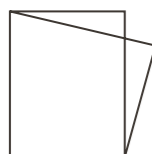


Ny ph.d.-afhandling: Dialog i diætbehandling. En aktionsforskningsundersøgelse af kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte

(Ph.d.-forsvar: oktober 2020)



Nanna Ruengkratok
Lang, lektor,
ph.d., Ernæring og
Sundhedsuddannelsen
og Program for
Professionsdidaktik,
VIA University College

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 blå tøj. Så er det vægt, og så er 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, så kan det godt gå hen og blive en lille, øh en [...] lille belastning, når det lige pludselig bare, hver gang man møder en person, så skal vi snakke om sondemad, altså.

Ordene her kommer fra Anders, der er kræftramt og patient på det hospital, hvor denne ph.d.-afhandling tager sit afsæt (Lang 2020a). Anders har i

forbindelse med sin kræftsygdom tabt sig meget og har vanskeligt ved at spise. Set fra et sundhedsprofessionelt perspektiv er det kritisk, da vægttab og underernæring kan have afgørende indflydelse på kræftforløbet, både hvad angår behandlingsudbytte, livskvalitet og ikke mindst overlevelse. Derfor har Anders også fået anlagt en sonde. Og derfor er der fra sundhedspersonalet et stort fokus på Anders' ernærings- og vægtstatus. Spørgsmålet er dog, om Anders har samme oplevelse af, hvad der er vigtigt og kritisk, og om denne indsats overhovedet opleves som hjælpsom. Anders' udsagn falder i en diætbehandlingssamtale, hvor det er meningen, de skal tale om netop hans sondemad. Diætisten gør dog ikke som de andre 'i en kittel'. Hun taler ikke bare sondemad med ham. Hun lytter til ham og anerkender hans frustration. Og de taler *sammen* om det, der frustrerer.

Diætbehandling har til hensigt at opretholde eller genoprette en tilstrækkelig ernæringstilstand. Men som eksemplet her illustrerer, så er diætbehandling ikke nødvendigvis kun et spørgsmål om, hvad eller hvor meget man bør spise for at opnå 'en tilstrækkelig ernæringstilstand' (indhold og kvantitet). Diætbehandling er mere end blot behandling. Det er også et spørgsmål om livskvalitet – og således også et spørgsmål om samtale og kontakt (proces og kvalitet). Det har været omdrejningspunktet for denne afhandling.

Diætbehandling er også et spørgsmål om kommunikation

Afhandlingen stiller forskningsspørgsmålet: *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?*

Denne vinkling adskiller sig fra en stor del af den øvrige forskning, der foreligger inden for diætbehandling ved kræft, hvor fokus typisk er på det diætetiske og indsatsens effekt. Den diætetiske indsats i et kræftforløb kan være kritisk afgørende. Men til trods for diætbehandling er der alligevel mange kræftramte, der taber sig og bliver underernærede (se f.eks. Hofto et al. 2018). Det kan til dels forklares ved kræftens malignitet eller gener som kvalme, appetitløshed eller smagsforandringer. Men en del af forklaringen kan også ligge i, hvordan diætbehandling er blevet udført, hvordan der er blevet (sam)talt.

Det er afhandlingens hypotese, at *samtale* og *motivation* har afgørende betydning for, om den kræftramte finder diæt-

behandlingen meningsfuld og derved også, hvad den kræftramte tager med sig derfra. Heri ligger en forståelse af, at det er betydningsfuldt, hvordan diætisten møder den kræftramte (relation) og taler med den kræftramte (kommunikation). Denne tænkning udspringer af et personcentreret og dialogisk udgangspunkt. Afhandlingen trækker teoretisk på en humanistisk psykologisk tradition fundet i Carl Rogers' personcentrerede tilgang (Rogers 1957) og en dialogisk kommunikationsteoretisk tilgang til hjælpesamtaler (Alrø 2018; Alrø & Kristiansen 2006). Det personcentrerede afsæt indebærer en grundforståelse af, at den enkelte selv rummer potentiale og beslutningskompetence, og det er derfor centralt at få indblik i den andens perspektiv og ønsker. Dialog forstås som en samtale med særlige kvaliteter, der både kommer til udtryk i en særlig måde at relatere sig på (med blandt andet bekræftelse og empati) og en særlig måde at kommunikere på (blandt andet lyttende og reflekterende).

