkt dynamikken mellem de samtalende, sproget og konteksten (jf. Alrø et al., 2016). Denne forståelse betyder, at når jeg taler om kommunikative kvaliteter, så kan det både gå på det verbalsproglige, kropssproglige og parasproglige samt på det indholdsmæssige og forholdsmæssige plan.

Inden jeg introducerer de kommunikative kvaliteter, der er trådt frem af samtalerne, vil jeg i dette kapitel først udfolde nogle *kommunikative udfordringer*, der også har vist sig. Dette kommer jeg, som nævnt i det foregående, til at bruge forholdsvist meget plads på, da disse udfordringer dels repræsenterer nogle centrale tematikker, der har dannet grundlag for arbejdet i forskningscirklen, dels er det her, jeg introducerer til analysens blik og greb. De kommunikative udfordringer har endvidere været med til at kvalificere de kommunikative kvaliteter.

Det skal siges, at både kræftramte og pårørende i udstrakt grad har udtrykt tilfredshed med diætbehandlingen og mødet med diætisterne i de interviews, der er blevet foretaget. Interviewene indikerer således en overvejende positiv vurdering af diætbehandlingssamtalerne. Alligevel kan der ud fra et samtale-analytisk blik identificeres nogle udfordringer i kommunikationen, der kan have betydning for de kræftramtes og pårørendes udbytte såvel som oplevelse af diætbehandlingen. Derfor indledes analysen af kommunikative kvaliteter med at udfolde nogle kommunikative udfordringer.

Diætbehandling på diætistens præmisser

Som nævnt er de deltagende diætisters diætbehandlingssamtaler med kræftramte blevet videooptaget ad to omgange, og patienter og pårørende er efterfølgende blevet interviewet. Her er der især i den første runde optagelser og interviews trådt fire overordnede temaer frem, som kan relateres til kommunikative udfordringer i samtalerne. Disse temaer kan sammenfattes i overskrifterne *indre dagsorden*, *kontrolsamtale*, *funktionalitets-* og *løsningsfokusering*.

Indre dagsorden og kontrolsamtale

På tværs af den første runde diætbehandlingssamtaler træder der et mønster frem hos begge diætister vedrørende samtalerne struktur og indhold, der er kendetegnet ved, at de begge tilsyneladende har en ret klar dagsorden for, hvad de skal snakke med patienterne⁹⁹ om. Men dagsordenen bliver ikke delt med

⁹⁹ Jeg bruger betegnelsen 'patient' her i analysen, mere end jeg ellers har gjort, hvilket blot skal ses som en måde at skelne imellem forskellige roller, henholdsvis patient, pårørende og diætist.

patienterne. Den kommer derfor til at guide samtalen som en *indre dagsorden*, der kun er kendt for diætisten.

Nedenstående uddrag er fra opstarten af en samtale mellem Anders, der er kræftramt, og Anne, den ene af de deltagende diætister. Anne har netop været ude og hente noget medicin til Anders (fordi han havde glemt det), som han skal have til sin strålebehandling, der følger umiddelbart efter denne samtale. Anders har lige fået sin medicin, og Anne er ved at finde nogle papirer i sin taske:

- Anne: hvordan går det med dig [siges med ryggen til Anders mens hun står bøjet over sin taske]
- Anders: ja det går jo stille og roligt
- Anne: [sætter sig, kigger kort på det papir, hun har taget op af tasken og ser derefter på Anders] du holder vægten ser jeg
- Anders: så altså sådan nogenlunde
- Anne: eller hvad
- Anders: synes jeg da jeg har indtryk af. Det sidste jeg hørte altså
- Anne: jeg så øh
nu lagde jeg ikke lige mærke til, hvem det var, der havde lavet notatet, men jeg kunne se i hvert fald vægtmæssigt, der holdt du, der holdt du vægten, ret stabilt på de her fireoghalvtreds
- Anders: ja det var her, her den anden dag til lægemøde, jamen det var nogenlunde deromkring ja ja, det
- Anne: hvordan går det med at få taget sondemaden
- Anders: [tager en dyb indånding] jamen [ryster på hovedet] jeg forsøger jo at tage det på de der tidspunkter som
- Anne: som vi har bedt dig om [smiler til Anders]
- Anders: ja

Denne samtale indledes med, at Anne spørger til, hvordan det går med Anders, hvorefter hun går direkte videre til hans vægt og efterfølgende sondemad. Hun følger ikke op på hans svar om, at det går 'stille og roligt', og der er ikke nogen indledende indføring i, eller forventningsafstemning om, hvad diætbehandlings-samtalen skal (eller kan) handle om. Anne er tilsyneladende ret fokuseret på at følge sin (indre) dagsorden, hvilket vil blive foldet ud i det følgende, da det kan få betydning for kontakten imellem hende og Anders og have konsekvenser for den videre samtale.

Perspektiv

Set i forhold til de diætetiske udfordringer, der typisk ses hos kræftramte¹⁰⁰, og konsekvenserne heraf, giver det udmærket mening, at Anne er fokuseret på at drøfte vægtudvikling og kostindtag med Anders. Det harmonerer også med definitionen på diætbehandling, som går på, at behandlingen skal bidrage til at opretholde eller genoprette en forsvarlig ernæringstilstand. Det er dog ikke nødvendigvis kendt viden for den kræftramte, og måske ved den kræftramte slet ikke, hvad en diætist kan bidrage med i et kræftforløb. Det kan derfor blive et problem, at Anne ikke deler sin dagsorden med Anders, da det kan gøre, at de kommer til at tale i forskellige retninger eller – med afsæt i forskellige forestillinger om målet med samtalen – ender med at konkludere noget forskelligt på baggrund af samtalen. Det kan derved ende med, at Anders går fra samtalen med én opfattelse af, hvad der var det væsentlige at tage med sig, som er forskellig fra Annes intention.

Dette kan relateres til, at vi typisk vil have forskellige perspektiver på og i en samtale, som er præget af de forforståelser, erfaringer og interesser, vi bærer med os (Alrø et al., 2016; Alrø & Kristiansen, 1997). Perspektiv kommer af latin, *perspectivum*, der betyder 'se igennem', og det forstås her som den særlige måde, hvorpå vi anskuer eller opfatter noget. Vores perspektiv har betydning for, hvad vi ser og hører, hvad vi bemærker og hæfter os ved, og hvad vi tillægger betydning. Det gælder også i en diætbehandlingssamtale i et kræftforløb. Hvis ikke man opdager, at der kan være forskellige perspektiver i spil i samtalen, så kan det give problemer i form af misforståelser og forskellige opfattelser af, hvad der eksempelvis er væsentligt at handle på som følge af diætbehandling.

Vores perspektiv kommer til udtryk i vores sprog i den måde, vi verbalt som nonverbalt udtrykker os på, og i det, vi vælger at tale om – eller ikke tale om (Alrø et al., 2016; Alrø & Kristiansen, 1998). Hvis vi prøver at se nærmere på samtaleeksemplet, så indleder Anne med at spørge til, hvordan det går. Dette *kunne* tolkes som et relationsspørgsmål (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, s. 191), der er kendetegnet ved at rette sig mod at afstemme forventninger og den indbyrdes relation. Men spørgsmålet stilles, mens hun står med ryggen til, hvilket kan ses som en nedtonede modificering af det sagte, og hun går ikke yderligere ind i Anders' svar på det indledende spørgsmål. Derfor kunne der måske nærmere være tale om, at hun siger 'hvordan går det' som en almindelig hilseform, der er kendetegnet ved at være blot det, en hilsen. Når man bruger vendingen i en hilsen, har ordene ikke den samme betydning, som de ellers ville have, hvis man

¹⁰⁰ Spisevanskeligheder, madlede, manglende appetit, smerter ved spisning med videre som beskrevet tidligere.

sagde det som et oprigtigt¹⁰¹ spørgsmål (jf. Lund, u.å.). Som med den engelske hilsen 'how do you do' eller 'how are you', besvarer man ikke spørgsmålet (med en længere udredning), men gengælder blot hilsenen med et kort og typisk positivt svar, såsom 'det går godt' (Hertzberg, 2018). Annes videre fokusering på vægt og madindtag kunne indikere, at hendes perspektiv på samtalen er, at her er tale om en ekspertsamtale (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 66). Ekspertsamtalen er kendetegnet ved, at man indtager en aktiv og styrende rolle i samtalen, hvor man stiller fokuserede (lukkede) spørgsmål med henblik på at afklare og løse patientens problem. Det kan sidestilles med det, jeg her kalder en *kontrol-samtale*. Hermed mener jeg en samtale, som er domineret af, at diætisten har nogle bestemte parametre, der skal kontrolleres eller tjekkes op på (som mad og vægt). Med afsæt heri kan Annes indledende udsagn godt være en hilsen, hun høfligt starter ud med, hvorefter hun går i gang med at stille spørgsmål, ud fra hvad hun (som ekspert) vurderer, har relevans i forhold til det, hun mener, der skal tjekkes op på.

Spørgsmålet er, om Anders har samme perspektiv på samtalen? Og det kan drøftes, om det er hensigtsmæssigt at indlede på denne måde, hvis vendingen er ment som en hilsen. Det skal blandt andet ses i lyset af den kontekst (jf. Alrø & Kristiansen, 2006), samtalen udspiller sig i: på et hospital og som en del af et kræftbehandlingsforløb. I denne kontekst vil man som patient også opleve at blive stillet spørgsmålet 'hvordan går det', hvor det er ment som et reelt (ægte) spørgsmål, som for eksempel et undersøgende perspektivspørgsmål, og ikke som en hilsen, da det kan give den sundhedsprofessionelle et indblik i, hvordan patientens tilstand er, og hvad der eventuelt skal (be)handles på. I samtale-uddraget svarer Anders, "ja det går jo stille og roligt". Det kan opfattes som et høfligt svar på Annes spørgsmål, som var det en hilseform, og det er sandsynligvis sådan, Anne opfatter det at dømmes ud fra hendes reaktion herpå (hvor hun ikke følger op på svaret, men går videre i samtalen og bringer noget nyt op). Det er dog også muligt, at Anders svarer på spørgsmålet, som var det et reelt spørgsmål. I så fald er det ikke hensigtsmæssigt for arbejdsalliancen, at Anne ikke svarer eller reagerer herpå, da det kan opfattes som manglende lydhørhed eller interesse, hvilket kan være hæmmende for kontakten imellem dem (jf. Ackerman & Hilsenroth, 2001; Alrø, in press; Bordin, 1994; Rogers, 1957).

Arbejdsalliance

Det kan have stor betydning for arbejdsalliancen, at der indledningsvist bliver skabt kontakt imellem de samtalende (jf. Alrø, in press; Alrø & Kristiansen, 1998;

¹⁰¹ Det vil sige, hvis man stillede et 'ægte spørgsmål' (jf. Gadamer, 2007, s. 345).

Miller & Rollnick, 2014; Rogers, 1957), samt at der bliver lavet en forventningsafstemning og rammesætning af samtalen (jf. Bordin, 1979; Miller & Rollnick, 2014). Alliance betyder i ordets forstand, at man står sammen, og at man har en aftale om samarbejde. Der er forskellige udlægninger af, hvordan arbejdsalliancen eller den terapeutiske alliance skal forstås (jf. Horvath et al., 2011a), men som beskrevet i kapitel 3, kan man overordnet sige, at betegnelsen henviser til en samarbejdsrelation mellem en hjælper og en hjælpøgende, som for eksempel en sundhedsprofessionel og en patient¹⁰². Jeg forstår her arbejdsalliancen som en fælles enighed om og et fælles engagement i at samarbejde om at hjælpe den hjælpøgende (patienten). En god arbejdsalliance vil kunne bidrage til patientens engagement og forståelse af, hvad det er for en samtale, han er gået ind til¹⁰³, og hvad man kan tale med en diætist om, hvilket i sidste ende vil have betydning for, hvad patienten tager med sig fra samtalen.

Som nævnt i kapitel 3 har særligt tre elementer betydning for en stærk arbejdsalliance (jf. Bordin, 1979, 1994): at der er enighed om a) *målet* for samtalen, b) *hvad* der skal arbejdes med (for at komme nærmere målet), samt c) at der etableres en tillidsfuld *arbejdsrelation*. Bordin's udlægning af alliancebegrebet fremhæver vigtigheden af et gensidigt samarbejde. Betydningen af, at der etableres et samarbejde, samt at der er konsensus om, hvordan og hvad der skal samarbejdes, understøttes af øvrige (og nyere) teoretiske forståelser af, hvad der udgør alliancen (Horvath et al., 2011a, 2011b).

Forskning i forholdet mellem arbejdsalliancen og behandlingsresultatet viser, at særligt i starten af samtalen eller i starten af et forløb er det væsentligt at få afklaret patientens ønsker, behov og forventninger, samt hvordan de stemmer overens med terapeutens eller den sundhedsprofessionelles tanker om, hvad der kunne være hjælpsomt for patienten (Horvath et al., 2011a, 2011b). Når Anne som i eksemplet her således ikke får lavet en indledende forventningsafstemning med Anders om, hvad samtalen skal dreje sig om, og hvordan den skal forløbe, kan det betyde, at arbejdsalliancen ikke etableres, eller at det kun bliver en svag

¹⁰² Arbejdsalliance er ikke det samme som den terapeutiske relation, der udgøres af flere elementer som empati, lydhørhed, imødekommenhed, tillid mv. (Horvath et al., 2011a), men alliancen kan siges at være en del af den terapeutiske relation og kan ses som en indikator på, hvor vellykket samarbejdet er i den terapeutiske relation (Horvath et al., 2011b).

¹⁰³ Som kræftpatient vil man typisk møde mange forskellige sundhedsprofessionelle i behandlingsforløbet, og der ligger derfor en mulighed for, at det kan være svært at huske, hvem det er, man nu skal ind til, eller at skelne de forskellige sundhedsprofessionelle fra hinanden.

alliance præget af usikkerhed både i forhold til mål, opgave og relation (jf. Bordins begreber). Det kan få konsekvenser for Anders' udbytte af behandlingen.

At Anne ikke følger op på Anders' svar om, at det går stille og roligt, kan altså hænge sammen med, at hun er optaget af at følge den indre dagsorden, hun har for, hvad de gerne skal nå omkring i samtalen. Og det kan ligeledes relateres til, at hendes perspektiv på samtalen sandsynligvis er, at her er tale om en ekspert- eller kontrolsamtale. Det kan også kobles til det, Miller og Rollnick (2014, s. 67) betegner som *den tidlige fokuseringsfælde*. Udfordringen er her, at man begynder at fokusere på at løse problemet, førend der er blevet etableret et egentligt samarbejde og truffet fælles beslutning om, hvad der skal tales om og arbejdes hen imod. Som i samtaleeksemplet her er det diætisten alene, der kommer til at definere problemet, i kraft af det perspektiv hun navigerer ud fra. For tidlig fokusering (før der er blevet etableret kontakt imellem de samtalende) indebærer stor usikkerhed om, hvad patientens perspektiv på samtalen er, og hvorvidt der overhovedet er enighed om, hvad problemet er. Hvis ikke det bliver afklaret i løbet af samtalen, kan det medføre alliancebrud og lavt udbytte af samtalen (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Miller & Rollnick, 2014). Jeg vil senere folde ud, hvorfor det måske havde været særligt relevant at være gået mere ind i, hvordan Anders har det, og få undersøgt, hvad det vil sige, at det går 'stille og roligt'. Men for nu vil jeg med eksemplet vise, at Anne tilsyneladende er ret styret af sin egen indre dagsorden samt et ekspert- eller kontrolperspektiv på samtalen.

Indforståethed

I de øvrige to individuelle samtaler, hvor jeg følger Anne, i den første observationsrunde, går det igen, at fokus meget hurtigt rettes mod patienternes vægtstatus og kostindtag, men uden det italesættes, hvorfor der spørges ind hertil. I den ene samtale går der således blot 20 sekunder fra samtalen er begyndt, til der spørges ind til patientens vægtudvikling. Samtalen indledes med en kort indledningsreplik, "så er det dig og mig", og herefter drejer Anne samtalen over mod vægt, "jeg fik en lille seddel stukket i hånden, at du er nede på 152¹⁰⁴ [kg]". I den anden samtale er det dog først fem minutter inde i samtalen, at hun begynder at spørge ind til vægt og madindtag. Det skal sandsynligvis relateres til, at det oprindeligt var meningen, at denne patient, Gert, skulle komme ind til en gruppeundervisning. Han var dog den eneste, der mødte op

¹⁰⁴ Uagtet før-vægt, vil et vægttab overordnet set være u hensigtsmæssigt i et kræftforløb, da man ikke kun taber fedtmasse, men også muskelmasse. Der er en stærk sammenhæng mellem tab af muskelmasse og behandlingskomplikationer samt øget dødelighed (Arends, Bachmann, et al., 2017). Så selvom denne patient ligger i den høje ende af vægtskalaen, er det problematisk, at han har tabt sig.

(sammen med sin kæreste, Ulla), hvorfor Anne vælger at tilbyde dem en individuel samtale i stedet. Nedenstående er et uddrag fra denne samtale, hvor Anne tilsyneladende igen navigerer ud fra en indre dagsorden, hvilket også medfører en del indforstået eller uklar tale. Anne indleder samtalen med at forklare, at hun ikke har læst Gerts journal, da det ikke er noget, hun gør forud for gruppeundervisning. Derfor beder hun ham til en start fortælle lidt om sit forløb. De første fire minutter af samtalen går derfor med, at Gert og Ulla fortæller om forløbet. Eksemplet starter, da de er ved at være igennem beskrivelsen af forløbet:

- Anne: men det [kræften] er så mund, øh lige [peger på sin mund]
 Gert: det er under tungen
 Anne: det er under tungen ja, og hun [kontaktsygeplejersken] fortalte også, du har fået, øh du har fået en PEG¹⁰⁵ [Gert kigger spørgende på Anne] altså en sonde [Anne peger samtidig ned på sin mave]
 Ulla: ja
 Gert: ja
 Anne: i maven, øhm den har du fået lagt i maven. Er du begyndt at få sonde
 Ulla: nej nej
 Gert: ikke, øh
 Anne: i mad [retter sig selv] i maven
 Gert: ikke i maven. Nej. Nej det går den rigtige vej ind endnu og den rigtige vej ud igen [Ulla griner]
 Anne: [smiler] og, nu hørte jeg, du havde taget lidt på
 Ulla: ja lidt [smiler]
 Gert: ja det var, det var hundrede gram [smiler]
 Anne: [smiler] en my [?] hvad siger vægten

Anne starter her ud med, hvad der kunne tolkes som en konstaterende sproghandling (jf. Alrø et al., 2016; Alrø & Kristiansen, 1998), som retter fokus mod kræftens placering. Hun siger ikke eksplicit, at det er kræften, hun hentyder til, og hun færdiggør heller ikke sætningen. Men Gert bekræfter, at "det er under tungen", hvilket indikerer, at han forstår det præsupponerede indhold her (jf. Alrø et al., 2016, s. 117). Annes sproghandling har sandsynligvis en styrende intention, der skal lede samtalen over mod det, hun nu gerne vil tale om: mad og vægt. Der er dog ikke nogen metakommunikation om, at hun ønsker at skifte emne. En metakommunikativ kommentar her kunne have bidraget til at skabe klarhed over, hvor hun nu ønskede, samtalen skulle bevæge sig hen (jf. Alrø et

¹⁰⁵ Som nævnt tidligere er en sonde et rør, hvorigennem man kan få tilført flydende ernæring. En PEG-sonde er en mavesonde, det vil sige, at den går gennem huden på maven og direkte ind i mavesækken. Sonde gives til patienter i ernæringsrisiko.

al., 2016, s. 118). I stedet opleves det som en noget brat overgang fra Gerts og Ullas fortælling om forløbet. Dette skal måske ses i relation til, at de er over fire minutter inde i samtalen. Hvis Anne har en klar idé om, hvad de gerne skal nå igennem i løbet af samtalen, og hun endnu ikke har fået spurgt ind til noget af det, hun plejer at spørge ind til, så kan det måske forklare den noget abrupte overgang. Det ændrer dog ikke på, at hendes agenda fortsat forbliver usagt.

Den indre dagsorden, som også går igen hos Berit, den anden diætist, kan afspejle, at her er tale om en samtalekontekst, som for begge diætister er logisk og meningsfuld, fordi de kender til de ernæringsproblematikker, der typisk kan opstå i et kræftforløb. De har en ernæringsfaglig viden og en erfaring, der ligger til grund for, hvad de finder væsentligt at skulle omkring i en diætbehandlings-samtale med kræfttramte. Hos Anne afspejler det sig i den måde, hun taler om indholdet på, og i hendes anvendelse af begreber, som for hende kan synes indlysende eller almenkendte, men som for patienter og pårørende måske er helt nyt indhold og ukendte begreber. I samtaleuddraget her nævner Anne eksempelvis, at hun kan forstå, at Gert har fået anlagt en 'PEG', men han reagerer ikke med genkendelse af den underforståede betydning. I stedet ser han spørgende på hende, og hun uddyber, at det er den sonde, han har fået lagt i maven. Bagefter spørger hun, om han er begyndt at få sonde, hvortil han svarer "ikke øh". Anne supplerer herefter med at sige "i maven". Tilsyneladende antager hun i første omgang, at Gert (og Ulla) godt ved, hvad en 'PEG' er, samt hvad det vil sige 'at få sonde'. Hun uddyber herefter meget kort, hvad hun mener, men spørgsmålet er, hvor stor Gerts forståelse er for disse begreber. Senere i samtalen omtaler han eksempelvis ernæringsdrikke som 'sonder', men sondeernæring og ernæringsdrikke er to forskellige ting¹⁰⁶. Det er væsentligt, at han forstår, om de taler om ernæringsdrikke, han selv kan drikke, eller om de taler om sondeernæring, der skal i sonden. Når der arbejdes ud fra en indre dagsorden og indre logik, ligger der en risiko for, at sådant centralt indhold bliver uklart for patienterne.

Kontroltjek

Hos Berit er den indre dagsorden ligeledes gennemgående. På tværs af de fem første samtaler, hvor jeg følger hende, ses der et tilsvarende mønster med, at hun heller ikke laver en indledende forventningsafstemning eller rammesætning af samtalen, og dagsordenen forbliver usynlig og ikke italesat. Her ses endvidere flere 'kontrollementer', der går igen på tværs af samtalerne, og med ret stor stringens. Når samtalerne sammenlignes, kan jeg nærmest vinge af for hvert

¹⁰⁶ Sondeernæring er et flydende ernæringspræparat, der gives i sonden, mens ernæringsdrikke kan indtages oralt.

punkt, hun går igennem, men det er sandsynligvis kun en logik, jeg kan følge, fordi jeg har observeret det samme mønster over flere samtaler. For patienterne er det derimod ikke nødvendigvis indlysende, hvad samtalen skal handle om. Udover at spørge ind til vægt og mad, så ses det ret konsekvent hos Berit, at hun også har en agenda med at spørge ind til patienternes mundstatus, afføringsmønster, fysiske aktivitetsniveau, energi og protein i maden samt genoptræning. Flere af patienterne bliver bedt om at række tungen ud, så hun kan se den (og vurdere, om der eventuelt er svamp).

Følgende eksempel er fra en samtale mellem Berit, Frank, der er kræftramt, og hans hustru, Jette. Frank er nyopereret og indlagt men oppegående. Berit indleder samtalen med at sige, at hun kan forstå af patientjournalen, at han har det ok, hvortil Frank svarer, at det går bedre. Berit spørger herefter ind til, hvornår sygdomsforløbet startede. Det leder til en længere uddybning på 10 minutter, hvor Frank og Jette fortæller om et kompliceret forløb. Samtaleuddraget nedenfor starter, hvor Frank netop har fortalt om, hvornår hans vægttab begyndte:

Berit: og du er nede i otteogtres nu er det ikke
 Frank: ja, den stod vist på otteogtres her den anden [peger ud mod gangen], den sidste vejning herude
 Berit: ja men det er jo også et ordentlig vægttab du har haft
 Frank: ja det er så tolv kilo sådan cirka
 Berit: og hvor høj er det, du er
 Frank: en otteogtres
 Berit: ja, godt, og så. Jeg kender jo historien så, derefter, kan man sige. Godt, det er fint, det var bare lige for det, jeg kan høre det er en lang
 Frank: ja det en lang ja det en lang redegørelse
 Berit: og lidt øh ja, det er fint
 Jette: ja det er træls ja
 Berit: hvad har du kunnet spise lige her de sidste dage

Berit har frem til samtaleuddragets start lyttet (aktivt) i de 10 minutter, Frank og Jette har fortalt om sygdomsforløbet. Det har blandt andet kunnet ses i form af små nik og bekræftende 'mmm' lyde, vedvarende øjenkontakt og mimik, der matcher Frank og Jettes fortælling samt korte hjælpespørgsmål til at hjælpe fortællingen videre ('og hvad skete der så'). At Berit giver plads og tid til at lade dem fortælle deres historie og samtidig lytter interesseret og aktivt, vil typisk være fremmede for kontakten imellem dem, da det kan være med til at understøtte oplevelsen af samhørighed og gensidighed (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, s. 181; Miller & Rollnick, 2014; Rogers, 1986/1989a; Rogers & Farson, 1957), og det kan derved også ses som befordrende for arbejdsalliancen. Franks

og Jettes fortælling varer som sagt 10 minutter, hvilket er forholdsvis lang tid ud af de samlede knap 40 minutter, samtalen varer. De gengælder øjenkontakten med Berit, gestikulerer og griner lidt undervejs, og det kunne indikere, at de føler sig godt tilpas i hendes selskab. Jævnfør Rogers' (1957) og Bordins (1979, 1994) betoning af at få etableret en tillidsfuld relation, kan det ses som tillidsfremmende, at Berit netop lytter og giver plads til at lade dem fortælle.

Da Frank bringer sit vægttab på banen sker der imidlertid et påfaldende skift i Berits kommunikation. Fra at have været primært lyttende og nedtonet i sin nonverbale kommunikation bliver hun nu aktivt spørgende og mere styrende. Spørgsmålene bliver mere problemorienterede og lukkede: "og du er nede i otteogtres nu [...] og hvor høj er det du er", og hun følger ikke op på det, Frank svarer til spørgsmålet om højde. Hun forklarer heller ikke, hvorfor hun spørger ind til højden, men går i stedet videre i samtalen. Hun retter samtidigt blikket mod det papir, hun har liggende foran sig, og begynder at notere ned (hvilket hun ikke har gjort hidtil i samtalen). Det kan ses som en nonverbal betoning af kommunikationens funktion (jf. Alrø et al., 2016, s. 116), hvilket gentager sig, da hun konstaterer, at hun kender historien derfra. Udsagnet betones nonverbalt af, at hun slår ud med hænderne, og da hun siger, hun kan høre, det er en lang historie, holder hun hænderne op foran sig, som om hun ville bremse noget, samtidig med at hun hæver øjenbrynene og smiler let. Det tolkes, som at der i Berits kommunikative handlinger ligger et præsupponeret indhold om, at hun nu har hørt nok, og at Frank og Jettes fortælling om forløbet lukkes ned. Det understøttes yderligere af, at hun ikke reagerer på, at Jette siger "ja det er træls", men i stedet skifter emne og begynder at spørge ind til Franks spisning. Berits kommunikation kunne indikere, at hun nu er tilbage ved sin dagsorden og optaget af at følge den.

På tværs af Annes og Berits diætbehandlingssamtaler ses således et fælles træk, som går på, at de begge ser ud til at have en klar indre dagsorden for, hvad de skal tale med patienterne om, men de deler den ikke med patienterne. De får heller ikke lavet en indledende (eller senere) forventningsafstemning, og samtalerne kommer til at fremstå som kontrol(sam)taler. Det behøver ikke at være et problem, at der er tale om en kontrolsamtale, og formen kan måske forklares ved, at den ligner en række øvrige samtaleformer, man kan møde i sundhedsvæsenet, som når man går til lægen for at få tjekket (kontrolleret) sit blodtryk, sit knæ eller noget udslæt på huden. Det kan også relateres til, at der er tradition for at praktisere ekspertsamtaler i sundhedsvæsenet i overensstemmelse med den biomedicinske tilgang (jf. M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004; Wackerhausen, 2002).

Motivation og mål

Det kan dog blive en udfordring, når samtalen ikke rammesættes – som at det for eksempel er en kontrolsamtale – og hvis patientens perspektiv ikke inddrages i særlig stor grad, specielt hvis forventningerne til samtalen ikke er de samme. Det hænger sammen med, at det kan svække arbejdsalliancen og dermed patientens engagement og forståelse for, hvad der skal ske. En risiko ved kontrolsamtalen er ydermere, at vigtig information fra patientens perspektiv ikke nødvendigvis kommer frem. Det kunne for eksempel gælde patientens præferencer, motivation, grad af overskud eller muligheder for at implementere det, der er blevet talt om (jf. Deci & Ryan, 1985; Miller & Rollnick, 2014).

Når begge diætister arbejder ud fra en indre dagsorden, der ikke italesættes, kan der stilles spørgsmålstejn ved, om der er enighed om målene for behandlingen, og der kan ligeledes stilles spørgsmålstejn ved, om de mål der (af diætisten) er blevet sat for samtalen, er nogle, diætist og patient i fællesskab er blevet enige om. Det vil sige, at der kan stilles spørgsmålstejn ved, hvor godt et fundament, der er i disse samtaler for at få etableret en god arbejdsalliance og dermed et godt fundament for samtalen. Diætisternes indre dagsorden kan således få betydning for, hvordan patienterne engagerer sig i samtalen, om de oplever samtalen meningsfuld, og om de forstår de nøglebudskaber, diætisterne har i samtalen.

Annes gruppeforløb med kræftramte er også blevet videooptaget, og her starter hun anderledes op i forhold til de individuelle samtaler, idet hun her faktisk får præsenteret sin dagsorden. Indledningsvist fortæller hun, at hun er diætist, hvor lang tid de har sammen, samt hvad formålet med samtalen er: "vi har en halv time her i dag, hvor jeg lige skal skitsere, hvordan det er, du [henvendt til den ene patient] skal spise, I skal spise [henvendt til begge patienter] her under jeres strålingsbehandlingsforløb". Herefter spørger hun ind til, om de sidder med nogle spørgsmål. I modsætning til de individuelle samtaler, får hun her lavet en åbning, hvor hun inviterer ind til, at patienter og pårørende også kan byde ind. Ligeledes får hun klargjort, hvad (hun mener) samtalen skal handle om, samt hvor lang tid de har sammen. Med reference til Rogers (1957), Bordin (1979, 1994), Alrø og Kristiansen (1998) samt Miller og Rollnick (2014), så er det en hensigtsmæssig måde at starte samtalen op på, da det er fremmede for engagementet og alliancen, at hun får skabt klarhed omkring samtale tidsramme og indhold (mål). Det er ligeledes væsentligt, at hun nævner, hun er diætist, da det også er med til at rammesætte for patienterne, hvem de er kommet ind til. Hun går dog ikke yderligere ind i at forklare, hvad det vil sige, og hun spørger heller ikke ind til, om patienterne har talt med en diætist før, eller om de ved, hvad en diætist beskæftiger sig med. Det kunne have hjulpet til at skabe yderligere klarhed, ligesom hun kunne have fået indblik i deres eksisterende viden og erfaringer hermed (jf. Miller & Rollnick, 2014).

