Er Kamma uren?

Om oplevelsen af risiko når patienter er i isolation pga. fund af resistente bakterier.

Hanne Hvingelby

Aarhus Universitet, Master i Sundhedsantropologi, Masterprojekt september 2019

Hanne Hvingelby, AU493274

Hanne Hvingelby, AU493274

Resume

Efter opdagelsen af antibiotika og udbredelsen af vacciner havde man fra midten af det 20. århundrede en forestilling om, at infektionssygdomme ikke længere ville udgøre et stort problem. Men med stigende anvendelse af antibiotika ses også stigende resistens udvikling og en frygt for, at vi bevæger os i retningen af en postantibiotisk ære, hvor simple infektioner kan blive umulige at behandle. Dette har ført til, at man globalt er blevet optaget af at overvåge, finde og isolere patienter, som har infektion eller er bærere af resistente bakterier. At være i isolation har dog også bivirkninger i form af dårligere pleje, flere utilsigtede hændelser mm.

Gennem deltagerobservation og interviews foretaget under et tre ugers feltarbejde i en skadestue undersøger jeg, hvordan oplevelsen af risiko konstrueres i relation til pleje og behandling af patienter i isolation, herunder hvordan noget klassificeres som urent. Plejen af disse patienter karakteriseres af personalet ofte som besværlig eller tidskrævende, og tiden til at udføre opgaver er hele tiden under pres. I måden det omtales på - både på dage, hvor der er mange patienter og når der ikke opleves travlhed – vidner det om et personale, som er i en kontinuerlig form for beredskab.

Jeg tager i analysen af min empiri udgangspunkt i Mary Douglas, som argumenterer for, hvordan kontekst og historie hænger sammen med, om noget anses for at være rent eller urent og belyser, hvordan risiko over tid har antaget en ny betydning og nu også omfatter fare. I diskussionen af oplevelsen af tid tager jeg udgangspunkt i sociologen Michael Flaherty, ifølge hvem perceptionen af tid modereres af samspillet mellem selvet og situationen. Individets evne til at handle af egen fri vilje er i konflikt med andre faktorer, mennesker og systemer. Netop en opretholdelsen af systemer har ifølge antropologen Andrew Lakoff fået en fremtrædende plads i den global sundheds strategi, som tidligere har været kendetegnet ved en forebyggelsestankegang. Fokus rettes mod hele tiden at være forberedt og være i beredskab.

Sigtet med masterprojektet er at medvirke til at afdække og øge forståelsen for og viden om, hvad fokus på bærerskab af resistente bakterier og behandlingen af disse gør ved de berørte patienter og ved det personale, der arbejder med patienterne.

Hanne Hvingelby, AU493274

Abstract

Following the discovery of antibiotics and the global availability of vaccines in the mid-20th century, there was a notion that infectious diseases would no longer pose major health problems. The spread of multi-resistant bacteria, however, are causing fear that simple infections may become impossible to treat. This has resulted in health-care systems that are increasingly vigilant in monitoring, identifying and isolating patients that are infected with, or are carriers of resistant bacteria. It is, however, well known that patients in isolation experience several side effects in the form of poorer care, adverse events, etc.

Through participant observation and interviews conducted during a three-week field study in a Danish emergency room (ER), I explore how the perception of risk is constructed in relation to patients in isolation. The time required to perform daily tasks is constantly under pressure, both when there are few or many patients. The ER staff often characterizes the care of isolation patients as difficult or time consuming, and this testifies to staff that are in a constant state of readiness.

In analyzing my empirical data, I use Mary Douglas, who argues how context and history are related to whether something is considered pure or unclean, and illustrates how risk has assumed a new meaning over time that now also includes danger. In discussing the experience of time, I refer to Michael Flaherty according to whom the perception of time is determined by the interaction between self and the situation. The ability to act on ones own free will conflicts with other factors, people and systems. The maintenance of vital systems is, according to anthropologist Andrew Lakoff, increasingly the strategy in the global health movement, which traditionally has been oriented towards and organized around a prevention strategy, but is now focused on preparedness.

The aim of my master project is to help uncover and increase our understanding and knowledge of how the focus on identifying persons carrying resistant bacteria affects both the patients and the staff caring for and treating the patients.

Indhold

Resume ... 3
Abstract ... 4
Prolog - At være i isolation ... 4
Kapitel 1 - Introduktion ... 7
Kapitel 2 – Felt og Metode ... 10
Felt ... 10
Adgang til felten ... 10
Interviews ... 11
Etik ... 11
Analytisk perspektiv ... 12
Kapitel 3 – Ren eller uren? ... 14
Er Kamma uren? ... 14
Værnemidlernes magiske kraft ... 15
Kapitel 4 – Risiko ... 19
At være i risiko eller at være en risiko? ... 19
Mistanken ... 20
Modstand - Så hvad kan der ske ved at jeg går ud for at ryge? ... 22
Undskyldning - Man føler ligesom man er i vejen ... 24
For at være på den sikre side! ... 25
Kapitel 5 – Tid og sted ... 29
Stedet ... 29
Tvivlen – hvem ved noget om hvad? ... 30
Kommer der mon snart nogen? ... 31
Dem gider vi ikke…de tager så meget tid! ... 34
Fra forebyggelse til beredskab ... 35
Her bruger vi ikke ordet ’stille’ ... 36
Kapitel 6 - Konklusion ... 39
Referencer ... 41

Prolog - At være i isolation

Jeg møder ind i afdelingen sidst på dagen en fredag eftermiddag. Det er et af de tidspunkter, hvor der ifølge afsnittets leder typisk kommer mange patienter. Denne fredag eftermiddag, er der dog ikke særlig travlt, men på stue 7 er der kommet en patient som er kendt i afdelingen pga. adskillige tidligere indlæggelser. Det er Kamma, som igen er faldet ud af sin kørestol. Hun er blevet indlagt fordi hun har smerteklager og fordi hendes "egen læge ikke ved hvad hun skal stille op med hende", fortæller dagsygeplejersken, som har taget imod hende.

Kamma er i isolation, fordi man for en måned siden i hendes afføring fandt bakterier, som er resistente overfor nogle typer af antibiotika. Hun har dog hverken diarre eller andre tegn på infektion på dette tidspunkt. På den stue hvor hun ligger er der på døren et gult skilt, hvorpå der står: "Isolation – Besøg må kun ske efter aftale med personalet", samt et andet skilt, hvor der med billeder er illustreret hvilke værnemidler, der skal benyttes ved adgang til stuen. Det fremgår af skiltet at personale "Ved direkte patientkontakt og kontakt med patientnære ting" skal anvende handsker og langærmet kittel, og at der skal udføres hånddesinfektion, før stuen forlades igen. Derudover står der, at man "Ved risiko for stænk og sprøjt" skal anvende beskyttelsesbriller og maske.

Jeg ifører mig handsker og overtrækskittel og går ind på stuen. Det er en af traumestuerne. Der er lyseblå fliser fra gulv til loft, stengulv og midt i rummet en båre. Der kommer dagslys ind gennem to store vinduer på den ene side af rummet, men glasset er matteret, så man kan ikke se, hvad der er udenfor – om det er træer eller bygninger. Ved den ene væg er der to skabe – det ene er et varmeskab, hvor der med dymo er skrevet på døren, hvad der skal være i det. Ved endevæggen står der et badekar – det ligner egentlig et badekar, som skulle være bygget ind, men som i stedet er sat i et jernstativ. Måske er det tiltænkt brandsårspatienter. Over døren hænger et ur, som tikker, hver gang der er gået et minut.

På båren midt i rummet sidder Kamma. På grund af en sammenkrummet ryg kan hun ikke rette sig helt op, og hun sidder foroverbøjet med hovedet hvilende på knæene. Det er næsten umuligt at få øjenkontakt med hende.

Jeg fortæller, hvem jeg er, og hvad mit ærinde er: at jeg gerne vil tale med patienter, der er i isolation. Hun mumler lidt til svar, og jeg forstår, at jeg ’da bare kan spørge’, så jeg spørger lidt ind til, hvad hun er isoleret for. ”Lægen siger, at jeg har de her bakterier…..jeg ved ikke - det er ikke noget jeg kan mærke – men de kan jo heller ikke finde ud af det”. Jeg spørger lidt ind til det at være isoleret. ”Det er da ubehageligt!”, svarer Kamma. Herefter døser hun hen. Da hun senere vågner lidt op, prøver jeg igen at få en samtale i gang, men nu siger hun tydeligt: ”Du

har da allerede spurgt om det, men jeg kan da ikke svare på alle de spørgsmål, når jeg har så ondt – kan du da ikke forstå det".

Jeg beslutter i stedet blot at hjælpe med det, jeg nu kan, for at hun kan blive lindret lidt. Jeg hjælper hende med at få noget at drikke og få noget for smerter, samt får hende med forsigtighed hjulpet om på siden, så hun kan aflaste sin smertende ryg. Herefter falder hun i en urolig søvn, som ind imellem afbrydes af klagelyde eller mumlen. Jeg bliver siddende på stuen. Hvert minut tikker uret over døren, og ind imellem tænder varmeskabet i hjørnet. Det brummer som et køleskab. Ind imellem - når Kammas puls eller blodtryk falder udenfor nogle fastsatte grænser – alarmerer overvågningsudstyret. Det får ikke personalet til at komme, selvom jeg ved, de kan se dette på en skærm ude på kontoret. Jeg slår alarmen fra, det varer i tre minutter, og så slår den til igen.

Efter ca. ½ time kommer den sygeplejerske, der har Kamma i aftenvagten ind på stuen. Henvendt til mig siger hun, at Kamma skal i røntgenafdelingen. De vil have røntgenbilleder af hendes ryg. Jeg går med. En portør kommer ind på stuen iført handsker og mundbind. Jeg tager mine værnemidler af, men tager en kittel og et par handsker med, i tilfælde af at jeg skal hjælpe med noget, når vi kommer over på røntgenafdelingen. Kamma siger ingenting, men ligger med lukkede øjne. Hun brummer lidt, da sygeplejersken fortæller, at hun skal over og have taget et røntgenbillede.

Røntgenafdelingen ligger lige ved siden af akutafdelingen. Da vi ankommer, står to radiografer parat til at tage imod os. De er iført handsker, mundbind og overtrækskittel. Portøren skubber båren ind på røntgenstuen, og de to radiografer går i gang med at finde ud af, hvordan de skal få Kamma placeret, så de kan få taget billederne. De kigger på Kamma, som ligger med lukkede øjne på båren sammenkrummet i fosterstilling. De drøfter lidt med hinanden, hvordan de kan udføre røntgenundersøgelsen og beslutter, at de kan nøjes med at flytte på selve madrassen, hun ligger på. Det er en tynd madras med håndtag i siderne, som ligger løst på båren. De skubber røntgenpladen ind under båren og trækker lidt i madrassen. Den ene radiograf beder portøren trykke på knappen, som tager røntgenbillederne, fordi han ifølge hende stadig har "rene hænder". Herefter er billederne taget og det er overstået. Hele seancen tager cirka fem minutter. Herefter køres Kamma tilbage til stuen i akutafdelingen.

Jeg sætter mig på stuen ved siden af båren – nu igen iført handsker og overtrækskittel. Kamma sover, men indimellem giver hun sig, stønner lidt, og jeg forsøger at rette puden til under hendes hoved. Ellers lytter jeg til lyden af uret, der tikker minutterne af sted, lyden af varmeskabet der tænder, når temperaturen i det falder, lyden af overvågningsudstyret,

der måler blodtryk hvert 15. minut og indimellem alarmerer. Jeg lytter også til lydene fra gangen. Man kan høre personalet, som går forbi derude. Jeg lytter til, om de standser uden for stuen – mon de er på vej herind? Eller går de bare forbi? Jeg får tanken, mon de har glemt Kamma? Eller glemt at jeg sidder herinde? Jeg kan jo blot rejse mig og gå ud, men har besluttet at blive siddende, indtil der kommer nogen. Efter 2 ½ time kommer sygeplejersken ind igen. "Vi skal ha' Kamma flyttet over i en seng", fortæller hun mig. Da to portører, iført overtrækskittel, handsker og masker, kommer ind for at flytte hende fra båren over i en seng, forlader jeg stuen.

Kapitel 1 - Introduktion

Med opdagelsen af antibiotika og udbredelsen af vacciner i midten af det sidste århundrede opstod der en forestilling om udryddelsen af alle infektionssygdomme – en forestilling, der kun holdt kortvarigt, idet bakteriers resistensudvikling overfor antibiotika blev beskrevet allerede kort tid efter opdagelsen af penicillin, (Singer, 2015, s. 157). Med HIV/AIDS epidemien i slutningen af 1980'erne blev principperne om generelle infektionshygiejniske forholdsregler grundlaget for forebyggelse af smitte i sundhedsvæsenet. Disse tager udgangspunkt i, at det ikke er muligt at få kendskab til alle patienters og personales smittestatus, og retningslinjerne er derfor udformet "så de forebygger al slags kontakt- og blodbåren smitte", (Statens Serum Institut (SSI), 2017, s. 16).

Faglitteraturen indenfor mikrobiologi og infektionshygiejne handler i disse år i stigende grad om, hvordan man i sundhedsvæsnet skal forebygge og undgå spredning med antibiotikaresistente bakterier. I den forbindelse tales om risikoen for, at vi er på vej til at bevæge os ind i en postantibiotisk ære. Med dette udtryk males der et dystert billede af et sundhedsvæsen, som ikke længere er i stand til at behandle simple infektioner, hvorved selv enkle indgreb og behandlinger kan blive umulige at gennemføre. Der opfordres til, at man nationalt og internationalt øger indsatsen, idet der tales om antimikrobiel resistens som "an invisible pandemic", (WHO, 2018, 2019). De anbefalede tiltag for at imødegå denne trussel er blandt andet at sikre, at antibiotika kun ordineres og tages, når der virkelig er brug for det, kun gives ift. den rigtige bakterie samt gennem større fokus på infektionshygiejniske tiltag. Gennem sidstnævnte kan man forebygge, at infektioner spredes eller overhovedet opstår.