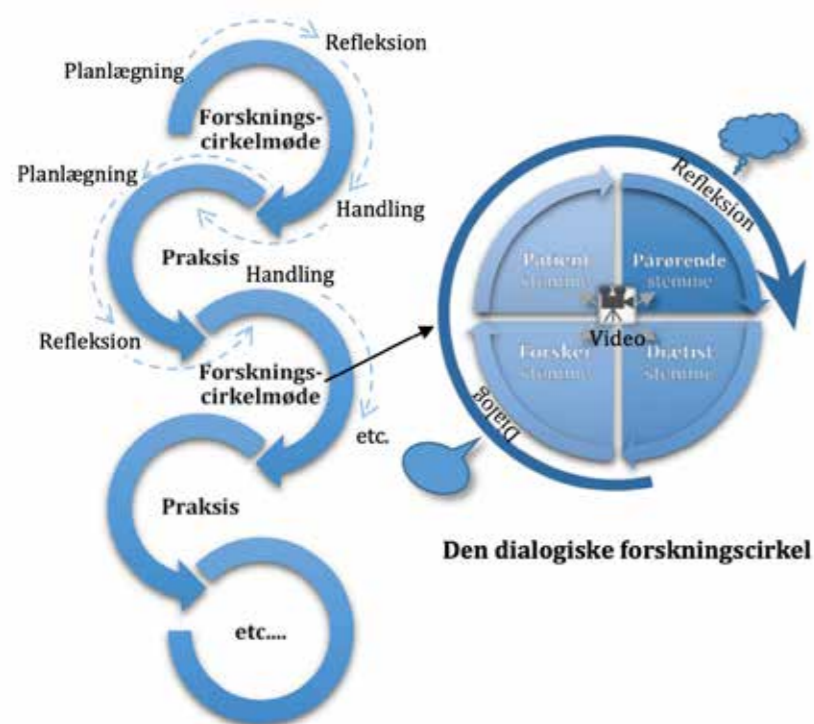
Denne grundtænkning afspejler sig i det kommunikative blik på diætbehandling såvel som i afhandlingens forskningsdesign og metodiske tilgang, der er forankret i aktionsforskning og kvalitativ metode.

Den dialogiske forskningscirkel som aktionsforskningstilgang

I tråd med det personcentrerede og dialogiske afsæt har det været vigtigt at inddrage 'dem det handler om' i undersøgelsen af, hvad der kan kendetegne kommunikative kvaliteter i diætbehandling, samt hvordan denne samtalepraksis kan udvikles. Forskningsdesignet er derfor et aktionsforskningsdesign, hvor to diætister har indgået som medunder-

søgere. Aktionsforskning er praksisnær forskning, der sammentænker teori og praksis, og hvor handling, refleksion og participation står centralt (jf. Bradbury 2015). Afhandlingen trækker på en dialogisk aktionsforskningstradition (Alrø et al. 2017) og forskningscirkeltraditionen (Härnsten 1994), og det har i løbet af projektet ført til udviklingen af den dialogiske forskningscirkel som metode (Lang 2020a, 2020b). Den dialogiske forskningscirkel er især karakteriseret ved den dialogiske ånd. Det indebærer, at der i cirklen kommunikeres og relateres med afsæt i empati, respekt og lydhørhed, og hvor kontaktskabelse står centralt. Ligeledes indgår video i cirklen som et væsentligt afsæt for samrefleksion og udvikling og som en måde at give stemme til flere – i dette projekt de kræftramte og pårørende.

Som figur 1 (*næste side*) viser, er aktionsforskningsprocessen forløbet som en cyklisk proces med en vekselvirkning mellem møder i cirklen, prøvehandling i praksis og løbende refleksion. Samspillet mellem handling og refleksion har således sat retningen for det næste skridt i processen, hvilket er kendetegnende for aktionsforskning. De to diætister og jeg har mødtes i cirklen over en periode på halvandet år. I den periode er deres samtaler med 20 kræftramte og 9 pårørende blevet videooptaget, og jeg har ligeledes gennemført interview med dem alle. De kræftramte og pårørende udgør også 'dem det handler om', og på den måde har video og interviews haft to funktioner. Det har været en måde at give dem stemme, både ind i det konkrete forskningscirkelarbejde og senere ind i analysen. Video og interviews har således både fungeret som et lærings- og refleksionsgrundlag i den konkrete



Figur 1. Processen i det dialogiske forskningscirkelarbejde

aktionsproces og som datagrundlag for analysen.