De berører ikke dagsordenen eller målet med samtalen yderligere, og spørgsmålet er derfor, hvor stærk en arbejdsalliance der reelt bliver etableret. Der bliver ikke spurgt yderligere ind til, hvad patienter og pårørende tænker om målet med samtalen, hvordan det harmonerer med deres forventninger, eller hvordan de skal arbejde hen imod målet. Det kan tænkes at hænge sammen med, at der her er tale om en undervisningsseance, hvor Anne har en ret klar idé om, hvad patienterne skal undervises i (hvordan de skal spise, mens de er i strålebehandling). Til forskel fra de individuelle samtaler, kan det tænkes, at hun her er mere bevidst om, at hun har en dagsorden for, hvad de gerne skal nå igennem. Det kunne dog have gavnet alliancen, hvis hun havde spurgt ind til, hvad de tænker om denne dagsorden, og hvordan det harmonerer med deres forestillinger eller det, de eventuelt allerede ved om strålebehandling og spisning (forventningsafstemning). At hun spørger ind til, om de har nogle spørgsmål, kan ses som en åbning til også at ville høre patienternes perspektiv. Men som det vil fremgå af det næste afsnit, bliver spørgsmålet besvaret ud fra et løsningsorienteret og funktionelt perspektiv, og det kunne indikere, at hendes invitation til spørgsmål ikke er så åben, men i højere grad er en invitation til spørgsmål, der falder inden for nogle bestemte kategorier.

Når diætisternes dagsorden enten ikke italesættes eller blot præsenteres men uden at stå til diskussion, så har det også den konsekvens, at der ikke bliver lavet en fælles kontrakt for samtalen. Det bliver altså ikke i fællesskab aftalt, hvad samtalen skal handle om og stile imod. At arbejde med en samtalekontrakt skal ikke forstås, som at der skal udformes en formel skriftlig kontrakt, som begge parter underskriver. En samtalekontrakt er en fælles (mundtlig) aftale om, hvad begge parter kan blive enige om, at samtalen skal bidrage til og omhandle. En fælles undersøgelse og afgrænsning af, hvad samtalen skal omhandle, kan være med til at forebygge misforståelser, og det kan være med til at holde et fælles fokus på, hvad det er, lige netop denne samtale kan være en hjælp til. Kontrakten kan således være med til at afklare, om patient og diætist ønsker det samme, samt bidrage til, at begge parter i samtalen har samme perspektiv på samtalen (Alrø & Kristiansen, 1998; Miller & Rollnick, 2014).

Det følgende eksempel er fra en individuel diætbehandlingssamtale, Berit har med Erik, der er kræftramt, og Karin, hans veninde. Her får Berit tilnærmelsesvist lavet en kontrakt for samtalen:

- Berit: men så, så kan vi sige, vores fælles projekt det bliver jo ligesom nu at prøve og få: for det første så skal du lige have stabiliseret din vægt, og så må du egentlig, hvis det er muligt, gerne komme lidt op i vægt også. Men der må vi jo se, hvad der kan lade sig gøre, ikke også. Hvad tænker du selv om det?
- Erik: jamen jeg tænker først: hvorfor, hvorfor det? Og så tænker jeg, jeg forventer jo at få at vide i næste uge, at jeg skal nok igennem en

- kemokur, og øhm, det er jo så der, man kan [afbryder sig selv], jeg har brug for at, ikke tabe en hel masse mere vægt
- Berit: nemlig
- Erik: det må jo nok være, være det, der ligger bag ved den tanke
- Berit: ja, ja, men så er det, det er vores, det er vores fælles projekt, kan man sige. At du er vægtstabil, i hvert fald igennem din kemoperiode, det synes jeg er et meget realistisk mål i hvert fald, ja

Ligesom Anne gjorde ved gruppeundervisningen, introducerer Berit til, hvad samtalen skal omhandle. Men herudover spørger hun også ind til, hvad Erik tænker om det. Hendes spørgsmål til, hvad han tænker herom, kunne ligne et undersøgende perspektivspørgsmål (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, s. 190), som er kendetegnet ved, at man forsøger at lytte åbent og fordomsfrit til det, den anden har at sige ud fra en intention om at undersøge den andens perspektiv. Men selvom Berit her spørger ind til, hvad Erik tænker, så er der ikke meget fælles undersøgelse eller drøftelse af dagsordenen eller hans perspektiv herpå. Det bærer derfor mere præg af et skinspørgsmål (jf. Gadamer, 2007, s. 345), for spørgsmålet er, om hun reelt lytter til, hvad han siger. Erik svarer, at hans umiddelbare reaktion på denne dagsorden er, 'hvorfor'. Han når selv frem til, at det nok må handle om, at han eventuelt skal starte i kemobehandling, hvorfor han ikke må tabe sig yderligere. Han bekræfter ikke, at han tilslutter sig dagsordenen, og han afviser den heller ikke. Berit svarer herpå med en konstaterende og direktiv sproghandling (jf. Alrø et al., 2016, s. 115) "ja, men så er det vores fælles projekt [...] at du er vægtstabil", som lægger op til, at så er de færdige med at tale om det emne, og de går herefter også videre i samtalen.

Det er med til at skabe klarhed omkring dagsordenen, at Berit får italesat, hvad hun gerne ser, de får talt om. Men det viser sig i løbet af samtalen at blive en udfordring, at de ikke har fået afklaret, om Erik er enig heri, samt hvordan han har det med, at det er dagsordenen. Flere gange kommer det til udtryk, at han ikke nødvendigvis er enig i Berits agenda og udsagn, idet han har mange 'ja, men' udsagn, kritiske modsvar og referencer til, at han har sin egen mening om tingene. Blandt andet siger han til Berits anbefaling om, at han skal spise mere fedt "det kommer godt nok an på om han [om sig selv] spiser meget fedt, fordi [...]", og senere understreger han, hvad han mener om det:

ja ja, men det er jo mine, øh mine landsmandstanker [...] fordi det passer til mit behov [...] Så kan det godt være, nu skal jeg bare skovle noget pålæg på, så, så, så, det er, vil, gider jeg, så vil jeg slet ikke høre efter hverken hvad du [peger på Berit] siger eller hvad du [peger på Karin] siger [smiler let] (Erik, kræftramt patient)

Her udtrykker Erik meget direkte og ekspressivt, at han er uenig i, at han skal ændre på, hvad han spiser samt hvor meget. Det kommer også til udtryk senere,

hvor han stiller spørgsmålstejn ved, hvorfor han skal afvige fra de officielle kostråd, som han ellers har levet efter i mange år, ligesom han også betvivler nogle af Berits udsagn med henvisning til, at han har en stor viden om ernæring qua sin uddannelse inden for landbrug og husdyr. Eriks tvivl bliver også meget tydeligt italesat i det efterfølgende interview, jeg har med ham:

jeg er jo sådan en der føler mig klog på sådan noget som ernæring inden for, det er jo så husdyr, men det er jo så i princippet det samme. Så derfor ender sådan en snak jo altid med, at vi må snakke om, hvem har ret, altså [griner let]. Jeg har også min mening. Nå ja, så grundlæggende, så er der ikke noget, jeg ikke vidste om sådan nogle ting her. Vi kan diskutere netop: vidste jeg lidt mere end det, hun siger? Er det lidt mere rigtigt, det jeg ved, end det hun siger? Men det kan man altid diskutere, ja (Erik, kræftram patient)

Berit fortæller i løbet af samtalen, hvordan det er hensigtsmæssigt at spise, når man er småtspisende, og når man gerne skal undgå at tabe sig yderligere. Hun viser også nogle konkrete forslag til, hvad Erik kunne spise, og forklarer, at det er hensigtsmæssigt at spise energi- og proteinrigt, for at han kan komme sig oven på operationen. Men spørgsmålet er, hvad han har hæftet sig ved i samtalen, når han ender med at konkludere, at han ikke har fået nogen ny viden med sig, og at han måske ved mere om ernæring end Berit. Og spørgsmålet er, om Berit har fået forklaret baggrunden for sine anbefalinger tydeligt nok. Hvis hun havde fået lavet en (reel) forventningsafstemning og samtalekontrakt indledningsvist, så kunne det sandsynligvis have bidraget til at få et indblik i, hvad Erik allerede vidste, og hvordan han havde det med eksempelvis at skulle tage på i vægt. Udgangspunktet ville stadig være en snak om, at han helst ikke måtte tabe sig yderligere, og hvordan det kunne afhjælpes ernæringsmæssigt. Men i den indledende kontraktsnak og forventningsafstemning kunne der også have været en snak om, *hvorfor* han ikke kan se et behov for at ændre på sit kostmønster, og *hvorfor* Berit anbefaler ham at spise mere og anderledes, end han er vant til. Det er altså ikke nødvendigvis nok at informere om sin dagsorden. Det har også relevans at forklare den og få den afstemt med patienten.

Som nævnt indledningsvist ses der hos Berit mange 'kontrolpunkter', der spørges ind til på tværs af alle de samtaler, hvor jeg har fulgt hende. Her går det igen, at der tilsyneladende er en indre logik i disse kontrolpunkter for Berit, men det er ikke nødvendigvis lige så indlysende for patienterne. Følgende eksempel er også fra samtalen mellem Berit og Erik:

du er kommet i gang med at spise lidt også [...] jeg går også op i, hvordan du har det i munden, vil du prøve og starte med og række tunge af mig engang, så jeg kan se din tunge [...] er det dine egne tænder du har [...] så kommer vi til med, hvordan din mave fungerer, der var noget med, du havde hård mave [...] det er også sådan meget

farven, vi går op i, om det sådan er lidt til den lyse side, det afføring [...] nu ved jeg ikke, hvor meget du har kigget på farven på det (Berit, diætist)

Erik svarer på Berits spørgsmål, og indimellem forklarer Berit også, hvorfor hun spørger, som hun gør: "grunden til vi spørger om det [smerter, belægning eller tørhed i munden], det er fordi at, der er en del, der kommer til at døje med mundsvamp, fordi man kan sige, ens immunforsvar, det får lige et ordentligt gok i nøden". Der er dog også flere gange, hvor spørgsmålene ikke uddybes yderligere. Når formålet med samtalen ikke præsenteres (tydeligt), og der samtidig ikke laves en forventningsafstemning med patienten, kan de mange kontrolspørgsmål gøre, at samtalen i udstrakt grad kommer til at bære præg af en kontrolsamtale på diætistens præmisser.

De kommunikative udfordringer, der her er blevet påpeget kan sammenfattes i, at der generelt ikke bliver lavet en indledende rammesætning eller forventningsafstemning med patienterne om, hvad samtalen skal omhandle, og undervejs i samtalen bliver dagsordenen heller ikke italesat. Det er primært diætisten, der er styrende og aktiv i samtalen, og samtalerne kommer derfor til at bære præg af at være kontrolsamtaler, hvor patienterne møder (passivt) ind, for at diætisterne (aktivt) kan kontrollere deres ernæringsstatus.

Funktionalitet og løsningsfokusering

Der lader også til at være en gennemgående tendens til, at Anne og Berit er optagede af at ville hjælpe patienterne med at finde *løsninger* på deres spiseudfordringer og vægttab, og de er ligeledes orienteret mod at hjælpe patienterne på et *funktionelt* og praktisk niveau. Det afspejler deres fokus på vægt og mad, og det ses i de elementer, de drager frem i samtalerne, hvor de er orienterede mod eksempelvis hvad og hvor meget, patienterne kan og bør spise, samt hvad der kan være med til at afhjælpe vægttab eller lindre gener. Man kan spørge, hvad problemet er i det, for er det ikke formålet med diætbehandling? Det, jeg gerne vil problematisere i det følgende, er, at hvis patienten ikke kan overskue de løsningsforslag, der stilles, eller hvis patienten ikke kan finde mening i det, der siges, eller er mere orienteret mod 'løsninger' på det følelsesmæssige niveau, så er der stor risiko for, at diætistens (gode) løsningsforslag ikke bliver hørt eller fulgt. Der er også en risiko for, at det kan føre til alliancebrud.

Det følgende samtaleuddrag er fra samtalen mellem Anne og Anders. Anne har netop spurgt ind til, hvordan det går med at tage sondemaden, hvortil Anders fortæller, at han synes, det tager for lang tid for sondemaden at løbe ind:

- Anders: og det løber tilbage, og det skiller, og det bliver noget lort [gestikulerer samtidigt med armene] øhh altså, det [smiler kort], en gang imellem tager det altså, jeg synes det tager længere tid, end det burde det
- Anne: ok, altså det, man har sådan lidt en tommelfingerregel, det er, det skal i hvert fald tage tyve minutter, og tager det
- Anders: jamen jeg har jo, jeg har jo flere gange siddet tre kvarter, hvor jeg bare sidder og holder [viser med hænderne, som om han holdt noget] og sidder og venter, sker der snart noget her
- Anne: ok
- Anders: men der sker jo ikke noget [trækker på skuldrene]
- Anne: ej, det er også lang tid. Så kan jeg godt forstå, du bliver lidt småirriteret
- Anders: ja
- Anne: og jeg vil sige tyve minutter er det, det skal tage
- Anders: og så når man hælder vand i [gestikulerer med armene], vand det render, vand det løber ind lige med det samme, det løber hurtigt ind, helt almindeligt postevand. Altså når du hælder vand i sprøjten, ikke
- Anne: ja, men sonden den bliver bare liggende
- Anders: [ryster på hovedet] det, det bliver bare stående der, og så sidder man der med det i tre kvarter [ryster på hovedet], og, jamen altså, jamen så bliver man utålmodig [kniber øjenbrynene sammen], på en eller anden måde
- Anne: ja det ville jeg også blive
- Anders: det, det kan godt nærme sig, man giver op [ryster på hovedet], når man somme tider har siddet med det i næsten en time så kan det kraftedeme næsten være lige meget, altså. Det, fordi det
- Anne: har du, du har, du har ikke ondt i maven, når du får sondemad vel
- Anders: nej, jeg har ikke ondt, jeg får ikke ondt i maven, nej [kigger væk fra Anne og ser skråt ned foran sig]

Som det fremgår af det ovenstående, giver Anders udtryk for, at han ikke synes, det fungerer med sonden. Han fortæller blandt andet, at det løber tilbage, at det bliver stående, at det skiller, og at det i hans optik tager for lang tid. Hertil svarer Anne med en konstaterende sproghandling, at det normalt bør tage omkring 20 minutter for sondemaden at løbe ind, og det gentager hun, da han fortæller, at han har prøvet at sidde med det i tre kvarter. Anne spørger videre ind til, om han får ondt, når han tager sondemaden. Dette uddrag kunne tolkes som en samtale om de praktiske problemer, Anders oplever at have med sin sonde. Spørgsmålet er dog, om der ligger mere i det, han udtrykker.

Følelser og eksistens

Set hen over hele samtalen taler Anders forholdsvist langsomt, og der er ofte pauser på tre til fire sekunder, før han siger noget. Han sidder i det meste af samtalen ret stille og har forholdsvist langsomme bevægelser, når han flytter på sig. Men her, hvor han fortæller om sonden, er han agiteret og ekspressiv i sine sproghandlinger, verbalt som nonverbalt. Det ses eksempelvis kropssprogligt ved, at han gestikulerer med armene, rynker på øjenbrynene og holder øjenkontakten. Parasprogligt ses det ved, at han taler i hurtigere tempo og med mere kraft på flere af ordene, og flere gange taler han ind over det, Anne er i gang med at sige. Verbalsprogligt betones hans fortælling om, at sonden ikke fungerer for ham ved, at han bruger udsagn som 'lort' og 'kraftedeme'. Sammenholdt med de øvrige sproghandlinger i samtalen forekommer det som et markant skift i hans kommunikation. Når de kommunikative handlinger betones på denne måde, er det med til at understrege det sagte (jf. Alrø et al., 2016), og det kunne være et udtryk for, at han her taler om noget, der har betydning for ham, eller som i hvert fald berører ham.

Samtidig med, at Anders her bliver mere ekspressiv i sin kommunikation, gør han også brug af nedtoninger. Eksempelvis siger han 'øh altså' og smiler, lige efter, han har sagt, at det er 'noget lort'. Det kan ses som en udglattende nedtoning af den ellers noget kritiske kommentar. Udsagnet om, at 'det kan godt nærme sig man giver op', er også en nedtoning. Her er tale om en konjunktiv taleform (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, s. 201), som bløder udsagnet op, ved at han ikke direkte siger, han giver op. Det fremstår derved mindre kritisk eller aggressivt. I begge tilfælde kan det tænkes at have en høflig funktion, som i øvrigt også matcher hans øvrige sproghandlinger i løbet af samtalen. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at han ikke mener det. Vi befinder os geografisk i Jylland, hvilket kan have betydning for tolkningen af hans udsagn (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, s. 116). Et udsagn som 'det kan godt nærme sig man giver op' kunne andre steder i landet komme til udtryk i mere direkte vendinger som: 'jeg giver op', eller 'så gider jeg simpelthen ikke mere'. Sat i forhold til, at Anders så alligevel kommer med kraftfulde udsagn såsom at det er 'noget lort' og 'så kan det kraftedeme næsten være lige meget', kunne det understøtte, at her er noget, der berører ham, og som er betydningsfuldt for ham.

Anne går ikke yderligere ind i, hvad der kan ligge i Anders' udsagn. Hun svarer ham bekræftende og empatisk med, at hun godt kan forstå, han bliver 'lidt småirriteret', hvilket kan ses som et (jysk) nedtonet svar, der harmonerer med hans udtryk (modalitet). Og hun bekræfter ham i, at hun også ville blive utålmodig, hvis hun skulle sidde så længe. Når hun svarer på denne måde, kan det ses som en indikation til Anders om, at hun anerkender og har forståelse for hans situation (Alrø & Kristiansen, 1998, s. 167; Miller & Rollnick, 2014, s. 91). Det er derfor bemærkelsesværdigt, at hun ikke på samme måde svarer empatisk

eller bekræftende til hans udsagn om, at det er lige før, han giver op. I stedet spørger hun ind til, om han får ondt i maven, når han tager sondemaden. Et bud på, hvorfor hun gør dette, er, at hendes fokus i samtalen er *funktionelt*. Hun er orienteret mod, hvordan hun kan hjælpe ham med at fungere på et praktisk og fysisk plan. Og hun er orienteret mod, hvordan hun kan finde nogle *løsninger*, der kan hjælpe ham (på det praktiske plan). At dømme ud fra hendes efterfølgende udsagn, så har hun her allerede en idé til en løsning, og den er styrende for hendes fokus. Og samtidig kan det også handle om, at hun synes, det er svært at håndtere sådan et udsagn. Spørgsmålet er, hvad det gør ved Anders, at hun tilsyneladende ikke reagerer på hans udsagn om, at han også synes, det er svært på et følelsesmæssigt plan? At dømme ud fra hans nonverbale kommunikation, så sker der et skifte igen, da Anne spørger ind til, om han får ondt, når han bruger sonden. Han svarer afkræftende på spørgsmålet, og derefter falder han lidt sammen i kroppen og kigger skråt ned foran sig. Herefter har han kun lidt øjenkontakt med hende. Flere gange mens hun taler, sidder han sådan og kigger skråt ned foran sig og svarer kun kort. Her kunne være tale om et brud på arbejdsalliancen (jf. Ackerman & Hilsenroth, 2001), som kan kobles til Miller og Rollnicks (2014) begreb om den tidlige fokuseringsfælde. Anne er optaget af 'problemet' og løsningen, mens Anders sandsynligvis er optaget af andre forhold ved situationen. Det giver en skævvridning i samtalen, hvad angår fokus og alliance, og det er ikke fremmede for opbygningen af relationen og kontakten imellem dem jævnfør Bordins tredje princip for en stærk arbejdsalliance (Bordin, 1979, 1994). Skiftet til en mere nedtonet kommunikation fra Anders' side kunne indikere en lavere grad af engagement eller interesse.

Denne orientering mod det funktionelle niveau og problemløsning ses på tværs af de øvrige samtaler hos begge diætister. Der kommer spørgsmål til vægt: "så hvad plejer du at veje", og spørgsmål til, hvad patienterne kan spise: "kan du ikke lige prøve at fortælle mig hvad du kan spise", om de har nogen gener i den forbindelse: "har du haft problemer med kvalme", "har du svamp på tungen [...] har du synkeproblemer [...] dine tænder hvordan har de det", og om de har problemer med maven: "så kommer vi til det med, hvordan din mave fungerer, det var noget med, du havde hård mave i starten". Som det blev vist tidligere, så er det ikke sådan, at diætisterne kun stiller lukkede og fokuserede spørgsmål, de giver også plads til at lade patienterne komme til orde og fortælle. Men de elementer i patienternes fortællinger, diætisterne taler videre ud fra, er primært de elementer, der relaterer sig til et funktionelt niveau. Det betyder, at selvom der også kommer information frem, der relaterer sig til andre forhold, som hvad der giver mening, eller hvad der kan være følelsesmæssigt eller eksistentielt udfordrende, så er det ikke noget, diætisterne går yderligere ind i.

Diætisterne har viden og indsigt om ernæringens betydning i et kræftforløb, og derfor giver det god mening, at deres fokus er på, hvordan de kan hjælpe patienterne, med konkrete forslag til hvad de kan spise. Det harmonerer også

med målet for diætbehandling om at opretholde en sufficient ernæringstilstand. Men når de ikke får lavet en forventningsafstemning eller introduceret til, hvad samtalen skal handle om, og når de ikke i særlig stor udstrækning får spurgt ind til patienternes perspektiv eller undlader at gå yderligere ind i forhold af mere følelsesmæssig karakter, så har de ikke indblik i, hvordan patienten har det med de foreslåede tiltag, eller hvad patienten kunne være motiveret for. Og det kan få betydning for, om patienten vil tage anbefalingerne til sig.

Motivation og mening

Ifølge Miller og Rollnick (2004, s. 43) kan motivation anskues som en interpersonel proces, hvilket især bliver aktuelt, når der er tale om en professionel hjælperrelation. Motivation er ikke bare noget, der vokser frem inden i den enkelte (og ej heller noget, der alene opstår af en udefrakommende påvirkning). Motivation opstår og påvirkes i samspil med omgivelserne. Motivation betyder 'bevægende årsag', det vil sige, hvad der bevirker, at vi gør noget (frem for noget andet). Når man skal hjælpe nogen med at ændre adfærd eller foretage nye handlinger, så kan det derfor være hensigtsmæssigt at undersøge personens motivation. Miller og Rollnick (2004) taler her om betydningen af den enkeltes *parathed*, *villighed* og *evne*. I en diætbehandlings-kontekst indebærer det, at man i samtalen også får undersøgt, hvad patienten er parat til at prioritere, villig til at gøre, samt hvad patienten oplever at have kompetencerne såvel som overskuddet til. Får man ikke forholdt sig hertil, så kan det godt ske, man aftaler, at patienten skal gå hjem og eksempelvis prøve at spise noget mere. Det har patienten måske også tilkendegivet, at han gerne vil (villighed). Men hvis han ikke helt har forstået, hvorfor det er vigtigt, så er det ikke sikkert, det er noget, han vil gøre så meget ud af (parathed), eller måske har han ikke tiltro til, at han rent faktisk kan formå at spise mere (evne), og derfor sker det ikke (jf. Miller & Rollnick, 2004, s. 28–30). Det er således ikke nok at aftale, at patienten skal spise mere. Patientens motivation for at spise må også undersøges og understøttes i samtalen. Ved at tænke disse elementer med ind i samtalen, vil man ikke kun kunne arbejde med patientens motivation, men også patientens konkrete handlemuligheder (og -kompetencer).

I en diætbehandlingssamtale kan det altså være relevant at forholde sig til patientens motivation, både med henblik på at undersøge *hvad* patienten kunne være motiveret for samt *hvordan*. Som det kort er blevet berørt i kapitel 3, skelner Deci og Ryan (2000, 2017, s. 14–16) imellem forskellige former for og kilder til motivation, som kan relateres til, hvordan motivationen reguleres. Her skelner de imellem *ingen* motivation (amotivation), *kontrolleret* motivation og *autonom* motivation. Hermed introducerer de, at motivation ikke blot er et spørgsmål om at være motiveret 'nok', men i højere grad et spørgsmål om,

hvordan man er motiveret. Det har således betydning for, hvordan vi går til en aktivitet, om vi slet ikke kan se et formål med det eller har lav tiltro til, at det kan lykkes (amotivation), om vi gør noget, fordi vi føler os pressede til det (kontrolleret motivation), eller om vi gør noget, fordi vi kan se, det giver mening, eller fordi vi brænder for det eller finder det sjovt (autonom motivation). Vores motivation er ifølge Deci og Ryan (2000) tæt forbundet med, hvordan vi understøttes i behovet for at opleve selvbestemmelse (autonomi), kompetence og samhørighed¹⁰⁷. Det hænger sammen med, om vi oplever at have indflydelse og selv kunne påvirke situationen (selvbestemmelse), om vi oplever selv at kunne gennemføre aktiviteten, egenhændigt eller med støtte (kompetence), samt om vi oplever støtte og omsorg i processen (samhørighed).

Centralt for både Deci og Ryan samt Miller og Rollnick er, at de fremhæver betydningen af, *hvordan* mennesker motiveres, udvikler og forandrer sig i samspil med omgivelserne, og hvordan denne proces kan faciliteres, så det ikke bliver et spørgsmål om pres, betingning og manipulation *udefra*, men derimod støtte til selvforandring *indefra* (Miller & Rollnick, 2014, s. 44–45; R. M. Ryan & Deci, 2017, s. vii). Jo højere grad af selvregulering eller selvbestemmelse, der er, des større sandsynlighed er der for, at man vil gennemføre og vedligeholde en aktivitet (Deci & Ryan, 2000; R. M. Ryan et al., 2008; Van den Broeck et al., 2016). Diætisternes gode intentioner om at ville give patienterne råd og viden med hjem kan med afsæt heri se ud til at være udfordret af, at patienternes perspektiv og motivation ikke er blevet udforsket (i særlig stor grad), og det kan betyde, at der er en risiko for, at patienterne ikke handler på det, der er blevet talt om i diætbehandlingssamtalen, samt at patienterne oplever, at de ikke rigtigt får noget ud af samtalen. Denne udfordring gælder både i de individuelle samtaler og for gruppeundervisningen. Hvis vi vender tilbage til det tidligere uddrag fra en gruppeundervisning med Anne, så spørger hun indledningsvist de deltagende patienter og pårørende, om de har nogle spørgsmål. Den ene patient, Dan, har et spørgsmål til stærk mad, hvilket Anne svarer bekræftende på, at han gerne må spise, hvis han kan. Herefter henvender hun sig til den anden patient, Christian:

Anne: hvad med dig, har du nogen spørgsmål
 Christian: næh, ja spørgsmål, nej. Jeg kan fortælle dig, jeg har en datter, der er sygeplejerske, og hun har lavet et skema til mig, hvor der står: fra klokken otte til, til jeg går i seng, hvad jeg skal tage
 Anne: sådan
 Christian: blandt andet nogen af de der, øhh, drikke
 Anne: yes

¹⁰⁷ Ifølge Deci og Ryan har vi grundlæggende et behov for at opleve autonomi (selvbestemmelse), kompetence og samhørighed med andre, og hvordan vi understøttes heri, har betydning for vores psykologiske udvikling og velbefindende (Deci & Ryan, 2000, s. 229; R. M. Ryan & Deci, 2017, s. 10–12).

- Christian: der smager ad
helvede til, men øhh
- Anne: du gør det
- Christian: der skal jeg tage tre om dagen,
siger hun, og det står på listen, så [peger ud mod afdelingen], så
det har jeg tjek på, fordi jeg har ikke så meget appetit
- Anne: nej
- Christian: eller har haft så meget appetit, og så er det, jeg taber mig, synes
de. Og jeg synes jo, jeg er flot [ser ned af sig selv], men øh, det er
jo lige meget, men det er jo, hvad de andre synes, ikke [smiler],
især min kone [griner let]. Sådan er det ja
- Anne: men har du, har du tabt dig

Christian fortæller flere ting her. Han fortæller, at hans datter er sygeplejerske, og at hun har lavet en kostplan til ham. Han fortæller, at han drikker ernæringsdrikke, selvom han synes, de smager dårligt, men han synes, han har styr på det. Og så fortæller han, at han har tabt sig, hvilket han selv synes er flot, men det synes andre omkring ham ikke. Det, Anne herpå spørger videre ind til, er hans vægttab, hvilket harmonerer med hendes gennemgående fokus på vægt og mad, og det kan ligeledes relateres til hendes orientering mod funktionsniveau og problemløsning. Det er uhensigtsmæssigt at tabe sig i et kræftforløb, og hvis Christian har haft et vægttab, så er det noget, der skal håndteres, og Anne har viden om, hvordan man gennem maden kan stabilisere vægten. Det giver mening i sådan en optik. Men spørgsmålet er, hvordan Christians motivation er for at spise, og om det er, 'hvordan man skal spise under strålebehandling', der fylder mest for ham. Når Anne ikke får spurgt ind til de øvrige ting, han bringer op, får hun ikke afstemt, hvad hans perspektiv eller forventninger er, og vigtig information går måske tabt her. Noget kunne eksempelvis tyde på, at han ikke er synderligt begejstret for ernæringsdrikkene, når han udtrykker, at de 'smager ad helvede til'. Det kan have betydning for hans fortsatte efterlevelse af den plan, hans datter har lavet. Spørgsmålet er også, hvad han selv tænker om den plan. Følger han alene planen, fordi hans datter har sagt, han skal? Jævnfør Deci og Ryan (2008; 2017) så har det betydning for vedligeholdelse af en adfærd, at adfærden giver mening for en, samt at man oplever at have kompetencerne hertil, støtte fra omgivelserne og ikke mindst selvbestemmelse. Christian giver udtryk for, at han spiser, fordi andre har sagt, han skal, og med hans udsagn om, at "jeg synes jo, jeg er flot [...], men det er jo, hvad de andre synes" i forhold til sit vægttab, kunne det tyde på, at han har svært ved at se det problematiske i, at han har tabt sig. Han forsøger dog at øge i vægt (fordi andre har sagt, han skal). Det kunne tale for, at han primært er motiveret til at handle med afsæt i, hvad andre mener (kontrolleret motivation) med lav grad af internalisering og selvbestemmelse, og derfor med øget sandsynlighed for, at han ikke vedbliver med at spise efter planen eller holde vægten (jf. R. M. Ryan & Deci, 2017). Anne

fortæller i løbet af undervisningen, hvad og hvordan det kan være hensigtsmæssigt for patienterne at spise, mens de er i behandling. Da jeg efterfølgende spørger Christian, hvad han har fået ud af undervisningen, fortæller han, at han tidligere har haft fire blodpropper, hvor han også har talt med en diætist:

og det er jo det samme, vi får at vide, og det er jo sådan, vi lever, så der er jo ikke noget at komme efter helt, synes jeg [...] det kan være, der var et lille, et lille guldkorn, men det var meget lille (Christian, kræftramt)

Ifølge dette udsagn fik han tilsyneladende ikke rigtigt noget ud af samtalen. Det er interessant af flere grunde. Hvis diæt anbefalingerne ved hjertekarproblematikker sammenlignes med diæt anbefalingerne til småtspisende med kræft, så er der betydelig forskel på, hvad man skal spise¹⁰⁸. Det er derfor tankevækkende, at han siger, at det er "det samme vi får at vide". Samtidig siger han også, at "der er jo ikke noget at komme efter". Det er interessant, hvis vi trækker en tråd tilbage til overvejelserne omkring, hvordan hans motivation og parathed mon er i forhold til at deltage i denne samtale. Hvis Anne indledningsvist eller i løbet af samtalen havde fået indkredset hans forventninger til og motivation for samtalen samt hans eksisterende viden (og eventuelle fejlviden) og erfaringer angående mad og sygdom, så havde han måske oplevet samtalen mere vedkommende. Så havde samtalen måske også kunnet være en samtale om, hvorfor Christian drikker ernæringsdrikkene, selvom de ikke smager ham (det kunne blive til en samtale om strategier og erfaringsudveksling, der samtidig understøttede hans autonomi og kompetence), eller hvorfor det egentlig ikke er hensigtsmæssigt at tabe sig under sit kræftforløb.