I Danmark er der gennem de senere år etableret et digitalt infektionsberedskab med henblik på løbende at kunne overvåge og imødegå truslen om stigende forekomst, samt advare sundhedspersonale om smitterisiko ved resistente bakterier hos indlagte patienter (SSI, 2018). Derudover er der udarbejdet nationale vejledninger og retningslinjer for håndtering af specifikke resistente bakterier. Jeg vil her kort gennemgå de bakterier, som patienter jeg i mit feltarbejde stødte på, var koloniseret eller inficeret med.

- Methicillin resistente staphylococcus aureus (MRSA); bakterier, som er resistente overfor de antibiotika, som normalt er første valg til behandling af stafylokokinfektioner, (SST, 2016).
- Extended spektrum betalaktamase (ESBL); betegner et enzym i bakterier, som kan nedbryde visse typer af antibiotika. Ses hyppigst ved tarmbakterier, (SSI,2019).
- Vancomycinresistente enterokokker (VRE); enterokokker er en naturlig del af tarmfloraen og er medfødt resistent overfor en lang række antibiotika. Både i Danmark og internationalt observeres der stigende forekomst af resistens overfor vancomycin, (SSI, 2018).

Fælles for de tre bakterietyper er, at resistensudviklingen er et resultat af et højt forbrug af antibiotika både i sundhedsvæsenet og i samfundet i øvrigt. De smitter ikke anderledes end bakterier, der ikke er resistente. De smitter ved kontakt, hvilket forudsætter, at der er fysisk kontakt mellem smittekilden og smittemodtageren eller via et mellemled, som fx personalets hænder eller utilstrækkeligt rengjort udstyr, (SSI, 2017).

En udvikling med stigende forekomst af resistente bakterier har medført et øget fokus på supplerende forholdsregler – herunder isolation. Hvor de generelle forholdsregler skal iværksættes uanset kendskab til patientens eventuelle smittestatus, iværksættes supplerende forholdsregler ved infektion med en smitsom sygdom, samt ved fund af og mistanke om asymptomatisk bærerskab. I sidstnævnte situation kan der altså være tale om, at patienten er i behandling for noget ganske andet og i tilgift isoleres pga. kendt eller formodet bærerskab pga. disse bakterier.

De infektionshygiejniske tiltag, som blandt andet omfatter isolation ved fund af resistente bakterier, giver i sig selv anledning til mange faglige diskussioner, ikke mindst fordi det er velkendt, at isolation er et meget indgribende og potentielt skadevoldende redskab (SSI, 2016). I et review fra 2013 drøfter Landelle, Pagani og Harbarth, som er eksperter indenfor infektionssygdomme, nogle af de argumenter, der har været for og imod aktivt at søge efter bærerskab – altså det at man søger efter og finder, ikke bare patienter med infektion, men også patienter, som er vært for antibiotika- eller multiresistente bakterier[1] (MDRO). Selvom de i artiklen medgiver, at isolationsforholdsregler er baseret på det, de kalder "current understanding of the mechanisms of transmission of organisms", og at der er en lang række af svagheder og hindringer i forhold til klinisk at undersøge hvilke interventioner, der har den største effekt, så konkluderer de, at supplerende forholdsregler "probably remain the most effective and essential method of preventing transmission of MDROs", (Landelle, 2013, s. 169). Forfatterne berører det, som en række andre fagfolk indenfor infektionsforebyggelse også har påpeget, nemlig at der er mange bivirkninger for patienter i isolation, hvor dårligere kvalitet i pleje og behandling, mindre kontakt mellem patienter og sundhedspersonale og angst og depression hos de berørte patienter ofte nævnes (Sprague, Reynolds, Brinkley, 2016). Som en del af løsningen angiver de, at "…infection control guidelines should be uniform for all involved hospitals, and drawn up by a central public health authority invested with the statutory power to oversee and enforce their

[1] Antibiotikaresistens betyder, at bakterier er modstandsdygtig overfor den antibiotika, man før har brugt til at bekæmpe infektion med. Multiresistens betyder, at bakterien er resistent overfor flere typer antibiotika. MDRO = Multi Drug Resistant Organisms er den engelske betegnelse.

implementation", (Landelle, 2013, s. 167). Dermed er de fortalere for en specialisering og centralisering af viden og opgaver i relation til infektionsforebyggelse.

Mit arbejdsfelt som hygiejnesygeplejerske på et hospital handler om at forebygge og hindre smittespredning med alle smitsomme sygdomme og herunder hører også implementering af retningslinjer for isolation af patienter med bærerskab af MDRO. Dette er i de senere år øget i omfang, og en udvikling hvor flere patienter skal isoleres, øger samtidig risikoen for skadelige effekter ved isolation. Formålet er derfor gennem antropologisk teori og metode at medvirke til at afdække og øge forståelsen for og viden om, hvad fokus på bærerskab af resistente bakterier og behandlingen af disse gør ved de berørte patienter, og ved det personale, der arbejder med disse patienter.

Mit feltarbejde på en skadestue gav mig adgang til fem patienter, som var isoleret pga. fund af resistente bakterier. I fire af de fem situationer var der ikke tale om infektion, men om at man ved screening eller ved en tidligere indlæggelse havde fundet bakterierne. Patienterne var således ikke aktuelt syge af dette. Noget af det, flere patienter beskrev, var en oplevelse af, at personalet var bange for dem, af at være til besvær samt ikke mindst en oplevelse af, at de ventede længere end andre patienter.

Ud over at tale med patienter havde jeg mange samtaler med og observationer blandt personalet. Næsten alle talte om, at patienter i isolation tager meget tid, og de angav mangel på tid som årsag til ikke at kunne sætte sig ind i retningslinjer. De fleste afviste at føle sig bange for at passe disse patienter, men angav samtidig, at hvis man var i en særlig sårbar situation – eksempelvis i forbindelse med graviditet – så undgik man helst disse patienter. Generelt syntes det blandt skadestuens personale at være en udbredt opfattelse, at disse patienter passede særlig dårligt ind hos dem.

Med udgangspunkt i antagelsen om, at flere patienter i fremtiden kan blive omfattet af isolationsforholdsregler, vil jeg først med baggrund i antropologen Mary Douglas' teori om rent og urent analysere den funktion opfattelsen af urenhed har, samt diskutere, hvordan oplevelsen af risiko konstrueres i forbindelse med plejen af patienter i isolation. Med inspiration fra sociologen Michael Flaherty og antropologen Andrew Lakoff vil jeg diskutere patienternes og personalets oplevelse af tid og analysere, hvordan beredskabstankegangen påvirker opfattelsen af og omgangen med patienter med resistente bakterier.

Kapitel 2 – Felt og Metode

Felt

Dette projekt bygger på et etnografisk studie baseret på deltagerobservation og samtaler på en akutafdeling på et hospital i Danmark.

En skadestue er det sted, hvor alle ikke planlagte patienter kommer ind i hospitalet. Det kan dreje sig om patienter med akutte skader, ofre for ulykker eller patienter som er henvist fra vagtlæge eller egen læge og enkelte patienter, som selv henvender sig. Ophold i skadestuen skal helst ikke overstige fire timer. Herefter er hensigten, at patienterne skal være færdigbehandlede eller – hvis omstændighederne kræver det - sendt videre. Dette sker i første omgang oftest ved, at de først kommer gennem den akutte sengeafdeling, hvor patienterne kan være indlagt i op til to døgn. Herefter skal de igen enten udskrives eller videre på en specialafdeling.

Både skadestuen og den akutte sengeafdeling er præget af uforudsigelighed. Man ved ikke, hvad dagen eller den næste time kan bringe. Afsnitslederen gjorde, den dag jeg startede i skadestuen, opmærksom på, at man for nylig havde oplevet en øget patienttilstrømning, da nogle af de omkringliggende hospitaler pga. udfordringer med bemanding ikke længere var åbne for modtagelse af akutte patienter i lige så mange timer, og at dette påvirkede personalet meget. Man forsøger at udarbejde prediktionsmodeller, for på den måde at kunne tilpasse vagtbemandingen til det forventede aktivitetsniveau. Ikke desto mindre var uforudsigeligheden noget af det, som i høj grad prægede afdelingen.

Adgang til felten

Medio februar kontaktede jeg hospitalsledelsen på det hospital, hvor jeg ville udføre mit feltarbejde og fik i slutningen af marts en aftale med skadestuen om at kunne komme i afdelingen i april måned. Efter jeg startede i afdelingen, lavede jeg desuden aftale om også at få min gang i den akutte sengeafdeling, som har separat ledelse af plejen. Jeg var til stede på afdelingen i alt 13 dage fordelt over fire uger. Jeg præsenterede mig selv - både i et skriftligt opslag, som jeg efter aftale med afsnitslederne på de to afsnit, hvor jeg kom, lagde på bordet i frokoststuen og når jeg talte med personalet - som masterstuderende i sundhedsantropologi og sygeplejerske. Jeg gjorde ved den første henvendelse til afdelingen opmærksom på, at mit daglige arbejdsfelt er infektionsforebyggelse og infektionshygiejne, ligesom jeg også fortalte dette, hvis jeg blev spurgt. Det var således ikke skjult, men samtidig noget jeg bevidst nedtonede for derved at undgå et for

stort fokus på et virke, der for mange er forbundet med auditering og evaluering. Forståelsen var, at jeg pga. det store antal af andre i oplæring eller uddannelse, skulle 'passe mig selv'.

Nogle dage var jeg omklædt og deltog i plejen, om end i begrænset omfang. Andre dage tilbragte jeg tid i frokoststuen blandt personalet eller sad i et af ventearealerne. Jeg var i afdelingen i op til 4-6 timer fra midt på dagen, eller jeg mødte op sidst på formiddagen i kortere tid og igen sidst på eftermiddagen eller om aftenen - dette for at kunne være der, hvis der var patienter i isolation. Personalet kunne af meldingerne ofte se, om der var patienter på vej, som de på forhånd vidste, skulle i isolation. Jeg fravalgte at være til stede i nattevagterne, da der i disse timer var både færre personale på vagt og færre patienter.

Selvom et stort antal af elever, studerende, personale i uddannelsesstillinger, skiftende ambulancereddere mm. betød, at personale flowet i afdelingen i hverdagen var enormt, opnåede jeg efterhånden en vis uformel adgang til felten. Hvor jeg i starten skulle ses an og fortælle, hvorfor jeg egentlig var der, begyndte personalet at spørge ind til mine resultater eller de henvendte sig om patienter, de tænkte, jeg kunne have interesse i at tale med, ligesom de selv begyndte at fortælle om deres hverdag og om at have patienter, som var i isolation.

Interviews

Jeg har haft samtaler med fem patienter i isolation for bærerskab af resistente bakterier. Alle gav mundtligt samtykke til at ville tale med mig om det at være i isolation. I to tilfælde blev samtalen optaget med iPhone efter jeg først havde indhentet mundtligt samtykke hos patienten. En tredje patient gav samtykke til, at jeg kunne deltage ved et efterfølgende besøg hos hjemmesygeplejen samt til et egentligt seminstruktureret interview. Forud for interviewet blev der indhentet skriftligt samtykke og interviewet blev optaget med iPhone. Alle samtaler blev efterfølgende transskriberet og herefter slettet fra iPhone.

Jeg har haft mange samtaler med personalet - med sygeplejersker, læger, bioanalytikere, servicepersonale og reddere eller redderelever - om såvel deres dagligdag og om pleje og behandling af isolationspatienter. Jeg har talt med personalet, når de holdt pauser eller mens de udførte deres opgaver, som rengøring på stuen efter en isolationspatient, rengøring af senge, udførelse af plejeopgaver og lignende.

Etik

Alle samtaler med patienter fulgte de etiske retningslinjer udarbejdet af American Anthropological Association (Code of Ethics of the American Anthropological Association, 2012)

om ikke at gøre skade, at være åben om formål og metode, at indhente samtykke til såvel samtalen eller interviewet og samtykke til, at bruge den viden jeg fik. I forhold til personalet var det hele tiden åbent, hvad mit formål med tilstedeværelse i afdelingen var. Jeg orienterede om, at jeg tog noter og gjorde det desuden åbent i situationerne. Jeg spurgte om tilladelse til at følge eller deltage, når det var aktuelt.

Med en enkelt undtagelse kender jeg ikke informanternes efternavne, og fornavne samt andre mulige kendetegn som kan føre til, at de kan identificeres, er ændret. Enkelte informanter vil måske kunne genkende sig selv i projektet.

Undervejs opstod der situationer, som frembød dilemmaer, fx når personale iførte sig værnemidler tilsyneladende uden tanke for den betydning dette havde for patienterne. I de fleste situationer påpegede jeg det ikke på tidspunktet, men - hvis muligheden opstod – drøftede jeg det senere, når jeg mødte personalet. Derudover gav jeg den sidste dag på afdelingen en kort mundtlig tilbagemelding til lederne på afdelingen om mine observationer og umiddelbare tanker i den forbindelse. I den efterfølgende bearbejdning har jeg måttet erkende, at der har været situationer, hvor jeg havde mulighed for at gribe ind og ændre en situation, men forpassede muligheden.