Et samtaleanalytisk blik på diætbehandling

Analysen tager afsæt i DiaLoop-modellen, som er en samtaleanalytisk tilgang (Alrø et al. 2016), hvor omdrejningspunktet er at undersøge, 'hvad der foregår' i diætbehandlingssamtalerne. Fokus er på de sproglige ytringer (verbalt som non-verbalt), de samtalende (diætister, kræftramte og pårørende) samt den kontekst, samtalen finder sted i. Analysen kan inddeles i tre spor, hvor de første to relaterer sig til forskningsspørgsmålets første del

vedrørende kommunikative kvaliteter, og det sidste spor vedrører udviklingen af en dialogisk og personcentreret tilgang.

I udforskningen af diætbehandlingssamtalerne viser der sig i analysens første spor nogle kommunikative udfordringer, som især ses, når (sam)talen tager form af diætbehandling på diætistens præmisser. Det er, når diætisten agerer ud fra en *indre dagsorden*, som ikke deles med den kræftramte, og når samtalen bærer præg af at være en *kontrolsamtale*, hvor den kræftramte bliver udspurgt ud fra en lang række kontrolpunkter men i øvrigt ellers ikke inddrages. Det er ligeledes, når

diætisten er rettet mod *funktionalitet* og *løsningsforslag*, men hvor den kræftramtes udgangspunkt og eventuelle ønsker ikke medtænkes. Afhandlingen peger på, at der er gode grunde til, at disse udfordringer forekommer. Det kan blandt andet relateres til sundhedsprofessionelles behandlingsansvar samt en (fortsat fremherskende) biomedicinsk kultur.

I andet analysespor identificerer afhandlingen følgende kommunikative kvaliteter, der kan udtrykkes i *klar tale*, hvor diætisten er tydelig og gennemsigtig både i forhold til indhold, sprog og proces, samt i en *relationel opmærksomhed*, hvor diætisten er orienteret mod at skabe kontakt og få indblik i den kræftramtes situation. Endelig defineres *personcentreret styring* også som en kommunikativ kvalitet. Det er, når diætisten nænsomt formår at være styrende, men med respekt for den enkeltes autonomi. Det styrende element kan måske synes at stå i opposition til det dialogiske og personcentrerede afsæt, men her er netop ikke tale om envejs diætiststyring men derimod *personcentreret styring*. Og det bliver derfor en kvalitet i samtalen i forhold til den behandlingskontekst, samtalen er forankret i, hvor det kan være kritisk afgørende for kræftforløbet, at den diætistiske indsats er målrettet, og hvor mange af de kræftramte selv udtrykker et ønske om styring – med inddragelse.

Analysens tredje spor giver indblik i udviklingen af en dialogisk og personcentreret samtaletilgang som greb og begreb. Med afsæt i de kommunikative kvaliteter har projektet udviklet en *dialogisk samtalestruktur*. Strukturen

skal ses som et indledende bud på et begreb for en samtalestruktur i diætbehandling, og samtidig giver strukturen også et dialogisk og personcentreret greb at samtale ud fra. På samme vis kan den *dialogiske forskningscirkel*, der har

taget form i projektet, ses som såvel et teoretisk bidrag til, hvad en aktionsforskningsproces kan bestå i (som begreb), som et praktisk bidrag til, hvordan der kan arbejdes med udvikling og kvalificering af samtalepraksis (som greb).

Afhandlingen peger på, at dialog i diætbehandling er muligt – og kan være med til at kvalificere indsatsen. For diætbehandling er mere end (blot) behandling. Det er også samtale og relation.

REFERENCER

- 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). Praktikerens stemmer i dialogisk aktionsforskning. I: H. Alrø & F.T. Hansen (red.), *Dialogisk aktionsforskning* (s. 269-301). Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H., Dahl, P.N. & Schumann, K. (2016). *Samtaleanalyse – I hverdagen og videnskaben*. Aalborg Universitetsforlag.
- Alrø, H. & Kristiansen, M. (2006). Et dialogisk perspektiv. I: M.S. Nielsen & G. Rom (red.), *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. Munksgaard Danmark.
- Bradbury, H. (2015). 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.

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>.

Härnsten, G. (1994). *The Research Circle – Building Knowledge on Equal Terms*. Swedish Trade Union Confederation.

Lang, N.R. (2020a). *Dialog i diætbehandling. En aktionsforskningsundersøgelse af kommunikative kvaliteter i diætbehandlingssamtaler med kræftramte*. Aalborg Universitet.

Lang, N.R. (2020b). 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.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 21(2), 95-103.