Et sidste eksempel skal nævnes, hvor der heller ikke bliver introduceret en dagsorden eller lavet forventningsafstemning, og hvor samtalen også bærer præg af at være en kontrolsamtale, *men* hvor patienten lader til at 'være med på' diætistens (usagte) dagsorden. Her er tale om en samtale mellem Anne og Bjarne, der er kræftramt. Bjarne er undervejs i samtalen meget aktiv og stiller mange spørgsmål til det, Anne bringer op: "kan jeg få sådan en energidrik eller sådan noget", "hvor mange kalorier er det man skal have om dagen", "jamen der findes sådan en proteindrik på apoteket, gør der ikke, er der noget krudt i den, og hvad indeholder den". Til Annes forklaringer og anbefalinger svarer han også typisk positivt: "hvis jeg bare sidder og ser fjernsyn om aftenen, så kan jeg tage sådan en [ernæringsdrik] og skylle ned". Mange gange svarer han også med et 'aha', hvorefter han sidder lidt eftertænksomt. Det kunne indikere, at han køber ind på

¹⁰⁸ Hjertevenlig kost ligger tæt op ad de officielle kostråd (spis varieret og ikke for meget, spis frugt, grønt og fuldkorn, spis mindre mættet fedt, vælg magre kød- og mejeriprodukter), mens kost til kræftramte, der har haft et utilsigtet væggtab, nærmest er modsat (spar på frugt, grønt og fuldkorn og spis energi- og proteinrigt).

hendes dagsorden. Det understøttes også af hans udsagn i det efterfølgende interview, hvor han blandt andet siger:

jeg synes, hun [Anne] svarede på det, jeg spurgte om [...] jamen, det var udmærket, altså. Ja det er ikke fordi, der er så meget nyt under himlen, at man skal spise seks måltider om dagen og sådan noget, det vidste jeg godt, men altså. Det er, der er alvor i det der (Bjarne, kræftramt)

Når Bjarne tilsyneladende er med på Annes usagte dagsorden og er aktiv og engageret i processen, så kan det handle om, at han (allerede) er autonomt eller indre motiveret for at tale med hende (jf. R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017). Det kan hænge sammen med, at han allerede har en viden om, hvad en diætist ved noget om og ville kunne hjælpe ham med. Det vil sige, at det giver mening for ham at skulle tale med en diætist. Det kunne hans svar i interviewet indikere, når han siger, at han fik svar på sine spørgsmål. Dette udsagn kunne også tyde på, at han på forhånd havde en række spørgsmål, som han gerne ville have hjælp til at få løst. Når han samtidig siger, at "der er alvor i det der", så kunne det også pege på, at han er opmærksom på alvoren i sin situation, og at det kræver handling, også fra hans side. Her er sandsynligvis en kræftramt, der oplever sig parat og villig til at foretage nogle ændringer i relation til sin kost, og med støtte fra diætisten oplever han sig sandsynligvis også kompetent til at kunne gennemføre det (jf. Miller & Rollnick, 2004). Det kunne være et udtryk for, at han ikke er motiveret af ydre omstændigheder, men i højere grad autonomt motiveret (jf. R. M. Ryan & Deci, 2000, 2017). Det vil sige, han er motiveret 'indefra', i kraft af at han kan se meningen i det eller identificere sig med det (integreret eller identificeret regulering). Det understreges også af, at han siger: "man må jo nok prøve at se, om man kan få – selvom det piner lidt – så få noget mere [mad] ned end, æh, bare opgive". Når der kommer en patient ind ad døren, som er (indre) motiveret, og som har en idé om, hvad han kan få hjælp til fra diætisten, så kan diætbehandlingssamtalen tilsyneladende godt fungere og blive udbytterig for patienten, til trods for at dagsordenen ikke bliver italesat, og at der ikke laves en forventningsafstemning. For her er patient og diætist (usagt) enige om form, mål og indhold for samtalen. Det er dog ikke særlig hensigtsmæssigt, hvis det kun er tilfældet, der skal afgøre, hvornår patient og diætist er enige.

Diætbehandling som samtalekontekst

Man kan spørge, hvorfor diætisterne tilsyneladende har denne indre dagsorden med fokus på funktionalitet og problemløsning? Hvis man ser på diætisternes virke og formålet med diætbehandling, så kan der ligge et dilemma i at skulle afvige fra sin dagsorden. I *diætbehandling* ligger der et krav om behandling af høj kvalitet (jf. BEK nr. 880, 1996, §2; Sundhedsloven, 2019, §2). Der ligger tillige et

krav om, at patienten har ret til at få information om sin sygdom og behandlingsmuligheder samt eventuelle komplikationer og bivirkninger. Diætisterne har således en forpligtelse til at give patienterne den bedst mulige diætbehandling til gavn for patienternes helbredstilstand. Dette skal også ses i forhold til det internationale etiske kodeks samt kodeks for god praksis for diætister (European Federation of the Associations of Dietitians, 2008). Her hedder det blandt andet, at diætister i deres arbejde skal stræbe efter et positivt ernæringsudbytte for dem, der har brug for deres hjælp, ikke at volde skade samt at overholde standarden for god praksis inden for ernæring og diætetik. Standarden for god praksis indebærer, at man leverer behandling af høj kvalitet. Det indbefatter blandt andet, at man er professionelt kompetent og ansvarlig i udførelsen af sit arbejde, så man kan levere kvalitet i praksis, der matcher samfundets eller individets behov (European Federation of the Associations of Dietitians, 2008). Der ligger således nogle lovmæssige og etiske standarder, der kan være med til at forklare diætisternes målrettede tilgang med fokus på funktionelle løsninger. Men samtidig skal disse forhold også holdes op imod, at der ifølge sundhedsloven ligger et krav om, at patienter skal medinddrages i beslutninger, og at information skal gives på en hensynsfuld måde og i et forståeligt sprog tilpasset den enkelte (Sundhedsloven, 2019, §16). Ifølge kodeks for god praksis bør man endvidere som diætist efterstræbe at "kommunikere ernæring effektivt" (European Federation of the Associations of Dietitians, 2008). Spørgsmålet er, hvor meget plads disse elementer får i diætisternes praksis. Her kan meget vel tænkes at ske en forskydning, hvor hovedfokus kommer til at være på at yde 'behandling af høj kvalitet', som er fagligt (og etisk) forsvarligt, mens de kommunikative forhold samt inddragelse af patienten i processen nedprioriteres. Her kan der sandsynligvis trækkes tråde til den biomedicinske tradition, hvor det væsentligste anses for at være at lokalisere, afklare og behandle sygdom ud fra en biologisk (fysiologisk) anskuelse uden at medtænke psykologiske og sociale perspektiver (M. M. Jørgensen & Pedersen, 2004).

Det kan også være relevant at se på diætisternes uddannelsesmæssige baggrund og deres forudsætninger i forhold til kommunikation og samtale. Uddannelsen til klinisk diætist er en forholdsvis ung uddannelse, der så dagens lys i 1975¹⁰⁹. Uddannelsen opstod, fordi der fra hospitalernes side var kommet øget opmærksomhed på behovet for individuel vejledning om ernæring til syge (Marker, 2019). Der var i første omgang kun tale om en forsøgsordning (K. Søndergaard, personlig korrespondance 6. februar, 2020), men uddannelsen blev sidenhen formaliseret under Specialkursus i Husholdning. Der var dengang tale om en etårig overbygning til økonoma- eller husholdningslæreruddannelsen (Jakobsen, 2009; Kost og Ernæringsforbundet, 2019). Hvis man ser

¹⁰⁹ Til sammenligning startede sygeplejerskeuddannelsen i 1876 (Dansk Sygeplejeråd, 2015).

på formålet med økonomauddannelsen, så var fokus på indkøb, kostfremstilling, personaleledelse, administration og uddannelse. Kommunikation fremgår ikke som et fag i uddannelsesplanen. Det gør 'psykologi og pædagogik' til gengæld, men blot som et meget lille fag af det samlede curriculum (CIR nr. 103, 1978). Det samme gælder for den etårige overbygning på Specialkursus i Husholdning. Her undervises der i fag som anatomi, biokemi, ernæring, hygiejne samt (en smule) i pædagogik og psykologi, men fortsat ikke i kommunikation (BEK nr. 314, 1987).

I 2002 bliver uddannelsen til klinisk diætist samlet under professionsbacheloruddannelsen i ernæring og sundhed, en 3½-årig uddannelse med flere studieretninger¹¹⁰. Her begynder der eksplicit at komme kommunikation ind som fag¹¹¹, og psykologi og pædagogik indgår nu også som (større) selvstændige fag. Går vi frem til gældende bekendtgørelse for uddannelsen, hedder det blandt andet, at det at kunne forstå og reflektere over patientens mål, selvstændigt at kunne håndtere og indgå i kommunikation i forskellige kontekster samt at kunne formidle faglige og praksisnære problemstillinger og løsninger er blandt kernekompetencerne hos dimittendprofilen (BEK nr. 502, 2016).

De to diætister i dette projekt er uddannet under forskellige studieordninger. Det samme gælder deres øvrige diætistkolleger, hvor der er helt nyuddannede og nogle, der er uddannet under den etårige suppleringsuddannelse. Hvad man er blevet præsenteret for og undervist i – på uddannelsesinstitutionen såvel som i praktikforløb og den efterfølgende praksiskultur – kan i denne sammenhæng have stor indflydelse på, hvilken betydning man tillægger kommunikativ, psykologisk og pædagogisk viden samt samtalekompetencer i det diætiske arbejde. Det har haft forskellig vægtning i løbet af uddannelsens udvikling, gående fra ikke at have fyldt meget i curriculum til nu at udgøre en væsentlig

¹¹⁰ Professionsbacheloruddannelsen i ernæring og sundhed samler uddannelserne til økonoma, ernærings- og husholdningsøkonom samt klinisk diætist. Siden 2002 har der været flere studieordninger med dertilhørende forskellige studieretninger. I dag er der to studieretninger, hvoraf den ene hedder 'Sundhedsfremme og Diætetik', hvor man kan vælge toningen 'Klinisk Diætetik'. Med denne studieretning og toning uddannes man til klinisk diætist og kan, som den eneste af retningerne, autoriseres til klinisk diætist (BEK nr. 502, 2016).

¹¹¹ Jeg har undervist på Ernæring og Sundhedsuddannelsen siden 2005, og jeg har selv været en del af udviklingen og implementeringen af kommunikationsundervisningen lokalt på den uddannelsesinstitution, jeg er tilknyttet. Der er fire udbudssteder i Danmark, og der har over årene været både lokale og nationale studieordninger. Aktuelt er studieordningen fælles (national) for de første to år og lokal for de resterende halvandet år, hvilket betyder, at det er op til det enkelte udbudssted at definere indholdet i den sidste del af uddannelsesforløbet med afsæt i gældende bekendtgørelser.

del¹¹². Ens uddannelsesbaggrund, samt hvad ens kolleger og ledelse finder vigtigt at prioritere i den diætiske indsats, har indflydelse på ens tænkning, praksis og handlerum. Det er med til at forme den kultur, der omgiver samtalen samt den forståelse, der er af, hvad der er vigtigt i diætbehandling (jf. Wackerhausen, 2004).

Alrø og Kristiansen (1998, 2006) taler i relation hertil om, at en samtale aldrig kan ses isoleret, den finder tværtimod altid sted som en del af multiple kontekster. Blandt andet udgør det lokale, samtalen finder sted i, en fysisk kontekst. Rummets størrelse, akustik, temperatur og inventar er elementer i den fysiske kontekst, der har betydning for, hvordan samtalen forløber. Sidder man eksempelvis dårligt, eller er der meget varmt i lokalet, så kan det påvirke ens evne til at koncentrere sig om samtalen. Den fysiske kontekst kan ses som en del af situationskonteksten, som også udgøres af en behandlings- og relationskontekst. Det vil sige, at her er tale om en bestemt rollefordeling (patient og hjælper), der er asymmetrisk, men som også er påvirket af, om – eller hvor godt – de samtalende kender hinanden. Den er endvidere påvirket af, hvem der indgår i relationen, altså de specifikke personer med hver deres forforståelse og horisont (jf. Gadamer, 2007). På samme vis udgør hospitalet den organisatoriske eller institutionelle kontekst, og her spiller forhold som hospitalets politik, kultur, organisering, arbejdsgange med videre ind på, hvad der kan lade sig gøre i den konkrete samtale, samt hvad der prioriteres¹¹³.

Der er således flere forhold som uddannelsesbaggrund, lovgrundlag og den sundhedsfaglige kontekst, der har betydning for diætisternes samtalepraksis, og som kan være med til at forklare deres dagsorden for diætbehandlings-samtalerne og deres løsningsorientering. At der er tale om en *hjælperrelation*, kan også have indflydelse herpå. Denne form for relation indebærer, at den ene parts funktion (og intention) i samtalen er at hjælpe den anden. Her kan det være relevant at medtænke Miller og Rollnicks (2014, s. 25) begreb, *ordnerefleks*. Ordnerrefleks er en betegnelse for ønsket om at ville hjælpe andre ved at løse deres problemer, og helst her og nu, fordi det ser svært og smerteligt ud for den anden. Her er tale om en refleks, der kommer op i én med en trang til at ville hjælpe og ordne den andens problem. Udfordringen er blot, at det ikke er sikkert, den anden oplever, at der er et problem, eller det kan være, de har forskellige forståelser af, hvad problemet er. Det kan også ske, at man er ambivalent

¹¹² Ifølge den nuværende bekendtgørelse udgør natur- og sundhedsvidenskabelige fag 60 % af uddannelsen og human- og samfundsvidenskabelige fag 40 % (BEK nr. 502, 2016).

¹¹³ Her er ikke tale om en ensidig påvirkning, men et gensidigt forhold mellem kommunikation og kontekst. Det, der sker i samtalen, det der tales om, og måden hvorpå der kommunikeres, kan også influere konteksten (jf. Alrø & Kristiansen, 2006, s. 216–217).

omkring sit problem, det vil sige, man er ikke afklaret med, hvad der kunne være godt eller skidt at gøre. Er man ambivalent, og bliver man mødt af en masse løsningsforslag, kan 'hjælpen' og løsningsforslagene risikere at få den helt modsatte effekt – og blive afvist, netop fordi man er splittet omkring det (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 28). En udfordring ved, at man som hjælper kommer med sine umiddelbare løsningsforslag, er, at de bliver stillet ud fra ens eget synspunkt med afsæt i, hvordan man *selv* ser problemet. Men det er ikke nødvendigvis sådan, den anden oplever problemet. Når ordnerefleksen træder ind, sker der altså det, at man begynder at søge at løse dét, man selv opfatter som værende den andens problem. Men det er den anden ikke nødvendigvis enig i eller parat til. Og derfor vil de mange forslag typisk afvises eller eventuelt blive accepteret men ikke efterlevet. Ordnerefleksen er et udtryk for at ville hjælpe, og den træder i kraft ud fra de bedste og mest velmenende intentioner. Men den har sjældent en hjælpende effekt og bliver derfor typisk et benspænd både for samtalen og relationen. Ordnerefleksen aktualiserer det væsentlige i at have forståelse for, at vi har forskellige perspektiver på en sag.

Hvis vi ser på de to diætisters nære samtalekontekst, så er der tale om lidt forskellige kontekster, hvilket også kan have betydning for de mønstre, der ses i deres samtaler. Anne har primært samtaler med ambulante patienter, det vil sige patienter, der ikke er indlagte, og som kommer ind til samtale, i forbindelse med at de er inde og få stråleterapi. Samtalerne er foregået i et samtalerum i stråleterapien. De samtaler, jeg her har fulgt, har primært været med hoved-halskræfttramte. Som nævnt i kapitel 5 vil patienter med kræft i hoved-hals-regionen ofte få behov for at få anlagt en sonde i løbet af deres sygdomsforløb. Nogle af patienterne har således allerede fået en sonde, inden de ser Anne, og kan enten ikke længere spise selv eller kun i begrænset omfang. I tillæg til individuelle diætbehandlingsamtaler har Anne også gruppeundervisning som et tilbud til de patienter, der kommer i stråleterapien.

Berit har ikke gruppeundervisning men primært samtaler med indlagte patienter, der typisk er nyopererede eller kommer ind som opfølgning, oven på at de har været indlagt. Her har primært været tale om kræfttramte med mave-tarmkræft. Her har flere af patienterne fået fjernet et stykke af deres tarm eller mavesæk som led i behandlingen, og nogle patienter har også fået anlagt sonde. Når Berit ser dem, er de fleste patienter således stadig indlagte. Flere af de patienter, der indgår i projektet er medtagede af deres operation, når de ser Berit, og døjer med smerter og utilpashed. Men alle har selv kunnet gå hen til det samtalerum, hvor diætbehandlingsamtalerne er foregået (på sengeafdelingen).

For især Annes vedkommende er der et synligt tidspres i den første periode, hvor jeg følger hende. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at der ingen pauser er imellem de samtaler, hun har med patienter. Når den ene patient eller gruppe går ud af døren, kommer den næste ind. Ofte er der også forsinkelser, enten hos

Anne eller hos en af de andre faggrupper, som patienten også skal tale med. Særligt gruppeundervisningsseancerne fremstår som tidsknappe, hvor der ikke bliver levnet meget tid til spørgsmål fra patienterne. Disse forhold kan således også have indflydelse på diætisternes (indre)styrende tilgang i samtalerne ud fra en oplevelse af at have travlt eller være bagud, eller ud fra en hensyntagen til patienternes dårlige tilstand.

Sammenfatning

I dette kapitel er der blevet foldet fire temaer ud, som rammesætter nogle kommunikative udfordringer, der har været gennemgående for diæt-behandlingsamtalerne i projektet, særligt i den første observationsrunde. Samtalerne har været kendetegnet ved, at begge diætister har været styret af en *indre dagsorden*, som de ikke deler med patienterne. Diætisternes indre agenda er kommet til udtryk ved, at der ikke er blevet metakommunikeret om processen eller forventningsafstemt med patienterne. Samtalerne har også båret præg af at være *kontrolsamtaler*, altså samtaler, hvor diætisten tjekker op (kontrollerer) på nogle bestemte parametre. Det har også været en del af den indre dagsorden og er derfor ikke blevet kommunikeret ud til patienterne, men blot praktiseret. Den indre dagsorden har betydet, at diætisterne i flere tilfælde kommer til at fremstå indforståede og uklare i deres kommunikation, og en konsekvens heraf kan være, at deres intenderede budskab ikke opfanges af patienterne. Når samtals mål, form og indhold ikke italesættes eller afstemmes med patienterne, kan det få konsekvenser for arbejdsalliancen og i værste fald betyde, at patient og diætist arbejder i hver sin retning. Samtalerne har også været karakteriseret af, at diætisterne har været meget *løsningsfokuserede* og rettet mod et *funktionelt* niveau. Det er kommet til udtryk ved, at diætisterne er kommet med råd og anbefalinger (løsningsforslag) rettet mod patienternes funktionsniveau, men hvor der ikke er taget højde for meningsfuldhed, følelsesmæssige eller sociale forhold. En udfordring er her, at diætisterne er meget fokuserede på, *hvad* patienterne skal gøre, og *hvor meget* de skal spise, men de undersøger ikke, *hvordan* patienterne har det med det, og hvad de er parate til eller motiverede for at gøre. Hvis ikke patienterne kan se meningen med diætistens forslag eller oplever lav grad af selvbestemmelse, så er der stor risiko for, at de ikke handler på diætistens råd.

Det er vigtigt at bemærke, at de udfordringer, der her er trukket frem, ikke er ensbetydende med, at samtalerne har været dårlige eller er blevet evalueret dårligt. Som jeg også var inde på indledningsvist, er samtalerne tværtimod blevet evalueret positivt i de efterfølgende interviews. Til mit spørgsmål om, hvordan det var at snakke med diætisten, er der eksempelvis en pårørende, der svarer, at det var "dejligt [...], hun var sød og ligetil" (Pia, pårørende). En anden siger

tilsvarende: ”jamen hun er et flinkt menneske [hun afbrydes af den kræftramte, der supplerer med ’flink og imødekommende’], ja helt sikkert. Og grundig” (Karin, pårørende). En tredje fremhæver, at diætisten var ”meget behagelig” (Gert, kræftramt).

Men spørgsmålet er, hvad der kunne være kommet ud af samtalen, hvis de nævnte udfordringer ikke havde været der, eller hvis samtalen var blevet grebet an på en anden måde? Hvilken betydning kunne det have haft for de kræftramtes udbytte af samtalen og efterfølgende handlinger? De kommunikative udfordringer giver anledning til nogle dyberegående refleksioner og drøftelser i forskningscirklen, som både retter sig indad og bagud i forhold til, hvorfor diætisterne gør, som de gør, samt udad og fremad mod, hvad der kan eller skal gøres anderledes i samtalen. Blandt andet drøfter vi, at diætisterne oplever, at patienterne ikke vender tilbage til dem, selvom de har diætisternes kontakt-oplysninger, og selvom diætisterne har sagt, at patienterne endelig må tage fat i dem, hvis de får det dårligt. Og det giver anledning til en refleksion over, at de måske ikke er særligt tydelige i deres kommunikation, for eksempel i forhold til hvornår et vægttab er kritisk og kræver handling. Afledt af de kommunikative udfordringer bliver vi i cirklen således optaget af, hvorfor og hvordan man kan tale med patienterne om vægt og vægttab, så det både bliver tydeligt, hvorfor diætisten finder det vigtigt, samt håndterbart uden at blive for (eksistentielt) skræmmende:

Fordi, det er også sådan lidt den der, hvor meget skal man fortælle, og hvor lidt skal man fortælle. Altså, det er den der balance, fordi det er jo heller ikke, fordi vi har lyst til at [afbryder sig selv], jeg har i hvert fald ikke lyst til at sætte sådan et skræmmeeksempel op [...] det er den der balance, hvor meget og hvor lidt skal vi fortælle [...] (Anne)

Jamen jeg tror at, jeg tror måske man ubevidst kan holde det lidt tilbage, fordi det bliver lidt en svær samtale [...]. Vi ved, at hvis de bevarer normalvægten, og deres aktivitetsniveau, at så har de en bedre prognose. Og det kan godt blive lidt omfangsrigt på en måde [...] Det bliver bare lidt stort at tage hul på ernæring som ene faktor for deres overlevelse [...] det lægger meget ansvar over på dem, og det er jo multifaktoriel [...] (Berit)

Dette danner baggrund for vores videre arbejde med, hvordan diætisterne kan tale med patienterne om deres vægt eller vægttab, så det også bliver meningsfuldt og forståeligt for patienterne. Herunder arbejder vi blandt andet med, hvordan diætisterne kan blive mere tydelige og transparente i deres kommunikation. En anden udløber af de identificerede kommunikative udfordringer bliver, at vi kommer til at reflektere over og arbejde med betydningen af at få lavet en forventningsafstemning samt at få italesat dags-ordenen. De kommunikative udfordringer har således givet retning til processen

i forskningscirklen. Samtidig har de været med til at tydeliggøre, hvad der kunne kendetegne kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtalerne.

I det foregående er den samtaleanalytiske optik og tænkning blevet udfoldet på et forholdsvist 'tekstnært' og detaljeret niveau. Det har været intentionen, at det gerne skulle give et indblik i samtaleanalysens blik og retning, der er orienteret mod hvad der siges og gøres i en samtale, hvordan det kommer til udtryk, samt hvordan de samtalendes relation og roller påvirker og påvirkes af hinanden og konteksten. I de følgende to kapitler vil analyserne fortsætte med samme greb og retning, men i mindre analysemetodisk detaljeret fremstilling af hensyn til læsevenligheden.

Kapitel 8. Kommunikative kvaliteter i diætbehandling

Allerede i de indledende interviews noterer jeg mig, at patienter og pårørende beskriver deres møde med diætisterne i positive vendinger, som det også fremgår ovenfor. I den første runde interviews går det meget på, at de oplever diætisterne som søde, rare, imødekommende, hjælpsomme, lyttende, grundige og tilgængelige. I den efterfølgende runde suppleres det med, at det er rart, at diætisten kan (gen)kende dem, hilser på dem, hvis de møder hinanden på gangen, har sat sig ind i, hvad deres historie er, er rolig, tryghedsskabende, nærværende, tillidsskabende og udviser interesse for den enkelte. Eftersom interviewene har ligget i umiddelbar forlængelse af diætbehandlingssamtalerne, er mit første indtryk af samtalerne baseret på det, jeg får at vide i interviewene. Da jeg efterfølgende ser videooptagelserne af samtalerne igennem, er jeg derfor nysgerrig efter, hvad der mon er 'på færde' i samtalerne, som gør, at patienterne har denne positive oplevelse, og det danner afsæt for den ene af de tre kommunikative kvaliteter, *relationel opmærksomhed*, der vil blive præsenteret i det følgende.

At kunne udtrykke sig i *klar tale* er en anden kommunikativ kvalitet, der træder frem af denne undersøgelse. På baggrund af nogle af de kommunikative udfordringer, der blev lagt frem i det foregående, bliver jeg optaget af, hvad diætisterne siger og ikke siger: hvorfor der er noget, de ikke uddyber eller forklarer nærmere, samt hvordan det mon opfattes af patienter og pårørende. Dette kobles både til, hvad der folder sig ud i de videooptagede samtaler, samt til udsagn fra patienter og pårørende, der enten indikerer, at der er intenderet indhold i samtalen, de ikke har forstået eller opfanget, eller at der er elementer, de efterspørger.

Den tredje kommunikative kvalitet, der vil blive foldet ud, kan sammenfattes i det, jeg har valgt at kalde *personcentreret styring*. Diætbehandlingssamtaler med kræftramte initieres, fordi den kræftramte har vanskeligt ved at spise eller holde vægten. Her er tale om potentielt alvorlige konsekvenser, hvis ikke der bliver gjort noget ved det. Som nævnt tidligere har diætisterne her et behandlingsansvar at leve op til, og samtalen kan derfor ikke bare handle om 'hvad som helst'. Det er diætisterne bevidste om, og de har derfor også en ret klar idé om, hvad de skal drøfte med patienterne. Som det også er blevet problematiseret i det foregående, er spørgsmålet dog, hvad og hvor meget patienter og pårørende får med sig, hvis ikke det bliver delt med dem, samt hvis det ikke bliver tydeligt for dem, hvad formålet med samtalen er. Ligeledes bør det overvejes, hvad patienterne er i stand til at rumme af information qua de mange andre faktorer,

de også skal forholde sig til i deres sygdomsforløb af både praktisk, fysisk, psykisk og eksistentiel karakter. Styring i en personcentreret ånd ser ud til at kunne afhjælpe nogle af disse udfordringer.

Klar tale

Som det er blevet beskrevet i kapitel 5, har en del af arbejdet og prøvehandlingerne i forskningscirklen været at udforske og udvikle samt afprøve, hvordan der kan tales tydeligere og mere præcist om formålet med samtalen, samt *hvorfor* diætisten siger, hvad hun siger. Det hænger sammen med nogle af de udfordringer, der er blevet identificeret i det foregående. Her har diætisterne blandt andet arbejdet med, hvordan de får introduceret til samtalen, så deres (indre) dagsorden for samtalen også bliver synlig for patienterne, og så det kan danne afsæt for en fælles dagsorden.

Metakommunikation og forventningsafstemning

Nedenstående uddrag er fra opstarten af en diætbehandlingssamtale mellem Berit og Verner. Verner har i forbindelse med kræftsygdom gennemgået en operation for nogle år siden. Han kommer nu ind for at tale med Berit, fordi der har været et tilbagefald af hans sygdom, og han oplever i den sammenhæng vanskeligheder med at optage næring fra det, han spiser.

Berit: men, jeg øh, jeg starter jo lige ud med at fortælle, hvad jeg har af forventninger til, hvad vi skal snakke om [Berit genfortæller, at Verner har talt med hendes kollega et par gange] [...] og så snakkede vi kort i telefon sammen [Berit og Verner], og så fortalte du så også om en masse mavegener, du oplevede. Og samlet set, så tænker jeg, det er det, jeg vil prøve at, og hjælpe dig med at optimere lidt på. Hvad er dine forventninger til, æh altså, stemmer det overens med dine forventninger eller hvordan?

I eksemplet her starter Berit ud med at fortælle, hvad hun tænker, der skal ske i samtalen. Det kan ses som et eksempel på *metakommunikation*. Hun italesætter, at hun først vil fortælle, hvad hun forestiller sig, der skal ske med samtalen. Herefter udfolder hun, hvad der ligger til grund for denne forestilling, og efterfølgende fortæller hun, at hun tænker, samtalen skal handle om, hvordan hun kan hjælpe Verner med de mavegener, han oplever. Til forskel fra den første runde samtaler, hvor jeg har fulgt Berit, så er det nyt, at hun på den måde introducerer til, hvad hendes dagsorden for samtalen er.

Metakommunikation er, når man 'hæver sig op' over samtalens indholdsniveau og kommenterer på det, der tales om og måden, der tales om det på. Det vil sige, det er, når man samtaler *om* samtalen (jf. Alrø et al., 2016). At metakommunikere kan hjælpe til at afklare og tydeliggøre elementer på samtalens indholdsniveau. Det kan således være med til at afklare usikkerhedselementer, og det kan være en måde, hvorpå man kan blive mere tydelig og gennemsigtig med, hvad der aktuelt sker eller skal ske i samtalen, samt hvorfor man siger, som man siger. At metakommunikere kan således også ses som en måde at ledsage og understøtte det, man siger (eller ønsker at udtrykke) i samtalen, og det kan ses som en måde at tjekke op på, hvilke forståelser de samtalende har af det, der sker *i* samtalen.

Det er ligeledes nyt, at Berit runder af med at spørge til, hvordan det stemmer overens med Verners forventninger. At hun både italesætter sine egne forventninger til samtalen samt spørger ind til Verners forventninger hertil, kan ses som et eksempel på at lave en *forventningsafstemning*. At afstemme hinandens forventninger til samtalen kan give indblik i hinandens forestillinger og forventninger til samtalen, herunder både ønsker og forhåbninger samt eventuelle tidligere erfaringer med lignende samtaler, gode som dårlige (jf. Alrø & Kristiansen, 1998, 2006; jf. Miller & Rollnick, 2014). En forventningsafstemning af samtalen kan således danne grundlag for, at man sammen får undersøgt, hvad man hver især tænker, at mål og indhold for samtalen skal være og på den baggrund får sat en fælles kurs for samtalen¹¹⁴.

Verner svarer bekræftende på Berits spørgsmål, at det stemmer overens med hans forventninger til samtalen, fordi "jeg har i længere tid syntes, det var umådelig træls". Jeg vil senere vende tilbage til, at Berit så direkte præsenterer sin dagsorden (hun kunne eksempelvis i stedet have spurgt mere åbent – og eventuelt som det første – ind til, hvilke forventninger Verner havde til samtalen).