Analytisk perspektiv

De hovedteorier jeg vil anvende i analysen af min empiri, er relateret til nogle overordnede temaer, som også danner udgangspunkt for den måde opgaven er bygget op. Under hvert tema præsenteres empiri, som analyseres og diskuteres med den valgte teori.

Kapitel tre handler om, hvad der er afgørende for, om noget anses for at være rent eller urent. Når der var tale om isolation af en patient, blev værnemidler benyttet og ofte blev de benyttet mere end instrukserne foreskrev. Der var meget opmærksomhed på at undgå enhver kontakt med patienter, som var i isolation, mens der i andre situationer hvor der kunne være tale om forurening – og i visse tilfælde endog synlig forurening – ikke blev taget tilsvarende forholdsregler. Jeg vil tage udgangspunkt i antropologen Mary Douglas, som i bogen *Purity and Danger* fra 1962 argumenterer for, hvordan kontekst og historie er afgørende for den måde, vi kategoriserer noget som forurenet og dermed farligt, og at denne kategorisering samtidig knytter forestillingen op på det symbolske. Rent og urent hænger sammen med forestillinger om den sociale orden (Douglas, 1962, s. 44-49, s. 142).

I kapitel fire vil jeg belyse, hvordan risiko konstrueres og hvad aktører i en given situation forsøger at gøre for at mindske følelsen af usikkerhed. Jeg vil igen tage udgangspunkt i

Mary Douglas, som i *Risk as Forensic Ressource* (1990), beskriver hvordan risiko over tid har antaget en ny betydning og nu også omfatter fare, noget som tidligere blev søgt styret ved, at det omfattedes af synd som begreb. Hun sætter ikke lighedstegn mellem synd og risiko – det ene skuer bagud i tid og det andet er optaget af forudsigelse – men anfører en sammenhæng mellem farer, risici og uønsket adfærd, hvorved risiko kædes sammen med moral (Douglas, 1990, s. 8). I *Dealing with Uncertainty* (2001) udfordrer Douglas antagelsen, at større viden, mere information og mere åbenhed skaber større sikkerhed. Tværtimod skaber det større usikkerhed og kun ved at kontrollere information kan man skabe sikkerhed. Det er således institutionerne og vores tro på dem, der skaber sikkerhed, men som samtidig ifølge Douglas kommer til at stå i vejen for udvikling og innovation (Douglas, 2001, s. 146)

Endelig vil jeg i kapitel fem undersøge, hvordan tid synes at have forskellig dimension og forskelligt formål afhængig af kontekst og perspektiv. Jeg vil tage udgangspunkt i sociologen Michael Flaherty, som i *Making Time* (2011) flytter begrebet tid ind i det sociale, idet han hævder at perceptionen af tid modereres af samspillet mellem selvet og situationen. Vi søger ifølge Flaherty gennem den tidsmæssige erfaring selv at styre, men individets evne til at handle af egen fri vilje – dets agency – er i konflikt med andre faktorer, mennesker og strukturer eller systemer (Flaherty, 2011). Netop systemet som det, der skal præserveres, er et tema for antropologen Andrew Lakoff i *Two Regimes of Global Health* (2010). Her beskriver han, at ved at tale om *når* og ikke *hvis* den store epidemi kommer, har sundhedsvæsenet på det globale niveau flyttet sig fra en tankegang med fokus på forebyggelse af sygdom med rod i viden hentet i fortiden til en beredskabstankegang med fokus på opretholdelse af systemerne. Denne forestilling om en fremtidig mulig katastrofe er bestemmende for vores prioriteringer nu og her, (Lakoff, 2010).

Kapitel 3 – Ren eller uren?

Er Kamma uren?

Efter en rolig start på dagen er der blevet travlt i skadestuen. Over middag sidder nogle læger og sygeplejersker i frokoststuen med deres madpakker. Da en af sygeplejerskerne rejser sig efter at ha' spist, kigger hun ned ad sin uniform: "Arhhhh for ….." siger hun "Jeg har lort på min uniform!" Hun begynder at rydde madkasse, glas og bestik sammen. En af de andre griner: "Du har det altså også på dine bukser", siger hun, men den første sygeplejerske kigger ned ad sig og siger: "Det der? Nej, det er bare kødsovsen fra min frokost". Derefter beretter hun – mens hun sætter tallerken og bestik i opvaskemaskinen, og tager et glas vand - om patienten, som hun har modtaget og som var "helt smurt ind i afføring, da hun kom. Og jeg måtte jo stå med hovedet helt hernede for at lægge kateter på hende." Hun viser med sin krop, hvordan hun har stået bøjet ned mellem patientens ben.

Der er formentlig ikke tvivl om, at sygeplejersken med afføring på sin uniform ser det som snavs, men dog ikke i en sådan grad, at det får hende til straks at gå ud for at skifte sin uniform. Hendes reaktion synes helt anderledes end den reaktion, som radiograferne har i modtagelsen af Kamma, hvor de beder portøren om at trykke på knappen til røntgenapparatet, fordi han stadig har 'rene hænder'. Deres udsagn må indirekte kunne forstås som, at Kamma er 'uren' – eller i hvert fald tyder adfærden på, at hun ses som at udgøre en større risiko end den patient, der er 'smurt ind i afføring'.

Men hvori består forskellen mellem de to patienter? Den ene er synligt forurenet med afføring, mens den anden ikke er, men hun har til gengæld en diagnose, som værende bærer af ESBL. I det ene tilfælde er der - ifølge retningslinjerne om generelle forholdsregler - krav om 'at holde arbejdsdragten ren', hvilket vil sige at der skal benyttes forklæde, når der er risiko for forurening, mens der i Kammas tilfælde - ifølge krav om supplerende forholdsregler - skal bæres overtrækskittel og handsker 'ved tætte kontakter', (SSI, 2016, 2017). I tilfældet med patienten som er smurt ind i afføring, synes dette næppe at være efterlevet, mens der i tilfældet med Kamma – til trods for den meget begrænsede kontakt – er taget alle tænkelige forholdsregler for at undgå fysisk kontakt.

Mary Douglas skriver at, "the kind of contacts which are thought dangerous also carry a symbolic load. (…) I believe that some pollutions are used as analogies for expressing a general view of social order" (Douglas, 1965, s. 4). Så handler det om en form for social orden, hvor nogen patienter truer denne orden? Man kan sige, at mikroorganismer udgør en trussel,

men det gør de i begge tilfælde og formentlig mere hos den patient, der bærer dem synligt. Så det kan tyde på, at det specifikt er tilstedeværelsen af en instruks om bærerskabet af bakterier, der er medvirkende til, at patienten anses for at være uren, og at dette vinder over det sansede. Mary Douglas beskriver, at det netop er kendetegnende for den vestlige verdens ide om snavs, at den er domineret af vores viden om patogene mikroorganismer, hvilket synes at passe med ovenstående. Men samtidig hævder hun, at forestillingen om det forurenede går langt tilbage - forud for vores viden om mikroorganismer. ”If we can abstract pathogenicity and hygiene from our notion of dirt, we are left with the old definition of dirt as matter out of place” (ibid, s. 44). Man kan hævde, at patienten i isolation i personalets optik ikke hører til, og dermed er ’out-of-place’ – i hvert fald i forhold til andre patienter. Dette illustreres måske bedst af nedenstående kommentarer som udveksles mellem en læge og en sygeplejerske i frokoststuen:

Men de patienter, de passer bare ikke ind her hos os. Vi har for mange hurtige og korte kontakter, og de tager for meget tid" siger en sygeplejerske i frokoststuen, da jeg spørger om patienter i isolation og hvordan det er at have dem. Til dette svarer en ung læge, som har siddet ved bordet og lyttet ”De patienter – de generer da alle steder".

Men hvad så med patienten, som er ’smurt ind i afføring’? Udgør hun ikke en trussel? Objektivt set gør hun, men sygeplejerskens reaktion signalerer ikke, at hun er alarmeret, eller at afføring egentlig opfattes som out-of-place. Under min introduktion til afdelingen, siger en sygeplejerske, som kender min baggrund som hygiejnesygeplejerske: ”Her er der en meget ligefrem tone, det skal du være forberedt på – og det med hygiejne – det er som det er. Vi lever med det.”

Man kan hævde, at der implicit i denne bemærkning antydes, at det sansede og de deraf afledte krav til den generelle hygiejne ikke har høj status – eller at det er underordnet i forhold til det, som de ser som deres kerneopgave. Med Douglas ord, så er snavs ikke noget absolut, men eksisterer hos den, der ser det (Douglas, 1965, s. 2), og i skadestuen er det ikke synlig afføring, men viden om tilstedeværelsen af bakterier, der udløser den kraftigste reaktion.

Men også når resistente mikroorganismer er påvist, er efterlevelsen af instrukser genstand for fortolkning, hvilket jeg her vil komme nærmere ind på.

Værnemidlernes magiske kraft

Sociologen Julius Roth, en af Mary Douglas’ samtidige, har i en artikel i American Sociological Review, ”Ritual and Magic in the Control of Contagion” fra 1957 beskrevet sine observationer af uoverensstemmelser i forholdsregler i forhold til tuberkulosepatienter. Han beskriver blandt

andet forskelle i brugen af værnemidler, som i dette tilfælde omfatter overtrækskitler, hue og maske, og en af de observationer han gør, er at personalet undertiden trækker masken ned, så næsen er fri, om hvilket han bemærker: ”This, of course, destroys the point of wearing the mask and the mask then takes on the status of a charm necklace” (Roth, 1957, s. 312). Han afslutter sin artikel med ordene: ”The practices surrounding contagion control in a TB hospital represent an effort to make man’s laws approximate the laws of nature, and when nature’s laws are not well understood, man’s rules are likely to be more or less irrational and their observance vacillating and ritualistic” (ibid, s. 314).

Det samme synes at gøre sig gældende i skadestuen, hvor brugen af værnemidler også undertiden mere har karakter af ’charm necklace’ end egentlig beskyttelsesforanstaltning. I nogle situationer giver det sig udslag i, at man bruger mere, end der er foreskrevet eller behov for, men der er også eksempler på det modsatte, som nedenstående beretning illustrerer:

Kirsten har været isoleret på en enestue under sit ophold på skadestuen, hvor hun har fået behandlet et sår, hvor der er fundet MRSA. Hun er således – i modsætning til Kamma – i isolation ikke blot på grund af fund af MRSA, men på grund af fund af infektion med MRSA. Ligesom i tilfældet med Kamma er der på døren et gult skilt, hvorpå der står: "Isolation – Besøg må kun ske efter aftale med personalet", samt et andet skilt, hvor værnemidlerne er illustreret. Og ligesom ved Kamma fremgår det, at der "Ved direkte patientkontakt og kontakt med patientnære ting" skal anvendes handsker og langærmet kittel, og at der skal udføres hånddesinfektion, før stuen forlades igen, derudover, at man "Ved risiko for stænk og sprøjt" skal anvende beskyttelsesbriller og maske.

Bagvagten, som skal ind til Kirsten er iført en overtrækskittel, som dog ikke er lukket og derfor hænger ned på overarmene, handsker og maske, som er sat så den dækker hage og mund, men ikke næse. Han undersøger såret, trykker på huden omkring det, og beder derefter den unge læge, som er fulgt med ind, om at hente noget til sårbehandlingen. Mens han venter på dette, ringer hans telefon. Samtidig med han tager telefonen, tager han handskerne af og mens han vifter til de øvrige på stuen og mærker efter i lommen på sin uniform under overtrækskitlen efter noget at skrive med, flår han overtrækskittel og maske af. ”Aarhh” udbryder han, og smider kittel og maske hen i affaldssækken. Han har nu fået en blyant fra en af de tilstedeværende på stuen og skriver en besked på et stykke papir. Den unge læge er nu kommet tilbage på stuen med det, der manglende, og bagvagten putter papiret med beskeden i lommen på sin uniform, giver blyanten tilbage og sætter sig – nu uden overtrækskittel eller maske - for at behandle såret.

Værnemidlerne synes i denne situation mere at udgøre et ritual end en reel infektionsforebyggende foranstaltning. Man tager ikke det på, der står på skiltet, men spejler sig nærmere i, hvad de andre gør og tager det på, som de har taget på. Bagvagten som er den med den største autoritet på stuen, synes at følge sine egne regler. I starten tager han ganske vist værnemidler på – om end på sin egen måde - men fjerner dem undervejs så han på det tidspunkt, hvor der synes at være størst risiko – nemlig da han sætter sig for at rense såret – ikke længere har beskyttet sin uniform. Og undervejs har han håndteret blyant, papir og telefon, som han efterfølgende har givet tilbage eller vil håndtere igen, når han sidder på kontoret eller i en ny patientsammenhæng.

Antropologen og lægen Cecil Helman definerer og beskriver - med reference til blandt andre J. B. Loudon, Victor Turner og Edmund Leach – ritual som ”[…] those aspects of prescribed and repetitive formal behaviour, that is those aspects of certain customs, which have no direct technological consequences and which are symbolic” (Helman, 1994, s. 224). Videre skriver han, at rituel adfærd kan ses som en form for sprog, der hjælper med at skabe strukturerne i et fællesskab og den underliggende moralske orden. Ritualer fungerer ifølge Helman gennem symboler, som eksempelvis kan være sang, gestik eller særlige beklædningsgenstande, og de fungerer blandt andet ved at beskytte såvel den syge som dem omkring den syge – fx mod smitte. Derfor skal rituelle symboler afkodes i relation til den kontekst, hvori de indgår. I forhold til patienter i isolation er hensigten med værnemidler at fremme den infektionshygiejniske adfærd og afbryde smitteveje, og i det perspektiv giver isolationen mening. Men i måden de benyttes på i skadestuen, får de - ligesom i Roths beskrivelse fra 1957 – mere karakter af symbol. De har ingen eller kun begrænset teknologisk konsekvens og er dermed jf. Helman ikke meget anderledes end den måde, man i ikke-vestlige kulturer benytter religiøse symboler og artefakter i behandlingen af den syge. Når personalet alle ifører sig værnemidler på samme måde, om end ikke i overensstemmelse med instruksen, kan det ses som en måde at signalere et tilhørsforhold, som skaber strukturerne i det fællesskab, der danner rammerne omkring at arbejde i en skadestue. Derudover kan det medvirke til at understrege disse patienters 'andethed' både i forhold til personalet og i forhold til den andre patienter.