Senere i samtalen ses endnu et eksempel på metakommunikation:

Berit: jamen, det jeg gør nu, det er, jeg prøver ligesom sådan metodisk og stille dig nogle spørgsmål, også om vægthistorik og sådan nogle ting, så det. Det har du været igennem før, men jeg gør det en gang til for at få det dokumenteret ordentligt

I modsætning til at agere ud fra en indre dagsorden, fortæller Berit her, hvad der videre skal ske i samtalen samt hvorfor. Samtidig foregriber hun også en mulig undren hos Verner, der kunne opstå af, at han sandsynligvis allerede har fortalt om sin vægthistorik, hvortil hun siger, at det er nødvendigt at spørge ind til den

¹¹⁴ Som med reference til Bordin (1979, 1994) er væsentligt for arbejdsalliancen.

igen. Dette eksempel kan igen ses som en metakommentar til samtalen, som er med til at gøre samtaleprocessen mere forståelig for Verner.

At det er væsentligt at få afstemt forventningerne til samtalen, skal det næste samtaleuddrag illustrere. Her starter Berit igen ud med at introducere, hvad hun forestiller sig, der skal ske i samtalen. Hun fortæller, at hun er blevet ringet op fra stråleterapien, fordi Sanne har haft et vægttab, og de vil derfor gerne have, de to får en snak sammen. Berit fortæller videre, at hun kan læse af journalen, at Sanne har nogle maveproblemer, og derfor tænker hun, at hun vil stille nogle uddybende spørgsmål til Sannes symptomer, og så kan de på baggrund af det lægge en plan for hende:

- Berit: det er mine forventninger, hvad er dine forventninger til, hvad vi skal snakke om?
- Sanne: jamen, æh, jeg havde faktisk slet ikke tænkt, at diætist [afbryder sig selv]. Det var noget, de ligesom sagde til mig dernede [i stråleterapien], de syntes, måske det var en god idé, fordi at, at jeg havde haft et vægttab [...] og det er ikke, fordi jeg er, jeg er ikke ked af, at jeg har tabt i vægt, fordi jeg føler også, at det har givet mig andre gode ting
- Berit: mmm
- Sanne: altså, for eksempel mit blodtryk, det er jo normalt. Det var det ikke før. Jeg har ikke hovedpine mere, og det er jo nok selvfølgelig på grund af blodtrykket. Så jeg har det også sådan lidt, øh at, at jeg tror også på, at der er noget godt i det, at netop det sker

Sanne er blevet henvist til en samtale med Berit, fordi personalet i stråleterapien har bemærket, at hun har haft et fortløbende vægttab. Berit italesætter indledningsvist, at det derfor er hendes forventning, at det er det, de skal tale om – vægttabet – samt hvad de kan gøre ved det.

Da Berit spørger ind til Sannes forventninger, kommer det dog frem, at Sanne ikke selv havde tænkt, hun skulle tale med en diætist, og hun siger videre, at hun egentlig ikke er ked af, at hun har tabt sig, da hun oplever, der også er kommet noget godt ud af vægttabet.

Hadde Berit ikke fået spurgt ind til Sannes forventninger til samtalen, var det ikke nødvendigvis kommet frem, at hun måske ikke selv helt kunne se, hvorfor hun skulle tale med en diætist, samt at hun umiddelbart var glad for vægttabet. Denne samtale har vi også med i forskningscirklen, og her taler vi blandt andet om, at man (som diætist eller sundhedsprofessionel) meget nemt kan komme til at tage for givet, at patienterne selvfølgelig må tænke, at de skal have hjælp til at få håndteret deres vægttab, når de er blevet henvist til en samtale med diætisten på grund af et uhensigtsmæssigt vægttab. Som eksemplet her viser, så er det dog

ikke altid tilfældet, og det understreger betydningen af at få lavet en forventningsafstemning.

Gennemsigtighed i sprog og proces

Sannes udsagn om, at hun ser vægttabet som noget positivt, følges op af Berit på følgende måde:

- Berit: øhm, og det er også noget af det, jeg, jeg sådan gerne vil, øh forventningsafstemme med dig, kan man sige. Fordi, hvis nu man kigger på BMI¹¹⁵
- Sanne: mmm, så det jo højt
- Berit: ja, men problemet med et vægttab, æhm. Altså hvis du var rask, kan man sige, jamen så, et vægttab, det ville jo bare være som det passede dig, kan man sige. Men nu er du i et behandlings, et kræftbehandlingsforløb, kan man sige, og så ved vi, at fordi kroppen er i sådan en stresstilstand, så er de vægttab, man faktisk præsterer, de, de [afbryder sig selv]. Hvor man normalvis, hvis man gik på slankekur, jamen så ville man tabe en afmålt balance mellem fedt og muskler. Men den balance er bare forskubbet over imod muskler. Så det, du taber dig, det er faktisk størstedels muskler
- Sanne: ja, ok
- Berit: og muskler er [afbryder sig selv], jeg plejer at sige, det er den største valuta, vi har i sådan et kræftbehandlingsforløb
- Sanne: ok
- Berit: fordi det er jo klart, at det er dine muskler, der gør, at du kan gøre de ting, du har lyst til – at passe dig selv og stå op og gå på toilet og alt det her, ikke også. Men de er meget under angreb, dine muskler, i sådan et behandlingsforløb, fordi din krop er stresset. Og så tærer den mere på musklerne, fordi den tænker, jamen vi er, vi ligger ude på en klippe, ikke også, og er syge, så musklerne, dem har vi ikke brug for
- Sanne: nej
- Berit: det har du i det, i den måde, du lever på, kan man sige [...]

¹¹⁵ BMI står for Body Mass Index, der er et objektivi mål for forholdet mellem en persons vægt i relation til vedkommendes højde. Et BMI mellem 18,5-25 indikerer, at man er normalvægtig. Ligger man over, er man overvægtig, og undervægtig, hvis man ligger under.

- Berit: så det, der er min agenda, det er at få stoppet det vægttab her og få beskyttet dine muskler, så godt som overhovedet muligt. Giver det mening?
- Sanne: det giver god mening

I samtaleuddraget her fortæller Berit, hvorfor det ikke er hensigtsmæssigt, at man taber sig i et kræftforløb, også selvom man vægtmæssigt ligger i den høje ende. Eksemplet illustrerer flere ting. Berit uddyber dels, at der er forskel på at tabe sig, når man er rask, og når man er syg, og hun giver her en forklaring på, *hvorfor* det ikke er godt at tabe sig, når man er kræftsyg. Måden, hvorpå hun forklarer det uhensigtsmæssige i at tabe sig, sker ved hjælp af almindelige ord og vendinger og således uden en masse fagtermer. Det øger sandsynligheden for, at hun taler i et sprog, som er genkendeligt og forståeligt for Sanne. Herudover siger hun meget direkte og ekspressivt, *hvad* hun mener skal være målet for samtalen, nemlig at få bremset vægttabet og beskyttet musklerne, og hun spørger ligeledes ind til, om det er meningsfuldt for Sanne.

En indikation på, at det har været forståeligt og meningsfuldt for Sanne, kan blandt andet ses i det efterfølgende interview, hvor hun udtrykker, at Berit er god til at forklare og gøre det, de snakker om, forståeligt. Hun fortæller også, at hun havde troet, der var noget positivt i hendes vægttab, men efter snakken med Berit forstår hun nu, at det ikke er hensigtsmæssigt lige nu.

Hvis vi vender tilbage til samtalen mellem Berit og Verner, så ses der også her et eksempel på klar tale, hvor Berit er gennemsigtig i forhold til såvel proces som indhold:

- Berit: der er to ting, jeg har særligt i kikkerten efter sådan en operation der, og det er jo, at man har jo – eller der er jo sådan set tre ting [Berit viser på et papir, og Verner læner sig frem]. Man har jo været inde og rode med, man har blandt andet skåret din, din gald, galdeblæren den er fjernet
- Verner: nå, helt
- Berit: i forbindelse med operationen, helt ja. Og så kan man sige, du mangler også noget af din, af din tyktarm, og det kan give en forstyrrelse i galdekredsløbet
- Verner: ja
- Berit: og give det, der hedder galdesyremaalabsorption, og det kan give diarré i sig selv
- Verner: ja. Nå, det kan det nå
- Berit: ja og det kan man behandle på. Man kan gøre et behandlingsforsøg, i hvert fald,

for at finde ud af, om det er det. Det kan man gøre på et par forskellige måder. Så det er det ene

Berit bruger forholdsvis lang tid på at gennemgå operationen med Verner (omkring syv minutter), og i den forbindelse fremhæver hun blandt andet, *hvad* det er, hun lytter efter i det, Verner kan fortælle om eksempelvis symptomer, medicin, gener og mad. Samtidig forklarer hun, *hvorfor* hun kigger efter disse elementer. Mens hun taler, sidder hun samtidig med en tegning af kroppens organer, som hun taler ud fra, når samtalen relaterer sig til operationen. Da hun nævner, at Verner blandt andet har fået fjernet galdeblæren, peger hun på samme tid på tegningen der, hvor galdeblæren er illustreret. På samme måde inddrager hun tegningen i det efterfølgende, når samtalen drejer sig om operationen. Berit uddyber således både verbalsprogligt og med hjælp fra billedmateriale, hvilke sammenhænge hun kigger efter, hvorfor hun har de hypoteser, hun har, og hvordan de relaterer sig til Verners operation. Undervejs i samtalen udtrykker Verner, hvad jeg tolker som overraskelse i forhold til nogle af de indgreb, han har fået foretaget. Da Berit nævner, at hans galdeblære er helt fjernet, siger han "nå, helt", og da hun efterfølgende uddyber, at en del af hans mavesæk også er blevet fjernet samt noget af tyktarmen, svarer han "men det vil sige, man har piller rigtig meget". Det kunne tyde på, at der er forhold ved operationen, han (først) forstår nu. Det understøttes også af, at han lidt senere i samtalen siger:

- Verner: jeg synes, jeg har ikke fået så god en forklaring før. Jeg vil gerne have den her [tegning af det operative indgreb] med, hvis
 Berit: det må du meget gerne, det må du meget gerne
 Verner: fordi jeg har aldrig fået en sådan
 Berit: sådan anatomien i det
 Verner: nej, det har jeg ikke, og for [afbryder sig selv]. Det, at der er fjernet hele den her historie der [peger på tegningen], og mavesækken er så lille. Det betyder en hel del for mig

Klar tale som kommunikativ kvalitet i diætbehandlingssamtaler handler således om, at diætisten er tydelig i sin kommunikation, både hvad angår indhold og proces. Metakommunikation og forventningsafstemning ses her som understøttende elementer. Transparens i forhold til, hvad der skal tales om, hvorfor det er vigtigt, samt hvordan det kan håndteres, er ligeledes centralt. Og endelig, at kunne formulere sig i et sprog, som patient og pårørende kan forstå.

Personcentreret styring

Som nævnt er diætbehandlingssamtaler i kræftforløb underlagt et behandlingsansvar, og man kan således sige, at der ligger et element af styring eller målretning i kraft af den behandlingskontekst, samtalen er en del af. Hvordan denne styring forvaltes er dog ikke ligegyldig. Når jeg her taler om *personcentreret styring*, så henviser det til det indlejrede element af styring, der ligger i netop denne samtalekontekst. Der er nogle forhold, diætisten *skal* (eller *bør*) tjekke op på og spørge ind til i relation til den ernæringsproblematik, den kræftramte er blevet henvist med. Ved det pågældende hospital ligger der således en ernæringsinstruks, der guider den samlede ernæringsmæssige indsats på tværs af faggrupper, men som også sætter en ramme for, hvad diætisten skal være opmærksom på.

I det foregående er der blevet introduceret nogle kommunikative udfordringer, som blandt andet kan relateres til dette styrende element i diætbehandlingssammenhængen. Det gælder, når samtalen bliver en ren kontrolsamtale, hvor diætisten primært orienterer sig mod at tjekke patienten i forhold til nogle bestemte (generaliserede) parametre og uden at være opmærksom på, om patienten måske kunne have nogle andre behov eller ønsker, der også kunne være relevante at bringe op i samtalen. Det samme gælder, når samtalen bliver for problemløsningsfokuseret – og med afsæt i, hvad diætisten vurderer, kan være en god løsning. Igen uden at medtænke eller spørge ind til, hvad der kunne give mening for patienten.

Der ligger et dilemma heri. For her er tale om mennesker med en alvorlig sygdom, hvor vi ved, at det sandsynligvis vil kunne have en gavnlig effekt, hvis deres vægt og indtag af mad forbedres. Det giver derfor god mening, at man kan få lyst til at fylde på med viden og information og 'gode råd'. Men som jeg har problematiseret, så skal de gode råd også give mening for patienten, og de skal synes overkommelige. Mange af de kræftramte står i en ambivalent situation, hvor de godt ved, at de *burde* spise, men de er samtidig plaget af voldsom kvalme, hvilket gør det svært at spise. Kommer der så en og siger, man skal spise, så kan det risikere at få den modsatte effekt. Det er netop ambivalensens udfordring (jf. Miller & Rollnick, 2014; R. M. Ryan & Deci, 2017). En af de kræftramte i projektet udtrykker det således:

ja det kan godt være, det får en eller anden trodseffekt, hvor man siger: så kan de, øhm, at man siger, så gider man ikke at rode med det. Så vil man ikke have med det at gøre, at så, så altså, så afviser man hele konceptet og siger: det [spisning] gider jeg slet ikke at beskæftige mig med (Anders, kræftramt)

For mange er det at få kræft ikke blot et spørgsmål om at håndtere sygdommen på et fysiologisk eller ernæringsmæssigt plan, det rækker også ind på et psykologisk og eksistentielt plan. Dette taler for, at diætbehandling netop ikke blot er *behandling*, hvor der følges en instruks, tjekkes op på nogle bestemte parametre og gives information. Diætbehandling er også *samtale*. Behandlingsansvaret skal efterleves, men lydhørhed og inddragelse af patientens perspektiv bør også tænkes ind. At finde balancen imellem at være styrende i samtalen og samtidig tage afsæt i patientens behov, ønsker og ressourcer er det, der ligger i personcentreret styring.

Styring med autonomi

Behovet for styring i diætbehandlingssamtaler med kræftramte hænger ikke kun sammen med de krav, der ligger til selve behandlingen. Behovet for styring skal også ses i relation til de kræftramtes udgangspunkt og ressourcer. Netop det, at mange oplever, at sygdomsforløbet er livsombrydende, voldsomt og chokerende, samt at de er plaget af smerter og ubehag, kan gøre, at det kan være svært overhovedet at skulle forholde sig til behandlingsforløbet. Og når der så også samtidig kan være mange forskellige sundhedsprofessionelle inde over forløbet (jævnfør kapitel 5), kan det bidrage til, at den enkelte kræftramte oplever behandlingstilbuddet uoverskueligt. Derfor kan der også være et ønske om styring fra den kræftramte, fordi der ikke er overskud til selv at skulle træffe beslutninger eller selv at byde ind med noget. Det illustrerer nedenstående eksempel, der er fra et interview, hvor jeg taler med Nina, der er kræftramt, og hendes mand, Niels:

- Nina: ej, jeg synes det er en stor mundfuld
[...]
- Nanna: og tænker du det her, eller tænker du hele forløbet med alt det information?
- Nina: altså hele forløbet. Altså, man, man skiller det ikke ligesom ad, og så tager det enkeltvis, altså [...]. Nu ryger jeg videre til [by] i morgen [Nina gestikulerer med armene og ryster på hovedet]. Og ja, og hvad så [kaster armene ud til siden og ryster på hovedet]
[...]
- Niels: jamen altså det, jeg har det bedst med, det er, at der bliver holdt øje med hende hver dag [lægger en hånd over på Nina], ikke [...] jamen altså hun er jo ude hver dag og få stråler, ikke også. Så holder de jo også øje med hende. Og de tager hendes vægt, ikke, og, og
- Nina: jamen altså det [kniber øjnene sammen og ryster på hovedet]

- Niels: én gang, og lægen én gang om ugen, ikke også. Så jeg føler, der bliver holdt lidt øje med hende, i hvert fald
- Nanna: [henvendt til Nina] men du har vel også brug for at få nogle informationer undervejs, er det ikke det, du siger?
- Nina: ja, det er altså, det er, ligesom om man bliver proppet [lader sine hænder falde ned i skødet] på én gang med det hele. Og nå ja, hvad var det nu der skulle ske

Nina giver her udtryk for, at hun synes, hele kræftbehandlingsforløbet er meget at skulle kapere. Da jeg efterfølgende ser videooptagelsen af diætbehandlings-samtalen igennem, som er en gruppesamtale med Anne og en kræftramt mere, fremstår det også, som om Nina har svært ved at forholde sig til det, Anne siger. Da Anne indledningsvist spørger ind til hendes forventninger til samtalen, siger hun "jeg er helt blank med, hvad det går ud på". Sammenholdt med, hvad hun også giver udtryk for i det ovenstående eksempel, så kunne det tyde på, at hun oplever behandlingsforløbet som overvældende og forvirrende. Senere i interviewet fortæller hun også, at "tilværelsen, den bliver kedelig", og i relation til at hun snart har fødselsdag, siger hun "ej, der tror jeg, ja, jeg graver et hul og hopper i". Disse udsagn indikerer, at Nina også er følelsesmæssigt (og eksistentielt) berørt. At hun er påvirket af sin situation, understøttes også af hendes kropssproglige og parasproglige kommunikation, der betoner hendes verbalsproglige udsagn (jf. Alrø et al., 2016) ved, at hun mange gange slår ud med armene, ryster på hovedet og kniber øjnene sammen. Det ses eksempelvis også, da den anden kræftramte spørger hende, hvor langt hun er i sit behandlingsforløb. Hertil svarer hun "åh" med et suk, lukker øjnene og lader hovedet falde ned. Jeg kan være i tvivl om, hvad Nina tager med sig fra diætbehandlingssamtalen, da hun både undervejs i samtalen og i det efterfølgende interview giver udtryk for, at hun synes, det er svært at være i. Og de forslag, hendes mand eller Anne kommer med undervejs i samtalen, affejer hun alle sammen. Eksempelvis foreslår Anne, at Nina til morgenmad kan spise en mere fedtholdig yoghurt, og at hun også gerne må komme fløde i yoghurten. Niels kommenterer, at det synes han lyder som en god idé, hvortil Nina svarer:

- Nina: ja du vil have, at jeg skal blive lige så tyk som dig. Det vil jeg ikke [Niels griner, men det gør Nina ikke]. Det gider jeg ikke
- Anne: det skal du ikke være bekymret for i den her periode. Det, der er målet, det er, at du holder vægten. Du må ikke så gerne tabe dig
- Nina: nu har I ikke set min moster [...]
- Anne: du må ikke tabe dig i den her periode, det er sådan set det vigtigste
- Nina: ja, nå men det har jeg heller ikke gjort

Anne kommer med nogle helt relevante forslag til, hvordan Nina kan spise, så hun ikke taber sig, og så hun får dækket sit næringsbehov. Men meget i Ninas

kommunikation kunne tyde på, at hun ikke er parat til at foretage disse ændringer, og derfor heller ikke er modtagelig over for de mange forslag, der kommer. Hvis det relateres til Deci og Ryans (2017) motivationskontinuum, så er der sandsynligvis tale om, at Nina oplever lav grad af selvbestemmelse. Og grunden til, at hun overhovedet sidder til denne samtale, kan sikkert relateres til, at hun møder op, fordi hun er blevet indkaldt til samtalen, eller fordi hendes mand har sagt, de bør tage af sted¹¹⁶. Men ikke fordi hun selv har tænkt, det kunne give mening (jævnfør udsagnet om, at hun ikke aner, hvad hun skal ved diætisten). Det vil sige, at hendes motivationsafsæt i højere grad er styret af ydre omstændigheder, end det er indre reguleret.

Hvis vi vender tilbage til samtalen mellem Berit og Sanne (se side 176), så kunne man måske sige, at det samme gør sig gældende for Sanne. Hun møder op til samtale med diætisten, ikke fordi hun selv har tænkt, det kunne være relevant, men fordi andre har opfordret hende dertil. Og det kommer også frem, at hun ikke ser sit vægttab som problematisk. Den måde, Berit følger op på her, ser jeg som et eksempel på personcentreret styring. Berit introducerer, at det vil hun gerne forventningsafstemme, og herefter fortæller hun, hvorfor et vægttab i et kræftforløb ikke er hensigtsmæssigt, og at formålet med samtalen for Berits vedkommende vil være at få stoppet vægttabet. Og så spørger hun, om Sanne kan se meningen i det. Her er Berit styrende i forhold til målet med samtalen. Men hun supplerer med at forklare, hvorfor det er målet, og hun afstemmer med Sanne, om det giver mening. Og sådan fortsætter det i løbet af samtalen. Hun inddrager således Sanne undervejs og tjekker op på, om den agenda, hun har sat for samtalen, også er meningsfuld for Sanne og kan ses ind i hendes hverdag. Af det efterfølgende interview fremgår det, at det har været meningsfuldt for Sanne:

jamen øh, man tænker jo nok altid sådan, når man går til en diætist, ikke, at så skal man ligesom bankes oven i hovedet hele tiden¹¹⁷. Og det har jeg ikke nogen fornemmelse af, at, at jeg er blevet. Der er blevet tilført nogle gode ting til det, jeg gør i forvejen. Og det gør jo så også, at jeg føler, at, at det her, det kan jeg sagtens håndtere, fordi det er ikke en masse kæmpestore ændringer, jeg skal ind og gøre. Det er små ændringer, og det vil jeg sagtens kunne. Så det er brugeligt (Sanne, kræftramt)

¹¹⁶ Mange af Niels' udsagn i løbet af både diætbehandlingssamtalen og interviewet indikerer, at han finder det meget relevant og nødvendigt at tale med diætisten, og han er meget opsat på at få specifikke råd og idéer med hjem. Som samtaleuddraget viser, så er det også vigtigt for ham, at Nina bliver fulgt på hospitalet (at de holder øje med hende).

¹¹⁷ Denne kommentar skal sandsynligvis ses i relation til, at Sanne tidligere har været overvægtig, og hendes forestilling om at tale med en diætist kunne tyde på, at det ikke er rart, men at det indebærer, at man skal have at vide, hvad man gør forkert.

Sannes udsagn her giver indtryk af, at hun har oplevet, at det har været en god og brugbar samtale, som hun godt kan se ind i sin hverdag og gå hjem og handle på. Hun nævner blandt andet, at "der er blevet tilført nogle gode ting til det, jeg gør i forvejen", og at det kan hun "sagtens håndtere". Det indikerer, at Berit har formået at relatere sin agenda til Sannes udgangspunkt og kompetencer, og at Sanne kan se meningen med det. Det ser jeg som et udtryk for, at Berit har været styrende og informerende ud fra et personcentreret afsæt.

Et andet eksempel herpå er den måde, Berit introducerer til samtalen mellem hende og Verner på (se side 174), hvor hun indleder med at fortælle, hvad hendes agenda for samtalen er. I samtalen ligger der som nævnt tidligere et element af styring indlejret. Når det er afsættet, kan det være hensigtsmæssigt at starte ud med at fortælle, hvad diætistens (eller behandlingsindsatsens) formål med samtalen er, fremfor at man starter med at spørge åbent ind til, hvilke forventninger patienter og pårørende måtte have¹¹⁸. Derved er man fra start af tydelig med, hvad rammen for samtalen er, og at det blandt andet indebærer, at den vil være styret af et overordnet hensyn til patientens sygdomstilstand. Netop det overordnede hensyn til patienten er en central del af personcentreret styring. Man er styrende med afsæt i, hvad der er til patientens bedste, og med afsæt i de ressourcer, patienten har – og i det omfang, det kan lade sig gøre – de ønsker, patienten måtte have.

Det følgende eksempel er fra en samtale mellem Berit og Tine. Tine har et længere sygdomsforløb bag sig, og hun fortæller blandt andet, at der er meget usikkerhed omkring hendes diagnose såvel som prognose, hvilket påvirker hende. Samtidig døger hun lige nu med, at hun ikke kan 'slippe af med' et dræn, og det har også ledt til spekulationer hos hende i forhold til, om det kan betyde endnu en operation.

Berit: så du er lidt utryk på flere ting. Og det kan jeg sagtens forstå
 Tine: [med grødet stemme] ja, fordi jeg stod egentlig op i morges og havde ikke ondt, og havde ikke sovet. Det kan man ikke i den her banegård [pt snøfter]. Men havde det ok og havde lyst til [afbryder sig selv], var sulten. Og jeg havde fået dem overbevist om, at jeg ikke skulle ligge med det der kabiven [kunstig ernæring til indsprøjtning¹¹⁹] i nat, og det, jeg har ikke haft ondt, siden jeg fik det taget ud. Og så var han [læge?] inde og snakke om, at jeg

¹¹⁸ Som jeg ellers ville mene er hensigtsmæssigt i mange andre former for professionelle hjælpesamtaler, hvor man ikke er underlagt et bestemt fokus, da det indikerer, at man er åben og lydhør over for det, den anden måtte komme med.

¹¹⁹ Her er tale om det, der kaldes parenteral ernæring, som er intravenøs tilførsel af ernæring.

skulle måske have noget igen i nat, og så sagde jeg til ham [drejer hovedet skråt nedad], det er ikke med min gode vilje, og hvis jeg kan få lov til at sige nej, så siger jeg nej

Tine fortæller blandt andet her, at hun ikke er glad for den parenterale ernæring, og da Berit efterfølgende spørger ind til, hvad det er, der generer hende, fortæller hun, at hun oplever, det giver hende kvalme, oppustethed og smerter. Tine fortæller videre, at hvis det kan gøre, at hun slipper for den parenterale ernæring, så er hun klar på at begynde at spise selv.

Umiddelbart kunne man tænke, at det er godt, at Tine er motiveret for at spise. Men spørgsmålet er, om hun reelt er i stand til det. Det tager Berit blandt andet fat på, i den videre samtale, og hun styrer samtalen tilbage mod den parenterale ernæring, fordi hun vurderer, at det fortsat er til Tines bedste. Hun forklarer hvorfor, og hun peger samtidig på nogle justeringsmuligheder, som måske kan gøre, at Tine ikke føler samme ubehag. Berit foreslår, at hun taler med sygeplejersken om, at de skal afprøve disse ændringer, og hun spørger Tine, om det vil være ok:

Tine: [smiler og ryster lidt på hovedet] jo, det kan jeg godt gå med til
 Berit: det er jo dig, der styrer det ikke også, kan man sige. Men vi gør det jo, fordi vi mener bestemt, du har brug for det
 Tine: jeg er også fuldstændig klar over, at jeg selvfølgelig har brug for nogle af de ting, der ligger deri [i den parenterale ernæring]. Det er jeg godt klar over, men så smerten i forhold til det. Det, jeg har sgu døjet så meget med min mavepine, og jeg gider ikke mere
 Berit: nej, men det er dig, der bestemmer i den sidste ende. Og så må vi prøve at rådgive dig, så godt som vi kan

Det er Berits vurdering, at det ikke vil være til Tines bedste at stoppe med den parenterale ernæring, og derfor bruger hun en del tid på at undersøge, hvorfor det er et problem for Tine. Hun anerkender, at Tine oplever gener herved, og samtidig forklarer hun også, hvorfor hun vurderer, at det fortsat er nødvendigt for Tine. I sidste ende gør hun det dog også klart, at det er op til Tine selv at beslutte, om hun vil følge Berits anbefaling. Netop inddragelsen af Tines perspektiv og fremhævelsen af Tines ret til selvbestemmelse – samtidig med, at Berit tydeligt fortæller, hvad hun mener, er det bedste for Tine – indrammer den kommunikative kvalitet, der ligger i *personcentreret styring*. Det er, når man formår at være styrende med respekt for den enkeltes autonomi. Det vil sige, at man er styrende, samtidig med at man inddrager og lytter til patientens perspektiv, ønsker og behov, i det omfang patienten magter at være deltagende.

Relationel opmærksomhed

Den sidste af de kommunikative kvaliteter, der har vist sig igennem dette projekt, er diætisternes *relationelle opmærksomhed* i samtalen. Den relationelle opmærksomhed udmønter sig i, at diætisten er orienteret mod at få etableret en god kontakt til patienten (jf. Rogers, 1957). Det indebærer, at diætisten er opmærksom på at få skabt en tryk og tillidsfuld relation samt er orienteret mod patientens perspektiv og behov. Denne opmærksomhed afspejler sig blandt andet i, at patienter og pårørende kan berette om, at de oplever, at diætisten giver sig tid til at lytte – og er god til at lytte. Og de oplever, at diætisten er opmærksom og imødekommende, nem at snakke med, sød og hjælpsom.

Relationstryghed og lydhørhed

I mange af de samtaler, hvor jeg følger de to diætister, særligt i anden runde, ser jeg hos dem begge, at de giver plads til, at patienter og pårørende kan fortælle om deres forløb eller aktuelle situation. Det kan enten være foranlediget af, at de spørger direkte, eller det kan komme som en udløber af, at de spørger ind til, hvordan det går. Som jeg har drøftet tidligere, så kan denne vending, 'hvordan går det med dig' have flere betydninger og således både ses som en hilsen og som et reelt spørgsmål. Således kan det også opfattes forskelligt, men det, at det stilles, lægger op til, at diætisten inviterer til også at høre, hvordan patienten har det. Hvordan man svarer kan også afhænge af, hvor godt man kender den, der spørger, eller hvilken forventning man har til den relation, spørgsmålet stilles i. Det følgende eksempel er fra en samtale mellem Anne og Per:

Anne: hvordan går det med dig?
 Per: det går godt, tror jeg. Nej, det går faktisk helt ad helvede til
 Anne: det er da lige fra den ene yderlighed til den anden. Hvordan gik det til?

Annes spørgsmål kan alt efter konteksten og relationen opfattes forskelligt. Det kan som nævnt blot være en indledende hilsen. Men det kunne også være et spørgsmål, der specifikt retter sig mod det, som er samtalens umiddelbare omdrejningspunkt. I dette tilfælde eksempelvis vægt og spisning, men det kunne også være, hvordan det går med ens ben, hvis samtalekonteksten for eksempel var en samtale med en fysioterapeut. Det kan også være et helt åbent spørgsmål. Og tilsyneladende er det sådan, Per opfatter Annes spørgsmål her. Her kunne Anne have valgt at svare, at det da ikke var så godt at høre – og så gå videre med sin agenda for samtalen. Men i stedet beder hun ham om at uddybe. Per fortæller her, at der er opstået nogle komplikationer, hvilket har været voldsomt, blandt andet fordi han troede, at han var nået til sidste behandling i sit forløb. At Per

dels svarer, som han gør på Annes indledende spørgsmål, og dels udfolder sit svar yderligere, ser jeg som et udtryk for relationstryghed og relationel opmærksomhed fra Annes side.

Relationel opmærksomhed kan kobles til det spor, der er blevet foldet ud igennem afhandlingen, hvor der er blevet fremlagt en dialogisk og personcentreret tilgang, der ser samtale som både et spørgsmål om kommunikation og relation, og hvor det anses for afgørende at kunne sætte sig ind i patientens situation og tage afsæt heri for at kunne hjælpe denne bedst muligt.

Et udtryk for relationel opmærksomhed er for eksempel også, når Berit som ovenfor siger til Tine, at hun godt kan forstå, at hun er utryk ved flere ting. Berit viser her forståelse for Tines oplevelse og situation, og da Tine efterfølgende fortæller, at hun er generet af den parenterale ernæring, beder Berit hende om at fortælle mere. Havde Berit ikke været relationelt orienteret, kunne det i samtalen eksempelvis have vist sig ved, at hun ikke bad om Tines perspektiv, eller at hun ikke udviste forståelse for hendes oplevelse af, at det var svært. I eksemplet ovenfor fremhæver Berit også, at det i sidste ende er Tines egen beslutning, hvad hun ender med at gøre. Det kan ses som et udtryk for, at hun respekterer og anerkender Tines ret og evne til selv at træffe beslutninger. Dette ses også som et væsentligt element i den relationelle opmærksomhed og harmonerer med den dialogiske og personcentrerede tiltro til den enkeltes beslutningskompetence og potentiale.

At diætisten ikke kun er rettet mod at informere og rådgive, men også samtidig er orienteret mod at få skabt en god kontakt og medtænke patientens perspektiv på det, der tales om, ses som et udtryk for, at diætisten i sin tilgang både er orienteret mod kommunikation og relation.

Tine fremhæver i det efterfølgende interview, at hun oplevede, at Berit var rolig og tryghedsskabende, og det uddyber hun med, at:

hun virker interesseret i min sag. At det ikke er sådan en, en gennemsnits én hun lige skal ind og fikse. Hun har sat sig ind i, hvad der er sket forud og vil gerne høre lidt mere til det og sådan noget (Tine, kræftramt)

Jeg tolker dette udsagn som et udtryk for, at Tine her oplever, at hun ikke blot er blevet mødt som en patient, men også som en person, og det er min vurdering, at det er blevet understøttet af Berits relationelle opmærksomhed.

Betydningen af relationel opmærksomhed kan vise sig i, hvordan patienterne 'går ind' til samtalen, samt hvad patienterne får ud af samtalen og tager med sig derfra. Som kræftramt vil man ofte møde mange forskellige fagpersoner og indgå i flere forskellige behandlingsrelationer. Det giver nogle forskellige erfaringer og

forventninger til samtaler i en behandlingskontekst. Det viser det næste eksempel blandt andet, der er fra en samtale mellem Berit og Rose, der er kræftramt, samt Layla, hendes datter. Rose er ikke etnisk dansk men kan godt tale dansk. Hun er blevet opereret i forbindelse med sin kræftsygdom, og de har også mødt Berit inden operationen. Uddraget nedenfor er fra deres samtale med Berit efter operationen. Her kommer det frem, at Rose ikke er kommet i gang med at spise endnu, selvom personalet har fortalt hende, at hun gerne må spise alt, og det er det næste, Berit spørger ind til:

- Berit: så du er stadigvæk lidt forsigtig med at spise fast føde?
 Rose: så jeg venter på, jeg skal snakke med dig og være mere sikker på [afbryder sig selv]. Jeg er rigtig bange, jeg tager bare noget, og så
 Berit: hvad er du bekymret for, der sker, når du spiser fast mad? Kan du sætte ord på det?
 Rose: jamen det er svært, men jeg vil ikke have gjort tingene værre for mig her [hun peger oppefra og ned fra halsen ned til maven]. Det var ikke nemt at gå igennem det hele her, også for min datter [får grødet stemme], for min familie [Layla aer Rose på ryggen]. Det vil jeg ikke gøre værre, og jeg har tænkt, hvis jeg, jamen jeg har lyst [og] siger vi bare spis det nu, og så skal jeg have ondt senere. Hvorfor skal jeg gøre sådan? Kan jeg ikke bare gøre lidt forsigtigt, små stykker og de der? Og så er det meget vigtigt for mig, du kan bare sige til mig: du må gøre den og den eller

Rose fortæller, at plejepersonalet har sagt til hende, at hun gerne må spise alt nu, men det tør hun ikke, da hun er bekymret for, at det vil gøre, så hun får det værre. Hun fortæller, at hun ville vente, til hun kunne snakke med Berit for at høre, hvad hun ville sige, og at det er vigtigt for hende at høre Berits anbefalinger. Forinden er det endvidere kommet frem, at Rose har undladt at spise, selvom hun egentlig mærkede sult.

Jeg ser ovenstående som et udtryk for, at Rose har tillid til Berit, og at hun er tryk i relationen. Og hun har mere tillid til, hvad Berit kan fortælle hende, end hvad det øvrige personale siger. Det kan selvfølgelig relateres til, at Berit er diætist og derfor i kraft af sin profession har en særlig viden om mad og ernæring. Men jeg tolker også denne situation som et udtryk for, at Berit har formået at skabe en tryk relation til Rose, så hun har (mere) tillid til hende. Det understøttes også af det efterfølgende interview:

vi har mødt hende før operationen, hvor hun besøgte os nede på patienthotellet, da mor fik kemo. Og så mødte hun os ude på gangen, hvor hun kunne genkende hende [Rose], den anden dag, og spurgte hvordan det gik med hende. Det var hun [Rose] rigtig glad for. Så jeg tror bare det er sådan et trygt forhold [...] hun har glædet sig virkelig

meget til at se hende, det giver hende en tryghed, at hun fortæller så grundigt [...] hun er meget grundig, og så er hun bare så meget til stede og sætter sig ind i situationen. Og kender hende jo selvfølgelig (Layla, pårørende)

Layla fortæller her, at det er hendes oplevelse, at Rose er tryk i relationen til Berit, hvilket hun mener hænger sammen med, at de oplever, at Berit kan (gen)kende dem, samt at hun er nærværende og grundig. Rose er på dette tidspunkt i interviewet meget utilpas, og hun siger derfor ikke så meget, men hun bekræfter med et nik. Layla giver udtryk for, at det netop har betydning, at de oplever at have en god kontakt til Berit, hvilket hun også uddyber videre:

hun er så god til at lytte, det er helt vildt [...] fordi nu, nogle gange, når der er de her svære ting. Mor taler både flydende dansk og forstår. Men alt det her på sygehuset, i alt det her chokperiode, jamen så har jeg været med. Men Berit kan hun sagtens godt sidde og snakke med selv, og det har hun også gjort (Layla, pårørende)

Layla fremhæver her, at det har stor betydning, at Berit er god til at lytte, og i modsætning til de andre samtaler, de har på hospitalet, så kan Rose godt snakke med Berit alene, uden at have Layla med.

Layla og Rose er ikke de eneste til at fremhæve, at diætisterne er gode til at lytte, samt at de er grundige, nemme og behagelige at snakke med. Og flere andre fremhæver også, at de oplever det som meget positivt, at diætisterne forud for samtalen har sat sig ind i deres situation og kender til deres sygdomsforløb, men samtidig også giver rum til, at patienter og pårørende kan uddybe, stille spørgsmål og komme med forslag. Man kunne måske spørge, om dette blot afspejler, at det øvrige personale har travlt? Og det er måske en del af forklaringen. Men en anden del af forklaringen kan også ligge i, at de er relationelt opmærksomme på at få skabt en kontakt og orienterede mod, hvordan patienten har det, samt lydhøre over for, hvad patienten kan rumme og udtrykker behov for.

Humor

Et element, der også er trådt frem, som kan ses i sammenhæng med den relationelle opmærksomhed, er diætisternes brug af humor.

Vi skal her tilbage til samtalen mellem Anne og Per, der først fortæller Anne, at det går fint for derefter at sige, at det faktisk går 'helt ad helvede til'. Per uddyber efterfølgende sin situation. Han har også sin kæreste, Maja, med til samtalen.

- Per: jamen jeg havde regnet med, jeg var færdig i dag, med de stråler. Men altså, nu har de fundet ud af, jeg har en blodpr [afbryder sig selv] ja jeg ved ikke, hvad det er. Der er ingen blod i mit venstre ben
- Anne: som i ingenting?
- Per: altså der kommer da lidt selvfølgelig
- Anne: det er ikke ved at falde af?
- Maja: der er ingen puls
- Anne: hvad, ingen – slet ingen puls?
- Maja og Per: nej
- Anne: det skal der da være
- Per: ja, det mente vi også [griner]

Det er min tolkning, at Anne gør brug af humor i ovenstående, når hun siger, at nu er benet vel ikke ved at falde af. Udsagnet skal således ikke forstås bogstaveligt talt eller på det manifesterede plan, men ud fra det præsupponerede indhold (jf. Alrø et al., 2016), som her relaterer sig til, at Per lige forinden har fået sagt, at han intet blod har i sit ben. Brug af humor inden for sundhedssektoren er ikke ukendt (Dean & Major, 2008), heller ikke i mødet med alvorligt syge. Her kan humor være en måde at håndtere svære følelser på, det kan forbinde folk, lette stemningen lidt og gøre oplevelsen af at være patient i et sundhedssystem lidt mere menneskelig. Humor fordrer dog, at det også modtages eller forstås. Det tolker jeg, at det gør i dette tilfælde, da Per efterfølgende griner ad Annes senere kommentar. Og lidt senere i samtalen kommer han selv med et udsagn, der tolkes som humor.

- Per: jeg tror at sygehusvæsenet de er brændt varme på mig
- Anne: vi har ikke nok at lave, det er det [Anne smiler til Per, der griner]
Det er så hyggeligt, du er her

At bruge humor i en ellers alvorlig samtale, kan være med til at lette stemningen, og det kan ses som en måde at gøre noget alvorligt og følelsesmæssigt svært lidt mere håndterbart (jf. Dean & Major, 2008). Det ses på den måde også som relationsstærkende – vel at mærke, hvis modparten også er indforstået med brugen af humor.

I et interview jeg har med Gert, der er kræftramt, og hans kæreste, Ulla, siger de følgende om humor:

- Ulla: vi har en vis humor, begge to, så det
- Nanna: hjælper det jer?
- Gert: ja, det gør det, det gør det altså. Vi tager gas på hinanden og på systemet, ja

Vi kommer til at snakke om det, fordi de fortæller om den foregående dag, hvor de havde forsøgt at gøre lidt grin med, at Gert ikke havde lyst til at spise. Det understreger, at humor kan have en udglattende og lettende effekt på noget, der ellers kan være lidt tungt.

Gert og Ulla har været inde og snakke med Anne, og der gør de også brug af en hel del humor:

- Anne: er du en mand der sådan naturligt er meget fysisk aktiv eller hvordan er det?
 Gert: ikke lige for øjeblikket [gør store øjne og smiler]. Jo, når jeg ellers er rask og rørig, ja så kan man godt kalde mig fysisk aktiv
 Anne: hvad laver du så?
 Gert: ingenting [vender sig over mod Ulla og griner]. Det kan jeg få en hel dag til at gå med [smiler stort]

Anne griner også med her, og efterfølgende får hun svar på, hvordan Gerts aktivitetsniveau er. Man kan måske spørge, om det er professionelt at anvende humor i en kontekst som diætbehandling til kræftramte. Uden at skulle gå ind i en længere diskussion af, hvad professionalisme er, så kunne samme spørgsmål stilles til den overordnede kommunikative kvalitet: relationel opmærksomhed. For det handler nok i høj grad om, hvad man vægter, og hvad man forstår ved det at være professionel. Ser vi på ordets betydning, så henviser professionalisme til faglig dygtighed. Inden for sundhedsvæsenet og med afsæt i den biomedicinske tradition, kan det godt tænkes, at mange vil mene, at professionalisme her (alene) relaterer sig til den medicinske eller diætetiske viden. Men med afsæt i en biopsykosocial, personcentreret og dialogisk tænkning, så handler faglig dygtighed ikke kun om at kunne gengive og videregive (formidle) korrekt viden. Det handler også om at kunne anvende og omsætte den viden, man har, så det bliver brugbart og forståeligt for den anden. Og her får kontakt – og den relationelle opmærksomhed – betydning. For at kunne finde ud af, hvad der kan give mening for den anden, indebærer det, at man bliver klogere på den andens perspektiv og udgangspunkt – og det indebærer, at man får etableret en kontakt.

Brug af humor, som jeg har set det i diætbehandlingssamtalerne, lader til at have en relationsstøttende effekt, og det ses på tværs af flere af samtalerne. Det betyder dog ikke, at det er den eneste og gennemgående samtaleform. Der tales samtidigt også alvorligt i disse samtaler. I samtalen mellem Anne, Gert og Ulla giver humoren indtryk af, at den er med til at skabe en rar, behagelig og afslappet stemning, men hvor der også kan tales om alvorlige ting, som at Gert eksempelvis ikke længere kan spise fast føde. At samtalen ikke bare har været lutter sjov, men også betydningsfuld, fremgår af det følgende, som Gert fortæller efter samtalen med Anne:

det er dejligt, at de er så opmærksomme på vor [afbryder sig selv], på personen selv, ikke. At de har tid og, til at sætte sig ned og snakke [...] Jeg tænker, at havde jeg været alene: Hold da kæft, så var det ikke til at undvære, det her. Det var det ikke. Så havde jeg haft hundredetusind spørgsmål, som skulle svares, ikke også (Gert, kræftramte)

De tre kommunikative kvaliteter, der her er givet indsigt i, hænger sammen. Klar tale, personcentreret styring og relationel opmærksomhed skal således ses som et samlet bud på, hvad der kan kendetegne kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte.

Sammenfatning

I dette og det foregående kapitel er forskningsspørgsmålets første del blevet analyseret og belyst – *hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte?* Afhandlingen har i denne proces både identificeret nogle kommunikative udfordringer samt nogle kommunikative kvaliteter.

Opsummerende relaterer de **kommunikative udfordringer** sig til fire overordnede tematikker:

- Når diætbehandlingssamtalen kommer til at bære præg af at være en *kontrolsamtale*, hvor formålet ikke som sådan er samtale men i højere grad kontrol af bestemte diætetiske parametre, som hvor meget den kræftramte selv kan spise, og hvordan vægtudviklingen har været.
- Når diætisten vejleder ud fra en *indre dagsorden*, der måske er helt relevant, men som ikke bliver delt med den kræftramte, hvorfor det måske ikke er logisk for den kræftramte, hvad der skal ske i samtalen.
- Når der i udpræget grad fokuseres på at hjælpe den kræftramte på et *funktionelt* niveau, som at kunne have kræfter til selv at bevæge sig rundt, men hvor det meningsfulde niveau ikke medtænkes.
- Når der vejledes ud fra et *løsningsfokuseret* perspektiv, men hvor løsningerne ikke afstemmes med den kræftramte, og hvor meningsfuldhed heller ikke tænkes med.

De **kommunikative kvaliteter** kan sammenfattes i følgende tre begreber: *klar tale*, *personcentreret styring* og *relationel opmærksomhed*. Disse kommunikative elementer tilfører samtalen kvalitet, idet de bidrager til både at understøtte samtalens kommunikative samt relationelle aspekter.

- *Klar tale* relaterer sig til, når diætisten er gennemsigtig i både sprog og proces, og når diætisten får forklaret og metakommunikeret, hvad der skal ske, hvorfor det kan være hensigtsmæssigt, samt hvordan det kan håndteres. Det er her ikke diætisten alene, der dikterer processen, det sker med afstemning af den kræftramtes forventninger.
- *Personcentreret styring* er, når diætisten formår at være styrende med respekt for den enkeltes autonomi, hvilket vil sige med styring med hensyntagen til de ønsker, ressourcer og behov, den kræftramte har. Alt efter den kræftramtes udgangspunkt og overskud, kan den kræftramte inddrages i beslutningsprocesser.
- *Relationel opmærksomhed* er diætistens orientering mod at få etableret en kontakt til den kræftramte. Det kommer blandt andet til udtryk igennem en lydhørhed og perspektivbevidsthed samt en relationstryk ramme, hvor den kræftramte oplever tillid til diætisten og processen. Humor har her vist sig også at være understøttende.

De kommunikative kvaliteter er vævet ind i hinanden og er til dels også hinandens forudsætninger. Hvis man kun formår at praktisere klar tale i betydningen, at man taler i et sprog, der er forståeligt og genkendeligt for den kræftramte, men at man ikke samtidig er relationelt opmærksom, kan man risikere at 'tabe' forbindelsen til den kræftramte. Det kan godt være, den kræftramte kan forstå de ord, man bruger (*klar tale*), men hvis den kræftramte ikke oplever tillid til diætisten, eller hvis diætisten ikke er opmærksom (*relationel opmærksomhed*) på, at den kræftramte er ulykkelig over sin situation, så er det ikke sikkert, den kræftramte reelt kan høre, hvad der bliver sagt.

De kommunikative kvaliteter hænger altså sammen, og tilsammen anses de for at være understøttende elementer i samtalen, der kan bidrage til den kræftramtes udbytte af diætbehandlingen såvel som diætistens vejledningskompetencer. De kvaliteter, der er givet indblik i her, er vokset ud af analysen af den aktionsforskningsundersøgelse, afhandlingen her er funderet i.

Kapitel 9. En dialogisk og personcentreret samtaletilgang

Når diætbehandling ikke kun handler om mad

Fordi, altså, et eller andet sted. Jeg begynder at have det dårligt, hver gang jeg bare hører ordet sondemad. Hver gang de, de sidste tre uger. Hver gang jeg har mødt én i en kittel eller én i noget hvidt tøj eller noget blåt tøj. Så er det vægt, og så det sondemad, og skal vi ikke snart til at gøre noget ved det sondemad, skal vi ikke snart. Altså, lige siden jeg fik den [sonden] installeret, så øh, starter det med: nu skal vi også snart, og nu skal vi, nu skal vi, nu skal vi [slår samtidigt med hånden i luften med knyttet næve]. Vi skal en hel masse. Men (5 sek.) så kan det godt gå hen og blive en lille, øh en, en, en, en lille belastning, når det lige pludselig bare, hver gang man møder en person, så skal vi snakke om sondemad, altså. Det (3 sek.) jeg kan godt forstå den dybere mening med det, det er ikke det. Det, det, det kan jeg godt forstå (Anders, kræftramt)

Dette udsagn er fra Anders, den første kræftramte, jeg møder i projektet. Det kommer fem minutter inde i hans samtale med Anne. Forud herfor har Anne netop spurgt ind til, hvordan det går med hans vægt og sonde (også beskrevet i kapitel 7).

Jeg bliver meget berørt af Anders' udsagn. Før jeg møder ham, har jeg i min naive forestilling tænkt, at det kun ville være med diætisten, man snakkede (sonde)mad og vægt. Og jeg berøres af hans meget rammende beskrivelse: "hver gang jeg har mødt én i en kittel [...] så er det vægt, og så er det sondemad". Som jeg tolker hans udsagn, så er sondemad og vægt åbenbart det eneste, han oplever, at personalet spørger ind til. Det finder jeg meget tankevækkende. I efterrefleksionen giver det mig associationer til den indledende henvendelse, jeg fik fra hospitalet (se kapitel 1), hvor de blandt andet efterspørger, hvad man kan gøre, 'når patienten ikke vil spise'. Og ved det tredje forskningscirkelmøde er det også noget, vi kommer til at snakke om, hvor Anne også udtrykker: "Det er jo lige præcis det, der er det slående punkt. Hvordan får man én, der har madlede og kvalme, til at spise. Det er jo det, vi sidder i".

Anders' udsagn understreger kompleksiteten. Når der, som i denne afhandling, er tale om alvorligt syge mennesker som set ud fra et (biomedicinsk) behandlingsperspektiv helst ikke skal tabe sig, så er det forståeligt, at man som sundhedsprofessionel – med behandlingsansvar – er optaget af, at den kræftramte ikke taber sig. Og sandsynligvis spørges der ind til mad og vægt ud fra et hensyn til den kræftramte, og fordi man gerne vil hjælpe.

Men selvom den omfattende spørgen ind til mad og vægt skulle være funderet i et ønske om at hjælpe, så er spørgsmålet, om der (alene) spørges ud fra den sundhedsprofessionelles egen forståelse af, hvad der vil være hjælpsomt, eller om der (også) spørges ud fra en interesse i, hvad der for Anders kunne synes hjælpsomt?

Set fra Anders' perspektiv opleves det ikke som en hjælp, tværtimod. Det uddyber han blandt andet i det efterfølgende interview:

jeg har følt det som en lille [afbryder sig selv], lidt som en form for belastning, hvor man tænker: de kan, de kan. Ja øh, for den sags skyld gøre, gøre noget rigtig grimt ved deres sondemad, øh. For når man hører et eller andet længe nok og mange gange nok, så kan det gå hen og blive lidt, altså. Alt andet lige, det er til ens eget bedste og alt det her, det forstår jeg jo. Det forstår jeg fint. Men det kan godt gå hen og blive lidt belastende (Anders, kræftramt)

Når jeg berøres af Anders' fortælling, så handler det især om, at han i mine øjne giver udtryk for en oplevelse af ikke at blive set, ikke at blive mødt, ikke at blive hørt – som Anders og som person. Det, han giver udtryk for, lyder i mine ører i højere grad, som at han bliver mødt som en kræftpatient i ernæringsrisiko. I afhandlingens indledning er der et citat fra en anden kræftramt mand, der efterspørger, at diætisten sætter sig ned og 'taler ordentligt' med ham. Jeg tænker, at Anders efterspørger noget tilsvarende her, og ikke kun fra diætisten, men fra 'alle i en kittel'.

Anders giver udtryk for, at han godt ved, at personalet spørger ind til hans spisning, fordi det er 'til hans eget bedste'. Men han siger også i samme sætning, at når man hører noget (man godt ved, man burde gøre noget ved) mange gange nok, så kan det også blive en belastning, og det giver ham på ingen måde motivation til at spise. For som han siger, så kan de bare "gøre noget rigtig grimt ved deres sondemad".

Som det er blevet beskrevet i afhandlingens kapitel 3 og ligeledes gennemgået i kapitel 7, så er der flere ting, der kan forklare, hvad der kan spille ind på ens motivation. Deci og Ryan (2017) taler om betydningen af selvbestemmelse samt behovet for at opleve autonomi, kompetence og samhørighed. Miller og Rollnick (2014) taler om betydningen af, at hjælper formår at tage afsæt i, hvad klienten

er motiveret for, og herunder hvad den enkelte oplever at være parat og villig til, samt har evnerne til. I tillæg hertil problematiserer de, når man i sin iver for at hjælpe kan blive grebet af en ordnerefleks, hvor man forsøger at løse klientens problem men netop uden at indtænke dennes perspektiv, ønsker og behov. Det kan også relateres til, at man kan komme til at tale nogle fra forandring, hvis der er tale om ambivalens. Ambivalensen er netop kendetegnet ved, at man er splittet. Begynder hjælper at tale *for* den ene side i ambivalensen, for eksempel hvorfor den kræftramte burde spise mere, risikerer man, at det får den kræftramte til at tale *for* den anden side af ambivalensen, altså hvorfor den kræftramte ikke spiser (jf. Miller & Rollnick, 2014, s. 26). Det er netop ambivalensens udfordring, at man er splittet imellem at have forståelse for eller være draget af begge sider. Taler hjælper således *for* den ene side kan det forstærke et behov for at forsvare den anden side. I Anders' situation ved han godt, at han *bør* spise, men han oplever samtidigt ubehag ved at spise. Det kan derfor være meget ambivalent for ham at skulle forholde sig til sin spisning. Spørgsmålet er, om personalet har forsøgt at undersøge, hvad Anders egentlig kunne være motiveret for? Eller om de har forsøgt at prøve at sætte sig i hans sted? Hvordan mon det er, hvis man oplever, at det eneste, 'folk' vil snakke med én om, er mad, vægt og sonde? Og hvad mon det gør ved ens motivation for at spise, når man i forvejen synes, det er svært?

Som det fremgår, så fortæller Anders til Anne, at han er frustreret. Og det er jo i sig selv lidt interessant, at han netop siger det til hende, der er diætist, og som egentlig formelt set burde være en af dem, der var 'berettiget' til at snakke om sonde og vægt med ham. Anne og Anders har forinden talt om, at Anders oplever problemer med sonden, og hertil siger Anne "så kan jeg godt forstå du er sådan lidt småirriteret. Er det ikke rigtigt forstået". Det bliver indgangen til Anders' fortælling. Anne svarer bekræftende på det, Anders fortæller, at hun godt kan forstå, at han nærmest må være ved at kaste op, bare han hører ordet sondemad. Det leder til en længere snak om, at Anders er blevet stillet i sigte, at han måske skal have sonden i flere måneder. Det var han ikke forberedt på, og det er han ikke glad for. Han giver ikke indtryk af, at det er noget, der er blevet talt med ham om, blot at han er blevet informeret herom. Anne og han snakker til gengæld videre om det, og Anne foreslår, at et mål for Anders så måske kunne være at prøve at arbejde hen imod at komme af med sonden.

Hvis vi skal relatere dette til motivation – og relation – så lytter Anne til Anders¹²⁰. Og afsættet for, at han begynder at fortælle, kan sandsynligvis relateres til, at hun anerkender hans frustration og spørger yderligere ind. I den videre samtale griber Anne Anders' frustration over sonden. I stedet for at fortælle ham, at han

¹²⁰ Det gjorde hun muligvis ikke til en start i samtalen, som jeg har foldet ud i kapitel 7, og det skal sandsynligvis ses i relation til, at hun var optaget af sin indre dagsorden og dertilhørende kontrolpunkter. Men nu lytter hun.

bør spise noget mere, så foreslår hun, at de kan arbejde hen imod, at Anders på et tidspunkt kan komme af med sonden. Og oveni det foreslår hun også, at de kan reducere, hvor mange, der skal tale med ham om hans sondemad og vægt, samt hvor ofte. Anders fortæller efterfølgende i interviewet, at den aftale er han tilfreds med.

Egentlig var det – set fra et sundhedsprofessionelt behandlerperspektiv – meningen, at Anne og Anders skulle tale om hans sondemad, og at han ikke spiste nok. De taler lidt om nogle problemer, Anders oplever med sonden, men ellers taler de i stedet om det, der går Anders på, og hvordan det kan håndteres.

Anders' historie er et eksempel på, at diætbehandling kan handle om meget mere end bare mad og vægt. Den viser for mig også, at diætbehandling er mere end bare behandling. Diætbehandling er også kontakt mellem to eller flere, og det er udveksling af betydning og produktion af mening (jf. Alrø et al., 2016) – og således også samtale.

Udvikling af en dialogisk samtalestruktur

Howdan der kan samtales, og hvad der kan være relevant at tænke ind i samtalen i en diætbehandlingssammenhæng, vil være fokus for det følgende, hvor der tages afsæt i forskningsspørgsmålets anden del:

Howdan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter både diætist og kræftramte i samtalen?

I udforskningen af, howdan der kan udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang til diætbehandlingssamtaler med kræftramte, har der som nævnt i kapitel 1 udfoldet sig to spor. Det ene spor relaterer sig til, howdan de to diætister og jeg har udforsket og undersøgt deres praksis i forskningscirklen. Og her har en dialogisk forskningscirkel taget form. Forskningscirklen og processen er beskrevet i henholdsvis kapitel 4 og 5, men i dette kapitel vil der også blive givet nogle eksempler på, howdan vi har arbejdet i cirklen, blandt andet med afsæt i video. Herudover vil den dialogiske samtalestruktur, der er udviklet igennem projektet, også blive foldet ud. Strukturen har foldet sig ud i processen, parallelt med at de kommunikative kvaliteter også har vist sig. Strukturen har taget form i løbet af forskningscirkelprocessen i samspil med diætisterne, og de har afprøvet den i det omfang, de syntes, det gav mening. Dette arbejde er endvidere

fortsat ind i den nye forskningscirkel. Strukturen i sin nuværende form har dog først udmøntet sig efter analysearbejdet.

Den dialogiske forskningscirkel som afsæt for samtaleudvikling

Den dialogiske forskningscirkel, der har taget form igennem dette projekt, er som nævnt tidligere kendetegnet ved, at den hviler på tre grundelementer: en dialogisk ånd, samrefleksion og video som udvidet dialog. Og det er dette format, der har dannet rammen for aktionsforskningsprocessen. Intentionen i cirklen er at kunne danne ramme for et trygt refleksionsrum og hvor video spiller en central rolle og giver mulighed for at bringe flere stemmer i spil end dem, der udgøres af cirklen samt mulighed for at reflektere ud fra flere sansekanaler. I det følgende foldes det ud, hvordan arbejdet i cirklen har taget sig ud.

På grund af en travl arbejdsdag for diætisterne, er det ikke muligt for dem selv at se videoerne igennem forud for cirkelmøderne, og det er derfor mig, der har valgt nogle klip ud. Det bringer jeg blandt andet op på et møde:

- Nanna: det, der bare er sådan lidt ærgerligt, man kan sige optimalt set, så skulle I selv have siddet og kigget alle videoerne igennem. Det tænker jeg, det har vi snakket om. Det var der ikke rigtigt lige tid til
- Berit: mmm [smiler]
- Nanna: så det blev jo mig, der udvælger noget, som jeg tænker, vi kan reflektere over og have gavn af at se sammen
- Anne: mmm [både Anne og Berit nikker]
- Nanna: og min intention med i dag det er, at vi egentlig prøver at kigge på, hvad er det så lige vi ser denne her gang. Hvad siger patienterne, hvad ser jeg inde i konsultationerne eller samtalerne med jer, og hvad tænker I selv om det. Altså det er noget af det, jeg tænker, vi kan få ud af i dag. Men det er også lidt vigtigt for mig, at vi også snakker om: er der noget I har tænkt over siden det her projekt startede, siden sidst måske bare [...] er der noget der fylder i forhold til det, er der noget I har tænkt videre i, er der noget I har gjort anderledes [...] så det er sådan lidt åbent

Som det fremgår af uddraget her, så er det mig som forsker, der har gennemset videooptagelserne forud for cirkelmøderne og udvalgt, hvad der kunne være interessant at se sammen i cirklen. Vi har tidligere talt om, at det havde været optimalt, hvis de to diætister selv kunne have set deres egne videooptagelser igennem forud for møderne, men det har desværre ikke været muligt. Det betyder, at jeg har måttet gøre mig nogle grundige overvejelser i forhold til,

hvordan jeg udvælger videoklip. Her har jeg været styret af de tematikker, vi har været optaget af at arbejde med i cirklen, som også kan relateres til de kommunikative udfordringer og kvaliteter, der er blevet foldet ud i de to foregående kapitler. Der kommer således til at ligge en grad af styring i inddragelsen af videoklip, eftersom det er mig, der har udvalgt dem. Det er jeg opmærksom på. Blandt andet derfor ligger det mig også på sinde at minde om, at jeg meget gerne vil høre, om der er noget, de deltagende diætister har været optaget af eller tænkt over siden sidst.

Som jeg også siger i det ovenstående, så er det min tanke med videooptagelserne, at de kan danne afsæt for samrefleksion over det, vi ser, og ligeledes at de kan give stemme til de kræftramte: "hvad siger patienterne". Det næste er et eksempel på, hvordan videoen kan være med til at udvide dialogafsættet. Eksemplet er fra et forskningscirkelmøde, hvor jeg afspiller et klip fra en gruppesession, Anne har haft. Jeg viser til cirkelmødet et uddrag fra opstarten af denne gruppesession¹²¹:

- Anne: Jeg skal lige høre, om I har nogle ting, som I gerne vil have, vi gennemgår, om I har nogle spørgsmål, inden vi går i gang?
 Ole: Nej, det synes jeg ikke, jeg er bare spændt på, hvad du har at sige
 Nina: Jeg er helt blank med, hvad det går ud på

Min intention med at afspille dette videoklip i cirklen er, at jeg gerne ville vise to ret forskellige svar på det samme spørgsmål. Jeg vil gerne vise den kompleksitet, der kan være, både i relation til de individuelle samtaler, de har, men især også ved gruppesessionerne. Og som klippet her illustrerer, så sad Anne med to kræftramte, der havde en noget forskellig indgang til samtalen.