I en efterfølgende samtale med en af de unge læger, som er med på stuen, siger denne med et lille træk på skuldrene: ”Det er vist forskelligt, hvor meget man går op i det”, hvilket understreger, at det ikke er den infektionsforebyggende effekt ved at bære værnemidler, der synes at have betydning for de implicerede. Men hvad er det så? At det rituelle kan handle om at

skabe et 'os' og 'dem' er måske det, der kommer til udtryk, når sygeplejersken Sonja appellerer til personalet om, at de bør tage bad hver dag efter arbejde:

Jeg tager bad og skrubber mine arme med sæbe. Jeg prøver at få de andre til at gøre det også. Jeg fortæller dem, at det er noget de kan gøre for sig selv – og håndklæder og vand – ja, selv sæbe og shampoo – er jo gratis". Men det vigtigste siger hun videre: Efter jeg er startet på det, er jeg selv meget mindre syg. Med små midler kan vi godt gøre en forskel.

At de kan gøre det ’for sig selv’ og ’selv’ bliver mindre syg, synes at indikere, at brugen af værnemidler og infektionsforebyggende tiltag generelt styres af en motivation eller en moral, der først og fremmest handler om at beskytte gruppen, eller som nævnt: et sprog, der er med til at skabe strukturerne i fællesskabet. Mary Douglas beskriver, hvordan kroppen kan ses som et symbol og en model for ethvert forbundet system og ” […] the anxiety about bodily margins expresses danger to group survival” (ibid, s. 154). Ved at vaske sig efter en vagt, lægger man afstand – ikke blot til patienter i isolation, men alle patienter og til det sted, hvor afføring ikke betragtes som out-of-place. Sonja giver udtryk for en generel risiko ved kontakten med patienter – og forsøger at imødegå denne risiko ved at tage bad efter arbejde. Badet og måden værnemidler benyttes på, kan – ud over at være en infektionsforebyggende foranstaltning - også ses som en måde at etablere tilhørsforhold og en positioneren sig i forhold til de øvrige i gruppen og udenfor gruppen. Sonjas kampagne udtrykker, at omgangen med patienter i løbet af en arbejdsdag i sig selv ses som en risiko for personalet. Jeg vil i det følgende kapitel undersøge hvordan opfattelsen af risiko konstrueres.

Kapitel 4 – Risiko

At være i risiko eller at være en risiko?

Mary Douglas beskriver i ”Risk as Forensic Ressource”, hvordan risiko som begreb har udviklet sig historisk. Tidligere var risiko udelukkende forbundet med sandsynlighedskalkulationer – som fx i forbindelse med beregning af den økonomiske risiko ved at gøre en investering eller ved at gamble. Selve ideen om risiko var altså neutral, og resultat af en beregning med på den ene side sandsynligheden for et givent udfald og på den anden side størrelsen på de tab eller gevinster, der var mulige. Risiko kunne således både resultere i et positivt og et negativt udfald. Andre ting – som jordskælv, pest eller tørke – var ikke på samme måde omfattet af risikobegrebet, men blev betragtet som farer, som var forbundet med synd og et i den kristne verden, resultat af Guds straf. Forestillinger om synd og fare var dermed et middel til at styre en befolknings adfærd i en for samfundet gunstig retning, (Douglas, 1990).

I den moderne vestlige verden er en diskurs med rod i religion ifølge Douglas ikke længere acceptabel, og derfor får begrebet risiko en ny funktion. Risiko er ikke længere et neutralt begreb, selvom ordet opfattes sådan, men er nu kun forbundet med et negativt resultat. “The neutral vocabulary of risk is all we have for making a bridge between the known facts of existence and the construction of a moral community” (ibid, s. 5). Det kan hævdes, at begrebet med sin rod i naturvidenskaben nu også dækker det, som tidligere var omfattet af begrebet ‘fare’, som styrende redskab, idet hun videre skriver: "To be 'at risk' is equivalent to being sinned against, being vulnerable to the events caused by others, whereas being 'in sin' means being the cause of harm." (ibid. s. 7).

Et spørgsmål man kan stille, er om patienter, som er i isolation, betragtes som om de udgør en risiko, som kan kalkuleres eller om de nærmere konstrueres i sociale relationer, som om de er en fare eller med Mary Douglas’ ord syndere eller på anden måde mistænkelige? Hvis dette er tilfældet, vil det måske kunne medvirke til at forklare nogle af de negative effekter patienter rapporterer ved at være i isolation.

Erna fortæller om et besøg fra hjemmeplejen, efter at hun har fået påvist ESBL i sin urin:

Erna: "En dag, der var der en hjemmehjælper, der kom – eller det var i hvert fald en der skulle ind - en social- og sundhedsassistent. Jeg blev helt forskrækket, da jeg lukkede døren op. Da stod hun med hvid trøje og vest og det hele".

Interviewer: "Inden hun kom ind i dit hjem?"

Erna: "Ja, ja – så står hun og klæder sig på herude i gangen.. Ja, sagde hun så, fordi folk de jo kommer andre steder, når de går fra dig. Hold da op, sagde jeg så, det må jeg da godt nok sige… det var ubehageligt. Det mindste de ku' gøre, det var og vente til de kom ind. For hvis nu der kommer nogen i opgangen og går ned eller naboen kommer ud, hvad vil han tænke – hvad sker der inde ved siden af, siden de tager maske og sådan noget på – hvad sker der derinde…"

I denne situation ses Erna af hjemmehjælperen tydeligvis som en person, der er *en* risiko mens de andre borgere, som hjemmehjælperen skal besøge er *i* risiko. At der kan sættes lighedstegn mellem bærerskabet af ESBL og en angribelig karakter, illustreres af Ernas ønske om at holde det skjult for naboerne. Og bag ved tanken om at en person kan udgøre en risiko, ligger mistanken.

Mistanken

Mistanke kan defineres som "begrundet eller ubegrundet, men ikke bevidst formodning om at nogen eller noget er skyld i et ulovligt, uærligt eller ubehageligt forhold" (Sproget.dk). Filosoffen Anders Fogh Jensen beskriver i sin bog *Epi-demos, En lille bog om store epidemier,* hvordan menneskeheden op gennem historien på forskellig vis har håndteret smitsomme sygdomme – gennem organisering og styring, som har ændret sig afhængig af sygdommens art og omfang. Således skriver han, at: ”Spedalskheden havde lært mennesket at opdele, pesten havde lært mennesket at inddele. Koleraen havde lært mennesket at styre cirkulationen i den moderne, industrialiserede by – altså at organisere sine omgivelser”, (Jensen, 2011, s. 72).

Mikrobiologien, som vandt frem fra slutningen af det 19. århundrede, tilbød en forklaring på, hvorfor disse styringssystemer havde virket, men derudover betød mikrobiologien også, at man ”ikke længere kan stole på lugtesansen, synet eller hørelsen […] Husmoderen måtte inkorporere et parasyn: Mistanken. Al smuds og blanding af elementer måtte mistænkes”, (ibid, s. 73).

Når portøren og røntgenpersonalet tager maske på, inden de går ind til Kamma, kan det ses som et udtryk for denne mistanke:

Jeg sidder i frokoststuen sammen med to sygeplejersker og to læger. Jeg spørger, om det giver mening for dem altid at skulle iføre sig værnemidlerne?

"Altså, jeg kan jo godt tænke, at vi har disse her kort (isolationsskilte som viser, hvilke værnemidler der skal bruges), og hvis der står, at jeg skal ha' de og de værnemidler på, så kan det jo godt være, at patienten faktisk har siddet ude i venterummet med de andre patienter, inden jeg fandt ud af

det...", svarer Bente. Grethe bryder ind: "Hvis det er influenzasæson og man skal tage et influenzasug (diagnostisk test), så skal patienten jo i isolation, fordi vi mistænker det".
Vera, som er en af de erfarne læger, supplerer: "Man kan godt få lyst til ikke at undersøge dem for influenza, kun for at slippe for alt det – nej, det mener jeg selvfølgelig ikke. Hvis der er udstukket nogle retningslinjer, så skal de selvfølgelig følges".
Jeg spørger om det giver mening i forhold til fx MRSA patienter, og Bente svarer efter lidt betænkningstid: "Altså tit så har patienten jo siddet ude i venteværelset……"
Vera afbryder: "Ja, det giver mening".
Jeg fortæller dem om et forskningsprojekt som er udført på Sygehus Sønderjylland, og som viste, at for hver gang man isolerede en patient, var der gået 10 patienter gennem hospitalet, som også havde MRSA, men som man ikke fandt (Mogensen et al, 2015), og spørger om de har hørt om den? "Nej", siger Vera, "men det er da uhyggeligt!"
Ja, men man så ikke spredning, siger jeg, giver det så mening? "Ja, det gør det" siger Vera, " for man kan jo ikke vide det". "Det kan være svært at sige… for nu har de jo siddet derude i venteværelset", siger Bente.

Bente og Vera ser tydeligvis forskelligt på situationen. Bente er i tvivl, mens mistanken er afgørende for Vera – mistanke om influenza hos en patient, hvilket hun egentlig ønsker at overhøre, fordi det medfører besvær, og mistanke om MRSA hos patienter, uden at man ved det, som hun finder 'uhyggelig'. Løsningen på dette er for Vera at følge retningslinjerne og med et mål om at ophold i skadestuen ikke skal overstige 4 timer, bliver erfaringsbaseret viden uopnåelig. Man kan tale om en form for udlejring, hvorfor Vera i stedet må forlade sig på den risikovurdering, andre eksperter har udført.

Risiko som begreb er meget tæt forbundet med tillid, hvilket den norske filosof Harald Grimen beskriver i artiklen *Power, Trust and Risk: some Reflections on an Absent Issue*(2009). Grimens perspektiv om magt som fraværende i mange diskussioner om tillid i læge-patient forholdet er ikke denne opgaves fokus, men hans synspunkter medtages i det omfang, at de er med til at underbygge sammenhængen mellem risiko og tillid. Grimen hævder, at det gab der er mellem på den ene side en lægmands viden og på den anden side ekspertens viden, uvægerligt vil medføre en magtforskel. Patienten overdrager sin krop i lægens hænder og har tillid til, at lægen eller sygeplejersken vil forvalte denne tillid. Samtidig udgør risikovurdering – med Grimens ord – en kerne i lægevidenskab, og risikovurdering er ofte blevet rutine, hvilket letter det daglige arbejde, men samtidig begrænses ens perspektiv, hvilket paradoksalt nok også kan øge risikoen, fordi professionelle skal kunne håndtere det uforudsete. Derudover hævder Grimen, at

vidensgabet mellem lægmand og ekspert øges, men at der er et samtidigt tab af kontrol indenfor lægevidenskaben, idet kontrollen overføres til andre professioner. De nye eksperter er dem, der er specialister i metaanalyse og i at producere evidensbaseret viden (Grimen, 2009). I ovenstående eksempel har Vera udlagt kontrollen over viden om risiko i relation til smitsomme sygdomme, og forlader sig på retningslinjer. Selvom magten i relationen mellem patient og læge synes at være hos lægen, så er der samtidig et tab af magten hos lægen, idet risikovurdering er flyttet fra aktørerne i den konkrete situation til en central instans i form af en retningslinje. At dette ikke er entydigt, men at der eksisterer en konflikt mellem efterlevelsen af retningslinjer og omsorgen for den enkelte patient kommer til udtryk, når sygeplejersken Bente er i tvivl. Hun synes tilbøjelig til at foretage risikovurderingen i den konkrete situation, men formår ikke at trænge igennem med dette. Kontrollen er således lagt over til et abstrakt system i form af en retningslinje.

Men i nogle situationer tager nogle af aktørerne noget af denne kontrol tilbage, hvilket fremgår af den følgende beretning:

Modstand - Så hvad kan der ske ved at jeg går ud for at ryge?

Berit er kommet ind i akutafdelingen pga. føleforstyrrelser i det ene ben. Hun har for 4 år siden fået påvist MRSA. Hun arbejdede på det tidspunkt med grise, hvilket hun dog er stoppet med for snart to år siden.

"Det er 4½ år siden, jeg troede det var ovre nu", siger hun.

Interviewer: ”Hvad ved du om MRSA?”

Berit: "At man ikke må røre ved babyer og meget syge folk".

Videre fortæller hun, at hun har været indlagt nogle gange og er blevet opereret. Pga. komplikationer i forbindelse med operationen, var hun indlagt i en måned.

Interviewer: ”Så i al den tid, da var du i isolation?”

Berit: ”Ja! – Men jeg kom også ud”

Interviewer: ”Du gik ud?”

Berit: ”Først så måtte jeg faktisk ikke gå ud, og det holdt de meget stærkt på, at det måtte jeg ikke – æhhm, nu ryger jeg jo, så jeg ville gerne ud og ryge. Så siger jeg til dem, altså, den gang jeg kom, da gik jeg ind ad døren, og så gik jeg herop, så hvad sker der ved, at jeg går direkte ud udenfor? Jeg behøver ikke røre ved noget. Jeg kan bare gå ud. Det er fuldstændig det samme – om altså, jeg gik ind, jeg går ud – uden og røre ved noget, ik’? Altså, og når jeg kommer ind, så må jeg godt! Jeg

må gå i kiosken og jeg må ta' elevatoren – og alle de her ting. Det må jeg bare ikke, når jeg går ud, fordi jeg vil ud og ryge? Så må jeg ikke gøre de her ting mere! For man skal jo ikke smitte andre. Så fik jeg lov til at gå ud og ryge, men det var jo også sådan noget med, jeg skulle spritte hænder og ikke røre ved håndtag og sådan noget!"

Interviewer: "Hvordan håndterede personalet, at du havde MRSA?"

Berit: "Jamen øhh – først så er det ligesom om at nogen – nogen kan godt blive sådan hel – altså – hvor de nærmest – altså det føles nærmest som, at de er bange for mig. Og øh – altså, hvor de står helt henne i den anden side af lokalet, og sådan nogen ting der… det er faktisk ikke – det er ikke særlig rart. Nej, altså det virker virkelig som om - de vil ikke komme hen til mig, de tør nærmest ikke engang røre ved mig – og ja! Selvom de har jo deres stooore dragter på" (haha)"… og masker og alt muligt, så æh, nej! Så var der nogen der stod helt langt væk og æh…. Ja, det var svært at føre en samtale…".

Interviewer: "Så hvad tænker du om, at de nu vil ha' dig ind på en enestue her? Og ha' dig i isolation?"

Berit sukker : "Jamen - De gør jo alle sammen noget forskelligt, så ja, jeg tænker det er fint nok! Det er fint nok – hvis de synes…. Hvis de er mest tryg ved det, så er det det, vi gør!" Hun griner lidt.

Berit tilpasser sig og accepterer, at hun af personalet betragtes som en risiko for andre, idet hun dog antyder, at det er for personalets skyld, når hun siger, "hvis de er mest trygge ved det". At det netop er en 'lægmand' som Berit og ikke en ekspert som Vera, der udøver modstand eller i hvert fald ikke tager rollen på sig, er måske netop et udtryk for styrken i den gruppe, personalet i skadestuen udgør. Patienten er ikke i samme grad en del af dette og er derfor nærmere ved at stille spørgsmålstegn eller udtrykke skepsis. Da personalets ageren også i en vis udstrækning er baseret på tillid til eksperters udsagn mere end på konkret viden, er hendes skepsis muligvis med til at understrege usikkerheden hos dem.

Antropologen Deborah Lupton beskriver i *Taming Uncertainty: Risk Discourse and Diagnostic Testing* (1995) med reference til sociologen Ulrich Beck, hvordan risiko er et paradoks født af det senmoderne samfund, idet han siger: "Instead of contemporary society being characterized by the production of wealth, goods and commodities (…) it is marked by the production of more and more hazards and dangers, emerging from industry and science out-of-control" og videre siger han, at mange af disse risici netop er karakteriseret ved at være usynlige eller ikke sansede. Endelig er de karakteriseret ved at de ikke er afgrænsede i tid, men berører mennesker her og nu og i fremtiden (Lupton, 1995, s. 82). Netop produktionen af stadig flere og stadig mere partikulære retningslinjer, som oven i købet er under en konstant revidering i takt

med, at der skabes ny viden eller der findes nye måder at diagnosticere på, kan ses som et eksempel på dette. Og når risikovurderingen er fjernet fra den sociale interaktion og i stedet er institutionaliseret gennem instrukser og retningslinjer, kan dette medvirke til, at tilliden mellem patient og sundhedsperson kommer under pres. En selektion, i forhold til hvad der defineres som værende en risiko, er givet gennem retningslinjerne - eksempelvis når Berit ikke må gå ud og ryge, eller når sundhedspersonalet har overtræksdragt og maske på for at tale med hende. Hvordan disse farer bliver udvalgt til at være en risiko, er således løsrevet fra den konkrete situation og det bagvedliggende rationale kan forekomme utydeligt. Når Berit får forhandlet sig til retten til at gå ud og ryge eller sygeplejersken Bente overvejer, hvorvidt det giver mening i alle tilfælde at iværksætte de samme forholdsregler, kan det ses som et udtryk for individuel "agency". Men hvor Berit synes i stand til at skabe forandring – i hvert fald for sig selv - så synes dette ikke muligt for sygeplejersken Bente. Heller ikke patienten Erna formår at tage kontrol over sin situation, men oplever i stedet skyld, hvilket den følgende beretning illustrerer.

Undskyldning - Man føler ligesom man er i vejen

Erna har været indlagt flere gange gennem de sidste måneder. Og hver gang er hun i isolation, fordi der er fundet ESBL i hendes urin ved en tidligere indlæggelse.
Erna: "Bare alene det, at jeg ikke kan gå ud. Jeg må kun være herinde. Det gør en til idiot til sidst, man bare kan gå her frem og tilbage – eller bare ligge her. Så er det ikke så slemt, når jeg sover så meget, som jeg gør lige i øjeblikket, så er det ikke så slemt, men når jeg er mere vågen, så er det træls og irriterende. Men sådan er det jo bare."
Interviewer: "Så det bliver ensomt …?"
Erna: "Ja, det gør det. Det blir' meget ensomt. Førhen - det var jo dejligt - der kunne man gå en tur på gangen, eller sådan. Her kan man bare være her! Jamen, jeg kan da også mærke, det er også bare mig selv. Jeg føler jeg er – jeg fylder jo en del, det vil jeg jo gøre, fordi der er jo en masse, der gerne vil ind, og jeg fylder jo to stuer.
(Når en patient er isoleret på en to-sengsstue, blokeres sengen ved siden af for patienter).
Og nu skal de ha' fundet plads til mig et sted, hvor jeg kan være alene. Det er da også ubehageligt og ha' det sådan, at… men det er bare mig, der føler, at de skal lave en hel masse for at…" Erna afbryder sig selv – hun snøfter lidt. "Jeg er – ja, for meget arbejde. Nu var jeg nede og blive røntgenfotograferet. Altså, jeg blev lukket ind i sådan en smal gang, og lå og ventede derinde, indtil der kom nogen. Altså, jeg kunne jo ikke være ude på gangen, og så var jeg ovre og få scannet

mine nyrer. Der blev jeg lige lukket over gennem en dør der, og kørt tilbage til rummet, så…! Det er lidt… altså man føler ligesom man er i vejen".

Erna giver udtryk for skyld over, at hun optager pladsen for andre patienter, fordi hun optager en to-sengsstue, og derudover er hun meget bevidst om, at der også er ekstra arbejde forbundet med at have hende indlagt i forhold til andre patienter. Personalet er i nogle situationer klar over dette. Således siger en af sygeplejerskerne: *"Jeg bryder mig ikke om at have isolationspatienter – for jeg synes faktisk det er synd for dem. Jeg tror godt de kan føle sig ensomme".*

Lupton beskriver i *Taming Uncertainty*, hvordan diskursen omkring at være i risiko eller udgøre en risiko indenfor folkesundheden vender sig mod individet. Hun beskriver, hvordan det i denne optik er den enkeltes ansvar ikke at udgøre en fare for andre, ikke at ligge samfundet til last ved ikke at være produktiv eller ved at påføre omkostning. "Disease has become linked to the state of one's moral qualities rather than the individual's constitution" (Lupton, 1995, s. 90). I denne situation kan patienten kun vanskeligt stille krav, men må underkaste sig. Ved at acceptere isolationen minimeres den risiko, hun ses at udgøre, og når sygeplejersken udtrykker, at det er synd for hende, er det med til at understrege patientens rolle som underlagt den gældende orden, idet medfølelse er noget Erna gør sig fortjent til ved at være isoleret.

For at være på den sikre side!

Den følgende beretning om plejepersonalets håndtering af og brug af værnemidler kan ses som et eksempel på en usikkerhed, som er affødt af, at personalet i lighed med patienterne forlader sig på eksperter, fordi ingen kan vide alt. Men med troen på eksperterne kommer også tvivlen.

Jeg deltager i plejen af Erna, som er indlagt pga. akut forværring i en kronisk lungesygdom. Hun har trods tidligere fund af resistente tarmbakterier i sin urin ikke på nuværende tidspunkt nogen tegn på infektion med disse bakterier, men alligevel er hun i isolation. Lægen og sygeplejersken, som er i færd med at tage imod hende, er begge iført handsker, overtrækskittel og maske. Jeg spørger på et tidspunkt, efter vi har forladt stuen, den unge læge, Frans, hvorfor han egentlig har maske på, da jeg jo har læst på skiltet på døren, at der skal anvendes handsker og overtrækskittel ved tæt kontakt? "Det er per standard – man kan vel nok godt sige, at det mest er nødvendigt, hvis det er i luftvejene. Men jeg tager det på, der er lagt frem per standard – også for at være på den sikre side".

Bagefter spørger jeg sygeplejersken Marianne om, hvordan hun orienterer sig i retningslinjerne om isolation? "Det gør vi ikke så meget, det kan vi ikke nå – jeg tager bare alt udstyret på – fordi

man ved ikke, hvad man kommer til at stå i – så er det bare nemmest – og jo også for at være på den sikre side", siger hun.
Senere bliver Erna hentet af en portør, da hun skal overflyttes til en anden afdeling. Portøren kommer ind på stuen iført handsker og han har en maske med til Erna: "Ja, du kender det jo" siger han idet han rækker hende masken. "Ja, jeg kender det", siger hun og tager masken på og tilføjer samtidig henvendt til mig "det er bedre med de her masker, end når de (personalet) er i fuldt ornat". "Ja, det er der nogen der vælger", siger portøren, "men jeg er nu ikke bange. Men det er der nogen, der er – særligt dem med små børn. Det jeg bare prøver at sige er, at der er ikke noget, der er rigtigt eller forkert her".

Mary Douglas udfordrer i *Dealing with Uncertainty* (2001) antagelsen om, at mere åbenhed og mere information vil kunne give mere sikkerhed. Ifølge Douglas: ”Certainty is not a mood, or a feeling, it is an institution. Certainty is only possible because doubt is blocked institutionally” og videre skriver hun: “the kind of certainty that the scientists achieve is the product of highly specialized ways of thinking, testing and proving, and the results have very specific applicability” (Douglas 2001, s. 145). Således beskriver hun, at der i den moderne postindustrielle verden ikke er nogen mangel på partikulær viden, og et eksempel på en sådan specialiseret og meget konkret viden, er viden om, at man på et tidspunkt har fundet ESBL i Ernas tarmflora. Så hvorfor, spørger Douglas, er vi så mere usikre end fx de folkeslag, man som antropologer i hendes tidlige karriere beskrev, og som var sikre i det, man med Douglas ord betragtede som ’absurd beliefs’? (Douglas, 2001). Hun svarer selv, idet hun hævder, at det netop er fordi, den viden vi har og som videnskab producerer, er partikulær. Erna har ESBL i sin tarm, men alt det der kommer efter – retningslinjer og politikker, som skal eliminere den risiko, som dette anses for at udgøre - er ikke eksakt viden, men et resultat af beslutninger, som er truffet mellem forskellige interessenter, eller som Douglas siger: ”The experts, the representatives of the public and government agencies, all have different constituencies”, (ibid. s. 146). Tiltroen eller sikkerheden som den institutionelle viden producerer, hviler dermed på et usikkert grundlag, nemlig enighed, mens samfund som har formået at skabe sikkerhed er karakteriseret ved at være mindre inkluderende, mindre demokratiske. Frans og Marianne imødegår usikkerheden ved at ’bruge det der er lagt frem per standard’, men som i tilfældet med Kirsten får det mere karakter af en ritual adfærd, der knytter sig til omgangen med Erna mere end det har rod i en viden om ESBL eller de retningslinjer, der knytter sig til hertil, idet der hverken er en risikovurdering eller reel brug af retningslinjer bag det, de gør.

Portøren som henter Erna laver sin egen risikovurdering, og heller ikke han følger de udstukne retningslinjer. Han har valgt sin egen fremgangsmåde, som heller ikke er relateret til

den konkrete situation, idet brug af maske for patienten ikke har sammenhæng med bakterier i urin, men han vurderer, det skal sikre ham i alle situationer – uanset hvad retningslinjerne måtte anvise.

På spørgsmålet om personalet føler sig utrygge ved at passe patienter i isolation, svarer den erfarne sygeplejerske, Helle: *"Nej – eller kun hvis de er gravide"*, og efter lidt betænkningstid tilføjer hun: *"Og hvis der er andre grunde til at være utryg ved patienten. På et tidspunkt havde jeg en patient i isolation, som også havde en psykiatrisk diagnose; han kunne godt blive vred meget pludseligt, og så kunne man godt som personale føle sig ret ensom derinde bag en lukket dør. Og enestuerne, som blev benyttet til isolation, lå jo ofte lidt afsides".*

Som dette eksempel illustrerer, så er enhver situation sin egen og selvom personalet således direkte adspurgt afviser at føle sig utrygge ved at passe patienter i isolation, synes der ikke desto mindre at være en række forhold, som modsiger dette: At være gravid, at have små børn, forhold ved patienten, det at være afskåret fra kontakt med resten af personalet. Hvis patienterne i skadestuen blev isoleret på baggrund af en erfaringsbaseret viden, kan man forestille sig, at de blev isoleret, når de fx var dækket i afføring eller hvis de havde en infektion, som manifesterede sig i feber eller pusfyldte sår. Men isolation i skadestuen dikteres i stedet af, hvad man kan detektere i et laboratorium og af gældende retningslinjer, som er besluttet på baggrund af enighed mellem eksperter med det, som Mary Douglas kalder 'different constituencies', (Douglas, 2001) – med andre ord er de resultat af hensyn, som ikke er relateret til den konkrete situation. De kan ændre sig afhængig af de teknologiske muligheder eller andre forhold som undviger det erfaringsbaserede. At patienter isoleres for noget, som de ikke er syge af, kan netop ses som et eksempel på kløften mellem det erfaringsbaserede og det videnskabeligt producerede – her i form af fund af mikroorganismer i en given detekterbar mængde i laboratoriet. Laboratoriefundet dikterer den adfærd, man skal have i omgang med patienten, men kan samtidig – som en utilsigtet effekt – betyde, at man ikke længere kan stole på det erfaringsbaserede, men det erfarede kan ikke elimineres fra relationen og derved øges usikkerheden.

Jeg sidder i frokoststuen og taler med Lisbeth og Laila om det at passe patienter i isolation. Jeg spørger om de eller deres kollegaer nogen sinde føler sig utrygge ved at passe dem.

"Nej" siger de begge, og Lisbeth fortsætter henvendt til mig: "Men man går ikke lige derind for at høre, hvordan de fx har sovet og så går igen. Man kommer kun ind til dem, når man har et ærinde. Altså ofte siger jeg til patienterne, at grunden til, at der kan gå tid inden jeg kommer, når de

ringer, er fordi jeg skal ha' alt det udstyr på. Men værnemidlerne er jo først og fremmest af hensyn til de andre patienter, ja - og så også for ikke selv at blive smittet".
"Det er for de andre patienter, fordi de er svækkede", siger Laila henvendt til både mig og Lisbeth, og Lisbeth svarer: "Ja, jeg er nu heller aldrig selv blevet syg", men efter en lille pause fortsætter hun "men vi har haft en læge, som selv var MRSA positiv, og hendes familie derhjemme var ikke smittet – den læge mente at det var lidt overdrevet med forholdsreglerne".
"Nej, men de var jo også sunde og raske, men det er de andre patienter ikke", siger Laila.

Selvom flere blandt personalet, når de spørges direkte, nægter at det er for deres egen skyld, at de føler, der er en risiko, så kommer usikkerheden alligevel frem, når portøren taler om, at de gravide eller dem med børn har behov for at tage ekstra forholdsregler, og Lisbeth synes at have en diskussion med sig selv, hvor hun på den ene side 'aldrig selv har været syg', men alligevel ikke er sikker. En sygeplejerske som på et tidspunkt har arbejdet som hjemmesygeplejerske fortæller: "For nogle år siden kom jeg gennem længere tid i hjemmet hos en borger med MRSA. Vi kom der gennem lang tid, og vi havde jo hele dynen på – med mundbind og det hele. Vi tog det på, inden vi gik ind i hjemmet. Og dengang blev jeg jo også selv podet, for man ved jo aldrig…. Men jeg var ikke smittet". Hjemmesygeplejersken giver netop udtryk for ikke at stole på sin erfaring. Selvom hun ikke er syg, så er hun nødt til at have et laboratoriesvar for at bekræfte det, hun kan mærke eller i dette tilfælde ikke kan mærke.

Selvom personalet har en hensigt om og en forståelse af, at de følger retningslinjerne, så er det ikke tilfældet, hvilket kan skyldes selve omfanget af disse og hastigheden, hvormed de revideres og nye kommer til, men også deres manglende sammenhæng med det relationelle forhold mellem patienter og personale i skadestuen. Den hastighed og det omfang som antallet af retningslinjer antager, kan synes at resultere i, at personalet opgiver at følge med, og i stedet etablerer deres egne normer. Dermed bliver selve eksistensen af dem – fx symboliseret i et skilt på døren – udslagsgivende for en adfærd, som har rod i en normativ opfattelsen af risikoen mere end i, hvad der egentlig står på skiltet eller i retningslinjen. Risiko som koncept er på den ene side bundet til tid, men det rækker også ud over nu'et og ind i fremtiden, som det fremgår i Luptons reference til Beck: "These dangers are no longer limited in time, but face humanity at a global level now and in the future", (Lupton, 1995, s. 82). Jeg vil i det næste kapitel undersøge forestillingen om fremtid og relationen mellem dette og det, der foregår nu og her.

Kapitel 5 – Tid og sted

Jeg vil starte med i det følgende at beskrive de fysiske rammer, som udgør skadestuen.

Stedet

Skadestuen ligger i bunden af en stor betonbygning fra omkring 1970. Denne bygning udgør den største del af hospitalet, som desuden består af adskillige andre tilbygninger. Man kommer til afdelingen via ambulanceindgangen i enden af bygningen eller ved at følge pile og skilte fra forhallen gennem gange i bygningens indre.

Indenfor indgangen er der et venteareal. Her sidder der ofte mange patienter og pårørende og venter. De ser på deres smart phones eller følger personalet med øjnene, når de går forbi. I venterummet er der to infoskærme, hvor der er skiftende informationer og gode råd om alt det, man selv kan gøre: undgå alkohol, undgå rygning og være fysisk aktiv, suppleret med hvilke fordele man opnår, som fx et bedre immunforsvar, bedre sårheling eller nedsat risiko for infektion. Derudover er der information om ventetid.

Lige op ad venterummet er der et åbent kontorareal, hvorfra sekretærer og sygeplejersker holder øje med de ventende patienter. I hjørnet ved kontorarealet er der en stol, hvor man kan tage blodprøver eller ordne en mindre skade. Efter kontorarealet er selve ambulanceindgangen, og derefter et lille rum, som benyttes til samtalerum med pårørende. Udenfor rummet står der en plaststol. Patienter som man ved ankomst til afdelingen har en mistanke om måske skal i isolation, bedes sætte sig på denne stol i stedet for i venterummet med de andre patienter. Man har overvejet, om man skal sætte sort og gul tape omkring stolen for at markere området, men er blevet i tvivl, om det vil være stigmatiserende for patienterne, fortæller en af sygeplejerskerne. Men der er brug for at tænke på, hvordan de effektivt kan løse den udfordring det er, at en patient som skal isoleres, ikke må sidde sammen med andre patienter, siger hun. Egentlig forsøger de at få dem direkte videre til afdelingen, de evt. skal indlægges på, så hvis man på forhånd ved, at der er tale om en isolationspatient, som skal indlægges, foregår den første kontakt ofte i ambulancen. Derved undgår man, at få dem ind i skadestuen.

Overfor indgangen og venterummet er der en dør og indenfor denne to parallelle gange, hvor der på ydersiden er patientrum. Imellem de to gange er der medicinrum, skyllerum, depotrum og linnedrum. Midt på gangen og mellem de to parallelle gange er der et lille åbent areal – en slags korridor. Området er ganske lille, men befolket med en sekretær, en koordinator, læger, sygeplejersker, reddere, bioanalytikere, elever og studerende. Indimellem kommer en patient eller en pårørende for at spørge om noget. Der er på gulvet markeret med tape, hvor tæt

på man må komme – en diskretionslinje. Der er tavler, hvorpå patientdata kan ses – både data for de patienter man aktuelt har i behandling i skadestuen, men også oplysninger om patienter, der er på vej, og derudover er der overvågningsskærme. Udenfor dette knudepunkt og langs med væggene står diverse rulleborde og skuffemøbler på hjul. Der er borde med PC'er, vogne til intravenøst udstyr eller isolationsudstyr, udstyr til at udføre mindre undersøgelser mm. Længere nede ad gangen er der endnu et lille åbent venteareal med 6-7 stole og en infoskærm. Informationen på denne skifter ikke i de dage, jeg er der, men viser hele tiden det samme billede, hvorpå der står: "Vi redder liv og lægger gips – og i den rækkefølge. Og vi gør hvad vi kan for, at det snart bliver din tur." Længst nede smelter de to parallelle gange sammen i et større åbent areal, som både fungerer som gennemgang til andre dele af hospitalet og som opmagasineringsområde til rene senge. Også her sidder der ofte patienter.

Udover dette område er der gennem en dør en sidefløj med flere patientrum, et lille kontorareal og et venterum uden vinduer, hvor der også er en infoskærm. Denne er ikke på noget tidspunkt tændt, men på skærmen er der sat en post-it, hvor der med blyant er skrevet: "Dette er ikke et fjernsyn, men en infoskærm".

De sværeste og mest akut behandlingskrævende placeres nærmest knudepunktet. Hensigten er – som tidligere nævnt – at alle patienter skal være behandlet og sendt hjem eller videre indenfor 4 timer, men dette kan man ikke leve op til, og de mindst alvorlige patienter – dem som har en skade, der er lokaliseret til eksempelvis en arm eller en fod - ja de kan vente 'uendeligt', som en af sygeplejerskerne siger med et lille smil.

Ud over plejepersonalet har alle specialer i hospitalet deres gang på skadestuen. Dette er læger som enten er specialister indenfor et sygdomsområde eller i færd med at uddanne sig til det.

Tvivlen – hvem ved noget om hvad?

Den britiske sociolog Anthony Giddens beskriver *I Højmodernitetens konturer* (1991), hvordan et af det moderne livs karakteristika er adskillelsen af tid og rum. Dette skal ikke forstås som, at tid ikke også har haft betydning i førmoderne tid, men den har da været forbundet gennem sted. Adskillelsen af tid og rum har derfor betydet, at sociale aktiviteter nu kan kombineres og koordineres uden reference til sted. Dette fører til det andet karakteristiske aspekt ved moderniteten, det som Giddens kalder udlejring af sociale institutioner, hvorved han mener, at "[…]sociale relationer 'løftes ud' af lokale sammenhænge og reartikuleres på tværs af uafgrænsede tid-rum-områder. Denne 'løften ud' er netop hvad jeg mener med udlejring, der er

grundlaget for den kolossale acceleration i tid-rum-udstrækningen, som moderniteten skaber". Det sidste kendetegn er, hvad Giddens kalder "den gennemgribende refleksivitet" (Giddens, 1991, s. 32). Med dette er den sikre viden undermineret og udsættes konstant for revision, fordi viden tager form af diskursen om den.

En skadestue kan ses som et eksempel på udlejring. Funktioner som i mere traditionelle samfund blev varetaget i lokale miljøer, er nu flyttet fra lokalsamfundet til institutioner, og er befolket af eksperter, til hvem man som patient er tvunget til at have tillid. Eksperterne i skadestue er selv kun eksperter på en del og må på samme måde have tillid til andre eksperter. De fysiske rammer og mange skiftende personer er med til at skabe et udefra betragtet kaotisk miljø, hvor det er svært at gennemskue, hvem der har hvilke roller. Kommunikationen om ventetid og andre forhold er fjernet fra den direkte relation mellem patient og personale, og informationen på skærmene er med til at understrege accelerationen i tid. Det signaleres, at tiden er knap, når der står "Vi gør hvad vi kan for at det skal blive din tur". Og i forlængelse af dette signaleres patienternes medansvar, når der fx står: "Er du fysisk aktiv? Tillykke!", "Vidste du, at din kost er din daglige medicin?". Således bliver patienterne inddraget i og ansvarliggjort for den travlhed der er – eller som Erna siger: "Jeg er – ja, for meget arbejde."

Kommer der mon snart nogen?

Tid opleves forskelligt. Sociologen Michael Flaherty skriver i *Making Time* (2011), hvordan tid som fænomen opleves forskelligt afhængig af kontekst: "our experience of time reflects desires as well as circumstances. By weaving our desires and circumstances together, we create much of what we experience as the texture of time" (Flaherty, 2011, s. 2). Han beskriver, hvordan der er en sammenhæng mellem oplevelsen af tid og tætheden af information, man skal forholde sig til, men at dette ikke siger noget om, hvordan man som individ kontrollerer eller styrer dette. Vi benytter forskellige tiltag for at modulere tid – alle eksempler på at 'gøre tid' - som fx at 'tage tid' til noget, når man er på arbejde eller 'afsætte' tid, selvom der også er andet, man skal. Intentionaliteten ses når personalet, trods mange patienter i venterummet, tager tid til at holde pause.

Kl. er ca. 13. Noget personale sidder og spiser frokost. En af sygeplejerskerne fra ortopædfløjen siger, at de har venteværelset fuldt. Mens hun spiser, kommer en læge over og spørger, hvem der kan tage sig af en patient, som skal tisse. "Hun er vist for et stykke tid siden blevet lovet, at der snart vil komme en, men der er ikke kommet nogen endnu", siger han. Sygeplejersken svarer, at der må være nogen derovre – for de var to, som havde sagt at hun godt kunne gå til frokost.

Lægen siger, at der ikke er nogen på kontoret derovre. OK siger sygeplejersken, jeg skal nok komme. Herefter går lægen. Der er stille lidt, så siger en af de andre sygeplejersker: "Han må være ret desperat, når han kom helt herover". Der bliver grint lidt, så siger den første sygeplejerske: "Ja, i den tid det tog for ham at komme herover og finde mig, kunne han selv hente det bækken eller den kolbe – det ville være lige så hurtigt som at finde en sygeplejerske." Efter ca. 15 minutter rejser sygeplejersken sig og går tilbage til afdelingen.

Patienten, som venter på et toiletbesøg, oplever nok ventetiden som lang, inden han eller hun får hjælp, ligesom jeg gør det i indledningen, hvor jeg sidder hos Kamma og venter. Der foregår ifølge Flaherty en kamp for autonomi, og denne optrappes med accelerationen i tid. Sygeplejersken der holder frokostpause forsøger at kontrollere sin tid, men også patienter i isolation forholder sig aktivt til tid, hvilket de følgende beretninger illustrerer.

Jeg taler med Berit, som er kommet ind på akutafdelingen, fordi hun har nogle føleforstyrrelser i sin ene arm og ene ben. Fordi det står i hendes journal, at hun ved en tidligere indlæggelse har været i isolation pga. MRSA, har man besluttet, at hun også skal i isolation denne gang. Vi taler lidt om hendes tidligere indlæggelser. Hun fortæller, at hun for ca. 1 år siden fik fjernet sin galdeblære, men at hun måtte vente til sidst på operationsprogrammet, fordi hun var MRSA positiv.
Interviewer: "Så du skulle faste fra aftenen før, og så kom du til, til allersidst den næste dag?"
Berit: "Ja – efter en uge, Ja – jeg tror det - der gik vist en uge før!"
Interviewer: "Okay, hvorfor gik der så lang tid?"
Berit: "Jamen, det er fordi, så kom der altid noget op, og så havde de jo fri, og så var der ikke lige nogen til og operere, og så kom der en akut en ind, og de skal jo selvfølgelig komme før mig. Det er jeg godt klar over. Det tog bare meget lang tid. Men det var også fordi jeg var i isolation! Ja, det var derfor jeg skulle vente".
På samme måde fortæller en anden patient, Kirsten, om lang ventetid, i skadestuen, da hun for et par uger siden har været inde pga. en byld, der er gået hul på. Man har ved en podning fundet MRSA i såret. Kirsten fortæller:

"Jamen, jeg tror, at det er jo besværligt og det tager jo ekstra tid og – ja, jeg ved da godt, det er en presset hverdag, man har på hospitalerne i dag, men så kan man jo også sige, jeg har lige så meget ret til behandling, som alle de andre har, ikke! Og faktisk var der en af sygeplejerskerne, der sagde det der med: Ja, desværre, så er det jo nok nogen af dem, der får lov at ligge og vente!" Og hun fortsætter: "Ja for det er jo ikke lige noget af det, de først springer på – og så tænker jeg jo,

men i princippet, hvis de har værnemidler på, så bringer de jo ikke smitten med ud herfra, så hvorfor ikke bare få mig hurtigst muligt ud fra sygehuset, hvis de synes, det er træls og ha' mig der? Men jeg er jo ikke ude, og ved ikke hvor meget de har og lave derude bag ved. Men jeg ved i hvert fald - første gang hvor jeg lå der fra kl. 12 og til – ja den var faktisk næsten 8 om aftenen, inden der kom en læge og kiggede til mig – og der tænker jeg, nej, det kan næsten ikke passe, de ikke lige har haft to minutter til lige at gå ind og kigge – hvis man havde villet det. Men jeg kunne selvfølgelig også bare ha' råbt højere op, og sagt 'kommer der snart nogen', men det ved du godt, så bliver man også sådan lidt – lidt ydmyg i forhold til at 'nå ja, men der er jo nok også noget, der er vigtigere end… så dårlig var jeg jo ikke, vel. Men man kan godt irriteres over det. Og så ved jeg jo ikke, hvordan man i personalegruppen snakker om det, men jeg kunne da godt forestille mig, at man tænker, at det er sådan lidt 'åhhh', …."

Antropologen Cheryl Mattingly beskriver kontrasten mellem på den ene side den kronologiske tid, hvor en ting sker efter en anden og på den anden side den narrative tid, som er karakteriseret ved et plot. Narrativet har ifølge Mattingly seks forskellige kendetegn. En af disse er, at narrativ tid er konfigureret i en begyndelse, en midte og en slutning. Episoder har deres egen autoritet og bevæger sig frem mod et telos. Et andet kendetegn er, at der er flere aktører med forskellige motiver i et narrativ og i deres interaktion skabes den narrative tid. Og et tredje kendetegn, jeg her vil fremhæve er, at narrativ tid er dramatisk. Konflikter er allestedsnærværende og dermed også en dialog mellem de involverede aktører, (Mattingly, 1994, s. 124), hvilket sygeplejersken på sin frokostpause illustrerer. Derudover handler narrativer ifølge Mattingly altid om moral, idet hun skriver, at verden først og fremmest er en praktisk og moralsk verden, hvor sygdom udgør en forhindring eller en modstand mod at leve det liv, man gerne vil: "The study of a clinical encounter as an unfolding story leads easily to the recognition of its ethical content for "the moral" is integral to the meaning of any story." (ibid. s. 134).

I Berits fortælling er plottet, at hun må vente, *fordi* hun er i isolation. Der kan også være andre begrundelser, men Berit slutter af med at sige, at 'det var derfor' og Kirsten udtrykker ikke bare irritation, men også mistillid over at skulle vente – "det kan næsten ikke passe at de ikke lige havde to minutter", siger hun. Både Kirsten og Berit sætter spørgsmålstegn ved begrundelsen for og længden af isolation, hvilket kan ses som et udtryk for en refleksivitet – en opmærksomhed på, at eksperterne ikke nødvendigvis har ret, og et eksempel på en konflikt mellem parterne. De søger at opnå den behandling de mener de har krav på, mens plejepersonalet søger at få arbejdsdagen til at hænge sammen, og på den måde kommer de i konflikt, fordi målene er forskellige.

Også for Erna bliver tid forbundet med, at hun er i isolation:

”Ja, ja, fordi de skal først ha’ alle de andre færdige, før jeg kan komme ned – jeg er som regel den sidste, der kommer ned. For de skal ha det hele gjort rent, når jeg forlader rummet – så skal det hele desinficeres. Så bare fordi jeg skal op på en anden afdeling, så har de også været inde og gøre sengen rent hele vejen rundt."

For personalet er plottet ikke nødvendigvis relateret til den enkelte patient, men drejer sig nærmere om, at man har en række opgaver, som skal nås indenfor en given tidsramme. Og i det perspektiv ses patienter i isolation at udgøre en hindring for, at de kan lykkes. For disse patienter omtales uvægerligt som tidskrævende, hvilket fremgår af følgende fortælling, hvor en bioanalytiker er ved at gøre klar til at gå ind til Sigrid, som er isoleret pga. ESBL i sin urin, som blev påvist under hendes sidste indlæggelse.

Dem gider vi ikke…de tager så meget tid!

Bioanalytikeren gør alt klar inden hun går ind på stuen, så hun ikke skal ha’ sin vogn med derind. En bakke med blodprøveglas, swabs, og en ekstra navnelabel, engangsstaseslange, som smides væk bagefter. Derudover en bakke med en klorklud, så hun kan desinficere glassene, inden hun kommer ud fra stuen. Hun ifører sig overtrækskittel, handsker og maske.
Imens hun gør tingene klar, siger hun: ”Det er besværligt med isolationspatienter - de tager mere tid”. En kollega kommer forbi – han skal ind til en anden patient på afdelingen, ”…for der har du ikke været endnu, vel?” siger han. ”Nej, men vi kan godt bytte” siger hun og griner lidt. "Nej tak", svarer han og smiler tilbage.
Jeg spørger hende, om det er fordi det er en isolationspatient, at han siger nej tak? ”Ja, dem gider vi ikke, de er besværlige og de tager så meget tid” siger hun igen, og imens forklarer hun, at de ikke scanner id-navnebåndet hos isolationspatienter, "for så skal vi jo ha’ scanneren med ind, og så skal den også gøres rent bagefter, og det tager også tid, så vi gør det på den gammeldags måde".
På samme måde beskriver også Lisbeth og Laila, som begge er sygeplejersker på den akutte sengeafdeling, hvordan det er at varetage plejen af patienter i isolation.
Lisbeth: ”Det er besværligt. Det tager lang tid. Vi oplever ofte at de kommer herop, uden at de har været i røntgen først, selv om det ville man normalt gøre - altså tage et røntgenbillede, inden man sender patienten videre”.

Jeg spørger, om de tror, patienterne mærker det?
”Nej, det tror jeg ikke de gør - patienterne ved jo ikke, hvad der foregår herude på gangen” siger de begge.
Lisbeth fortæller, at når man bestiller en portør, så kan man se, at det tager lang tid, inden de tager de patienter, der er i isolation. ”Jeg kan se på listen, at jeg har bestilt en portør, men at de tager andre patienter først". Og hun fortsætter: "På et tidspunkt havde jeg en patient, som var megadårlig og skulle på intensiv, men der gik to timer inden de kunne tage patienten, fordi han var MRSA positiv".

Det centrale i disse fortællinger er for Kirsten, Berit og Erna følelsen af ikke helt at vide, om personalet har glemt dem, om de er udsat, og deres oplevelse af at have tabt evnen til at handle uafhængigt. Denne mangel på transparens fastholdes af infotavlernes beskeder samt de mange mennesker, der går og står omkring knudepunktet. I personalets fortællinger er det patienterne som ’krævende’, der går igen, og at mange ikke tror, at patienterne mærker det, men man oplever dem som en hindring for, at man kan udføre arbejdet. Målet synes her nærmere at være, at man skal nå det, hvor 'det' får karakter af noget udefinerbart, men næsten løsrevet fra patienterne. Fælles for patienterne og personalet er en oplevelse af, at andre mennesker eller systemer hele tiden søger at kontrollere deres tid.

Fra forebyggelse til beredskab

Antropologen Andrew Lakoff beskriver i *Two Regimes of Global Health* (2010), hvordan der eksisterer to regimer eller visioner, ud fra hvilke tiltag indenfor global sundhed bl.a. organiseres. Den ene som han kalder Global Health Security (GHS) har fokus på sygdomme, som antages først og fremmest at udgøre en risiko for sikkerheden i først og fremmest rige lande. Ud fra GHS er fokus på sygdomme og diagnoser, hvor den specifikke risiko ikke kan beregnes og måske vil et udbrud aldrig finde sted, men konsekvensen ved et udbrud anses for så vidtrækkende, at man må afsætte ressourcer til at overvåge og være forberedt for at beskytte egne nationale interesser, herunder ikke mindst de sociale og økonomiske systemer. I dette beredskabsperspektiv er man orienteret mod fremtiden og beslutninger baseres på antagelser. Den anden vision som han kalder Humanitarian Biomedicine (HB), har fokus på sygdomme, som først og fremmest udgør en udfordring her og nu og ofte i den fattige del af verden. Beslutninger træffes på baggrund af viden hentet i fortiden, ud fra hvilken man søger at forebygge gennem udvikling af sundhedssystemer. Omdrejningspunktet er beskyttelse af individet og på at lindre lidelse, (Lakoff, 2010, s. 60).

Når der i sundhedsvæsenet er et beredskabsfokus kan mødet med patienter med fx resistente bakterier ses som en trussel mod systemet. En sygeplejerske siger til spørgsmålet om de ser flere: "Ja, jeg synes der kommer flere med MRSA, ESBL eller andre ting – og hver gang er det noget med, hvor skal vi gøre af dem, kan vi finde en enestue eller hvad gør vi? Og så kan der sidde en patient, som vi ikke engang skal spørge – det stritter i alle retninger."

Med infoskærmens besked: "Vi redder liv og lægger gips – og i den rækkefølge!", skaber man også hos patienterne en forståelse og en forventning om, at der hele tiden kan komme noget, som er vigtigere eller værre. Og det kommer til udtryk i den måde, man taler om tid på blandt personalet, hvor forventningen om at der snart sker noget, skaber en oplevelse af hele tiden at være i beredskab, hvilket følgende beretning illustrerer.

Her bruger vi ikke ordet 'stille'

Denne torsdag virker der lidt mere stille i afdelingen end det gjorde dagen før. Jeg bemærker det overfor noget af personalet, men får med det samme at vide, at jeg ikke må 'jinxe' det- "Her bruger vi ikke ordet stille, for lige om lidt kan det ændre sig", siger en af sygeplejerskerne. De tilstedeværende taler lidt med hinanden om det, og om, at der faktisk ikke er så mange patienter, men de afslutter det hele tiden med et 'endnu'.

En af lægerne siger, at hun kun har set en patient i dag: "Det er sgu for lidt – man bliver nærmest rastløs. Man ønsker sig næsten, at der kommer en meget syg patient, men det kan man vel ikke være bekendt" siger hun med et smil. En af sygeplejerskerne, Mette, siger, at hun har det på samme måde: "Sådan er jeg bare af natur – der skal ske noget, jeg kan ikke sidde stille på en stol", siger hun og så gentager hun det, som lægen sagde: "Man kan næsten ønske sig, der kommer en patient med (hjerte)stop – selvom det ønsker jeg selvfølgelig ikke for nogen."

En af de næste dage er en travl dag. Der sidder 20 patienter og venter på at blive set. De sidder i venterum og langs væggen på gangene. Der er hurtige skridt på gangene, telefoner der ringer og samtaler med patienter, som bliver afviklet på gangen.

"Det er et galehus" siger både Mette og Lone uafhængigt af hinanden, da de kommer ind i frokoststuen. "Ja, hvorfor tror du vi sidder herinde", svarer Jannie. "Jeg gider ikke, at det skal være så travlt. Jeg synes ikke det er rimeligt", siger Mette, som for blot to dage siden klagede over, at der var for stille og fortsætter: "Der er mange pylrede patienter i dag. Ja og hvad sker der med hende, der er kommet ind, fordi hun er kommet til skade for to måneder siden?! Hun er vel henvist af sin egen læge – det er bare ukollegialt"

Der er en rastløs og hektisk stemning, uanset om der er travlt eller ej. På tidspunkter hvor der ikke er travlt, taler man om travlhed. Fx siger man: ”Ja, der er stille, men så skulle du ha’ været her i weekenden”, eller man tilføjer det lille ord ’endnu’, som fremsiges næsten som en besværgelse. Og når der er travlt, opfatter man det som et pres, der er skabt af andre, og som står i vejen for det, der skal gøres, når der sker noget. Man presses af de praktiserende læger, som sender patienter ind, som man mener, de selv burde kunne håndtere, af patienter som er ’pylrede’, underforstået de ikke har ret til at være der og endelig lederne:

”Vores ledere er her jo heller aldrig, og de tror, at når bare vi kommer ned på kontoret og får luft for vores frustrationer, så går det nok. Og så får vi at vide, at vi skal bruge tid på at spritte vores hænder og alt muligt andet åndsvagt”, siger en sygeplejerske. Hun illustrerer med denne bemærkning en nedprioritering af et forebyggende perspektiv, som tager udgangspunkt i den enkelte patient.

I en tale holdt på College de France i 1976 beskriver sociologen Michel Foucault den historiske transformation af den medicinske disciplin fra en, der centrerede sig om disciplinen af kroppen og den enkelte – ’man-as-body’ eller ’anatomo-politics’ til en disciplin, der centrer om populationen – ’man-as-species’ eller ’bio-politics’ (Michel Foucault, 1976, s. 243). Denne udvikling resulterer i en medicinsk disciplin, hvis hovedfokus har været på forebyggelse og dermed på at opretholde en produktiv og sund befolkning. Et af tiltagene med det formål er netop hygiejne: ”public hygiene (…) takes the form of campaigns to teach hygiene and to medicalize people” (ibid, s. 244). Men også overvågning, så man kan monitorere og sætte ind, er en del af indsatsen: “The mechanisms introduced by biopolitics include forecasts, statistical estimates, and overall measures.” (Foucault, 1976, s. 246) To magtteknologier – den disciplinerende, som handler om overvågning og træning – og den regulerende, som handler om koordinering og centralisering for at sikre mod farer – udgør kontrolfunktionerne, som styrer krop og population. Det er i dette perspektiv at forekomsten af resistente bakterier overvåges og undervisning og træning i overholdelse af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler tager udgangspunkt. Når sygeplejersken opponerer mod at skulle bruge tid på at udføre håndhygiejne og antyder at det 'er åndsvagt', rejser det derfor spørgsmålet om beredskabstankegangen har erstattet forebyggelse i stedet for at supplere det? Og på samme måde kan det, at personalet tager bad for at beskytte sig selv, ses som en måde at beskytte systemet i form af skadestuen på, uden samtidig at beskytte de patienter de kommer i kontakt med i løbet af arbejdsdagen. Lakoff beskriver i artiklen, hvordan der indenfor global sundhed har været en diskussion af de to visioner, og af hvilken retning der er eller bør være dominerende. Han ender med at konkludere,

at de to regimer bør ses som komplementære, (Lakoff, 2010, s. 75). Når der ikke er ligevægt, resulterer det for nogle blandt personalet i et dilemma mellem på den ene side overvågning og beredskab og på den anden side omsorgsrelationen. Dette kommer til udtryk når personalet alligevel afviger fra retningslinjen og giver Berit lov til at gå ud og ryge eller når sygeplejersken, som passer Erna siger: "Jeg bryder mig ikke om at have isolationspatienter – for jeg synes faktisk det er synd for dem. Jeg tror godt de kan føle sig ensomme".

Kapitel 6 - Konklusion

Formålet med dette projekt har været gennem antropologisk teori og metode at medvirke til at afdække og øge forståelsen for og viden om, hvad fokus på bærerskab af resistente bakterier og behandlingen af disse gør ved de berørte patienter, og ved det personale, der arbejder med dem. I det følgende vil jeg opsummere nogle af de pointer, jeg er nået frem til.

Urenhed er ikke en absolut - men en kontekstafhængig tilstand. Styring ved hjælp af retningslinjer er med til at sætte det sansede ud af kraft og brugen af værnemidler får dermed mere karakter af et ritual, som understreger det sociale tilhørsforhold. Der konstrueres et 'os' og 'dem', hvor de infektionshygiejniske tiltag i et vist omfang synes at tillægges betydning i forhold til, hvor meget de beskytter 'os' – altså personalet. Plejen af disse patienter karakteriseres som besværlig eller tidskrævende – begreber som i visse tilfælde synes mere at knytte sig til patienten og patientens karakter end til omsorgsopgaven. Oplevelsen af patienterne som tidskrævende kommunikeres på forskellig vis til patienterne, som alle synes meget bevidste om det, og personalets samtidige oplevelse af kontinuerligt at være i en form for beredskab – en følelse som orienterer sig mod fremtiden - er med til at sætte den konkrete omsorgsrelation, som finder sted her og nu, under pres. Den risiko man tillægger tilstedeværelsen af patienter, som er omfattet af isolationsforholdsregler, er ikke en neutral risikoforståelse, men favner også tidligere tiders farebegreb med rod i ritualer og religion og dermed synd. At patienterne italesættes som at være en risiko for deres omgivelser uafhængigt af det sansede, medvirker til at adskille risiko fra et rent statistisk begreb, og forbinder det i stedet tættere med risiko som et udtryk for en moralitet.

Infektionsforebyggelse handler – som ordet antyder – om at forebygge, men når risikovurderingen institutionaliseres igennem udlejring i retningslinjer og instrukser, bliver den dermed løsrevet fra situationen og den konkrete relation mellem patient og læge eller sygeplejerske, hvilket som en paradoksal konsekvens medvirker til at øge usikkerheden, fordi man dermed søger at løse partikulære spørgsmål med generelle og koncensusbaserede svar. Udlejring i form af en differentiering af ekspertise medfører, at ingen person er direkte ansvarlig for beslutninger om isolation eller andre forebyggende tiltag. Et sundhedsvæsen, som er befolket af eksperter med hver sit felt, skaber en kløft mellem det erfaringsbaserede og det videnskabeligt baserede, hvor empirisk viden bliver underordnet den videnskabelige hegemoni. Herved mister den enkelte sundhedsprofessionelle sin autonomi, men måske også evnen til at udføre en gyldig risikovurdering. Retningslinjerne og instrukserne får dermed karakter af forsikringspolice eller måske ritual i stedet for et middel til at hindre smittespredning. Den udlejring som organiseringen

af sundhedsvæsenet er underlagt i det moderne samfund, kommer med andre ord til at drive en kile ind mellem praksis og en rationel handlingslogik.

WHO har i 2019 opfordret til en intensiveret indsats mod antimikrobiel resistens, (WHO, 2019), og hele forebyggelsestankegangen og herunder infektionshygiejne kommer under pres i et globalt sundhedsperspektiv med fokus på beredskab, hvis der ikke holdes fast i et samtidigt fokus på forebyggelsesperspektivet. Der er blandt personalet en oplevelse af tiden som en knap faktor samt en organisering, som i høj grad er præget af specialisering og differentiering hvilket synes at sætte forebyggelsesperspektivet under pres. Ansvar og viden er fordelt på forskellige personer og teknologier, hvor nogle tager sig af modtagelse, nogle af videreformidling, og mange informationer hentes i laboratoriesvar, elektroniske patientjournaler og i retningslinjer.

I en artikel fra 2019 beskriver en række eksperter inden for infektionssygdomme og mikrobiologi på vegne af European Committee on Infection Control, at trods en generel bekymring over stigning i forekomsten af resistente mikroorganismer ses der i et survey foretaget i Europa en stor spredning i og forskel på tilgangen for at begrænse dette. Forfatterne angiver, at der er behov for at tage kulturelle, uddannelsesmæssige og socio-økonomiske forhold og forskelle i betragtning, hvis man vil lykkes med at imødegå denne udfordring (Tacconelli E, Buhl M, Humphreys H, et al, 2019). Selvom forfatterne ikke direkte sætter spørgsmålstegn ved det biomedicinske felts egne bidrag, så synes artiklen at åbne op for andre discipliners berettigelse i forhold til bekæmpelse af forekomsten og udbredelsen af antibiotikaresistente mikroorganismer.

Et internaliseret og delvis ubevidst system af vaner er svært at ændre, men ved at bevidstgøre aktørerne i feltet om modsætninger og bevidstgøre om det ubevidste, skabes muligheden for at forandre. Antropologien kan måske netop medvirke til at skabe en større bevidsthed, og en forståelse for, hvad der styrer vores adfærd, så man undgår at skabe retningslinjer, der enten ikke giver mening eller der blot ikke efterleves. Det er nødvendigt, at man arbejder infektionsforebyggende, men det bør ikke ske på bekostning af den enkelte patient eller resultere i retningslinjer og instrukser, hvor relationen mellem patient og sundhedsperson dermed er reguleret uden nødvendigvis at tage hensyn til individet. Man kan desuden sætte spørgsmålstegn ved, om den måde infektionsforebyggelsen organiseres på, har den ønskede effekt, når den efterleves som den gør. Også indenfor det etablerede biomedicinske felt synes der at være en erkendelse af et behov for at angribe udfordringerne på nye måder. Denne opgave er et lille bidrag til at supplere den biomedicinske tilgang med en antropologisk vinkel.

Referencer

Code of Ethics of the American Anthropological Association, Approved Feb 2012, Internet: http://ethics.americananthro.org/category/statement

Douglas, Mary (2001), Dealing with Uncertainty, Ethical Perspectives 8(2001)3, p.145-155

Douglas, Mary (1990), Risk as a Forensic Resource, Daedalus, Vol. 119, No. 4, Risk (Fall, 1990), p. 1-16

Douglas, Mary (2002)[1962], Secular Defilement, kapitel 2 og External Boundaries, kapitel 7 i Purity and Danger, Routledge Classics Edition, Suffolk, UK, p. 36-51 og 141-160

Flaherty, Michael (2011), Making Time, kapitel 1 i The textures of Time. Agency and Temporal Experience. Philadelphia: Temple University Press, s. 1-13

Foucault, Michel (1997)[1976], Society Must Be Defended, kapitel 11 i Society Must Be Defended, Lectures at the College de France 1975-76, Picador, 175 Fifth Avenue, New York, N.Y. 10010, p. 239-263

Giddens, Anthony (1991), I Højmodernitetens konturer, kap. 1 i Modernitet og Selvidentitet. København: Hans Reitzels Forlag, s. 21-48

Grimen, Harald (2009), Power, Trust, and Risk: Some Reflections on an Absent Issue, Medical Anthropology Quaterly, New Series, Vol. 23, No. 1, Nordic Medical Anthropology (Mar., 2009), p. 16-33

Jensen, Anders Fogh (2011), Epi-demos – en lille bog om store epidemier, Anders Fogh Jensen og Forlaget THP, 2011

Lakoff, Andrew (2010), Two Regimes of Global Health, Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development, Volume 1, Number 1, Fall 2010, pp. 59-79

Lupton, Deborah (1995), Taming Uncertainty: Risk Discourse and Diagnostic Testing, kapitel 3 i The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body, SAGE Publications Ltd 1995, p. 77-105

Mattingly, Cheryl (1994), The concept of Therapeutic 'Emplotment', kapitel 12 i A Reader in Medical Anthropology. Byron J. Good, Michael M.J. Fischer, Sarah S. Willen, and Mary-Jo DelVecchio Good, eds., Blackwell Publishing Ltd, West Sussex, UK. pp. 121-136

Mogensen, CB et al, MRSA screening in emergency department detects a minority of MRSA carriers, Dan Med J 2015;62(11):A5151

Roth, Julius A. (1957), Ritual and Magic in the Control of Contagion, American Sociological Review, Vol. 22, No. 3(Jun., 1957), p. 310-314.

Singer, Merrill (2015), Emergent, Reemergent, and Drug-Resistant Infectious Agents, Kapitel 5 i Anthropology of Infectious Disease, Left Coast Press, USA. pp. 156-196

Sproget.dk, https://sproget.dk/lookup?SearchableText=mistanke, opslag "mistanke", [Accessed 21.06.2019]

Statens Seruminstitut (2018), Om MIBA og HAIBA, Vision, https://miba.ssi.dk/om-miba-og-haiba/vision, [Accessed 0808.2019].

Statens Seruminstitut (2017), Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Generelle Forholdsregler i Sundhedssektoren, Central Enhed for Infektionshygiejne, 1. udgave 2017, Statens Seruminstitut, København

Statens Seruminstitut (2016), Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Supplerende Forholdsregler ved Infektioner og Bærertilstand i Sundhedssektoren, Central Enhed for Infektionshygiejne, 5. udgave 2016, Statens Seruminstitut, København

Statens Serum Institut (2019), ESBL-producerende bakterier i Sygdomme, beredskab og forskning, SSI, 11. marts 2019, https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/e/esbl, [Accessed juni, 2019].

Statens Serum Institut (2018), Vancomycin-resistente enterokokker (VRE) og vancomycin-variable enterokokker (VVE) i Resistens i bakterier og svampe, https://antibiotika.ssi.dk/resistens-i-bakterier-og-svampe/vancomycin-resistente-enterokokker, SSI, 27. november 2018, [Accessed juni, 2019]

Sundhedsstyrelsen (2018), Vejledning om Forebyggelse af Spredning af CPO, 1. udgave, Sundhedsstyrelsen, København

Sundhedsstyrelsen (2016), Vejledning om Forebyggelse af Spredning af MRSA, 3. udgave, Sundhedsstyrelsen, København

Tacconelli E, Buhl M, Humphreys H, et al (2019), Analysis of the challenges in implementing guidelines to prevent the spread of multidrug-resistant gram-negatives in Europe, BMJ Open 2019;**9**:e027683. doi:10.1136/bmjopen-2018-027683

WHO (2018), Antimicrobial resistance, Key Facts, 15 February 2018, https://who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance [Accessed July 2019]

WHO (2019), In the face of slow progress, WHO offers a new tool and sets a target to accelerate action against antimicrobial resistance, News release, 18 June 2019, https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2019-in-the-face-of-slow-progress-who-offers-a-new-tool-and-sets-a-target-to-accelerate-action-against-antimicrobial-resistance [Accessed July 2019]