Efter klippet fortsætter vi således:

- Nanna: det jeg også gerne vil vise, det er kompleksiteten. Fordi der sidder faktisk en ret parat patient herovre [jeg peger på videoen] [...] og så sidder der en anden patient derovre, som er fuldstændig i chok [...] og spørgsmålet er, hvad hun egentlig var parat til?
 Anne: jeg vil sige ved hende, det var en af de få, som jeg var nødt til at have ugentlige, nogle gange to gange om ugen, kontakt med hende [...] fordi hun var meget presset
 Berit: men hvad er det der, hvad er det for nogle faktorer, der gør det, tror du, hvad er det for nogle patienter, der reagerer sådan der, tror du. Er de ressourcetsvage?

¹²¹ Eksemplet er også gengivet i Lang (2020).

Her har vi et konkret videoklip, der kommer til at danne afsæt for den videre refleksion. Lige her var det et ganske kort uddrag, men vi har også reflekteret over længere uddrag. Jeg indleder i dette eksempel med at fortælle, hvad jeg gerne vil sige med klippet. Det kan diskuteres, hvor hensigtsmæssigt det er for refleksionsprocessen, men det kan sandsynligvis relateres til, at jeg også skulle finde mig til rette i aktionsforskningsformatet, som ligeledes var nyt for mig. Det bliver jeg dog opmærksom på, da jeg efterfølgende ser videoen af cirkelmødet igennem, og det bliver således et opmærksomhedspunkt for mig, at prøve at lade diætisternes umiddelbare tanker, oplevelser og reaktioner komme frem i stedet for, at det er mig, der starter med at sige, hvad jeg ser. I det konkrete eksempel leder videoklippet videre til, at Anne og Berit begynder at reflektere over, hvad der kan være grunden til, at nogle kræftramte reagerer 'på den måde'. I kapitel 8 er der et længere uddrag fra denne gruppesession i relation til personcentreret styring som kommunikativ kvalitet. Og det kan relateres til noget af det, vi reflekterer over ved dette cirkelmøde, som blandt andet går på, hvordan man kan hjælpe kræftramte, der er ramt på flere planer. Her siger Berit blandt andet:

men der er så også den udfordring, at [...]det er jo en af de udfordringer ved, at det der med lige at tage en føler på, hvad kan patienten rumme, og hvad kan patienten ikke rumme, fordi de kommer med hver deres baggrunde og er meget forskellige steder henne i deres sygdomsforløb. Så det er der, man også skal kunne mærke, hvordan skal man differentiere det her på sigt (Berit, diætist)

Dette bliver afsættet for en refleksion over betydningen af at kunne møde den kræftramte med afsæt i, hvad han eller hun har brug for samt kan rumme. Og her drøfter vi blandt andet også, at nogle af de kræftramte har brug for meget styring eller vejledning, mens andre i højere grad selv kan – og gerne vil – byde ind med ønsker i samtalen. Det bliver her tydeligt for mig, at der hos nogle af de kræftramte er et behov for en mere styrende tilgang fra diætisten, end jeg ellers havde troet, var hensigtsmæssigt. Og det støtter således op om, at personcentreret styring kan være meningsfuldt i diætbehandlingssamtaler med kræftramte.

Vi taler i forlængelse af ovenstående også om, at det ikke nødvendigvis er alle de kræftramte, der er klar til at tale med diætist, selvom de har fået en aftale. Her fortæller Anne blandt andet, at hun særligt med de palliative patienter er mere præcis i sin opstart af samtalen:

jeg plejer nogle gange, og sådan specielt nede i det palliative, at sige, hvordan har du det i dag? For at sætte en ramme for det, så det ikke er over det hele (Anne, diætist)

Dette udsagn kommer i forlængelse af, at vi har talt om, hvordan de indleder deres samtaler, og hvor Anne ofte starter med at spørge "hvordan går det med

dig?”. Men for at hjælpe den palliative patient, som sandsynligvis har det meget dårligt, så justerer Anne en smule i sit spørgsmål, så det præciseres, at hun blot vil høre til, hvordan den kræftramte har det i dag. Dette gør hun ud fra et hensyn til, at den kræftramte ikke behøver at skulle forholde sig til mere end højst nødvendigt. Anne fortæller også videre, at hun nogle gange vurderer, at den kræftramte er for udmattet eller plaget til, at de kan gennemføre en samtale, og så aftaler hun med den kræftramte, at de kan tales ved senere.

Vi reflekterer også over betydningen af at have sat sig ind i den kræftramtes historie forud for samtalen, da jeg har bemærket, at de i hovedreglen altid har læst patientjournalen igennem inden samtalen. Hertil siger Berit:

det er vigtigt, fordi så [afbryder sig selv] det er storslem, de der som bare starter en samtale uden og ha [afbryder sig selv] fra bunden af. Og problemet er jo også, at de patienter her, de snakker jo med hundrede forskellige kontakter. Hvis de skal starte fra Adam og Eva hver gang, så er det pisse træls. Så jo bedre vi kender dem ud fra journalen, jo mere vinder vi på forhånd. Der kan så være nogle ting, der er vigtige at få genfortalt alligevel, men der har jeg det bare selv sådan: hvis jeg var patient, så ville jeg gerne have nogen, der kendte mig. I hvert fald i det omfang det nu engang kan lade sig gøre

Dette udsagn er meget sigende for, hvordan både Anne og Berit tænker om deres patienter. De er opmærksomme på, hvem de sidder over for, og de har på forhånd sat sig ind i, hvad sygdomshistorikken er. Ikke kun for, at de selv kan have en idé om, hvad den kræftramtes diætetiske udfordringer kan være, men også for at tage hensyn til den kræftramte. Denne tænkning taler ind i den relationelle opmærksomhed, jeg også synes at kunne spore i samtalerne, og som også kommer til udtryk i udsagn fra patienter og pårørende: ”hun virker interesseret i min sag [...] man er ikke bare sådan en gennemsnits én”.

De fælles refleksioner i forskningscirklen er afgørende for, hvad der træder frem i aktionsprocessen som væsentligt. Det er netop på baggrund af samrefleksionen, at konturerne til såvel kommunikative udfordringer som kvaliteter viser sig. Det afspejler den bevægende og emergerende proces, der netop kendetegner aktionsforskning og som sker i samspil. Det er det, der træder frem i dialogen og refleksionen i forskningscirklen, der bliver retningsanvisende for forskningsprocessen.

Et eksempel mere er, at begge diætister bliver meget optagede af, hvordan de starter deres samtaler op efter at jeg på tværs af deres samtaler har noteret mig et mønster. Dette har vi arbejdet med i cirklen ved, at vi har set videoudrag fra flere forskellige samtaler, der alle viste opstarten af samtalen. Her spurgte jeg blandt andet ind til, om de selv havde en klar idé om, hvordan de startede deres samtaler, samt om de havde tænkt over, hvilken betydning det kunne have. Det

havde de ikke lige umiddelbart, men den videre drøftelse heraf satte gang i nogle refleksioner, hvilket næste uddrag afspejler, som er fra det efterfølgende forskningscirkelmøde:

- Nanna: jeg er nok lidt nysgerrig på, om der er noget, I har været optaget af, siden vi snakkede sammen sidst?
- Berit: men, det du havde af feedback til mig, det, det var det her med ligesom at få sat en dagsorden fra start af og sådan lige forventningsafstemme. Fordi jeg kommer jo altid og ved hvad min opgave er, men det er ikke sikkert, patienten ved, hvad patientens opgave, eller min opgave er. Og det har jeg da tænkt over siden, tror jeg

Berit har siden det sidste forskningscirkelmøde været optaget af, hvordan hun indleder sine samtaler, og om hun kan få lavet en forventningsafstemning. Hun fortæller videre, at det dog ikke er helt nemt at spørge ind til patienternes forventninger, for mange gange ved de ikke, hvad de skal forvente:

- Berit: tit, så er de bare, altså, de aner det ikke. De aner det ikke, så det, så ved man jo også lige, hvor de er henne ikke også, hvert fald, fordi de har jo snakket med hundred og sytten mennesker på den uge, de er indlagt, ikke også, så, så er det svært lige og omstille sig til, hvad jeg skal bruges til

[...]

- Anne: der tager jeg også den der forventning, æh om der er nogen forventninger. Og det er lidt den samme oplevelse, som Berit. De sidder og, fladt, og egentlig bare venter på at

Nanna: at du siger noget

- Anne: ja, de har meget sjældent nogle forventninger til, hvad det er, de skal høre. De ved trods alt, det er noget om kost, men ellers så er det: du siger bare, hvad du vil

Både Anne og Berit oplever, at det kan være svært at lave en forventningsafstemning med de kræftramte, da rigtig mange af de kræftramte ikke har nogen forventninger. Dette er et afgørende punkt i vores refleksioner, da det leder videre til, at vi undersøger, hvilken betydning det kan have for samtalen, samt den måde, de indleder samtalen på. Det leder videre til en drøftelse af, hvad der kan være hjælpsomt, hvis man netop oplever at skulle tale med en hel masse på en dag men samtidig også gerne skulle finde diætbehandlingssamtalen meningsfuld. Dette bliver ansatsen til den videre udforskning af klar tale som kommunikativ kvalitet. Det bliver ligeledes ansatsen til udviklingen af den dialogiske samtalestruktur.

Det samreflekterende arbejde med at udforske diætisternes samtalepraksis i forskningscirklen har således været med til at tegne nogle konturer for henholdsvis udfordringer og kvaliteter i kommunikationen med de kræftramte. Og det er det, der har været retningsangivende for processen. At vi løbende har kunnet gå i dialog og reflektere over og drøfte tematikker sammen, har været med til at kvalificere den viden, der er kommet ud af aktionsforskningsprocessen. Jeg er som forsker blevet udfordret på nogle teoretiske antagelser, for eksempel i forhold til graden af styring i en hjælpersamtale. Og samtidig er de deltagende diætister blevet udfordrede på nogle af deres antagelser, blandt andet hvad angår forventningsafstemning. For selvom de her begge udtrykker, at det er svært, så siger Berit eksempelvis ved det efterfølgende forskningscirkelmøde, at hun synes, hun er blevet ”skarpere i aftaler”, samt:

og så også det der med at blive endnu bedre til at forventningsafstemme. At, det jeg har tænkt mig at gøre i dag, det er dét, og dét, og hvad havde du egentlig tænkt, vi skulle gøre? Fordi det er altid, det er faktisk ret interessant at høre, om han er nogenlunde på bølgelængde. Så der, hvor der lige er overskud til det, så er det også blevet en fast bestanddel, hvilket [det] jo også burde være. Men nu kan jeg bedre se meningen med det (Berit, diætist)

I vores arbejde med diætisternes samtalepraksis, efterspørger de blandt andet noget konkret og håndgribeligt, de kan prøve at samtale ud fra. Det fører til, at jeg sammenfatter nogle af de temaer, vi har talt om og sætter dem op som en struktur, de kan lade sig inspirere af i samtalen.

Struktur kommer af latin, *structura*, der betyder at sammenføje eller opbygge, og det er i denne betydning, begrebet bruges her. Struktur kan også henvise til orden og styring, men det er ikke sådan, det tænkes her. Fremfor at der er tale om en fikseret og ordnet plan, så er der i højere grad tale om elementer, der er indbyrdes forbundne (*Struktur*, u.å.; ”Struktur”, 1944). Med samtalestruktur menes således *ikke* en tjekliste, og den skal heller ikke ses som en fast kronologisk ordnet struktur. Den skal snarere ses som opmærksomhedspunkter, den enkelte diætist kan støtte sig til undervejs i samtalen. Strukturen er vokset ud af de refleksioner, vi har gjort os i cirkelarbejdet og den vil nu blive foldet ud i det følgende.

En dialogisk samtalestruktur

- Kontakt/engagering
- Forventningsafstemning

- Rammesætning/dagsorden
- Samtalemål/-emner
- Gennemsigtighed/klar tale
- Inddragelse af patientens perspektiv og parathed
- Opsummering/aftaler
- Opfølgning

Det første opmærksomhedspunkt i strukturen er *kontakt og engagering*. Selvom strukturen ikke er tænkt som en kronologisk tjekliste, er der en vis logik i rækkefølgen i forhold til, hvornår det kan være relevant at have sin opmærksomhed rettet mod hvad. Ved opstart af samtalen giver det eksempelvis god mening, at man er særligt opmærksom på at få etableret en kontakt, da den indledende kontakt er med til at lægge fundamentet for resten af samtalen (jf. Lang, 2018; Miller & Rollnick, 2014; Rogers, 1957). Dette punkt knytter an til *relationel opmærksomhed*.

Det næste opmærksomhedspunkt, *forventningsafstemning*, kan ses i sammenhæng med kontakt. Det handler om at få tunet sig ind på hinanden og finde ud af, hvem man sidder overfor, hvad den kræftramte måtte have af forventninger og ønsker til samtalen. Dette skal ses i relation til betydningen af at kunne medtænke, hvad den kræftramte kunne være motiveret for og parat til (jf. Miller & Rollnick, 2014; R. M. Ryan & Deci, 2017). Som et supplement til samtalestrukturen er der også lavet nogle uddybende spørgsmål, som kan guide diætisterne i, hvad de enkelte opmærksomhedspunkter kunne relatere sig til. I forhold til forventningsafstemning går nogle af spørgsmålene eksempelvis på, hvilke forventninger den kræftramte har til samtalen, samt om den kræftramte har prøvet at tale med en diætist før.

De to næste opmærksomhedspunkter, *rammesætning og dagsorden* samt *samtalemål og -emner* kan for så vidt også ses i relation til de to foregående punkter og i sammenhæng. Disse opmærksomhedspunkter handler om at få italesat dagsordenen og ekspliciteret, hvad der kan være indhold for samtalen, såvel som hvad samtalen kan rette sig imod. De indledende punkter her kan i høj grad relateres til Bordins (1979, 1994) alliancebegreb og betydningen af, at diætist og kræftramte får etableret en kontakt og sammen finder frem til, hvad retningen og målet for samtalen skal være, og hvilket indhold den skal have. Det vil sige, det er også her, der aftales en kontrakt for samtalen (jf. Alrø & Kristiansen, 1998; Lang, 2018). Dog er der jævnfør begrebet om *personcentreret styring* en større grad af styring, end man måske vil se i andre hjælperelationer. Som nævnt i det foregående kapitel, så skal det både ses i forhold til den kræftramtes ressourcer og behov for en grad af styring samt diætistens behandlingsansvar. Et centralt punkt er således også her, at diætisten rammesætter, hvis der er nogle bestemte elementer, der skal tales om i løbet af samtalen.

Gennemsigtighed og klar tale kan ses som en udløber af den kommunikative kvalitet, *klar tale*. Det handler om, at diætisten er opmærksom på at være tydelig med at kunne forklare og metakommunikere om, hvad der er vigtigt, hvorfor det er vigtigt, samt hvordan der kan handles herpå. Det gælder for eksempel i forhold til at kunne forklare, hvorfor et vægttab er u hensigtsmæssigt i et kræftforløb. Gennemsigtighed og klar tale refererer ligeledes til en opmærksomhed på at tale i et sprog, der er forståeligt for den kræftramte, samt at blive specifik og konkret med det, man siger.

Inddragelse af patientens perspektiv handler om at kunne praktisere aktiv lytning og at kunne tage den andens perspektiv (jf. Alrø & Kristiansen, 2006; Miller & Rollnick, 2014; Rogers & Farson, 1957), og det handler om aktivt at inddrage den kræftramte og skabe rum for selvbestemmelse i det omfang, den kræftramte ønsker og magter det. Det handler om at tjekke op på, hvad den kræftramte er parat og villig til samt i stand til. Heri ligger således at få afstemt, hvad den kræftramte er motiveret for, og hvad der synes meningsfuldt (jf. Miller & Rollnick, 2014; R. M. Ryan & Deci, 2017).

De to sidste punkter, *opsummering og aftaler* samt *opfølgning* kan ses i sammenhæng. De relaterer sig til betydningen af at få opsummeret, hvad det er, den kræftramte hæfter sig ved i samtalen, eller hvad det er, man gerne vil have, den kræftramte tager med hjem. Opfølgning handler dels om, at det skal italesættes, hvis og hvordan det er muligt at kontakte diætisten, dels om, hvornår den kræftramte skal kontakte diætisten. Dette opfølgningspunkt er et direkte resultat af, at vi i cirklen bliver optaget af, at (for) mange kræftramte ikke tager kontakt til diætisten, selvom de har haft et vægttab. Punktet indebærer således en opfordring til diætisten om at tage stilling til, om der skal aftales en vægtgrænse for, hvornår der er tale om et kritisk vægttab, og det indebærer ligeledes en opmærksomhed på, om den kræftramte kan rumme og huske det, der er blevet talt om, eller om de mest centrale pointer fra samtalen skal skrives ned og gives med hjem. Her kan igen trækkes tråde til begrebet om personcentreret styring. Flere kræftramte giver i projektet udtryk for, at de får mange informationer i deres behandlingsforløb, og at det kan være svært at huske det hele. Dette kan også relateres til, at flere kræftramte kan døje med kognitive udfordringer, især i forbindelse med kemoterapi (jf. Janelins et al., 2011, 2014). Og det kan for mange være særligt udtalt (op til 75 %), mens de er i behandling. Nogle i projektet efterspørger også specifikt, om de kan få de væsentligste punkter med hjem på en seddel, hvilket taler ind i en kendt udfordring med at kunne huske og rumme de informationer, man får i sit kræftforløb – og dertilhørende behov for hjælp hertil (jf. Tattersall et al., 1994).

Den dialogiske samtalestruktur er som sagt vokset ud af et ønske om at få noget håndgribeligt at støtte sig til i diætbehandlingssamtalen, og den har taget form med afsæt i de kommunikative kvaliteter, der har vist sig i projektet. Relationel

opmærksomhed, personcentreret styring og klar tale kan således siges at være indlejret i tænkningen og strukturen. Det er en væsentlig pointe, da det er med til at understrege, at her ikke bare er tale om en teknik eller metode. Den dialogiske samtalestruktur og de kommunikative kvaliteter er både udtryk for en (dialogisk og personcentreret) måde at relatere sig på og kommunikere på.

En dialogisk samtalestruktur i diætbehandling?

Der har i de foregående kapitler været mange eksempler fra de to deltagende diætisters diætbehandlingssamtaler, hvor der kan peges på kvaliteter i samtalen, der ligeledes kan relateres til nogle af de elementer, der udgøres af den dialogiske samtalestruktur. Jeg vil derfor ikke drage samtaleeksempler ind i det følgende men i stedet diskutere samtalestrukturen i forhold til forskning i personcentreret indendørs kræftbehandling. Det vil jeg blandt andet for at perspektivere den lokalt forankrede aktionsforskningsproces til en lidt bredere kontekst.

Med den dialogiske samtalestruktur og de underliggende kommunikative kvaliteter, peges der på, at det er betydningsfuldt for både diætbehandling og samtalen, at der etableres en relation mellem kræftramte og diætist, at samtalen forventningsafstemmes, at diætisten er tydelig i sin kommunikation, samt at den kræftramte inddrages i det omfang, der er lyst og overskud til. Her trækkes der på dialogisk og personcentreret teori såvel som empirisk forskning – både den viden, der er genereret igennem aktionsforskningsundersøgelsen, samt eksisterende forskningsempiri. Forskning i samtalens eller kommunikationens betydning i diætbehandling – og særligt i relation til kræftramte – er, som nævnt indledningsvist i afhandlingen, et forskningsfelt, der endnu er i sin gryende vorden. Der er dog et studie, som er meget interessant. Det er også kort berørt i kapitel 1 men vil blive foldet yderligere ud her.

Her er tale om et større studie, EAT-studiet: Eating As Treatment (Britton et al., 2019)¹²². Studiet inkluderer omkring 300 patienter og 29 diætister fordelt på 5 hospitaler og er et stepped-wedge randomiseret kontrolleret studie. Det er således et lidt andet format end nærværende aktionsforskningsundersøgelse. Omdrejningspunktet har været diætbehandling til hoved-hals-kræftpatienter, hvor man har undersøgt effekten af at kombinere den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi. Studiet viser en signifikant effekt i form af, at interventionsgruppen har en bedre ernæringsstatus, lavere væggtab samt en

¹²² Da jeg lavede det indledende litteraturreview, forelå der endnu kun en studie protokol. Dette studies resultater er jeg således først blevet bekendt med efter, vi har gennemført vores aktionsforskningsundersøgelse.

højere livskvalitetsscore sammenlignet med kontrolgruppen. I studiet har de også udviklet en struktur, der kan guide diætisterne i diætbehandlingen. De gør ligeledes opmærksom på, at her ikke er tale om en manual, men snarere nogle principper og strategier (Britton et al., 2019). De præsenterer fire principper, som relaterer sig til betydningen af at kunne understøtte den kræftramtes motivation for forandring. De går på:

- at den kræftramte selv kommer med argumenterne for forandring,
- at forandringen er en del af planen, man som kræftramte selv har været med til at udforme,
- at det er forandringsmål, der synligt kan følges,
- at det er noget, den enkelte oplever som vigtigt og opnåeligt, samt at det monitoreres.

(Britton et al., 2019, s. 356; Murray et al., 2019, s. 759).

Disse principper harmonerer med den motiverende samtale, hvad angår at lade den kræftramte selv komme med argumenterne for forandring (forandrings-udsagn) og selv være med til at udforme en plan, samt at den kræftramte oplever, det er vigtigt og overkommeligt (parathed, villighed og evne). Principperne om, at målene skal være synlige og kunne monitoreres, harmonerer med principper fra kognitiv adfærdsterapi.

I den dialogiske samtalestruktur er det også væsentligt at få den kræftramtes ønsker og behov frem, samt at den kræftramte er med til at sætte målene for samtalen såvel som diætbehandlingen. Der ligger ligeledes i strukturen, at de mål, der arbejdes med og hen imod skal være tydelige, og monitorering er endvidere en del af strukturen. Uden at være helt så 'tekstnær' som i EAT-studiet, så tager den dialogiske samtalestruktur også afsæt i den motiverende samtale. Der er således flere overlap imellem EAT-principperne og den dialogiske samtalestruktur, hvilket kan understøtte den dialogiske samtalestrukturens potentiale.

EAT-studiet introducerer også et princip, de kalder "EAT to LIVE". LIVE er et akronym, der skal guide diætisten i at stille spørgsmål til henholdsvis:

- Living: Hvorfor får du stråleterapi?
- Invite: Må jeg fortælle dig lidt om underernæring i dit behandlingsforløb?
- Variance: Jeg spekulerer på den forskel, der er imellem det, du gerne vil (mål), og det, du aktuelt gør (handling).
- Elicit: Hvad skal det næste skridt være?

(Britton et al., 2019, s. 356; Murray et al., 2019, s. 759).

Princippet om Eat to Live tager ligeledes afsæt i den motiverende samtale. Men det særlige for dette studie er, at de så specifikt retter fokus mod sammenhængen imellem at spise for at (over)leve. I studiet laves der en kvalitativ undersøgelse af, hvordan en lille gruppe af de kræftramte har oplevet at være en del af projektet. Her fremhæves det blandt andet, at det har været vigtigt at få lavet koblingen mellem spisning og overlevelse, også selvom det af nogle oplevedes skræmmende (jf. McCarter et al., 2018). Dette er noget, vi også har arbejdet meget med i forskningscirklen såvel som i udviklingen af den dialogiske samtalestruktur. Netop hvordan man kan tale med den kræftramte om mad og vægt og få tydeliggjort, ikke kun *at* det er vigtigt at spise og bevare vægten, men også *hvorfor* og *hvordan*. Vi har dog ikke arbejdet med at tale med de kræftramte om mad og spisning, i den form der lægges op til i EAT. Og jeg kan være i tvivl om, hvorvidt der vil være en kulturel såvel som faglig barriere i at skulle spørge så direkte ind til, hvorfor den kræftramte får stråleterapi, eller at skulle spørge ind til diskrepansen mellem den kræftramtes ønske om at overleve sygdommen og den aktuelle adfærd. At spørge ind til disse elementer er hentet i den motiverende samtale, hvor et element er at arbejde med at fremme diskrepans og udforske mål og værdier (jf. Miller & Rollnick, 2014). Men spørgsmålene i EAT-studiet lægger op til indhold, som måske kan blive (eksistentielt) stort. Og det var netop noget af det, begge diætister problematiserede i forskningscirklen. Spørgsmålene kan også forekomme grænseoverskridende.

Det er interessant, at de i EAT studiet så målrettet arbejder med at fremme diskrepans, da der heri kan ligge en potentiel risiko for, at den kræftramte kan opleve det konfrontatorisk. Det reflekterer de også selv over efterfølgende, da patienter i interventionsgruppen vurderer arbejdsalliancen dårligere end patienter i kontrolgruppen (Murray et al., 2019, s. 761–762). Det er overraskende med tanke på den personcentrerede tænkning, der ligger i den motiverende samtale, og som EAT-studiet er baseret på. Man kan selvfølgelig spørge, hvilken betydning, det kan have, at arbejdsalliancen er blevet 'målt' via et spørgeskema med et begrænset antal svarmuligheder. Men spørgsmålet er, om ikke også det kan have betydning, at de – ud fra ellers gode intentioner om at møde de kræftramte personcentrert – er kommet til at gøre det omvendte ved at arbejde så direkte med at frembringe diskrepans, at det er blevet oplevet som værende konfronterende. Her tænker jeg, der kan være en vigtig pointe i at trække afhandlingens dialogiske og personcentrerede tænkning frem, som netop hviler på, at samtale *både* er kommunikation (doing) og relation (being). Spørgsmålet er, om de i EAT-studiet har været for optagede af den metodiske og kommunikative tilgang og glemt, at personcentrering – og ikke mindst den motiverende samtale – også er et spørgsmål om relation, jævnfør den underliggende ånd (Miller & Rollnick, 2014)? Det kunne for eksempel tænkes, at diætisterne har været så fokuserede på at få stillet 'de rigtige' spørgsmål, at de har glemt også at være opmærksomme på relationen.

Man kunne måske så spørge, om vi kommer til at gøre noget tilsvarende, når der i den dialogiske samtalestruktur også ligger et element af styring? Her vil jeg fremhæve, at der er stor forskel på konfrontation og styring. Og særligt når det drejer sig om personcentreret styring. Her er der netop tale om, at diætisten styrer med afsæt i compassion (jf. Miller & Rollnick, 2014), det vil sige ud fra, hvad der er den andens behov og til den andens bedste. Og tænkningen i den dialogiske samtalestruktur indebærer netop, at man ikke blot er styrende, man er også samtidigt relationelt opmærksom og tydelig, i både det man siger og gør.

Hvad angår personcentreret styring, så kan det være relevant at trække et studie frem af Hancock og kolleger (2012), der også er introduceret i kapitel 1. Her har de undersøgt patienters oplevelse af diætisters kommunikative tilgang i diætbehandling. De finder blandt andet, at ikke alle patienter foretrækker en inddragende og patientstyret samtale. Nogle vil derimod hellere have en mere diætiststyret og foreskrivende tilgang. Det understøttes også af to andre studier, hvor man har undersøgt kræftramtes præferencer i relation til deres samtaler med læge (Pardon et al., 2009; Tamirisa et al., 2017). Dette harmonerer med, hvad nogle af de kræftramte og pårørende i nærværende projekt har givet udtryk for. Og det hænger sandsynligvis også sammen med, at mange af de kræftramte og pårørende efterspørger information og viden, eller de fremhæver, at det er betydningsfuldt, at de har fået svar på deres spørgsmål eller er blevet bekræftet i, at det, de gør, er godt nok. At være i et kræftforløb indebærer mange usikkerhedsmomenter. Det kan derfor give god mening, at der er behov for en vis grad af styring såvel som informationsudveksling.

Dette understøttes også af det sidste studie, jeg vil trække frem. Her er tale om et studie, hvor de har undersøgt, hvordan man kan måle patientcentreret kommunikation i kræftbehandling (L. A. McCormack et al., 2011). Det er ikke deres målemetode, men det de finder i forarbejdet, der er interessant her. Deres dataindsamling og -grundlag har flere ligheder med nærværende projekt. De har observeret lægesamtaler med kræftramte, interviewet kræftramte og pårørende og i tillæg hertil lavet et litteraturreview samt haft tilknytning til en ekspertgruppe inden for patientcentreret kommunikation. Det minder på flere måder om nærværende projekt, og det er således også interessant, hvad de finder.

Lauren McCormack og kolleger (2011) tager afsæt i en model for patientcentreret kommunikation (Epstein & Street, 2007), der specifikt er udviklet med henblik på at skulle tale med kræftramte. De fremhæver med afsæt heri følgende pointer af relevans for patientcentreret kommunikation inden for kræftområdet:

Informationsudveksling er væsentligt i mødet med den kræftramte, men mange sundhedsprofessionelle har ofte ikke nok indblik i, hvad den kræftramte har brug for. Det er derfor nødvendigt at undersøge den kræftramtes perspektiv og

behov, samt at tjekke op på, om hovedpointerne er forstået. Det er i den forbindelse også centralt at få etableret en tryk *relation*. Heri ligger også at kunne *håndtere følelser* såvel som *usikkerhed*. Et element heri kan være at hjælpe med at *træffe beslutninger* og samtidig *understøtte handlekompetence*.

De elementer, der her trækkes frem, harmonerer også med den dialogiske samtalestruktur. Dog lægger strukturen måske ikke så konkret op til at skulle håndtere følelser samt usikkerhed. Det kan siges at ligge implicit i den underliggende kommunikative kvalitet: relationel opmærksomhed. Men det var måske netop nogle opmærksomhedspunkter, der med fordel kunne tænkes ind i den videre udvikling af strukturen, da usikkerhed og følelser bestemt også er en del af diætbehandlingskonteksten. Det illustrerer Annes følgende udsagn:

der bliver jeg også nødt til at være fleksibel, for der er også nogen, lige så snart man kommer ind og snakker om mad, så prikker man altså bare til nogen. Så kan man godt begynde og være forberedt på, at så vælter der bare nogle ting ud af skabet (Anne, diætist)

Sammenfatning

Dette kapitel har kastet lys over forskningsspørgsmålets anden del: *Hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter både diætist og kræftramte i samtalen?*

Kapitlet har vist, hvordan cirkelarbejdet blandt andet har taget afsæt i refleksioner over videooptagelser, og hvordan dette format også har været en måde, hvorpå der kunne gives stemme til de kræftramte og pårørende. Et produkt af arbejdet i forskningscirklen er udviklingen af den dialogiske samtalestruktur, som kapitlet også har foldet ud. Den dialogiske samtalestruktur består af en række opmærksomhedspunkter, der kan guide diætisten i diætbehandlingssamtalen. Den er baseret på en dialogisk og personcentreret tænkning, og de kommunikative kvaliteter *klar tale*, *personcentreret styring* og *relationel opmærksomhed* ligger endvidere indlejret i strukturen. Her er ikke tale om en manual, men i stedet om et inspirationsafsæt for samtalen.

Punkterne i den dialogiske samtalestruktur indebærer en opmærksomhed på at få skabt en god *kontakt* og som en del heraf få lavet en *forventningsafstemning* samt italesat og afstemt *dagsordenen* og *mål* for samtalen. Herudover er der opmærksomhed på at *inddrage patientens perspektiv* og være *gennemsigtig*, både i det man siger og gør. Det indebærer også, at man får lavet nogle klare *aftaler* samt aftalt en eventuel *opfølgning*.

Kapitel 10. Metodekritiske overvejelser og efterrefleksion

At komme med 'ud i praksis' og næsten med helt ind i samtalerummet har været en stor øjenåbner for mig i denne aktionsforskningsproces. Jeg har undervist diætiststuderende i mange år, og jeg skulle mene, at jeg har et rimelig godt kendskab til og indblik i både professionen og professionens arbejdsområder. Alligevel har jeg aldrig før været så tæt på klinisk praksis, som jeg har været i dette projekt. Og det har været vigtigt og lærerigt. Når jeg nævner det her, hænger det sammen med de overvejelser, jeg har gjort mig omkring det at bedrive aktionsforskning og de muligheder og begrænsninger, der også kan ligge i dette valg.

Som forsker har jeg været helt tæt på og sammen med udøvere af professionen. Jeg har tidligere i kapitel 4 drøftet, hvilke implikationer der kan være i, at man deltager med sin forskersubjektivitet, og det vil jeg ikke gentage her. Men jeg vil dvæle lidt ved, hvilken rolle, jeg har haft med reference til insider-outsiderpositionen (Dwyer & Buckle, 2009; Kerstetter, 2012). Afsættet for, at denne aktionsforskningsundersøgelse overhovedet kom i gang, var, som nævnt i kapitel 1, at jeg blev inviteret til at holde et oplæg på det pågældende hospital. Her blev der tilkendegivet interesse for at dykke mere ned i at udforske, hvordan man kan arbejde med den motiverende samtale i mødet med småtspisende. Jeg havde i forvejen kendskab til nogle af diætisterne på hospitalet i kraft af min rolle som underviser på Ernæring og Sundhedsuddannelsen. Men derudover kendte jeg ikke som sådan til hospitalet. Af de to diætister, der indgik i projektet, kendte jeg den ene på forhånd, men ikke den anden. Og det samme gjorde sig tilfældigvis gældende for den nye forskningscirkel. Spørgsmålet er, hvilken betydning det har haft for processen? I forhold til insider- og outsider-positionerne, så har jeg nok været 'somewhere in between' (jf. Dwyer & Buckle, 2009; Kerstetter, 2012). Af de deltagende diætister og hospitalets øvrige personale er jeg nok blevet opfattet som en outsider. Men fordi jeg i forvejen kendte flere af diætisterne, så har jeg oplevet, at jeg er landet i midten, og det er den del, der kan problematiseres. For hvilken betydning har det haft for projektet, at jeg havde et forhåndskendskab til den ene af de deltagende diætister, men ikke den anden? Der kunne godt risikere at ske en skævvridning i vores indbyrdes relation i forskningscirklen. Det kan også problematiseres, at jeg ikke kun kommer som forsker, men også som underviser. Det har sandsynligvis haft betydning for processen i forskningscirklen, og jeg har i hvert fald selv i efterrefleksionen tænkt, at jeg flere gange kom til at indtage en underviserrolle. Hvis det er tilfældet, kan det for eksempel have betydet, at diætisterne har indtaget en

afventende position og jeg en mere aktiv. Dog tænker jeg, at den risiko ligger i mange forskningsrelationer.

De kommunikative kvaliteter, der er trådt frem i projektet og den dialogiske samtalestruktur, er udviklet og afprøvet i diætisternes nære praksis – og efterfølgende videreudviklet i den nye forskningscirkel. Det har været med til at kvalificere den genererede viden, at det er sket sammen med praksis. Og det, at de deltagende diætister har været med og tæt på igennem processen, er også med til at øge sandsynligheden for, at struktur og kommunikative kvaliteter implementeres. Der kan dog være en risiko for, at det ikke sker. Som nævnt i kapitel 5 stopper begge diætister i projektet, før det egentlig havde været vores intention, at processen skulle afsluttes. Det kan få betydning for samtalestrukturens og de kommunikative kvaliteters 'overlevelse', men det behøver ikke være tilfældet. Den ene diætist har kun uddannelsesorlov og vender således tilbage til sin stilling igen. Og herudover bliver der også forholdsvist hurtigt etableret en ny forskningscirkel, hvor vi arbejder videre med afsæt i den viden og indsigt, der er blevet genereret i den oprindelige cirkel. Det kan således bidrage til den lokale validitet. Men spørgsmålet er, om den genererede viden i aktionsforskningsprocessen også kan få rejsekapacitet (jf. Hummelvoll et al., 2015)? Det er jo netop aktionsforskningsformatets akilleshæl. Hvordan kan den lokalt genererede viden overføres til andre kontekster?

Her kan der være en fordel i, at jeg samtidig er underviser og med til at uddanne diætister, samt at jeg i kraft af mit arbejde har tæt kontakt med professionen. Det øger sandsynligheden for, at de kommunikative kvaliteter og den dialogiske samtalestruktur får rejsekapacitet.

Der ligger dog også en mere lokalt forankret udfordring, som kan siges at befinde sig inden for organisationens rammer. Forskningscirklen har været meget lille, og det kan kritiseres i forhold til cirkelns udsigelseskraft. Den viden, vi har genereret, er blevet delt og drøftet med diætistkolleger på hospitalet gennem møder og oplæg, men vi burde have gjort langt mere brug af vidensdeling og sparring. Det gælder ikke mindst i relation til øvrige faggrupper – særligt dem, der også indgår i kræftbehandlingen. Derved kunne det øge sandsynligheden for, at flere faggrupper også kunne få indsigt i – og ejerskab af – den genererede viden. Som det er blevet beskrevet i afhandlingens indledende kapitel, kan der fortsat være udfordringer med, at ikke alle faggrupper anerkender ernæringens betydning i kræftforløb. Og det er spørgsmålet, hvilken betydning det kan have haft for dette projekt. For selvom kræftamt og diætist måske har en rigtig god og konstruktiv diætbehandlingssamtale, så hjælper det ikke meget, hvis det øvrige personale ikke støtter op om processen.

Dette kan også ses i et lidt større organisatorisk perspektiv. Som jeg skrev i kapitel 5, er det aktuelle hospitals vision og mission at sætte patienten i centrum

og inddrage patienten som partner i sit eget behandlingsforløb, hvor patienten selv har medindflydelse. En sådan tænkning, hvor der arbejdes på at inddrage patienten og understøtte dennes handlekompetence, kan ses på et hospital, der kan betegnes som et sundhedsfremmende hospital (Jensen, 2012, s. 59) – som står i modsætning til det traditionelle biomedicinske behandlende hospital. Et sundhedsfremmende hospital tager netop afsæt i at understøtte den enkeltes potentiale og selvbestemmelse og ser patienten i et helhedsperspektiv frem for kun at se patienten med sin sygdom. Der kunne således måske have været gode muligheder for, at projektets indsigter også havde vækket genklang andre steder i organisationen. Det har projektet dog ikke formået. Dertil skal dog siges, at det ikke er nok at formulere en sundhedsfremmende og patientcentreret vision. Det kræver en reorientering i hele organisationen (jf. Jensen, 2012). Men det kunne et tværprofessionelt forskningssamarbejde måske have været med til at understøtte.

Skulle processen gøres om, så havde det således nok været en god idé også at inddrage andre faggrupper, enten i forskningscirklen eller undervejs som sparringspartnere og medreflektører, for eksempel på temadage eller fyraftensmøder. Det kunne både kvalificere den genererede viden og samtidig styrke dens rejsekapacitet såvel som lokale validitet (jf. Hummelvoll et al., 2015).

Kapitel 11. Konklusion og perspektivering

Denne afhandling har udforsket samtalens betydning i diætbehandling til kræftramte, hvor følgende forskningsspørgsmål har guidet undersøgelsen:

Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, og hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter både diætist og kræftramte i samtalen?

Som afhandlingen har vist, kan man som kræftramte risikere at få problemer med at spise eller holde vægten. I den forbindelse kan man blive henvist til en diætist. Udgangspunktet er for mange, at det kan være pinefuldt og kvalmende at spise, og det er således med den indgang, man møder diætisten.

Afhandlingen har givet indsigt i en række forhold, som i det følgende sammenfattes i nogle underinddelte konklusioner.

I det følgende konkluderes der på afhandlingens første del af forskningsspørgsmålet: *Hvad kendetegner kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte?*

Kommunikative udfordringer i diætbehandling til kræftramte

I udforskningen af diætbehandlingssamtaler mellem kræftramte og diætister er der fire kommunikative udfordringer, der er trådt frem som hæmmende for samtalen. Disse udfordringer kan sammenfattes i følgende:

- **Kontrolsamtale:** En kontrolsamtale er betegnelsen for den tendens, der i afhandlingen ses til, at diætisten i høj grad er styret af at ville tjekke patientens status på nogle bestemte parametre.
- **Indre dagsorden:** Denne betegnelse dækker over, når diætisten ikke deler sin plan for, hvad der skal ske til samtalen. Det kan betyde, at det kan blive meget forvirrende for den kræftramte.

- **Funktionalitet:** Når diætisten primært målretter sine anvisninger og råd mod at kunne hjælpe den kræftramte på et funktionelt plan, men uden at spørge ind til, hvad der kunne give mening for den kræftramte.
- **Løsningsfokusering:** Når diætisten er optaget af at give råd – uden dog at inddrage den kræftramtes perspektiv.

Kommunikative kvaliteter i diætbehandling til kræftramte

På samme vis har afhandlingen også identificeret tre kommunikative kvaliteter, der modsat de kommunikative udfordringer, ser ud til at facilitere samtalen:

- **Klar tale:** Klar tale har vist sig som en kommunikativ kvalitet i diætbehandlingssamtaler med kræftramte. Betegnelsen dækker dels over at være gennemsigtig og tydelig i det, der bliver sagt. Herunder gælder det, at der er tydelighed om, hvad der skal ske, hvorfor det skal ske, samt hvordan det kan ske. Ved at være gennemsigtig i processen på denne måde, kan det være med til at mindske eventuel usikkerhed. Og samtidig dækker klar tale også over at kunne formulere sig i et sprog, der er tydeligt og forståeligt for den kræftramte.
- **Personcentreret styring:** Dette begreb dækker over at være styrende med respekt for den enkeltes autonomi. Det indebærer således også at være styrende ud fra, hvad der er til den kræftramtes bedste. Heri ligger også at inddrage den kræftramte i det omfang, den kræftramte ønsker det. Et styrende element er endvidere at tilbyde information og handlemuligheder, igen med afsæt i den enkeltes ønsker og behov.
- **Relationel opmærksomhed:** Relationel opmærksomhed refererer til at være orienteret mod at få skabt en god relation til den kræftramte og herunder være opmærksom på, hvordan den kræftramte har det – fysisk som psykisk. Det drejer sig ligeledes om at være opmærksom på den kræftramtes motivation og tilstand.

Klar tale, personcentreret styring og relationel opmærksomhed har i denne afhandling vist sig som kommunikative kvaliteter, der tilsammen støtter op om, at diætbehandlingen ikke blot bliver ren behandling, men en reel *samtale*, hvor diætist og kræftramt *sammen* kan tale sig frem til, hvad der kan være hensigtsmæssigt, meningsfuldt og overkommeligt at gøre i lige netop denne diætbehandlingsindsats. Når diætisten formår at være styrende i samtalen med

respekt for den enkeltes autonomi, og når diætisten er relationelt opmærksom og samtidig kan formulere sig klart, så det bliver forståeligt for patienten, ser det ud til at øge patienternes positive oplevelse af diætbehandlingen.

En dialogisk og personcentreret samtaletilgang til diætbehandling

Den anden del af forskningsspørgsmålet lyder: *Hvordan kan der udvikles en dialogisk og personcentreret tilgang, der understøtter både diætist og kræftramte i samtalen?*

I arbejdet med at udforske denne del af forskningsspørgsmålet har projektet udviklet henholdsvis en dialogisk forskningscirkel samt en dialogisk samtalestruktur. Hertil kan konkluderes:

En dialogisk samtalestruktur

Den dialogiske samtalestruktur er nogle opmærksomhedspunkter, der tager afsæt i en dialogisk og personcentreret tænkning. Det skal pointeres, at her ikke er tale om en manual eller en tjekliste. Her er derimod tale om en række opmærksomhedspunkter, man kan lade sig inspirere af. De er som følger:

- Kontakt/engagering
- Forventningsafstemning
- Rammesætning/dagsorden
- Samtalemål/-emner
- Gennemsigtighed/klar tale
- Inddragelse af patientens perspektiv og parathed
- Opsummering/aftaler
- Opfølgning

En dialogisk forskningscirkel

Den dialogiske forskningscirkel hviler på to aktionsforskningstraditioner, henholdsvis dialogisk aktionsforskning og forskningscirkeltraditionen, og den tager endvidere afsæt i 4K-modellen, der er en dialogisk procesfaciliteringsmodel. Den dialogiske forskningscirkel er baseret på tre grundelementer:

- Dialogisk ånd
- Samrefleksion
- Video som udvidet dialog og stemme.

Afhandlingens forsknings- og udviklingsbidrag

Det overordnede forskningsbidrag i denne afhandling er en indsigt i, at *samtale* har betydning for, hvad kræftramte og pårørende får ud af diætbehandlingen. Det har ligeledes betydning for, hvor godt diætisten lykkes med at vejlede den kræftramte. Diætbehandling kan ikke stå alene, men skal ses i relation til kommunikative faktorer.

Igennem projektet er der udviklet et begyndende bud på en **dialogisk forskningscirkel**, hvor samrefleksion, en dialogisk ånd og video som udvidet dialog og refleksionsafsæt udgør grundkomponenterne.

Projektet har endvidere udviklet en **dialogisk samtalestruktur**, der kan guide diætisten i diætbehandlingssamtaler med kræftramte.

Afhandlingen introducerer en ny betegnelse, **personcentreret styring**, der har vist sig som en kommunikativ kvalitet i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, og som også kunne tænkes at kunne overføres til andre professionelle samtalekontekster med sårbare og alvorligt syge mennesker.

Perspektivering til videre forskning

Igennem denne aktionsforskningsundersøgelse er det blevet tydeligt, at en diætbehandlingssamtale ikke blot er en samtale om mad. Der er for mange af de kræftramte mange flere ting i spil – og meget på spil. Den dialogiske samtalestruktur, der er blevet foldet ud, giver nogle opmærksomhedspunkter, man som diætist kan støtte sig til i samtalen, som også tager højde for, at den kræftramte kan være påvirket, og måske ikke særlig parat til at skulle tale med diætisten. Dog udspecificerer den ikke, hvordan man skal håndtere det, hvis en kræftramt eksempelvis er meget ked af det. Det harmonerer ikke med tænkningen i strukturen, da den netop er tænkt som opmærksomhedspunkter, man kan lade sig inspirere af, ikke anvisninger. Det kunne dog være relevant at udforske nærmere, hvordan følelser og usikkerhed spiller ind på diætbehandlingen.

Vi har i forskningscirklen reflekteret over, at nogle af de kræftramte er meget berørte af deres situation, og at det kommer frem i diætbehandlingssamtalen.

Eksempelvis går en refleksion på, hvilken betydning det kan have, at samtalen med diætisten typisk sker i et lukket rum modsat flere af de andre samtaler, man som patient har med andet sundhedspersonale. Det kommer også frem, at det måske kan handle om, at patienterne kan mærke, at diætisten har mere tid end det øvrige personale. Og endelig reflekterer vi også over, om der kan være en kobling til, at det at tale om mad og sondemad, kan relateres til et spørgsmål om livsnæring og overlevelse. Vi når ikke frem til noget svar, men det følger os igennem cirkelarbejdet. Og det kunne være oplagt at forske videre i. Eksempelvis om diætbehandlingssamtalen er en særlig kontekst, der kan åbne op for større eksistentielle spørgsmål.

I dette projekt har fokus været på at identificere kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte, som hvordan en dialogisk og personcentreret tilgang til diætbehandling kunne udvikles. Her har især været en opmærksomhed på, hvordan den kræftramtes perspektiv og livssituation kunne tænkes ind, samt betydningen af diætistens måde at kommunikere og relatere sig på. Jeg synes dog, vi har overset betydningen af, hvordan diætisten er motiveret for samtalen. Det kunne således fremadrettet være interessant også at indtænke, hvilken betydning det har for samtalen, hvordan diætisten er motiveret. I sammenhæng hermed burde det at kunne håndtere følelser og usikkerhed også udforskes.

Den dialogiske forskningscirkel, der er blevet foldet ud her i afhandlingen, er stadig under udvikling, og her er flere ting, man kunne gå videre med:

Hvad angår anvendelse af video i forskningscirklen, så bør det udforskes, hvad det vil give, hvis deltagerne selv ser deres videooptagelser igennem forud for forskningscirkelmøderne. Videoen kunne således anvendes på to niveauer: et indledende niveau, hvor man selv ser videoen igennem og selv reflekterer og et næste niveau, hvor man ser videoen igennem sammen med de øvrige deltagere i forskningscirklen. Der foreligger også den mulighed, at der kan tilføjes et tredje niveau, hvor videoen ses igennem med den patient eller klient, der er med på videoen, for derigennem også at få dennes feedback (jf. Ness, 2019).

I forskningscirklen ligger der også et potentiale for at inddrage flere faggrupper. Set ind i et kræftbehandlingsforløb ville det være meget meningsfuldt, at de faggrupper, der indgår i forløbet, er repræsenteret. Det kunne dermed også øge sandsynligheden for, at forskningsaftrykket kunne nå længere ud i organisationen, til gavn for både patienter og sundhedsprofessionelle. Og vil man nå helt rundt i organisationen og påvirke settingen, burde man også inddrage administrativt personale som for eksempel sekretærer. At høre deres perspektiv og erfaring kunne være relevant i forhold til at få en arbejdsgang og samarbejdet imellem afdelingerne til at glide bedre. Det ville endvidere bidrage til, at det kunne blive muligt at påvirke den overordnede tænkning om patienten og

behandlingen på hospitalet (jf. Jensen, 2012), ligesom det kunne bidrage til patientens oplevelse af at blive mødt som et helt menneske.

Det kunne også være oplagt at inddrage studerende i forskningscirklen. Det kunne være en yderligere kvalificering med henblik på at styrke teori-praksis-dimensionen. Dels ville studerende kunne bidrage med viden og perspektiver, som er påtrængende, når man som novice står over for at skulle lære kunsten at udføre diætbehandlingssamtaler. Dels ville studerende kunne bidrage med spørgsmål til forhold, som måske er blevet selvfølgelige – sædvanlige – for de mere garvede diætister (jf. Wackerhausen, 2004, 2008). Studerende kan i kraft af, at de endnu ikke har travet ad Marens gamle stier så mange gange endnu, se ting og forhold, som kan gøre, at de vil kunne stille spørgsmål, der kan have karakter af at være sædvanefremmede.

Litteraturliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Agerholm, F. J. (2016). *Diætetikens væsen og uvæsen—En filosofisk kritik*. Aarhus Universitet.
- Aktas, A., Walsh, D., Galang, M., ODonoghue, N., Rybicki, L., Hullihen, B., & Schleckman, E. (2016). Underrecognition of Malnutrition in Advanced Cancer: The Role of the Dietitian and Clinical Practice Variations. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1177/1049909116639969>
- Alrø, H. (in press). Kvaliteter i professionel kontakt. I H. Alrø, L. Billund, & S. M. Herholdt-Lomholdt (Red.), *Kontakt i professionelle relationer*. Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H. (1996). Disciplin eller dialog. I *Organisationsudvikling gennem dialog* (s. 211–243). Aalborg Universitetsforlag: Institut for Kommunikation.
- Alrø, H. (2018). Forudsigelig uforudsigelighed—Klædt på som dialogisk procesfacilitator. I H. Alrø, L. Billund, & P. N. Dahl (Red.), *Dialogisk procesfacilitering* (s. 83–100). Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H., Billund, L., Dahl, P. N., & Schumann, K. (2017). Praktikernes stemmer i dialogisk aktionsforskning. I H. Alrø & F. T. Hansen (Red.), *Dialogisk aktionsforskning* (s. 269–301). Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H., & Dahl, P. N. (2013). Dialogisk coaching af ledergrupper—Facilitering af fælles ledelsesmæssige udfordringer. *Akademisk Kvarter*, 6, 129–145.
- Alrø, H., & Dahl, P. N. (2015). Dialogic feedforward in group coaching. *International Journal of Action Research*, 3, 317–338. <https://doi.org/10.1688/IJAR-2015-03-Alro>
- Alrø, H., Dahl, P. N., & Kloster, P. (2013). *Dialogisk gruppecoaching: Facilitering af ledelsesudvikling*. Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H., Dahl, P. N., & Schumann, K. (2016). *Samtaleanalyse—I hverdagen og videnskaben*. Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H., & Hansen, F. T. (Red.). (2017a). *Dialogisk aktionsforskning*. Aalborg universitetsforlag.
- Alrø, H., & Hansen, F. T. (2017b). It's messy and magic—Om dialogisk aktionsforskning. I H. Alrø & F. T. Hansen (Red.), *Dialogisk aktionsforskning* (s. 7–23). Aalborg universitetsforlag.

- Alrø, H., & Kristiansen, M. (1997). Mediet er ikke budskabet—Video i observation af interpersonel kommunikation. I H. Alrø & L. Dirckinck-Holmfeld (Red.), *Videoobservation* (s. 73–99). Aalborg Universitetsforlag: Institut for Kommunikation.
- Alrø, H., & Kristiansen, M. (1998). *Supervision som dialogisk læreproces*. Aalborg Universitetsforlag: Institut for Kommunikation.
- Alrø, H., & Kristiansen, M. (2006). Et dialogisk perspektiv. I M. S. Nielsen & G. Rom (Red.), *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. Munksgaard Danmark.
- Alrø, H., & Møller, B. S. (2016). Patientens oplevelse af at blive mødt og inddraget. *Klinisk Sygepleje*, 30(03). idunn.no.
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-03-05>
- Alrø, H., & Skovsmose, O. (2002). *Dialogue and learning in mathematics education: Intention, reflection, critique*. Kluwer Academic.
- Alrø, H. F., & Noe, E. (2010). Et perspektivisk blik på videnskabelig uenighed og ekspertise. I C. Emmeche & J. Faye (Red.), *Hvad er forskning? Normer, videnskab og samfund* (s. 67–89). Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- American Psychological Association (Red.). (2019). *Publication manual of the american psychological association* (Seventh edition). American Psychological Association.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Muscaritoli, M., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T., ... Preiser, J.-C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- Arends, J., Baracos, V., Bertz, H., Bozzetti, F., Calder, P. C., Deutz, N. E. P., Erickson, N., Laviano, A., Lisanti, M. P., Lobo, D. N., McMillan, D. C., Muscaritoli, M., Ockenga, J., Pirlich, M., Strasser, F., de van der Schueren, M., Van Gossum, A., Vaupel, P., & Weimann, A. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1187–1196.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017>
- Arnett, R. C. (1989). What is dialogic communication? Friedman's contribution and clarification. *Person-Centered Review*, 4(1), 42–60.
- Arnett, R. C., Fritz, J. M. H., & Bell, L. M. (2009). *Communication ethics literacy: Dialogue and difference*. Sage Publications.

- Arnett, R. C., Grayson, C., & McDowell, C. (2008). Dialogue as an "Enlarged Communicative Mentality": Review, Assessment, and Ongoing Difference. *Communication Research Trends*, 27(3), 3–25.
- Autorisationsloven. (2019, juli 8). LBK nr. 731. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731>
- BEK nr. 314. (1987, maj 21). Bekendtgørelse om optagelse og uddannelse af kliniske diætister på Specialkursus i Husholdning ved Aarhus Universitet. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=73209>
- BEK nr. 502. (2016, maj 30). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed*. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180535>
- BEK nr. 880. (1996, september 30). Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=82624>
- Bicakli, D. H., Akagunduz, O. O., Dalak, R. M., Esassolak, M., Uslu, R., & Uyar, M. (2017). The Effects of Compliance with Nutritional Counselling on Body Composition Parameters in Head and Neck Cancer Patients under Radiotherapy. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2017, 8631945. <https://doi.org/10.1155/2017/8631945>
- Billund, L., & Alrø, H. (2017). Aktionsforskerens sårbarhed. I H. Alrø & F. T. Hansen (Red.), *Dialogisk aktionsforskning* (s. 65–91). Aalborg Universitetsforlag.
- Bjerg, O. (2007). Metoder og erkendelsesteori. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 42–60). Munksgaard Danmark.
- Bladt, M. (2012). Frirum og værksteder. I G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Red.), *Aktionsforskning: En grundbog* (s. 147–157). Samfundslitteratur.
- Bordin, E. S. (1948). Dimensions of the counseling process. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 240–244. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(194807\)4:3<240::AID-JCLP2270040306>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(194807)4:3<240::AID-JCLP2270040306>3.0.CO;2-1)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The Working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). Wiley.

- Bradbury, H. (2015a). Introduction: How to situate and define action research. I H. Bradbury (Red.), *The SAGE handbook of action research: Edited by Hilary Bradbury* (Third edition, s. 1–9). SAGE Publications.
- Bradbury, H. (Red.). (2015b). *The SAGE handbook of action research: Edited by Hilary Bradbury* (Third edition). SAGE Publications.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udg., s. 13–24). Hans Reitzel.
- Britton, B., Baker, A. L., Wolfenden, L., Wratten, C., Bauer, J., Beck, A. K., McCarter, K., Harrowfield, J., Isenring, E., Tang, C., Oldmeadow, C., & Carter, G. (2019). Eating As Treatment (EAT): A Stepped-Wedge, Randomized Controlled Trial of a Health Behavior Change Intervention Provided by Dietitians to Improve Nutrition in Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Radiation Therapy (TROG 12.03). *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*Physics*, 103(2), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2018.09.027>
- Buber, M. (1955). *Between Man and Man* (R. G. Smith, Overs.). Beacon Press.
- Buber, M. (1997). *Jeg og du*. Hans Reitzel. (Original work published 1923)
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Samfundslitteratur : Roskilde Universitetsforlag.
- Cant, R. P., & Aroni, R. A. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(5), 502–511. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00883.x>
- CIR nr. 103. (1978, juni 21). Cirkulære om uddannelse af økonomaer. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1978/103>
- Coghlan, D., & Brydon-Miller, M. (2014a). Introduction. I D. Coghlan & M. Brydon-Miller (Red.), *The Sage encyclopedia of action research* (Bd. 1–2, s. xxv–xxvi). SAGE Publications, Inc.
- Coghlan, D., & Brydon-Miller, M. (Red.). (2014b). *The Sage encyclopedia of action research*. SAGE Publications, Inc.
- Collin, F., & Køppe, S. (2014). Indledning. I F. Collin & S. Køppe (Red.), *Humanistisk videnskabsteori* (3. udg, s. 9–50). Linghardt og Ringhof.
- Cooper, C., Burden, S. T., Cheng, H., & Molassiotis, A. (2015). Understanding and managing cancer-related weight loss and anorexia: Insights from a systematic review of qualitative research: Cancer-related weight loss and anorexia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 6(1), 99–111. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12010>
- Cornelius-White, J., Motschnig-Pitrik, R., & Lux, M. (2013). Introduction to Interdisciplinary Applications. I J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-

- Pitrik, & M. Lux (Red.), *Interdisciplinary Applications of the Person-Centered Approach* (s. 3–9). Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7144-8>
- Cotogni, P., Pedrazzoli, P., De Waele, E., Aprile, G., Farina, G., Stragliotto, S., De Lorenzo, F., & Caccialanza, R. (2019). Nutritional Therapy in Cancer Patients Receiving Chemoradiotherapy: Should We Need Stronger Recommendations to Act for Improving Outcomes? *Journal of Cancer*, *10*(18), 4318–4325. <https://doi.org/10.7150/jca.31611>
- Dahl, P. N. (in press). Intra- og interpersonel kontakt i professionelle relationer. I H. Alrø, L. Billund, & S. M. Herholdt-Lomholdt (Red.), *Kontakt i professionelle relationer*. Aalborg Universitetsforlag.
- Dansk standard for udskrifter og registrering af talesprog* (2. udg.). (1992). Rasmus Rask Institutet, Odense Universitet.
- Dansk Sygeplejeråd. (2015, juli 9). *Den første sygeplejerskeuddannelse på Københavns Kommunehospital* /. DSR.
<https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/sygeplejens-historie-i-danmark/den-foerste-sygeplejerskeuddannelse-paa>
- Databeskyttelsesloven. (2018, maj 23). LOV nr. 502. Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>
- Datatilsynet. (u.å.). *Særligt om sundhedsområdet*. Datatilsynet. Hentet 5. juni 2020, fra <https://www.datatilsynet.dk/emner/forskning-og-statistik/saerligt-om-sundhedsomraadet/>
- Davidsen, J., & Kjær, M. (2018). Introduktion til videoanalyse. I J. Davidsen & M. Kjær (Red.), *Videoanalyse af social interaktion*. Samfundslitteratur.
- Davidsen, J., & Krummheuer, A. (2018). Transskription af videodata. I J. Davidsen & M. Kjær (Red.), *Videoanalyse af social interaktion* (s. 87–112). Samfundslitteratur.
- Dean, R. A. K., & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: The sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(8), 1088–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Demark-Wahnefried, W., Rogers, L. Q., Alfano, C. M., Thomson, C. A., Courneya, K. S., Meyerhardt, J. A., Stout, N. L., Kvale, E., Ganzer, H., & Ligibel, J. A.

- (2015). Practical clinical interventions for diet, physical activity, and weight control in cancer survivors: Clinical Interventions for Weight Loss, Diet, and Physical Activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(3), 167–189. <https://doi.org/10.3322/caac.21265>
- Dewey, J. (2008). *Erfaring og opdragelse* (2. udg.). Hans Reitzel.
- Dewys, W. D., Begg, C., Lavin, P. T., Band, P. R., Bennett, J. M., Bertino, J. R., Cohen, M. H., Douglass, H. O., Engstrom, P. F., Ezdinli, E. Z., Horton, J., Johnson, G. J., Moertel, C. G., Oken, M. M., Perlia, C., Rosenbaum, C., Silverstein, M. N., Skeel, R. T., Sponzo, R. W., & Tormey, D. C. (1980). Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *The American Journal of Medicine*, 69(4), 491–497. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(05\)80001-3](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(05)80001-3)
- Diætetik. (u.å.). I *Den Danske Ordbog*. ordnet.dk. Hentet 16. juni 2020, fra <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=di%C3%A6tetik>
- Due, B. L., Lange, S. B., & Trærup, J. (2018). Video learning: En videobaseret læringsmetode. I J. Davidsen & M. Kjær (Red.), *Videoanalyse af social interaktion* (s. 245–277). Samfundslitteratur.
- Dwyer, S. C., & Buckle, J. L. (2009). The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 54–63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Elia, M., Van Bokhorst-de van der Schueren, M., Garvey, J., Goedhart, A., Lundholm, K., Nitenberg, G., & Stratton, R. (2006). Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: A systematic review. *International Journal of Oncology*. <https://doi.org/10.3892/ijo.28.1.5>
- Ellinor, L., & Gerard, G. (1998). *Dialogue: Rediscover the transforming power of conversation*. J. Wiley & Sons.
- Emmeche, C. (2010). Fra videnskab til forskning—Om presset mod videnskabens normer. I C. Emmeche & J. Faye (Red.), *Hvad er forskning? Normer, videnskab og samfund* (s. 25–42). Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Emmeche, C., & Faye, J. (Red.). (2010). *Hvad er forskning? Normer, videnskab og samfund*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

- Endevelt, R., & Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: Perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence*, 147. <https://doi.org/10.2147/PPA.S54799>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering* (NIH Publication Nr. 07–6225; s. 222). National Cancer Institute. <https://doi.org/10.1037/e481972008-001>
- European Federation of the Associations of Dietitians. (2008). *International Code of Ethics and Code of Good Practice*. EFAD. http://www.efad.org/media/1182/international_code_of_ethics_and_code_of_good_practice.pdf
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5(4), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Fearon, K. C. (2008). Cancer cachexia: Developing multimodal therapy for a multidimensional problem. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1124–1132. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.033>
- Fearon, K. C., Arends, J., & Baracos, V. (2013). Understanding the mechanisms and treatment options in cancer cachexia. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 10(2), 90–99. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2012.209>
- Frankel, M., & Sommerbeck, L. (2006). Response to Ted Welsch's Opposing View to Two Rogers and Congruence. *The Person-Centered Journal*, 13(1–2), 85–89.
- Frankel, M., & Sommerbeck, L. (2007). Two Rogers: Congruence and the change from client-centered therapy to we-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 6(4), 286–295. <https://doi.org/10.1080/14779757.2007.9688448>
- Fredslund, H., f. 1965-06-12. (2001). *Når vilde problemer tæmmes: En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af implementering af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital*. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Gadamer, H.-G. (2007). *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Academica.
- Geller, L. (1982). The Failure of Self-Actualization Theory: A Critique of Carl Rogers and Abraham Maslow. *Journal of Humanistic Psychology*, 22(2), 56–73. <https://doi.org/10.1177/0022167882222004>

- General Data Protection Regulation. (2016). REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL - of 27 April 2016—On the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC. *Official Journal of the European Union*, 88.
- Gilje, N. (2017). Profesjonskunnskapens elementære former. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 21–33). Universitetsforl.
- Gravengaard, G., & Kjær, M. (2018). Fra undersøgelsesidé til problemløsning. I J. Davidsen & M. Kjær (Red.), *Videoanalyse af social interaktion* (s. 279–305). Samfundslitteratur.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2007). *Introduction to action research: Social research for social change* (2nd ed). Sage Publications.
- Hancock, R. E. E., Bonner, G., Hollingdale, R., & Madden, A. M. (2012). 'If you listen to me properly, I feel good': A qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations: Patient experiences of dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(3), 275–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01244.x>
- Hansen, B. H. (2019). Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutik. I B. H. Hansen (Red.), *Fænomenologi og hermeneutik: Anvendelse og argumentation i sygeplejen* (s. 143–156). Samfundslitteratur.
- Hasse, C. (2010). Forskerens læreproces—Et kritisk, realistisk perspektiv. I C. Emmeche & J. Faye (Red.), *Hvad er forskning? Normer, videnskab og samfund* (s. 91–109). Nyt fra Samfundsvidenskabernes.
- Heath, C., Hindmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research: Analysing social interaction in everyday life*. SAGE.
- Hecksher, K., Thomsen, R., & Nordentoft, H. M. (2014). *Forskningscirkler. En introduktion til metoden og gode råd*. 12.
- Hersted, L., Ness, O., & Frimann, S. (2019). Action research and social constructionism. I L. Hersted, O. Ness, & S. Frimann (Red.), *Action Research in a Relational Perspective Dialogue, Reflexivity, Power and Ethics*. (s. 3–16). Routledge.
<http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=5813294>
- Hertzberg, K. (2018). The difference between “how are you” and “how are you doing”. *grammarly blog*. <https://www.grammarly.com/blog/how-are-you/>
- Hofto, S., Abbott, J., Jackson, J. E., & Isenring, E. (2018). Investigating adherence to Australian nutritional care guidelines in patients with head and neck

- cancer. *Cancers of the Head & Neck*, 3(1), 6.
<https://doi.org/10.1186/s41199-018-0033-9>
- Holmstrand, L. S. E., & Härnsten, G. (2003). *Förutsättningar för forskningscirklar i skolan: En kritisk granskning*. Myndigheten för skolutveckling.
- Holst, M., & Rasmussen, H. H. (2019). NutriDia-Nutritional Decision Support between Cancer Patients at Risk of Weight Loss and Healthcare Staff. *Annals of Clinical Case Reports*, 4(1581), 5.
- Hopkinson, J. B., Okamoto, I., & Addington-Hall, J. M. (2011). What to eat when off treatment and living with involuntary weight loss and cancer: A systematic search and narrative review. *Supportive Care in Cancer*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0964-0>
- Hopkinson, J., & Corner, J. (2006). Helping Patients with Advanced Cancer Live with Concerns About Eating: A Challenge for Palliative Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 293–305. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.09.005>
- Hopkinson, J., Wright, D., & Corner, J. (2006). Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 304–312. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03818.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011a). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. ed, s. 25–69). Oxford Univ. Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011b). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hospital. (1926). I *Ordbog over det danske sprog* (Bd. 8). ordnet.dk.
<https://ordnet.dk/ods/ordbog?query=hospital&tab=rel>
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17–32). Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K., Eriksson, B. G., & Cutcliffe, J. R. (2015). Local experience – central knowledge? - Methodological and practical implications for knowledge development in local mental health care settings. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(3), 283–295. idunn.no.
- Husted, M., & Tofteng, D. (2012). Arbejdsliv og aktionsforskning. I G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Red.), *Aktionsforskning: En grundbog* (s. 61–79). Samfundslitteratur.

- Härnsten, G. (1994). *The Research Circle—Building Knowledge on Equal Terms*. The Swedish Trade Union Confederation.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED378936.pdf>
- Härnsten, G. (2001). *Kunskapsmöten i skolvärlden: Exempel från tre forskningscirkclar*. Skolverket : Liber distribution.
- Härnsten, G., & Holmstrand, L. (2014). Research Circles. I D. Coghlan & M. Brydon-Miller (Red.), *The Sage encyclopedia of action research* (Bd. 1–2). SAGE Publications, Inc.
- Højbjerg, H. (2013). Hermeneutik. I L. Fuglsang, P. Bitsch Olsen, & K. Rasborg (Red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (s. 289–324). Samfundslitteratur.
- Høyer, K. (2007). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 17–41). Munksgaard Danmark.
- Haastrup, L., Hasse, C., Jensen, T. P., Knudsen, L. E. D., Laursen, P. F., & Nielsen, T. K. (2013). *Brobygning mellem teori og praksis i professionsbacheloruddannelserne: Sammenfattende rapport*. KORA.
- Isenring, E. A., Capra, S., & Bauer, J. D. (2004). Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *British Journal of Cancer*, 91(3), 447–452. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601962>
- Isenring, E., & Elia, M. (2015). Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? *Nutrition*, 31(4), 594–597. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.12.027>
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together: A pioneering approach to communicating in business and in life* (1. ed). Currency.
- Jacobs, G., van Lieshout, F., Borg, M., & Ness, O. (2017). Being a person-centred researcher: Principles and methods for doing research in a person-centred way. I B. McCormack, A. M. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 51–60). Wiley.
- Jacobsen, B. (2007a). Eksistentiel psykologi og terapi. I B. Karpatschof & B. Katzenelson (Red.), *Klassisk og moderne psykologisk teori* (s. 100–117). Hans Reitzel.
- Jacobsen, B. (2007b). Humanistisk psykologi. I B. Karpatschof & B. Katzenelson (Red.), *Klassisk og moderne psykologisk teori* (s. 86–99). Hans Reitzel.
- Jakobsen, K. H. (2009, marts). Frikadellefakultetet (dvs. Specialkursus i Husholdning). *Delfinen*, 147.
- Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment.

- International Review of Psychiatry*, 26(1), 102–113.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>
- Janelins, M. C., Kohli, S., Mohile, S. G., Usuki, K., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2011). An Update on Cancer- and Chemotherapy-Related Cognitive Dysfunction: Current Status. *Seminars in Oncology*, 38(3), 431–438.
<https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.03.014>
- Jensen, J. M. (2012). Sundhedsfremmende settings. I V. Simovska & J. M. Jensen (Red.), *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme* (s. 51–68). Gad.
- Johansen, K. F., & Rømhild, L. P. (2017). *Dialog*. Den Store Danske, Gyldendal.
http://denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Filosofi/Oldtidens_filosofi/dialog
- Jørgensen, A. (2007). Oversætters indledning. I H.-G. Gadamer, *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik* (s. vii–xxviii). Academica.
- Jørgensen, M. M., & Pedersen, A. F. (2004). Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel. I E. Friis-Hasché, P. Elsass, & T. Nielsen (Red.), *Klinisk sundhedspsykologi* (s. 27–32). Munksgaard Danmark.
- Kahn, E. (1999). A Critique of Nondirectivity in the Person-Centered Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 39(4), 94–110.
<https://doi.org/10.1177/0022167899394006>
- Kerstetter, K. (2012). Insider, outsider, or somewhere in Between: The impact of researchers' identities on the community-based research process. *Journal of Rural Social Sciences*, 27(2), 99–117.
- Khalatbari-Soltani, S., & Marques-Vidal, P. (2018). Adherence to hospital nutritional status monitoring and reporting guidelines. *PLoS One*, 13(9), e0204000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204000>
- Kildedal, K., & Laursen, E. (2012). Professionsudvikling—Udvikling af professionel praksis gennem aktionsforskning. I G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Red.), *Aktionsforskning: En grundbog* (s. 81–94). Samfundslitteratur.
- Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (Red.). (1989). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. I *Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and Others*. Houghton Mifflin. (Original work published 1960)
- Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (Red.). (1989). *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin Co.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research,*

- Practice, Training*, 42(1), 37–51. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.37>
- Koch, C. H. (2016). Kvalitet. I *Den Store Danske*. lex.dk.
<https://denstoredanske.lex.dk/kvalitet>
- Kost & Ernæringsforbundet. (2019). *Den Nationale Kosthåndbog*.
kosthåndbogen.dk. <https://xn--kosthnbogen-xcb.dk/>
- Kost og Cancer. (2016). *Kost og Cancer. Rapport om kræftpatienters kost og ernæring*.
https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/pdf_diverse/kost_cancer_print.pdf
- Kost og Cancer. (2018). *Ernæringsindsatsen blandt kræftpatienter. Rapport på ernæringsundersøgelse blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister*.
https://dsr.dk/sites/default/files/2111/kost_og_cancer_ernaeringsundersogelse_2018.pdf
- Kost og Ernæringsforbundet. (2019). *Uddannelse*. kost.dk.
<https://www.kost.dk/uddannelse-1>
- Kristiansen, M., & Bloch-Poulsen, J. (1999). *I mødet er sandheden: En videnskabsteoretisk debatbog om engageret objektivitet*. Aalborg Universitetsforlag : Institut for Kommunikation.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Kvalitet. (u.å.). I *Den Danske Ordbog*. ordnet.dk. Hentet 27. december 2019, fra <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=kvalitet>
- Lahdenperä, P. (2014a). Forskningscirkel som samproducerande kunskapsprojekt – vetenskaplig kvalitet och stöttestenar. I P. Lahdenperä (Red.), *Forskningscirkeln: En mötesplats för samproduktion* (s. 13–25). Mälardalen University.
- Lahdenperä, P. (Red.). (2014b). *Forskningscirkeln: En mötesplats för samproduktion*. Mälardalen University.
- Lang, N. R. (2018). Dialogisk procesfacilitering i et relationelt perspektiv. I H. Alrø, L. Billund, & P. N. Dahl (Red.), *Dialogisk procesfacilitering* (s. 63–82). Aalborg Universitetsforlag.
- Lang, N. R. (2020). Samskabelse i en dialogisk forskningscirkel—Udvikling af kommunikative kvaliteter i en sundhedsfaglig kontekst. I S. Winther & D. Høgsgaard (Red.), *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet. Idéer til kommunikative og innovative forandringer i en sundhedsfaglig praksis*. Aalborg Universitetsforlag.
- Langer, J. W. (2017). Diætetik. I *Den Store Danske*. lex.dk.
<https://denstoredanske.lex.dk/di%C3%A6tetik>

- Levey, R., Ball, L., Chaboyer, W., & Sladdin, I. (2019). Dietitians' perspectives of the barriers and enablers to delivering patient-centred care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, jhn.12684.
<https://doi.org/10.1111/jhn.12684>
- Levounis, P., Arnaout, B., & Marienfeld, C. (2017). *Motivational interviewing for clinical practice*. American Psychiatric Association Publishing.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1610223>
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34–46.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 343–351.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Lov om videnskabelig uredelighed. (2017, april 26). LOV Nr. 383. Lov Om Videnskabelig Uredelighed m.v.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/383>
- Lund, J. (u.å.). Hilsereformer. I *Den Store Danske*. Gyldendal. Hentet 28. december 2019, fra www.denstoredanske.dk
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157–168.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
<https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Madsen, B. (1996). Organisationens dialogiske rum. I H. Alrø (Red.), *Organisationsudvikling gennem dialog* (s. 9–40). Aalborg Universitetsforlag: Institut for Kommunikation.
- Madsen, B. (2002). Kommunikationstrekanten. Indhold, forhold og kontekst. I O. Løw & E. Svejgaard (Red.), *Psykologiske grundtemaer* (2. oplag, s. 152–170). Kvan.
- Madsen, B. (2015). Professionel kommunikation i pædagogiske kontekster. I D. T. Gravesen (Red.), *Pædagogik. Introduktion til pædagogens grundfaglighed* (s. 492–513). Handelshøjskolens Forlag.
- Madsen, K. B. (1986). *Psykologiens historie i videnskabsteoretisk perspektiv. Bind 1*. Gyldendal.

- Marker, M. S. (2019). Ernæring og sundhedsbachelor. I H. H. Hjermitz (Red.), *Velfærdsprofessioner* (s. 97–109). DJØF.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811–831.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811>
- Marshall, K. M., Loeliger, J., Nolte, L., Kelaart, A., & Kiss, N. K. (2018). Prevalence of malnutrition and impact on clinical outcomes in cancer services: A comparison of two time points. *Clinical Nutrition*.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.04.007>
- McCarter, K., Baker, A. L., Britton, B., Halpin, S. A., Beck, A., Carter, G., Wratten, C., Bauer, J., Wolfenden, L., Burchell, K., & Forbes, E. (2018). Head and neck cancer patient experience of a new dietitian-delivered health behaviour intervention: “you know you have to eat to survive”. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 26*(7), 2167–2175.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-4029-5>
- McCormack, B. (2018, november 21). *Person-centredness and Person-centred Research: Flourishing through engagement* [Forelæsning]. Aktionsforskning – forandring som forskningsstilgang, PhD Course, Aalborg University, Aalborg, Denmark.
- McCormack, B., Dulmen, A. M. van, Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I B. McCormack, A. M. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 3–17). Wiley.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). Underpinning principles of person-centred practice. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (Second edition, s. 13–35). John Wiley & Sons Inc.
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K., Lawrence, W., & Street, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine, 72*(7), 1085–1095. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.020>
- McMahon, A.-T., Tay, P. C., Tapsell, L., & Williams, P. (2014). Building bridges in dietary counselling: An exploratory study examining the usefulness of wellness and wellbeing concepts. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 75*–85. <https://doi.org/10.1111/jhn.12282>
- Miller, W. R. (2015). Celebrating Carl Rogers: Motivational Interviewing and the Person-Centered Approach. *Motivational Interviewing: Training,*

- Research, Implementation, Practice*, 1(3), 4–6.
<https://doi.org/10.5195/MITRIP.2014.54>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp0000179>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivationsamtalen*. Hans Reitzel.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: Motivational interviewing and self-determination theory. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 25.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-25>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Den motiverende samtale: Støtte til forandring* (2. udg.). Hans Reitzel.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537.
<https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Morris, A., Herrmann, T., Liles, C., & Roskell, C. (2018). A qualitative examination of patients experiences of dietitians' consultation engagement styles within nephrology. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31(1), 12–22. <https://doi.org/10.1111/jhn.12504>
- Moyers, T. B. (2014). The relationship in motivational interviewing. *Psychotherapy*, 51(3), 358–363. <https://doi.org/10.1037/a0036910>
- Muir, C. I., & Linklater, G. T. (2011). A qualitative analysis of the nutritional requirements of palliative care patients: Nutritional requirements of palliative care patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(5), 470–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2011.01182.x>
- Murray, R., Baker, A., Halpin, S., Britton, B., McCarter, K., Palazzi, K., & Beck, A. K. (2019). Therapeutic Alliance Between Dietitians and Patients With Head and Neck Cancer: The Effect of Training in a Health Behavior Change Intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 756–768.
<https://doi.org/10.1093/abm/kay083>
- Muscaritoli, M., Lucia, S., Farcomeni, A., Lorusso, V., Saracino, V., Barone, C., Plastino, F., Gori, S., Magarotto, R., Carteni, G., Chiurazzi, B., Pavese, I., Marchetti, L., Zagonel, V., Bergo, E., Tonini, G., Imperatori, M., Iacono, C., Maiorana, L., ... Colucci, G. (2017). Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: The PreMiO study. *Oncotarget*, 8(45). <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20168>
- Nasrah, R., Kanbalian, M., Van Der Borch, C., Swinton, N., Wing, S., & Jagoe, R. T. (2018). Defining the role of dietary intake in determining weight

- change in patients with cancer cachexia. *Clinical Nutrition*, 37(1), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.12.012>
- National Videnskabsetisk Komité. (2017, februar 1). *Hvad skal jeg anmelde?* nvk.dk. <http://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
- Ness, O. (2019). Learning new ideas and practices together through relational action research. I L. Hersted, O. Ness, & S. Frimann (Red.), *Action Research in a Relational Perspective Dialogue, Reflexivity, Power and Ethics*. (s. 93–110). Routledge.
<http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=5813294>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: *Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser*.
<https://doi.org/10.13140/2.1.2099.0089>
- Nielsen, K. A. (2012). Aktionsforskningens historie—På vej til et refleksivt akademisk selskab. I G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Red.), *Aktionsforskning: En grundbog* (s. 19–36). Samfundslitteratur.
- Pahuus, M. (2014). Hermeneutik. I F. Collin & S. Køppe (Red.), *Humanistisk videnskabsteori* (3. udg, s. 223–263). Linghardt og Ringhof.
- Pardon, K., Deschepper, R., Stichele, R. V., Bernheim, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2009). Preferences of advanced lung cancer patients for patient-centred information and decision-making: A prospective multicentre study in 13 hospitals in Belgium. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.011>
- Persson, S. (2008). *Forskningscirklar—En vägledning*. Malmö stad. Resurscentrum för mångfaldens skola.
- Pihl, M., Sørensen, T. K., & Haislund, J. (2020, februar 16). *Tilsyn: Sygehuse er så pressede, at det går ud over patienterne*. [jyllands-posten.dk](https://jyllands-posten.dk/indland/ECE11934986/tilsyn-sygehuse-er-saa-pressede-at-det-gaar-ud-over-patienterne/)
<https://jyllands-posten.dk/indland/ECE11934986/tilsyn-sygehuse-er-saa-pressede-at-det-gaar-ud-over-patienterne/>
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 8(8). <https://doi.org/10.3390/jcm8081211>
- Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., Vidal, P. M., & Camilo, M. E. (2005). Dietary Counseling Improves Patient Outcomes: A Prospective, Randomized, Controlled Trial in Colorectal Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(7), 1431–1438.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.054>

- Reason, P., & Bradbury, H. (2013a). Introduction. I P. Reason & H. Bradbury (Red.), *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed, s. 1–10). SAGE.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Red.). (2013b). *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed). SAGE.
- Regeringen. (2013). *Mere borger, mindre patient: Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Regeringen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Reinhart, R., D'Alimonte, L., Osmar, K., Court, A., Szumacher, E., Bristow, B., Robson, S., Dawdy, K., Burnett, J., & Di Prospero, L. (2014). Educating our patients collaboratively: A novel interprofessional approach. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 29(2), 382–388.
<https://doi.org/10.1007/s13187-014-0623-0>
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1958). The Characteristics Of A Helping Relationship. *The Personnel and Guidance Journal*, 37(1), 6–16.
<https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1958.tb01147.x>
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework. I S. Koch, *Psychology: A Study of Science. Study I. Conceptual and systematic. Volume 3. Formulations of the Person and the Social Context* (s. 184–256). McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416–429. psyh.
- Rogers, C. R. (1973). The interpersonal relationship: The core of guidance. I R. M. Maslowski & L. B. Morgan (Red.), *Interpersonal growth and self actualization in groups* (s. 176–189). MSS Information Corp. (Original work published 1962)
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80's*. Merrill.
- Rogers, C. R. (1989a). A Client-centered/Person-centered Approach to Therapy. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *The Carl Rogers Reader* (s. 135–152). Houghton Mifflin Co. (Original work published 1986)

- Rogers, C. R. (1989). A Therapist's View of the Good Life: The Fully Functioning Person. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *The Carl Rogers Reader* (s. 409–420). Houghton Mifflin Co. (Original work published 1957)
- Rogers, C. R. (1989). Client-Centered Therapy. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and Others* (s. 9–38). Houghton Mifflin. (Original work published 1959)
- Rogers, C. R. (1989b). Reflection of Feelings and Transference. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *The Carl Rogers Reader* (s. 127–134). Houghton Mifflin Co. (Original work published 1986)
- Rogers, C. R. (1989). The directive versus the nondirective approach. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *The Carl Rogers Reader* (s. 77–87). Houghton Mifflin Co. (Original work published 1942)
- Rogers, C. R. (1989). This Is Me. I H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Red.), *The Carl Rogers Reader* (s. 6–29). Houghton Mifflin Co. (Original work published 1961)
- Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1957). *Active listening*. Industrial Relations Center of The University of Chicago.
- Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1987). Active listening. I R. G. Newman & M. A. Danzinger (Red.), *Communication in Business Today*. D.C. Heath & Company.
- Ryan, A. M., Power, D. G., Daly, L., Cushen, S. J., Ní Bhuachalla, É., & Prado, C. M. (2016). Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: The skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75(02), 199–211.
<https://doi.org/10.1017/S002966511500419X>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2–5.
- Rüfenacht, U., Rühlin, M., Wegmann, M., Imoberdorf, R., & Ballmer, P. E. (2010). Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. *Nutrition*, 26(1), 53–60.
<https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.04.018>

- Rygaard, J. (2020). Rudolf Virchow. I *Den Store Danske*. lex.dk.
https://denstoredanske.lex.dk/Rudolf_Virchow
- Schneider, S. M., & Correia, M. I. T. D. (2020). Epidemiology of weight loss, malnutrition and sarcopenia: A transatlantic view. *Nutrition*, *69*, 110581. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110581>
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Klim.
- Silva, F. R. de M., de Oliveira, M. G. O. A., Souza, A. S. R., Figueroa, J. N., & Santos, C. S. (2015). Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: A cross-sectional study. *Nutrition Journal*, *14*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12937-015-0113-1>
- Sladdin, I., Chaboyer, W., & Ball, L. (2018). Patients' perceptions and experiences of patient-centred care in dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *31*(2), 188–196.
<https://doi.org/10.1111/jhn.12507>
- Smith, L., & Coleman, V. (2009). *Child and family-centred healthcare: Concept, theory and practice*. (2. udg.).
- Sohi, J., Champagne, M., & Shidler, S. (2015). Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life-prolonging care: An action research project. *Journal of Interprofessional Care*, *29*(5), 409–414.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1027335>
- Sommerbeck, L. (2011). Rogers' kernebetingelser i klient-centreret terapi. I L. Sommerbeck & A. B. Larsen (Red.), *Accept, empati og ægthed i psykoterapeutisk praksis: Arven efter Carl Rogers* (s. 295–321). Dansk Psykologisk Forlag.
- Sommerbeck, L., & Larsen, A. B. (Red.). (2011a). *Accept, empati og ægthed i psykoterapeutisk praksis: Arven efter Carl Rogers*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Sommerbeck, L., & Larsen, A. B. (2011b). Introduktion til Carl Rogers og hans arbejde. I L. Sommerbeck & A. B. Larsen (Red.), *Accept, empati og ægthed i psykoterapeutisk praksis: Arven efter Carl Rogers* (s. 9–64). Dansk Psykologisk Forlag.
- Spencer, J. C., & Wheeler, S. B. (2016). A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Education and Counseling*, *99*(7), 1099–1105.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.02.003>
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(3), 715–721.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x>

- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63–69.
<https://doi.org/10.7812/tpp/10-148>
- Steenberger, A. (2014). Er patienten blevet borger? *Ugeskrift for Læger*, 11.
<https://ugeskriftet.dk/nyhed/er-patienten-blevet-borger>
- Stewart, J. R., & Thomas, M. (1995). Dialogic Listening: Sculpting Mutual Meanings. I J. R. Stewart (Red.), *Bridges not walls: A book about interpersonal communication* (6th ed, s. 184–201). McGraw-Hill.
- Stewart, J., Zediker, K. E., & Black, L. (2004). Relationships among philosophies of dialogue. I R. Anderson, L. A. Baxter, & K. N. Cissna (Red.), *Dialogue: Theorizing difference in communication studies* (s. 21–38). Sage Publications.
- Struktur. (u.å.). Den Danske Ordbog. Hentet 2. juli 2020, fra
<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=struktur>
- Struktur. (1944). I *Ordbog over det danske sprog* (Bd. 22). ordnet.dk.
<https://ordnet.dk/ods/ordbog?query=struktur&tab=rel>
- Stumm, G. (2013). Person-Centered and Experiential Psychotherapies: An Overview. I J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, & M. Lux (Red.), *Interdisciplinary Applications of the Person-Centered Approach* (s. 23–41). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7144-8>
- Sundhedsloven. (2019, august 26). LBK nr. 903. Bekendtgørelse af sundhedsloven.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110#id2e1610b6-5348-4d93-8365-a391c304f183>
- Sundhedsstyrelsen. (2016a). *Pakkeforløb for hoved- og halskræft*.
- Sundhedsstyrelsen. (2016b). *Styrket indsats på kræftområdet: Fagligt oplæg til kræftplan IV*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider og monitorering*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Pakkeforloeb-kraeft-2015-2019/Pakkeforloeb-og-opfoelgningsprogrammer-Begreber-forloebstider-og-monitorering.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2019a, januar 25). *Funktionsevne og demens*. Sst.Dk.
<https://www.sst.dk/da/viden/demens/traeningsguide-for-mennesker-med-demens/funktionsevne>
- Sundhedsstyrelsen. (2019b, august 8). *Kræftplaner*. sst.dk.
<https://www.sst.dk/da/viden/kraeft/kraeftplaner>
- Tamirisa, N. P., Goodwin, J. S., Kandalam, A., Linder, S. K., Weller, S., Turrubiate, S., Silva, C., & Riall, T. S. (2017). Patient and physician views of shared

- decision making in cancer. *Health Expectations*, 20(6), 1248–1253.
<https://doi.org/10.1111/hex.12564>
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udg., s. 29–53). Hans Reitzel.
- Tattersall, M. H., Butow, P. N., Griffin, A. M., & Dunn, S. M. (1994). The take-home message: Patients prefer consultation audiotapes to summary letters. *Journal of Clinical Oncology*, 12(6), 1305–1311.
<https://doi.org/10.1200/JCO.1994.12.6.1305>
- Thisted, J. (2015). Metodespørgsmålet og praksisfilosofien: Bidrag til en kreativ metodeforståelse. I J. E. Møller, S. S. Bengtsen, & K. P. Munk (Red.), *Metodefetichisme: Kvalitativ metode på afveje?* (s. 103–121). Aarhus Universitetsforlag.
- Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (2. udg.). Munksgaard.
- Thoresen, L. (2010). Døende menneskers rom—En forskningsarena? I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Etiske udfordringer i praksisnær forskning* (s. 91–99). Gyldendal akademisk.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet. (2015). *Den danske kodeks for integritet i forskning*. Uddannelses- og Forskningsministeriet.
- Vaillancourt, H., Légaré, F., Gagnon, M.-P., Lapointe, A., Deschênes, S.-M., & Desroches, S. (2014). Exploration of shared decision-making processes among dieticians and patients during a consultation for the nutritional treatment of dyslipidaemia. *Health Expectations*, 18(6), 2764–2775.
<https://doi.org/10.1111/hex.12250>
- Vaillancourt, H., Légaré, F., Lapointe, A., Deschênes, S.-M., & Desroches, S. (2012). Assessing patients' involvement in decision making during the nutritional consultation with a dietitian: Patients' involvement by dietitians. *Health Expectations*, 17(4), 545–554.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00783.x>
- van Bokhorst-de van der Schueren, M. A. E. (2005). Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, S74–S83.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.09.004>
- Van Cutsem, E., & Arends, J. (2005). The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, S51–S63. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.09.007>
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C.-H., & Rosen, C. C. (2016). A Review of Self-Determination Theory's Basic Psychological Needs at Work.

- Journal of Management*, 42(5), 1195–1229.
<https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 45(Pt 1), 63–82.
<https://doi.org/10.1348/014466505X34192>
- Vansteenkiste, M., Williams, G. C., & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-23>
- Vehling, S., & Kissane, D. W. (2018). Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2525–2530. <https://doi.org/10.1002/pon.4872>
- Wackerhausen, S. (1997). Kommunikation, forståelse og handling. Et filosofisk perspektiv. I P. Elsass, F. Olesen, & S. Henriksen (Red.), *Kommunikation og forståelse: Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren* (s. 15–36). Forlaget Philosophia.
- Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet*. Hans Reitzel.
- Wackerhausen, S. (2004). Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. I N. B. Hansen & J. Gleerup (Red.), *Videnteori, professionsuddannelse og professionsforskning* (s. 13–29). Syddansk Universitetsforlag.
- Wackerhausen, S. (2008). *Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion*. RUML.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7479), 1398–1401. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>
- Wagner, C. C. (2012). Client-centered Direction: Or How to Get There When You're Not Sure Where You're Going. *Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation, Practice*, 1(1), 36–38.
<https://doi.org/10.5195/MITRIP.2012.22>
- Wagner, C. C. (2013). Motivational Interviewing and Client-Centered Therapy. I J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, & M. Lux (Red.), *Interdisciplinary Applications of the Person-Centered Approach* (s. 43–47). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7144-8>

- Wahlgren, B., & Aarkrog, V. (2019). Forskningscirkler som praksisnær forskning: Mødet mellem praksisbaseret og forskningsbaseret viden. *Tidsskrift for professionsstudier*, 15(29), 24–34.
- Walsh, D., Szafranski, M., Aktas, A., & Kadakia, K. C. (2019). Malnutrition in Cancer Care: Time to Address the Elephant in the Room. *Journal of Oncology Practice*, 15(7), 357–359.
<https://doi.org/10.1200/JOP.19.00165>
- Welsch, T. R. (2006). Two Rogers and Congruence: An Opposing View. *The Person-Centered Journal*, 13(1–2), 75–84.
- Whitehead, K., Langley-Evans, S. C., Tischler, V., & Swift, J. A. (2009). Communication skills for behaviour change in dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(6), 493–500.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2009.00980.x>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zøylner, A. (2018). *Patient involvement in the development of the surgical breast cancer patient pathway. An action research project*. Aarhus University.



ISSN (online): 2246-123X
ISBN (online): 978-87-7210-669-4

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG