

En narrativ tilgang til sundhed



En narrativ tilgang til sundhed

En narrativ tilgang til sundhed

Publikationen er udarbejdet af

Morten Deleuran Terkildsen, projektleder, antropolog, forsker

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Inge Wittrup, seniorforsker, antropolog, ph.d.

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Publikationen har været i intern review ved forskningsleder, ph.d. Camilla Palmhøj Nielsen

Udgivet af

Region Midtjylland

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

– et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet

Forskning og Udvikling

Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N

Tlf. 7841 4302

Web: www.cfk.rm.dk

November 2013

Redigering og korrektur:

Stinne Møller Christensen

Forside:

Pia Bakmand Skovsen, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Grafisk produktion: WERKs Grafiske Hus a/s, Aarhus

ISBN: **978-87-92400-39-0** (elektronisk udgave)

Bestilling:

Publikationen kan downloades fra www.cfk.rm.dk

Indledning	7
Læsevejledning	7
DEL I	
Sundhed og Sygdom	8
Perspektiver på sundhed og trivsel	8
Social ulighed og sårbare grupper	8
Sundhed & Sygdom – et sundhedsantropologisk perspektiv	9
Kultur, sundhed & sygdom	9
Mødet i sundhedsvæsenet – sundhedens og sygdommens kulturelle forhandlingsarena	10
Narrativer i teorien	12
Hvad er et narrativ?	12
Det fortalte liv og det levede liv	12
Narrativ tid	13
Narrativ som individuel og social aktivitet	13
Hvorfor bruge narrativer?	14
At se mod fremtiden: narrativet som middel til større sundhed	15
Narrativet som mål: fragment og orden	16
Narrativer i praksis	18
Narrativets opbygning	18
Elementer i et narrativ	18
Det sociale menneske – de sociale relationer	18
Kroppen	20
Drama	21
Smerter	22
Håb	22
Steder	23
Den dominerende fortælling: den alternative historie	24
Narrativer som samtaler	26
Roller i en samtale: at være uvidende og nysgerrig	26
Samtalen som teknik	27
Inden samtalen	29
Efter samtalen: at skrive en rapport	31
DEL II	
Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering	33
En narrativ tilgang til sundhed i praksis	33
Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – kultur sat på spidsen	35
At arbejde narrativt – når sundhed går på tværs af sektorer	37
At skabe en intervention	38
Den interkulturelle sundhedssamtale: at skabe et plot	40
Den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale: at færdes i en fortælling, mens den fortælles	42
Meget er sket siden sidst	42
Samtalen i praksis: at færdes mellem ny og gammel viden	42
At gå nye veje	42
Den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale: en fælles rejse	45
Narrativet på egne ben	45
Fastholdelsen i narrativer	46
En refleksion over det fælles plot i fortællingen	46
Hov! Borgeren ville hellere tale om noget helt andet: et nyt plot?	46
Fastholdelse af narrativer – udvikling og erfaring med narrativer	47
At kunne fornemme fastholdelse af narrativer	47
At turde gå nye veje i en tilsyneladende afsluttende samtale	47
Efterskrift	49
Litteraturliste	51
Bilag 1 "Den interkulturelle sundhedssamtale"	54
Bilag 2 "Den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale"	59
Bilag 3 "Den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale"	63

Indledning

"Tak fordi jeg fik lov til at fortælle" (Borger)

Og hvad har fortællinger nu lige med borgere og sundhedsvæsenet at gøre, kunne man dristes til at spørge? Som denne publikation peger på, ganske meget i virkeligheden, hvis man ønsker at blive klogere på borgeres oplevelser af sundhed og sygdom og deres møde med sundhedsvæsenet! Der eksisterer en lang tradition for forskning i fortællinger både indenfor, sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora og i denne publikation omsættes denne viden til praksis. Gennem anvendelsen af en narrativ samtalemodel vil denne publikation vise hvordan fortællingen netop kan give adgang til en dybere forståelse af den enkeltes personlige, kulturelle og sociale verden og dermed skabe et solidt grundlag for en relevant borgerinddragende og resourcefokuserende praksis.

Denne publikation tager sit udgangspunkt i de teoretiske og praktiske erfaringer, som er gjort i forbindelse med projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, et samarbejdsprojekt mellem Horsens, Randers, Herning, Holstebro og Aarhus kommuner og Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Projektperioden strækker sig fra 2010 til 2013. Projektet er støttet af Forebyggelsesfonden og desuden gennem et tilskud fra Helsefonden. Skønt udgangspunktet for dette projekt har været at arbejde med etniske minoriteters sundhed i det danske sundhedsvæsen, tænkes tilgangen som en generisk model og dermed en model, der kan anvendes alle steder hvor mennesker og systemer interagerer med hinanden.

Denne publikation er tænkt som et arbejdsredskab til sundhedsprofessionelle, som arbejder med etniske minoritetsborgere. Skønt den narrative metode, som beskrives her, tager sit udgangspunkt i en forhandlende proces mellem borger og den sundhedsprofessionelle, tager denne narrative tilgang sit praktiske udgangspunkt i den sundhedsprofessionelles rolle og tilgang til problematikken.

Læsevejledning

Publikationen er opdelt i to dele. Første del indledes med en introduktion til sundhed, sygdom og kultur set i et sundhedsantropologisk perspektiv, herefter præsenteres narrativet først som en generel teoretisk konstruktion for herefter at gennemgå hvordan narrativet som en tilgang kan udfolde sig i generel praksis i sundhedsvæsenet. Anden del af publikationen tager med et udgangspunkt i etniske minoriteters sundhed og i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering skridtet til at vise hvordan den narrative tilgang er blevet omsat i et konkret og praktisk eksempel.

Den både teoretisk og praktisk interesserede kan med fordel læse publikationens to dele i sammenhæng. Delene er dog skrevet således, at den overvejende praktisk interesserede kan plukke i de enkelte elementer i publikationen.

DEL 1

Sundhed og Sygdom

Perspektiver på sundhed og trivsel

Sundhed, trivsel og rehabilitering er forskningsområder, som ikke længere er monopoliseret af et biomedicinsk paradigme, men vokser frodigt som forskningsfelt også indenfor humaniora og samfundsvidenskaberne (Paarup 2004). Her tages der især udgangspunkt i, med forståelser af samfund og kultur at undersøge den sociale og kulturelle kontekst betydning for sundhed og trivsel, herunder hvilke begreber vi bruger og hvilken opfattelse af mennesker i samfund der ligger bag undersøgelser af sygdom, sundhed, trivsel og rehabilitering. Med et humanistisk bidrag til en fælles udforskning af verden reflekteres over, hvad det vil sige at være menneske i de rammer vi etablerer og i de begreber og forståelser vi anvender (Hastrup, 2004).

Social ulighed og sårbare grupper

En af de store udfordringer i sundhedsvæsenet udgøres af at sundhed, trivsel og rehabilitering ikke er ligeligt fordelt i befolkningen men har betydelig social slagside. Der tales om 'social ulighed i sundhed' som har en social gradient på et overordnet samfundsmæssigt niveau, samtidig med at der udskilles socialt udsatte grupper, der lever under en eller flere stærkt belastende sociale forhold – langvarig arbejdsløshed eller sygdom, marginalisering, fattigdom, hjemløshed m.m. (Diderichsen 2009). Et forskningsperspektiv, der ikke kun fokuserer på biomedicinske årsagsforklaringer i kroppen kan bidrage til bredt at belyse sociale og kulturelle processer i relation til sundhed, trivsel og rehabilitering, som de kommer til udtryk i sundhedsvæsenet og i samfundet i almindelighed. Dertil kommer et perspektiv hvor den enkeltes erfaring med sygdom og dårlig trivsel må forstås i forhold til sundhedsvæsenets forståelser og praksis, den enkeltes sociale liv og ikke mindst politiske tiltag og samfundsmæssige normer og diskurser. Et sådant bredt fokus

vil for eksempel se på samspillet mellem den enkeltes erfaring og den biomedicinske definition ikke blot i den kliniske situation, men i en bredere samfundsmæssig sammenhæng, således at der bliver skabt sammenhæng mellem den enkeltes erfaringer og hvordan sygdommen eller manglen på trivsel samfundsmæssigt konstrueres og opfattes.

Dette forskningsfelt optræder hyppigst under fællesbetegnelsen folkesundhed og er et område der især udspiller sig på to forskellige niveauer, henholdsvis et diskursivt niveau og et hverdagsniveau. På et diskursivt niveau analyseres forholdet mellem borger og stat indgående for at få indsigt i folkesundhedens implikationer for det enkelte menneske. Folkesundhed ses her som eksponent for væsentlige ændringer i både en konkret almindelig hverdag og i en ideologisk omstrukturering af sundhedsopfattelser, kropsofattelser, identitet og livsstil. Folkesundhed ses som et nyt moralsk system, der har konsekvenser for, hvordan vi skal leve vore liv både individuelt og kollektivt, ofte med tilbøjelighed til at udstikke rettigheder og pligter, der indirekte konstruerer det moderne selv – et selv, der er ansvarlig for sit eget liv med sunde, ansvarlige og kontrollerede handlinger (Lupton 1995).

Heroverfor findes hverdagsniveauet, og analyser af hvorledes den førnævnte diskurs udspiller sig i hverdagslivet. Her er det overordnede tema forholdet mellem viden og praksis. Dette tema udspilles ofte som en konkurrence mellem en sundhedsfaglig diskurs, der fremstår som objektiv viden på den ene side og menneskers hverdagserfaringer og praktiske hverdagsliv på den anden. En viden og praksis der først og fremmest bygger på praktiske ræsonnementer og de daglige 'ting og sager' (*concerns*), som mennesker færdes i (Barth 1993). Den narrative samtalemodel, som vi introducerer i dette skrift, i møder

mellem borger og sundhedsprofessionel er ud fra et antropologisk perspektiv specielt velegnet til at bringe denne viden frem i lyset. En erfaringsviden som er forsøgt indfanget med begreber som 'den gyldne middelvej', som bygger på såvel egne erfaringer med kroppen, på 'sund fornuft' og ikke mindst på en situationsafhængig viden (Risør 2003).

Begge niveauer er vigtige i arbejdet med at fremme lighed i sundhed, trivsel og rehabilitering, da sundhedsdiskursen i sig selv medvirker til at der skabes marginaliserede grupper og skyld og skam hos den enkelte (Lupton op.cit.). Et humanistisk fokus på sårbare borgers sundhed og trivsel, kan derfor være at udforske, hvordan man eksempelvis sikrer alle borgere adgang til kvalificerede sundhedsydelser med udgangspunkt i deres hverdagsliv og hverdagserfaringer. Det er her helt essentielt hvordan vi møder mennesker, der er i sårbare positioner på forskellig vis og at vi ser sundhed og trivsel som dynamiske livsprocesser, hvor mennesker overvejer, afprøver, yder modstand mod og træder andre stier end sundheds- og trivsels diskursen udstikker. Der bliver tale om forhandlede situationer og stier at træde. Disse veje må vi være parate til at forstå og forfølge i dialog med sårbare grupper både individuelt og kollektivt.

Sundhed & Sygdom

– et sundhedsantropologisk perspektiv

Tilgangen som præsenteres her tager sit udgangspunkt i en sundhedsantropologisk tilgang til forståelsen af det sunde og det syge. Begreberne sundhed og sygdom kan måske synes naturlige og uden behov for nærmere forklaring når der arbejdes i sundhedsvæsenet. Ofte tager forståelsen af det syge og det sunde udgangspunkt i en forståelse der ser begreberne som en række biologiske processer i kroppen (Steffen 2007). Processer der er grundfæstet i et biomedicinsk og positivistisk rationale. Men i sundhedsantropologien som i stadigt stigende omfang bidrager med forskning i sundhedsvæsenet, er opfattelsen og forståelsen af sundhed og sygdom bundet til både kontekst og til de mennesker som begreberne berører. At forstå det at være syg eller sund er således ikke blot noget der kan reduceres til universelle biologiske processer, i stedet betragtes begreberne som kulturelle fænomener, hvis betydning og forståelse til stadighed forhandles blandt mennesker i den kontekst de færdes i (Steffen 2007; Good a) 1994; b) 1994; Helman 1990).

Kultur, sundhed & sygdom

Når vi siger at sygdom og sundhed i antropologien betragtes som kulturelle fænomener kræver det en nærmere præcisering, for hvori består det kulturelle og hvad betyder det i virkeligheden at noget opfattes som kulturelt? Hvor kultur ofte kan blive reduceret til at være et stationært sammenhængende sæt af normative regler som er styrende for den enkeltes måde at håndtere livet på, arbejder man i antropologien med kulturbegrebet som værende det dynamiske produkt af sociale relationer. Her ser vi kulturen i et antropologisk perspektiv som et produkt af sociale forhandlinger mellem mennesker i verden frem for at se kulturen som værende noget "derude" (Geertz 2000).

Forstået i denne optik er kulturen som begreb noget, der konstant forandres, frem for at være et stationært sammenhængende sæt af normative regler og begreber, som er styrende for den enkeltes måde at håndtere livet på (Geertz 2000). Vi ser altså ikke kulturen som noget, der ligger bag mennesket og som man passivt bærer med sig i forhold til de situationer, man indgår i, men i stedet som noget, der konstant udvikler sig i takt med, at mennesket indgår i betydningssammenhænge og danner sig erfaringer livet igennem (Strathern i Lock & Nguyen 2010:7).

Den amerikanske antropolog Clifford Gertz italesætter kultur som et produkt af relationer på denne måde: "Man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun" (Citat Geertz 2000).

Vi er i den forstand alle et produkt af en kultur, som vi selv er medskabere af. Når vi mødes med andre mennesker i sociale relationer er vi således i fuld gang med at producere den kultur, som vi selv bliver en del af. Kulturdannelse er konstant i spil. At forstå kulturel forhandling handler om at forstå de kontekster, som den enkelte færdes i og de positioner, denne indtager. Vi bærer, som den norske antropolog Fredrik Barth (1993) påpeger det, alle på en verden af "concerns" eller "ting og sager", som vi tager med ind i de sammenhænge, vi indgår i.

At se sundhed og sygdom som kulturelle fænomener er altså i høj grad at se dem som begreber vi som mennesker forhandler gennem vores væren i verden som sociale væsener. Følger vi Barths udgangspunkt bliver vores forståelse af begreber sundhed og sygdom således forhandlet med vores omverden. En omverden som ikke blot består af et sundhedsvæsen og dermed et biomedicinsk

rationale, men som består af alle de forskellige kontekster og relationer vi færdes i.

Den amerikanske antropolog Arthur Kleinman (1980) understreger denne tilgang med sin berømte forklaringsmodel, som han udviklede efter et længere komparativt feltarbejde, der sammenlignede sundhedsopfattelser i flere lande. I hans forklaringsmodel skelner opfattelsen af en sygdom netop mellem to aspekter *disease* og *illness*. Hvor *disease* refererer til forståelsen af en sygdom i et biomedicinsk rationale referer *illness* til den enkelte patients erfaring og fortolkning af det at være syg (ibid). Ifølge Kleinman, bliver det at være sund og det at være syg ikke fænomener, der kan forklares alene fra en sundhedsfaglig tilgang og dermed fra et perspektiv af *disease*, men noget som kan anskues og som bliver anskuet fra forskellige vinkler, alt afhængigt af øjnene der ser. At være både sund og syg bliver i denne optik altså også til noget som italesættes og forstås fra den viden og den verden, som vi hver især befinder os i i det øjeblik, hvor forhandlingen finder sted (ibid; Lock & Nguyen 2010; Good a) 1994). Som patienter eller borgere trækker vi med andre ord på hele vores begrebsverden i forsøget på at skabe mening i vores sundhed og sygdom. En begrebsverden, hvor temaer som magt, identitet og køn ligeledes er en del (Elverdam 1991; Nielsen 2005; Lupton 1995; Helman 1990).

Sundhed og sygdom bliver dermed i sundhedsantropologien ikke til faste men til foranderlige størrelser alt efter hvilken kontekst og hvilken relation vi er en del af når forhandlingen finder sted. At forstå sundhed og sygdom som kulturelle fænomener betyder således en anerkendelse af at begreberne konstant er i forandring og at de knytter sig til det enkeltes menneskes virkelighedsforståelse (Good a) 1994; Lock & Nguyen 2010).

Når sundhed og sygdom på denne måde bliver til forhandlede begreber sat i en given kontekst, da bliver undersøgelser af netop disse kontekster centrale. I sundhedsantropologien har mødet mellem borger eller patient og den sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet indtaget en særlig kontekstuel rolle. En særlig rolle netop fordi den forhandlede forståelse af sundhed og sygdom har en betydning for den måde hvorpå strategier og kriterier for behandling bliver valgt i sundhedsvæsenet, og dermed for den enkelte patient eller borger (Steffen 2007:100).

Mødet i sundhedsvæsenet – sundhedens og sygdommens kulturelle forhandlingsarena

Mødet mellem sundhedsprofessionel og borger er, som blandt andet antropologen Kirsten Hastrup (1993) beskriver det, *et møde mellem kulturel og somatisk viden*. Et møde, hvor sociale relationer og personlige verdener filtreres uigenkaldeligt sammen med et sundhedsvidenskabeligt paradigme. En arena, hvor der forhandles om at skabe mening ud af sundheden og sygdommen, og hvor der trækkes på et væld af personlige og faglige positioner i denne meningsskabelse (Helman 1990; Kleinman 1980; Zigon 2008). Dette betyder, at det der ved første øjekast ellers som tidligere beskrevet synes at virke som et ganske ligetil møde med en sundhedsfaglig agenda, ofte kan blive en skueplads for komplekse forhandlinger mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren. Disse forhandlinger er bundet til den enkeltes univers af både faglige og personlige overbevisninger og afstedkommer forskellige forklaringsmodeller på den samme problematik.

Mødet bliver med andre ord en forhandlingsarena, hvor mange forskellige typer viden er på spil, og det bliver samtidig en arena, hvorpå der foregår en aktiv kategorisering (Helman 1990), der handler om at forsøge at forstå hinanden og det problem, som er baggrund for, at mødet er kommet i stand.

Den skotske filosof Alisdair MacIntyre påpeger direkte, at for at kunne forstå, hvad en anden person gør og siger i et møde, er man som menneske nødt til at kunne placere personen i en kontekst, som giver mening (MacIntyre i Mattingly 2008). Denne kontekst og forforståelse er skabt af de betydningssammenhænge, som vi gennem livet selv har færdes i. Kategoriseringen binder sig derfor med andre ord til vores forestilling om det menneske, vi skal til at møde. Det medfører, at vi ofte bærer på en forforståelse om det andet menneske, og dermed konstruerer vi dem og de problematikker de bærer med sig ind i mødet, i vores eget billede.

Den amerikanske antropolog Cheryl Mattingly bygger videre på MacIntyres udgangspunkt, men følger samtidig den amerikanske psykolog Jerome Bruners tilgang til møder mellem mennesker, når hun påpeger, at vores evne til at agere i forhold til det menneske, vi møder, afhænger af vores evne til at "læse dets tanker" og "forstå dets motiver" (Mattingly 2008:137). En evne, som igen bliver dikteret af den forforståelse, vi bærer med os i mødet. Mattingly vi-

ser gennem sine studier af møder mellem sundhedsprofessionelle og patienter, at denne tankelæsning og forsøg på at forstå det menneske, vi sidder overfor, ofte kan lede til en stereotypificering, som især kan forekomme, såfremt dem der mødes ikke som udgangspunkt opfatter sig selv som værende nogle, der deler en kulturel ramme.

Dermed bliver møder i sundhedsvæsenet ofte ifølge Cheryl Mattingly (ibid.), til et grænseland, hvori netop vores kulturelle forforståelser kommer til at diktere mødets gang. Vi forsøger at tankelæse os frem til, hvad det andet menneske mener, men vi gør det ud fra vores egen forståelsesramme.

Et sådant grænseland er et komplekst sted, hvori det talte og det handlede fra den person, man møder, bliver sat ind i en forståelsesramme, som man på forhånd har skabt og båret med sig ind i mødesituationen. Et grænseland, som Mattingly viser ikke blot skabes af de sundhedsprofessionelle, men som ligeledes skabes og opretholdes af borgerne selv. Det oftest forekommende resultat af mødet i dette grænseland, som skabes i mødet mellem borger og sundhedsprofessionel, er, at det ofte fastholder begge parter i deres egen forforståelse og dermed fastlåste kategorier, hvilket forhindrer skabelsen af en fælles forståelsesplatform, der kan bane vejen for identifikation af og forståelse for, hvad problemet handler om og dermed skabe handlinger, der kan sikre en bedre sundhed for borgere. I mødet skaber vi med andre ord på forhånd en snæver forståelse af det menneske, hvis verden vi har behov for at forstå, såfremt vi ønsker at gøre en forskel (Mattingly 2008; 2005). At forstå et andet menneskes sundhed handler i den optik om at forstå den verden, det er placeret i stedet for at forfalde til at placere det i ens egen forståelse og verden.

At erkende eksistensen af vores forforståelse, når vi møder andre mennesker, og dermed at kunne reflektere over den og endda udfordre den, er et væsentligt skridt på vejen til at skabe et godt møde mellem sundhedsprofessionel og borger i sundhedsvæsenet. Vi kan aldrig fjerne vores egen forforståelse helt, og det er heller ikke hensigten. Men vi kan tænke over, hvilke kategorier vi ofte automatisk forsøger at placere de mennesker, vi møder ind i, og hvilke dele af vores egen verden, vi bærer med, når vi træder ind i en andens. Når vi reflekterer over vores egen verden, åbner vi automatisk den dør, der tillader nysgerrighed og åbenhed at dukke frem. En nysgerrighed, som er væsentlig for at kunne forstå et andet menneske i en anden verden.

Men hvordan kan man forstå den enkeltes kontekst, det personlige univers, som eksisterer omkring den enkelte borger, når en let kategorisering baseret på forforståelser ikke er tilstrækkelig? Når udfordringerne er omfattende og krævende? Hvordan kan vi arbejde med at forstå den enkeltes erfaring?

I vores udviklingsarbejde peger vi på, at man med fordel kan starte med se på den måde, hvorpå man skaber et narrativ omkring sig selv, altså at se på narrativer som en tilgang, der kan give adgang til borgerens personlige univers af forståelser. Som Clifford Geertz udtrykker det:

We cannot live other people's lives, and it is a piece of bad faith to try. We can but listen to what, in words, in images, in actions they say about their lives.[...] Whatever sense we have of how things stands with someone else's inner life, we gain it through their expressions, not through some magical intrusion into their consciousness. It's all a matter of scratching surfaces. (Geertz 1986; 373)

Narrativer i teorien

Hvad er et narrativ?

Ordet narrativ bliver ofte anvendt i et hav af sammenhænge, alt efter hvem der bruger det og i hvilken kontekst, det bliver brugt. Narrativer er som konstruktion blevet behandlet og bliver det til stadighed i en lang række faglige traditioner fra filosofi, litteraturteori og kunst til psykologi, antropologi og sundhedsvidenskab. Her ønsker vi imidlertid ikke at forsøge at skabe et komplet teoretisk overblik over den mangfoldighed, som omkranser narrativet som konstruktion, men i stedet at trække på udvalgte socialvidenskabelige teorier og vise, hvordan de med fordel kan anvendes som en tilgang i mødet med etniske minoritetsborgere i det danske sundhedsvæsen, men for så vidt også i alle andre typer af komplekse møder.

Hvad betyder narrativ egentlig? Ordet stammer fra det latinske "narrare", at fortælle, og fra den indoeuropæiske rod "gna", som betyder at vide (Wind 2009). Populært kan vi sige, at et narrativ er det samme som en fortælling, men det kan samtidig dække over en speciel analytisk, teoretisk og i vores optik praktisk anvendelsesorienteret måde at arbejde med fortællinger på. En måde, der ser på, hvordan narrativer er konstruktioner, der binder vores erfaringsverden sammen og som hjælper os til at kaste et blik ind i en andens verden.

Narrativet som begreb bliver her som udgangspunkt behandlet fra en specifik antropologisk analytisk tilgang. Begrebet knytter sig til den måde, hvorpå individer ordner sekvenser og skaber mening i livet. En måde, hvorpå vi skaber mening, ikke blot i forhold til os selv, men også i forhold til den verden, som omgiver os (J. Bruner 1986 & 2004; E. Bruner 1986; Good a) 1994; Ochs & Capps 2001 & 1996; Mattingly 1998 & 2008; Mattingly & Garro 2000; Wind 2009; Lilledal 2004). Dette for at anvende et teoretisk afsæt som ramme for udviklingen af narrativet som et praktisk redskab til forandring i sundhedsvæsenet.

Det fortalte liv og det levede liv

Hvad har det fortalte liv at gøre med det levede liv? Sammenhængen mellem det levede liv og det fortalte liv er til

stadighed et debatteret emne i den humanistiske forskning (Ricoeur 1984; Carr 1986; Mink 1970; H.White 1980 & 1984; Jackson 2006; J.Bruner 2004; Peacock & Holland 1993; Good a) 1994). Her tager vi dog udgangspunkt i den franske litteraturteoretiker Paul Ricoeur, som udtrykker sammenhængen således: "Uden narrativer var vi ren biologi." Det er først i det øjeblik, at vi skaber narrativer, at livet tilskrives en mening (Mogensen 2005). Ved at skabe narrativer gør vi så at sige "verden beboelig" (Ricoeur i Horsdal 1999:20). Fortællingen medvirker til at skabe en følelse af at være et helt menneske. At skabe mening gennem fortællinger er ifølge den amerikanske antropolog Michael Jackson ikke udtryk for, at vi gennem narrativer pludselig bliver givet et 'overblik fra et fugleperspektiv'. At skabe mening gennem narrativer er dermed ikke udtryk for, at vi pludselig kan overskue vores egen verden, som sad vi på en sky og betragtede den. At skabe mening gennem narrativer handler om at omdefinere og forhandle de relationer, som vi er en del af og har været en del af. Dermed kan vi ændre på balancen mellem det at være den 'agerende' og det at være den der bliver 'ageret på' (Jackson 2006). Med andre ord giver narrativet os en følelse af deltagelse og involvering i vores eget liv, og vi bliver indskrevet som aktiv deltager i vores eget liv igennem vores fortælling (ibid.).

Når vi skaber narrativer, opleves livet således ikke som værende sammensat af uafhængige og usammenhængende begivenheder uden mening, men som værende struktureret og meningsgivende. "Tingene hænger sammen". Vi søger konstant at skabe nye narrativer i takt med, at livet leves og erfaringer gøres. Narrativer bliver i denne henseende til den form, hvori vi kan italesætte og skabe mening i vores levede erfaringer (Good a) 1994; Jackson 2006). Gennem narrativet spinder vi en "rød tråd" i vores liv, der kan vise os vej og skabe en sammenhæng, vi stræber efter at opnå. I dette henseende er narrativer ikke blot noget, der skabes for at give mening til erfaringer og begivenheder. Ikke blot en eftertænkning med blikket rettet mod begivenheder, der har fundet sted. I narrativet gives der også retning.

Som den amerikanske psykolog Jerome Bruner (2004) blandt andre påpeger, hænger livet, erfaringen og narrativet uigenkaldeligt dialektisk sammen og nærer hinanden. Livet som psykologisk realitet eksisterer kun gennem fortællingen (J. Bruner 2004). At skabe narrativer bidrager ikke blot til at sætte system i livet, men er samtidig med til at skabe selve livet og guide vores fremtidige handlinger. Dialektikken ligger deri, at vi skaber narrativer for at forstå vores erfaringer i den verden, de er gjort i, men samtidig skaber narrativer os og vores fremtidige handlinger gennem vores italesættelse af dem (J. Bruner 2004; Ochs & Capps 1996; Wind 2009).

Når vi skaber narrativer er vi således midt i en proces, der handler om at skabe mening ud af livet. En proces, der på en gang skuer bagud og fremad i tid. Det skal vi se nærmere på i næste afsnit.

Narrativ tid

Skabelsen af narrativer er uløseligt forbundet med vores opfattelse af verden og begivenheder i tid. Narrativet bruger vi til at binde livets elementer sammen i et tidsforløb, som er struktureret med en begyndelse, en midte og en slutning eller en fortid, en nutid og en fremtid.

Narrativet er en dynamisk størrelse. Ifølge den amerikanske antropolog Edward Bruner (1986) sætter narrativet ikke blot fortiden i system og skaber mening i det allerede levede liv, men er også med til at præge de nye indtryk og sammenhænge, vi indgår i i nutiden. Når vi gør os nye erfaringer, indarbejder vi dem i vores begrebsverden og gør dem meningsfulde ved at sætte dem sammen med allerede eksisterende erfaringer. Omvendt bliver eksisterende erfaringer genfortolket i forhold til de nye erfaringer og betydningssammenhænge, som vi møder nu og her. Vores forståelse af os selv beror således på et konstant dynamisk symbiotisk forhold mellem vores fortid, vores nutid og vores fremtid (E. Bruner 1986; Ochs & Capps 1996). Sagt på en anden måde: Skønt livsfortællinger i den forstand ofte tager udgangspunkt i minder, tilbageblik på et liv af erfaringer og et fokus på, "hvad der skete i fortiden" som noget faktuel, så er vores fortællinger om vores egen fortid præget af det blik, vi har på fremtiden og vores situation i nuet (Ochs & Capps 1996). At skabe fortællinger om sit liv er således at bevæge sig i fortid, nutid og fremtid på en gang.

Livshistorier bliver aldrig statiske, men ændrer sig og genfortælles således konstant i nye sammenhænge, som betyder, at de ændrer form og betydning. Fortællinger om vores fortid, vores nutid og om vores fremtid bliver således konstant genfortolket og skabt i nye afskygninger for at give mening i lige nøjagtig den sammenhæng, lige nøjagtig over for det publikum og på lige nøjagtig det sted, hvor den bliver fortalt (E. Bruner 1986). Narrativet afspejles i den henseende af den kontekst, hvori det er blevet skabt (Peacock & Holland 1993).

At skabe narrativer står centralt i denne anskuelse, idet narrativet netop opfattes som noget, 'der skabes' og ikke noget, 'der er'. Et narrativ kan aldrig betragtes som en imitation af virkeligheden, men bliver i fortællingen fortolket af fortælleren, som den engelske forfatter John Berger udtrykker det (Berger i Jackson 2006:16).

Dermed er narrativet ikke et spejl på virkeligheden, men noget der skabes i en relation mellem fortæller og publikum. Lytteren spiller derfor også en aktiv og central rolle (M. White 2006). At lytteren har en speciel rolle at spille i narrativet er vigtigt at bemærke, fordi dette får en afgørende betydning, når narrativet bliver til et praktisk redskab og lytteren, den sundhedsprofessionelle, dermed kommer i spil i fortællingen. Dette skal vi beskæftige os mere med i senere kapitler.

Narrativ som individuel og social aktivitet

At skabe et narrativ kræver, at der er en der fortæller og en der lytter, og dermed bliver narrativet til en social proces, hvor vores personlige verden smelter sammen med verden omkring os gennem vores interaktion med andre. Erfaringerne, som danner grundlaget for narrativet, er ikke opstået i et individuelt vakuum, men er skabt som et sammenkog af de betydningsskabende sammenhænge, vi vokser op i. Sammenhænge, hvori mange forskellige værdier alle får indflydelse på, hvordan vores erfaringer dannes. Samfundet som vi vokser op i med normer og regler, familiemæssig bagage og sammenhænge, hvori kønnet spiller en rolle, er blot eksempler på disse betydningssammenhænge, men alle er de med til at forme den fortælling, vi skaber om os selv, og dermed bliver vores narrativ skabt i en social forhandling med verden og dermed med de mennesker, som er omkring os (M. White 2006; Lilledal 2004).

Skeler vi tilbage til afsnittet, som omhandlede kultur som et relationelt forhandlet begreb, er narrativet netop betinget af den kollektive kontekst, det er fortalt i. At vi er præget af normer og regler er ganske naturligt, men vi forhandler betydningen af disse normer og regler med den lytter, som tager del i fortællingen. At skabe narrativer er en social aktivitet.

I den sammenhæng kan man sige, at vores narrativer på en gang er individuelle og kollektive. Vi deler og forhandler elementer af vores fortælling med andre omkring os, fordi vi indgår i fælles betydningsskabende sammenhænge. Dermed bliver vores individuelle fortælling også præget af fælles fortællinger. Når vi fortæller et narrativ, konstituerer og positionerer vi os samtidig som individer i en social sammenhæng (Jackson 2006).

Selvom vi deler elementer af vores fortælling med andre og skaber vores narrativer i lyset af fælles fortællinger og betydningssammenhænge, vil det enkelte individs fortolkning og brug af erfaringen betyde, at to narrativer aldrig bliver identiske. Heller ikke med den samme fortæller (Jackson 2006). Narrativer er socialt skabt i tid og sted mellem en fortæller og en lytter (Ochs & Capps 1996).

At skabe narrativer er at positionere sig som et individ i en verden. Narrativ og social forhandlet identitet hænger således som begreber uløseligt sammen (ibid.). Vores forståelse af os selv og vores engagement i verden er således noget, vi skaber i et samspil med andre, når vi fortæller narrativer. Man kan sige, at narrativerne medierer vores deltagelse i verden og portrætterer vores selvforståelse.

At skabe narrativer er at skabe os selv som mennesker i et samspil med andre, og i den forbindelse indtager lytteren en central placering. Man kan gå så langt som til at sige, at lytteren gennem sin blotte tilstedeværelse bliver en aktiv medforfatter i den enkeltes narrativ og dermed i forståelsen af os selv og den verden vi som mennesker deltager i. Det at stille et spørgsmål som lytter, at trække på skuldrene eller at smile er at deltage i skabelsen af et narrativ sammen med fortælleren. Som lytter er man med i fortællingen, hvad enten man ønsker det eller ej. Man bliver helt automatisk en del af den kontekst, som fortællingen er sat i og dermed medskaber af den position, som fortælleren indtager.

Som sundhedsprofessionel betyder dette, at man er medskaber af fortællingen både i kraft af den aktive age-

ren, man udviser under selve fortællingen, de spørgsmål man stiller og ens fysiske reaktion på det man hører, men samtidig også i kraft af den kontekst, som fortælleren forestiller sig, at man er en del af. At skabe et narrativ i sundhedsvæsenet med en sundhedsprofessionel som lytter er naturligvis at sætte den sociale forhandling om identitet og mening i en ramme af sundhedssystemet. Et udgangspunkt, som kan være vigtigt eksplicit og reflektivt at forholde sig til, når man møder en borger og i fællesskab skaber narrativer. Men hvorfor overhovedet tænke på narrativer i forbindelse med sundhedsvæsenet? Hvad kan fortællingen bidrage med i forbindelse med arbejdet med sundhed og sygdom?

Hvorfor bruge narrativer?

At arbejde med narrativer åbner nye muligheder for at forstå og intervenere i forbindelse med mennesker med komplekse sundhedsproblematikker. Den narrative tilgang giver således professionelle et redskab til undgå forudfattede opfattelser om den modpart, man lytter til. Ofte bærer vi som professionelle en forforståelse om andre menneskers sygdomsforløb, fordi vi tolker deres ord og handlinger i lyset af vores egen verden. Dermed konstruerer vi den anden, vi møder, i billedet af vores egen forforståelse og vores egen måde at opfatte virkeligheden på, hvilket fjerner fokus og forståelse fra den virkelighed, som borgeren reelt selv sidder i. Vi overfører med andre ord vores identitet til en anden og kommer derved til at måle andre i forhold til vore egne værdier og forestillinger (Lilledal 2004).

Dette giver skæv kommunikation og bekræfter ofte blot mange af de antagelser, vi som sundhedsprofessionelle har om vores samtalepartner allerede inden, vi møder denne borger. Det skaber desuden ofte det "grænseland", som vi beskrev i kapitel 1, hvori både borgerens og den sundhedsprofessionelles forforståelse om hinanden kan forhindre og blokere for, at der i fællesskab bliver skabt en fælles platform for forståelse (Mattingly 2008).

Ved at anvende en narrativ tilgang får vi som professionelle skabt en ramme for at placere borgeren i dennes egen fortælling, der er skabt med dennes sprog og værdisæt og dermed på dennes præmisser. Som sundhedsprofessionelle får vi gennem narrativerne mulighed for at få adgang til borgerens personlige univers af erfaringer og en måde at se verden på, som vi ikke nødvendigvis selv har en direkte referenceramme til (Lilledal 2004).

Den narrative tilgang giver os som professionelle muligheden for at forstå, hvad den andens personlige univers er bygget op omkring, hvad det er, som netop det menneske på den anden side af bordet sætter som centrale værdier for sig selv, når denne møder sundhedsvæsenet. At arbejde med narrativer i sundhedsvæsenet skal ikke ses som et forsøg på at leve et andet menneskes liv som var det ens eget (Ochs & Capps 1996), men det er en måde at reflektere over, hvad der i virkeligheden kan være på spil blandt de mennesker, vi møder, som alle bærer på en kompleks vævet gobelin af erfaringer. Erfaringer, som alle bliver båret med, når den enkelte sidder i et sundhedsvæsen og skal skabe mening ud af det, vedkommende møder, inklusive den sundhedsprofessionelle.

Gennem arbejdet med at skabe og forstå narrativer kan vi som professionelle få muligheden for at forstå et andet liv, et andet sæt af sociale strukturer og forståelser, som er centrale og afgørende for det menneske, som vi sidder overfor og hvis sundhed vi ønsker at arbejde med. Vi skaber med andre ord en fælles ramme at arbejde ud fra (J. Bruner 2004).

Narrativet er dermed ikke blot et analytisk redskab til at skabe ny erkendelse om et andet menneske med. Det kan også anvendes som et målrettet redskab til at skabe forandring. Som Cheryl Mattingly (1998) viser i sit studie blandt ergoterapeuter på et amerikansk hospital er det at skabe et fremtidsnarrativ og et specifikt plot om livet efter/med sygdom en essentiel iboende, men ikke nødvendigvis reflekteret del af et sundhedsprofessionelt arbejde med at fremme sundhed og rehabilitering.

Da narrativet som tidligere beskrevet aldrig bliver et statisk fænomen, men konstant forandrer sig alt efter kontekst og publikum, bliver det i denne optik, som er et professionelt arbejde ind i sundhedsvæsenet, endda meget interessant og anvendeligt som et aktivt og bevidst reflekteret redskab til igangsættelse af social forandring og livstilsændringer. Som et redskab til interventioner giver narrativet os ikke blot mulighed for at forstå andres komplekse problemer funderet i specifikke sæt af erfaringer, vi får samtidig mulighed for aktivt at arbejde videre med denne forståelse og sammen med et andet menneske at skabe et nyt narrativ, hvor vi helt eksplicit sigter mod at sætte en større sundhed for den enkelte borger i fokus, altså bevidst at arbejde hen imod fremtiden.

At se mod fremtiden: narrativet som middel til større sundhed

Som beskrevet i sidste afsnit kan man anvende narrativet til at få borgeren til at sætte ord på det univers, som han eller hun har skabt omkring sig selv. At få borgeren til at introducere de centrale værdier og problematikker, som hans eller hendes liv er spundet op omkring.

Gennem samtalen får vi lov til at se ind i en unik fortælling, og dermed får vi muligheden for at få formidlet personlig erfaring og en personlig omverdensforståelse. Men samtidig bliver narrativets forankring i tid til en central dimension. Som beskrevet i de foregående afsnit er skabelsen af narrativer konstant i bevægelse. Fremtiden, fortiden og nutiden nærer så at sige konstant hinanden i vores forsøg på at skabe sammenhæng i livet. Med fokus på tiden i narrativet handler tilgangen i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering om at sætte fremtiden i centrum.

Ved at lade udgangspunktet for det narrativ, som skal skabes mellem borger og sundhedsprofessionel, være fremtiden, giver vi borgeren mulighed for at skabe en rød tråd i sin fortælling. En rød tråd, som netop handler om, hvor man ønsker, man skal hen. Tankerne eller drømmene om fremtiden kommer dermed til at styre den fortælling, vi sammen skaber.

Det man har oplevet i fortiden og den virkelighed, man sidder i nu, bliver tolket ind i drømmene og forestillingen om fremtiden. Ved bevidst at spørge til fremtiden træder den sundhedsprofessionelle ind i en aktivt medskabende rolle i fortællingen om den fremtid, som borgeren ønsker for sig selv. Man kan sige, at den sundhedsprofessionelle og borgeren sammen skaber et "plot" for fortællingen forstået som den struktur, der binder fortællingen sammen i tid og rum (Mattingly 1998). Et fremtidsplot, hvori muligheden for at skabe en større sundhed for borgeren er målet.

Ved at spørge til fremtid, ønsker og drømme får borgeren mulighed for at sætte et refleksivt mål for sig selv. Ved at spørge til sundheden som en del af denne fremtid opnår man, at borgeren bringer sin egen opfattelse af livet og sundheden som en del af dette i spil. En sundhed funderet i den verden af relationer og værdier, som borgeren er en del af. En opfattelse af sundhed, som ikke på forhånd er defineret af den sundhedsprofessionelle, men som ta-

ger udgangspunkt i det univers, som den enkelte borger konstruerer omkring sig selv igennem narrativet. Hvad det vil sige at være sund bliver med andre ord op til den enkelte borger at definere. Hvordan man kan opnå denne sundhed bliver bagefter en fælles opgave mellem borger og sundhedsprofessionel.

Dermed opnår fortællingens indhold at svinge som et pendul mellem borgerens personlige forståelse af sit liv og den sundhedsprofessionelles agenda om at arbejde med forandring og sundhed.

Resultatet er en indgang til et personligt univers og et fælles blik på, hvilke ressourcer borgeren har, som man i fællesskab kan bruge til at skabe handlinger for at kunne imødekomme fremtiden med en større sundhed, som borgeren selv ønsker den.

I denne optik bliver narrativet opfattet som et redskab på vejen mod at skabe en større fælles forståelse mellem borger og sundhedsprofessionel, så en differentieret sundhedstilgang kan tage sit optimale udgangspunkt. Et pragmatisk redskab til at afdække borgerens behov med henblik på efterfølgende intervention.

Men vi kan i den forstand ikke blot reducere narrativets funktion til et pragmatisk redskab, som afstedkommer informationer mellem borger og sundhedsprofessionel. Narrativet er ikke alene et middel til at lave en differentieret intervention, det har en afgørende anden dimension – det antropologiske narrativ kan samtidig opfattes som et mål i sig selv.

Narrativet som mål: fragment og orden

I gennemgangen af narrativet har vi berørt den meningsdannende og dermed ordnende funktion, som rent praktisk ligger gemt i narrativet. Fokus har overordnet været på hvilke informationer, som man kan læse i et narrativ og hvordan informationerne gennem en prioritering kan bruges til skabe et meningsfyldt forløb for den enkelte borger. Dermed har vi endnu ikke berørt det faktum, at skabelsen af et narrativ repræsenterer en intervention i sig selv.

Som talrige forskere og fagfolk, der arbejder med narrativer, har beskrevet, er selve det at skabe et narrativ en refleksiv og meningsordnende proces, som skaber sammenhæng i det liv, man lever (Mattingly 2005; Jackson

2006; Ochs & Capps 2001; J. Bruner 2004). Inspireret af den amerikanske sociolog Aaron Antonovsky (2000) kan vi sige, at det at kunne skabe sammenhæng i livet netop er det bindemiddel, som sikrer, at livet ikke virker meningsløst, men i stedet begribeligt og håndterbart. En måde at takle de stressorer, vi møder i det levede liv.

Samtalen udgør derfor en ramme til at kunne skabe en sammenhængende fortælling om sig selv og kan på den måde være med til at skabe mening i det liv, som kan forekomme fragmenteret og uoverskueligt (Mattingly 1998). At kunne reflektere over fremtiden – eller få kvalificeret støtte til at kunne reflektere over sin fremtid – fremtvinger at nutiden og fortiden sættes i et perspektiv, som peger fremad. Dermed ikke være sagt, at skabelsen af narrativer pludselig ordner alle sammenhænge, så historien nødvendigvis hænger sammen i fuldstændige kausale forløb. Fortællingen besidder med andre ord hverken eventyrets slutning eller nøglen til en "masterplan", som ligger bag livet (Jackson 2006). Livet og dermed narrativet er konstant i fuld udvikling, og det er gennem evnen til at skabe narrativer, at vi mestrer at placere os selv som en aktør i vores egne erfaringer og begivenheder. Et resultat, som gør evnen til at skabe narrativer til en intervention i sig selv. Evnen til at reflektere over livet i al almindelighed er således en vigtig bestanddel i at kunne skabe orden og mening i livet. Med andre ord bærer narrativet på et helbredende potentiale (Mattingly 1998). Narrativet som mål skal ikke betragtes som værende et endemål. I stedet bør det betragtes i et større perspektiv, som en processuel bevægelse, som man kan sætte i gang hos den enkelte borger. Det at borgerne siger fra og eventuelt ønsker at takke nej til yderligere tilbud, er også at placere sig selv som aktiv deltager i sin egen historie.

Indtil nu har vi overvejende beskæftiget os med narrativet fra et overordnet teoretisk perspektiv idet vi har behandlet dets evne til at ordne og dets evne til at give indsigt for både borgeren og den sundhedsprofessionelle. Vi skal nu se nærmere på elementerne i et narrativ. Hvordan er narrativet i praksis bygget op, når vi fortæller? Hvad kan man med fordel lytte efter og spørge til, hvis man ønsker at gå på opdagelse i et andet menneskes fortællingsunivers? Hvordan kan man identificere temaer i en fortælling, og er der specifikke temaer, som det i givet fald giver særligt god mening at lytte efter og spørge til?

Det er klart, at en præsentation af elementerne i et narrativ aldrig kan blive opfattet som en udtømmende liste.

Elementerne, som vi præsenterer i næste kapitel, er et udtryk for nogle af de tendenser, som arbejdet på tværs af faglige skel vedrørende narrativer identificerer som værende af betydning, herunder specifikt i arbejdet med etniske minoriteter. Det vil med andre ord i rigelig grad være muligt at finde elementer, som ikke bliver præsenteret i næste afsnit, uden at de af den grund skal opfattes som irrelevante.

Narrativer i praksis

Narrativets opbygning

Narrativet som teoretisk og praktisk metodisk tilgang gør brug af en speciel struktur for at skabe mening i den historie, som bliver fortalt. Som nævnt er strukturerende tid et vigtigt element af et narrativ. Ethvert narrativ har således en fortid, en nutid og en fremtid (Mogensen 2005), med hvilke vi strukturerer vores begivenheder. Fortællingen skaber bindeledet mellem start og slut. I fortællingen kan man søge efter væsentlige temaer, som kan være med til at kaste lys over fortællerens fortolkningsunivers gennem fokus på, hvordan borgeren skaber betydning og værdi i sin historie. Disse elementer skabes i det sproglige univers i narrativet. Den amerikanske psykolog Jerome Bruner siger ligefrem, at sproget skaber narrativet, både semantisk og stilistisk (J. Bruner 2004), og dermed er sproget, som anvendes i narrativet, et væsentligt sted at starte sin narrative analyse (Ochs & Capps 2001).

Dette afsnit er delt i to halvdele, som beskæftiger sig med henholdsvis tilgangen til en narrativ analyse og med narrativet som et konkret redskab til anvendelse i en narrativ analytisk sundhedssamtale. Narrativet er som analytisk redskab blevet anvendt i et væld af humanistiske traditioner, men her trækker vi på og udvikler den antropologiske udgave af narrativet. Skønt traditionerne således er mange omkring narrativet, vil vi forsøge at samle de væsentlige forenende faktorer, som oftest bliver anvendt i den narrative analyse, og kombinere dem med de væsentlige karakteristika, som en antropologisk narrativ forståelse indeholder.

Dette betyder ikke, at de næste afsnit kan ses som en udtømmende liste for elementerne i et narrativ. At arbejde med narrativer skal opfattes som en dynamisk proces, hvor meget kan ske i løbet af en samtale. Skønt litteraturen og praksis på området peger på centrale elementer, som ofte har en stor betydning og som man derfor med fordel kan arbejde med i et narrativt interview, vil samtalen mellem sundhedsprofessionel og borger stadig være et rum, hvor der skal være plads til udforskning, et rum, hvor emnerne pludselig kan skifte alt efter hvad fortælleren finder vigtigt. Med andre ord: fortvivl ikke, hvis ele-

menterne i netop din narrative samtale ikke viser sig som perler på en snor.

Elementer i et narrativ

Vi skal starte med at se nærmere på, hvordan betydning og sammenhæng italesættes i et narrativ og hvad det, der italesættes, kan være et udtryk for. I denne henseende vil vi se nærmere på sociale relationer, kroppen, drama, smerter, håb, steder og dominerende fortællinger (Jenkins 2006; Barth 1998 & 1993; Lilledal 2004; Horsdal 1999; Mattingly 1998; M.White 2006).

Det sociale menneske – de sociale relationer

Som beskrevet tidligere er det narrative perspektiv altid udtryk for en social forhandling mellem fortæller og lytter og netop forståelsen af det sociale perspektiv er udgangspunktet for at kunne dykke nærmere ned i de enkelte elementer der måtte være i et narrativ. At være et socialt menneske henviser i denne sammenhæng ikke til diskussioner om, hvorvidt man er mere eller mindre tilbøjelig til at dyrke sin vennekreds og sine kolleger. I stedet danner tankerne om det sociale menneske grundstammen i at vi som mennesker skaber os selv og vores identitet i et samspil med andre mennesker (Jenkins 2006; Eriksen 1998). Vi bærer med andre ord ikke på fastlåste identiteter, men er konstant i gang med at skabe mening i vores verden ved at indgå i relationer med andre mennesker. Når vi interagerer med andre mennesker, deltager vi i forhandlinger hvor intet nødvendigvis er givet på forhånd. Men hvor vores forståelse af os selv og andre bliver sat på prøve.

Den engelske antropolog og sociolog Richard Jenkins siger direkte at det ville være svært at forestille sig mennesker som lever uden en eller anden form for bevidsthed om hvem andre er, og hvem vi selv er (ibid:30). Vi er således konstant deltager i både interne og eksterne identifikationsprocesser med verden omkring os. Processer som kan placere os selv og mennesker omkring os i en kontekst, som vi kan håndtere. At være socialt væsen er

således konstant at være en del af en forhandlingsarena, der både påvirker os men som vi samtidigt er med til at påvirke. På en gang definerende for og defineret af den sociale relation.

Som tidligere beskrevet påpeger den norske antropolog Fredrick Barth (1993) at vi hver især bærer vores "concerns" eller "ting og sager" med i vores interaktioner med andre mennesker. Dermed spindes vi konstant ind i nye identifikationsprocesser, hvor gamle forestillinger bæres med og således påvirker processen, samtidigt med at nye forestillinger påvirker de forestillinger vi har med. Vores opfattelse af hvem vi er er således konstant i bevægelse i takt med at vi færdes mellem kontekster.

Når vi interagerer med andre mennesker og dermed indgår i identifikationsprocesser, placerer vi os samtidigt i en kollektiv kontekst som omhandler identifikationen af os selv i den fælles kontekst. Et fokus på identifikation af os selv som sociale individer i "sociale fællesskaber". At forstå sig selv og sin omverden er at deltage i igangværende inkluderende, og samtidigt ekskluderende identifikationsprocesser (Cohen 1985;12). Når vi som sociale individer placerer os selv i en ramme eller et fællesskab af et "vi" gør vi det ud fra præmissen om, at vores enshed står overfor vores forskellighed fra "andre" (ibid 105). I disse bestræbelser på at definere os selv i relation til et socialt fællesskab og dermed i konteksten af inklusion og eksklusion, bliver pointen at grænsedragningen netop bliver det centrale felt at undersøge og forstå, for at forstå det enkelte menneske i dets sociale kontekst.

I et narrativt univers kan et fokus på grænsedragningsfortællinger med andre ord være med til at skabe en forståelse for den måde, hvorpå et menneske identificerer sig og sine omgivelser på i historien. At se på grænsedragningen i fortællingen handler med andre ord om at forstå, hvordan borgeren opfatter sig selv både som et individ og som en social aktør. Som en måde at placere sig på i verden, der viser hvor man hører til og hvor man ikke hører til (Jenkins 2006; Barth 1998; Ochs & Capps 1996; Horsdal 1999; Lilledal 2004). Når vi i fortællingen møder udsagn, der handler om kritik og konfrontation, bør vi derfor være ekstra opmærksomme, da de netop viser fortællerens grænsedragning mellem, hvad fortælleren finder er godt eller skidt, rigtigt eller forkert.

I praksis kan det at gå nærmere på opdagelse i grænsedragende udsagn og spørge ind til dem give en afgørende

viden om, hvordan borgeren ser eller ønsker at se sig selv i den kontekst de befinder sig i. Når man taler om grænsedragning, er man som fortæller i fuld gang med at tage stilling, hvad end man bifalder eller kritiserer. I en fortælling sætter vi gennem værdisammenstødet således fokus på os selv gennem definitionen af vores grænser (Barth 1998). En tyrkisk kvinde udtalte under en samtale i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering:

Borger: *Nej altså jeg er en moderne kvinde, der ikke går med slør, men de [kvindens omgangskreds] er meget traditionelle, og de mobber mig.*

Sundhedsprofessionel: *Tager du slør på, når du er i Tyrkiet?*

Borger: *Nej, jeg er moderne. Jeg arbejdede som sekretær i Tyrkiet på en fabrik.*

I sådan en udtalelse bliver et praktisk fokus på ord (Horsdal 1999; Lilledal 2004). Ord som "vi" og "de" kan sige meget om "jeg'et" i fortællingen. Vi'et i en fortælling kan fortælle noget om de socialt relationelle tilhørsforhold, som fortælleren ønsker at skabe om sig selv. Det kan være et tilhørsforhold til en speciel gruppe med et specielt værdisæt. Vi'et definerer dermed den tidligere omtalte grænse for dette tilhørsforhold i forhold til andre grupper. Dermed røber brugen af vi'et også en indirekte afstandtagen eller modsætningsforhold til dem, som ikke er et del af denne vi-relation. At bruge et "vi" i et narrativ er samtidigt at bruge et "de". Definitionen på vi'et og de andre i historien, sker på basis af en grænsedragningsfortælling, en historie, hvor fortælleren tilslutter sig en specifik konsensus i fællesskab med andre og skaber et meningsfyldt liv på baggrund af denne.

Den sociale og værdimæssige lim, som binder fællesskabet sammen i den grænsedragende fortælling, kan have ophav i et væld af strukturer fra oprindelsesland til religiøs overbevisning og fra uddannelsesbaggrund til familiestruktur. Fælles er dog, at de er værdi-forenende og værdi-adskillende i samme proces. De både skaber fællesskaber og adskiller os fra andre fællesskaber. Dermed er de stærkt medvirkende til at ordne og positionere os i verden, hvor alt ellers nemt ville være kaos.

Man kan sige, at den kulturelle eller grænsedragende fortælling er med til at skabe forståelsen af den verden vi

som mennesker er en del af. Samtidigt med at vi som deltagere i den kulturelle eller grænsedragende fortælling konstant med til at forhandle dens grundvilkår i relation med andre.

I definitionen og analysen af den grænsedragende fortælling kan man således afdække en væsentlig opfattelse af omverden skabt af fortælleren, samt belyse hvad det er, som fortælleren henholdsvis associerer sig med og tager afstand fra. Grænsen, som beskrives i relationen mellem vi'et og de'et, bliver i sidste ende en beskrivelse af jeg'et hos den fortæller, som er ophav til historien (ibid.).

Ligesom "vi" og "de" optræder "man" ofte i fortællinger med relation til grænsedragning og værdisammenstød. At bruge "man" i en fortælling kan både være en måde at omtale vi'et på, men samtidig kan det tjene som en måde at skabe distance på. "Man" kan i den forstand tjene som et middel til at skabe generaliseringer i en fortælling (Horsdal 1999). Og netop denne form bør man som lytter være opmærksom på. Generaliseringer kan nemlig i farten nemt fjerne fokus fra det faktum, at det stadig er fortællerens univers, vi befinder os i. Et "man" kan bruges som en måde at italesætte en vedtagen norm eller sund fornuft på, men skønt fortælleren ikke eksplicit er tilstede i et "man", så er brugen stadig et udtryk for fortællerens værdimæssige univers og måden, hvorpå fortælleren opfatter normer og sund fornuft.

Ofte vil betydningsfulde relationer manifesteret som konkrete personer blive en væsentlig del af den grænsedragende sociale fortælling. Personer som optræder i vores narrativ og som vi derigennem tilskriver en særlig betydning. Disse personer vil ofte optræde mange gange i et narrativ, og dermed kan man med fordel lytte efter gentagelser i beskrivelsen af personer som en måde at identificere en betydningsfuld relation på (Horsdal 1999; Lilledal 2004).

Den betydningsfulde relation kan i fortællingen tjene som et spejlende forbillede, som fortælleren kan spejle sine egne værdier op imod. Dermed opnår den betydningsfulde relation en central placering i den enkeltes fortælling (Lilledal 2004). Den betydningsfulde relation i fortællingen kan med andre ord udtrykke et behov for samhørighed med en række værdier, som den enkelte finder vigtige (Horsdal 1999). I mange tilfælde overtager fortælleren de værdier, som den betydningsfulde relation repræsenterer i fortællingen. Den betydningsfulde

relation kommer med andre ord til at repræsentere de værdier, som den enkelte finder rigtige og vigtige (Horsdal 1999).

Den betydningsfulde relation kan omvendt også repræsentere en negativ værdi og være en indflydelsesrig person med negativt fortegn. Dette kommer frem gennem fortællingen om værdier, som man gennem fortællingen om den betydningsfulde relation klart ønsker at tage afstand fra.

Ser vi i praksis på betydningsfulde relationer kan eksempelvis en fortælling om en specifik rolle således fortælle om, hvorledes den gode rolle opfattes som konstruktion og dermed afsløre, hvordan fortælleren ønsker at se sig selv i denne rolle. Tilsvarende kan den dårlige rolle være beskrevet og give viden om, hvordan fortælleren opfatter en rolle som den ikke bør være. Fælles for dem begge er, at udformningen af den betydningsfulde relation peger tilbage på fortælleren og dennes opfattelse af godt og skidt (Horsdal 1999; Lilledal 2004).

Kroppen

Kroppen indtager ofte en særlig rolle i vores fortælling ikke mindst når emner som sundhed og sygdom maser sig på. Fortællingen kan handle om kroppen, der gør ondt. En drøm om tilbagevenden til en krop som man syntes man havde, men som nu er tabt. Fælles for fortællinger om kroppen er at de er væsentlige for den måde, hvorpå vi konstruerer os selv som mennesker. I sundhedsvæsenet bliver talen om kroppen funderet i en biomedicinsk tilgang (Dahlsgaard & Tjørnhøj-Thomsen 2007; Scheper-Hughes & Lock 1987; Good 1994). I biomedicinen ses kroppen som værende et sammensat biologisk objekt. Kroppen og vores måde at fortælle om den på fra anskues et biologisk synspunkt. Noget naturligt og som er adskilt fra det kulturelle og fra sindet. Kroppen er i denne optik et universelt objekt, som vi alle har, og med de rette naturvidenskabelige metoder kan vi undersøge den, behandle den og skabe grundlaget for et sundt biologisk legeme (Scheper-Hughes & Lock 1987).

Men som flere antropologer har påpeget kan kroppen ikke blot reduceres til biologiske processer (Scheper-Hughes & Lock 1987; Dahlsgaard & Tjørnhøj-Thomsen 2007; Kirmayer 1992; Gordon 1988; Lock 1993). Kroppen er på en gang både fysisk og kulturel i en og samme bevægelse. Kroppen er forankret i en given kontekst og i en gi-

ven tid (Scheper-Hughes & Lock 1987). Kroppen kan dermed ses som en social konstrueret størrelse, som er med til at situere os som aktører i verden. Når vi fortæller om vores krop, fortæller vi således ikke blot om somatik og naturvidenskab. Vores fortællinger om kroppen rummer fortællinger om vores virke i verden som sociale væsner i sociale fællesskaber. Vi forhandler med andre ord dens betydning i det rum og i den tid, hvor vi er. Fortællinger om kroppen indeholder således forhandlinger af sociale relationer, forhandlinger af køn, af moral og ikke mindst af magtrelationer. (ibid; Lupton 1995) Når vi lytter til fortællinger om kroppen lytter vi med andre ord også til en fortælling om hvem vi er som mennesker, hvilke relationer, hvilke kontekster og hvilken tid vi er en del af.

Men kroppen er ikke blot et reduceret objekt, som vi alene kan tilskrive en analytisk betydning og dermed analysere som en tekst, for kroppen indeholder også vores en væsentlig kilde til vores erfaring i det at være til som mennesker i verden. Vi erfarer med andre ord verden gennem vores krop. Vi kropsliggør den. (Csordas 1999; Grøn 2005)

Når vi lytter til fortællinger med fokus på kropsliggørelse så lytter vi til den måde den enkelte oplever verden på gennem kroppen. At lytte til kropsliggjorte fortællinger er at lytte til hvordan eksempelvis fænomener som det at være syg, sund eller måske have smerter, opleves af fortælleren gennem egen krop. At lytte til kropsliggjorte fortællinger er med andre ord at lytte til den unikke måde som det enkelte menneske oplever og erfarer tilstande gennem egen krop på.

Drama

Dramaer eller kriser udfylder en væsentlig plads i narrativet, da de ofte er grundlaget for at starte en fortælling (Jackson 2006). Dramaet repræsenterer et brud i historien, hvor der er sket begivenheder og foretaget valg, der for altid præger historien og livet. Dramaet i fortællingen indeholder et vigtigt element i narrativet, nemlig *transformation* (Mattingly 1998).

Ved at beskæftige sig med transformationsøjeblikke og ved at forstå og behandle brud i fortællingen, hvor denne transformation finder sted, får man en afgørende indsigt i den måde, hvorpå fortælleren efterfølgende skaber sine handlestrategier og dermed den efterfølgende fortælling på. Dramaet kan betyde, at fortællingerne kommer til at dreje sig om modgang og nederlag, men ofte viser det

sig, at der i dramaet, hvor den svære transformation er foregået, har været et væld af personlige ressourcer (Lilledal 2004), som har givet handlevilje og som har sendt fortælleren sikkert gennem det transformative øjeblik. En fortælling om en flugt i nattens mulm og mørke bærer således både det tragiske tema af flugt og afsavn i sig, men samtidig fortælles der om viljen til at præge fremtiden. En mønstring af til tider enorme ressourcer, som gør, at fortælleren kommer sikkert i havn.

Også i sygdommen ligger kilden til et væsentligt drama (Wind 2009). Forekomsten af kronisk sygdom kan være et eksempel på et "biografisk brud" i den enkeltes identitetsfortælling (ibid.). En opstået sygdom kan forhindre, at livet og den enkeltes verden kan fortsætte, som ønsket. Sociale relationer bliver udfordret og transformeret. Sygdommen og identiteten smelter sammen og danner rammen for den enkeltes måde at forstå sig selv på.

For nogle ændres livssituationen så radikalt, at man går fra at "have en sygdom" til at "være en sygdom" (ibid.). Dramaet kan forstærkes, såfremt sygdommen eller smerterne ikke er klart definerede i en sundhedsfaglig forstand. At have "ikke-diagnostiserbare" kroniske smerter konstituerer et drama, der kan efterlade den enkelte borger i et identitetsvakuum, hvor forvirringen og rastløsheden hersker (Honkasalo 2008).

I fortællingen om dramaet ved en sygdom ligger også kimen til en central forståelse af et andet menneskets verden befolket af "ting og sager", som sygdommen er en del af. "Ting og sager", som med fordel kan bruges til at skabe et fælles mål at arbejde mod. Det at fortælle er med andre ord med til at give dramaet en stemme og dermed eksplicitere den enkeltes måde at skabe mening og identitet i verden på.

Fælles for dramaer er, at de giver narrativet et drive, som peger mod et mål, og dermed er de med til at skabe et plot i vores fortælling. Fortællinger søger mod en slutning som guider en retning, der af og til er anderledes end forestillingerne om den. Der kan være tale om en kollision mellem forventninger og erfaringer, og det er netop det meget centrale tema, der gør at arbejdet med narrativer kommer så tæt på, hvordan livet selv udfolder sig, uforudsigeligt (Mattingly 1998)!

I en transformation ligger kimen til den refleksive ramme, som en stor del af den efterfølgende historie kan blive

konstrueret ud fra. Den refleksive ramme, som den professionelle og borgeren skal skabe i fællesskab med fremtidsperspektivet som et aktivt ønske for hvad der gerne måtte ske. Dette er imidlertid et narrativt ønske som er ekstremt sårbart overfor forsynets hændelser, andre aktørers ønsker og handlinger og heldets lunefuldhed. For den historie skal tænkes som en guide til begivenheder der måtte komme. Transformationer omhandler dermed både begivenheder, og på et dybere plan, transformation af fortællerens identitet.

Dramaet kan også ligge gemt og ufortalt hen i fortællingen. Nogle bærer på traumatiserende begivenheder, som de ikke ønsker at fortælle om. Det betyder, at dramaet bliver skjult. At dramaet er skjult eller blot meget fragmentarisk bliver berørt, betyder dog ikke, at det er uden betydning (Lilledal 2004). Fælles for både det formidlede og det uformidlede drama er, at de er konstituerende for den måde, fortællingen videre skabes på.

Smerter

Smerter udgør én af de mest alarmerende tilstande samtidig med, at der i biomedicinen kan være larmende tavshed om netop smerter da nogle smerter, især kroniske smerter simpelthen unddrager sig diagnosticering.

Narrativer er derfor ofte rammen for at kunne give udtryk for smerter, da vi for at kunne forstå smerter både må have opmærksomheden vendt mod smertens udtryk i fysiske symptomer og mod smertens udtryk i ord (Good b) 1994).

Smerter kan udgøre en stor del af borgernes narrativer, af og til fortalt som en afbrydelse af det vi tager for givet i livet, nærmest som en 'eksistentiel fornærmelse'. Fortællinger om smerter formidler ofte en forstyrrelse af, hvordan man tænker over én selv, ens liv og ens fremtid (Mattingly & Garro 2000). Med mange smerter skrider de mål, planer og de forhåbninger mennesker har haft om livet og det er svært for den enkelte at se, hvordan det radikalt kan ændres, da den enkelte oplever på én gang at være fuldstændig forandret, for dog at forblive den samme person (Burry 1982, Brody 1987). Narrativet er fortræffeligt som form til at skabe mening i ikke-diagnosticerbare smerter: smertens meningsløshed og dermed livets fundamentale usikkerhed indrammes (Bruner 1986). Narrativer er derfor en mulighed for at bringe smerten på form og der skabes dermed rum for at praktisere en moralsk dimension

i sundhedsvæsenet, hvor den enkeltes liv og verden ofte er lukket ude (Frank 1995). Selv der hvor smerter kan være uudholdelige, kan bare det at fortælle om dem gøre at der kan arbejdes anderledes og reflektorisk med dem, eller de kan omdirigeres blot ved andres respons og i den forhandling kan der udkrystalliseres nye retninger sammen med andre. Det et narrativ om smerter kan være med til at sætte i værk, bliver en mulighed for reintegrering af selvet og genskabelse af den enkeltes livsverden (Good op.cit.) i den udstrækning at smerterne 'bliver vævet ind i livets klæde, erfaring sat i perspektiv (Ochs & Capps 1996).

Håb

Den narrative struktur bærer håbet i sig ligesom håb ligger dybt i den menneskelige erfaring. Selv oplevelser af ekstrem smerte har i mange tilfælde håbet som følgesvend i eftersøgningen af et navn, en diagnose (Dalsgård 2005). Mennesker i kontakt med sundhedsvæsenet er i gang med handlinger, der er præget af at afprøve ideer, overveje konsekvenser, tvivle, genoverveje, håbe og prøve igen (Whyte 1997; Steffen et.al. 2007). I processen er der ikke altid lovet vished om det præcise endemål, men der er en søgning efter og et håb om at komme videre mod et liv præget af mening, håndterbarhed og sammenhæng, et håb om og en søgen efter 'a remaking of the world' (Good b) 1994).

Håb er et eksistentielt vilkår, som følger i hælene på samtaler om sygdom og sundhed. I situationer præget af usikkerhed, hvilket ofte er tilfældet i narrative samtaler, dukker håbet ofte frem som en paradoksalt tidslig praksis og som et anstrengende moralsk projekt. Mange har ikke direkte helbredelse i udsigt, men i de tilfælde kan kultivering af håb blive et middel til det mål det kan være at få 'livet sat på rette spor' igen (Good op.cit.). En sådan kultivering af håb kan opleves som paradoksalt på den måde at det involverer en fortsat konversation om en ofte kompleks sundhedstilstand fordi håbet også hele tiden bærer minder med sig om, hvad der ikke længere er og hvad der ikke længere er muligt. Familiemedlemmer kan ofte opleve at de får rollen som den håbende som en moralsk forpligtelse til at være den gode person; der kan også være tale om 'en nødvendighed' i håbet og der kan være tale om at have den nødvendige styrke til at håbe (Mattingly 2010).

Vigtigt i det narrative arbejde med håb er at skabe et rum for håbet, som hverken afskærmer fra muligheden for

personlig og social forandring og heller ikke påberåber sig en optimisme, som ikke har gang i den virkelige verden (op.cit.). I arbejdet med narrative samtaler er det muligt at tænke og reflektere over håbet og dets paradokser uden at reducere det til produkter af kulturelle foreskrifter. Det er vigtigt at anerkende håbet som en styrke til personlig og social forandring, en drivkraft i fortællingen, spirrende i interpersonelle begivenheder, i det personlige og det sociale liv og i samfundet som sådan.

Steder

Stedet spiller en afgørende rolle i narrativet. Steder har en indvirkning på os på et væld af planer. De fremkalder fysiske følelser i os, vi reagerer med vores sanser på dem. Men vores opfattelser af og minder om steder er samtidigt betinget af den fortælling, som stederne indgår i, ganske som det blev beskrevet i den indledende gennemgang af narrativets opbygning. Narrativerne knytter sig i den forstand både til den konkrete fysiske verden af lokaliteter, men samtidig er de udtryk for en mere fundamental måde at skabe sammenhæng i livet på. Man kan driste sig til at sige, at stederne i en fortælling både knytter sig til en fysisk og en mental geografi (J. Bruner 2004).

Vores opfattelser af steder bliver således skabt på ny, når de indgår i en fortælling med et givet publikum. Det er i denne form, at steder bliver interessante. De anvendes bevidst eller ubevidst som et redskab til forme vores fortælling med og som en metode til at italesætte hvem vi er, baseret på hvor vi kommer fra, og måske allervigtigst: hvor vi er nu og hvor vi mener, vi er på vej hen (Horsdal 1999).

Især i arbejdet med etniske minoriteter vil denne kategori være vigtig, da migration mellem steder ofte kan opleves som en væsentlig bestanddel af en fortælling. Migrationen har betydet, at man har forladt sit ophavsland, men i bevidstheden er det land, man forlod, stadig en stor del af det grundlag, man skaber sin fortælling ud fra. Stedet man forlod og stedet man befinder sig nu kan blive brugt i fortællingen til at italesætte værdier og følelser. De giver dermed i fortællingen et øjebliksbillede af, hvordan fortælleren ser sig selv eller ønsker at se sig selv. Føler man sig eksempelvis inkluderet det sted, hvor man er nu, eller føler man sig ekskluderet? Repræsenterer det "gamle land" positive eller negative værdier, eller måske en blanding, og hvilke værdier er det således, som findes vigtige i historien? Fortællingen om landet, man forlod, kan i nar-

rativet bruges til at karakterisere og kommentere det sted, man opholder sig nu (Lilledal 2004; Horsdal 1999).

Migrationen handler om ændringer, som knytter sig til steder. Identiteten man havde, som var tilknyttet det sted, hvor man voksede op eller flyttede fra, er under forandring. Måske føler man et tab af identitet, et tab af de sociale relationer, som gav identiteten et socialt indhold. Man kan føle, at den fælles forståelsesramme, som var knyttet til det sted, man kom fra, er væk.

I denne optik kan oprindelseslandet komme til at udfylde en central plads i fortællingen. Oprindelseslandet kan komme til at optage pladsen om et håb og et minde om det bedre liv. De positive historier om oprindelseslandet kan således for nogen blive en overlevelsesstrategi (Lilledal 2004). Da fortælleren identificerer sig med det oprindelige land og skaber et relationelt tilhørsforhold til dette, vil den positive historie om landet være en bekræftelse på det positive billede, som fortælleren ønsker at skabe om sig selv. Ved at holde fast i oprindelseslandet som en idyllisk konstruktion, holder man fast i et sæt værdier og et tilhørsforhold, som sikrer, at livet ikke virker meningsløst i forhold til de udfordringer, man har nu (ibid.).

Ligesom oprindelseslandet kan være genstand for den positive refortolkning, da kan det samtidig bære en smertelig historie og blive et udtryk for værdier og forhold, som ikke nødvendigvis bærer positive konnotationer. Sult, katastrofer og krig kan være elementer, som sætter præg på opfattelsen af hjemlandet. På samme måde kan det nye sted, man er kommet til, blive genstand for både negative og positive historier. Nogle finder måske ankomsten til et nyt land som en befriende mulighed for at starte på ny, andre finder ressourcer i det nye, som de ikke vidste, de havde.

Måske kan der være elementer af både positive og negative konnotationer i en og samme beskrivelse af steder. At forlade et land til fordel for et andet kan for mange være en konstant reflekterende proces, hvor hverken det nye land eller det, man kommer fra, opfattes som værende stedet, man hører til. Man kan måske opleve at føle sig splittet mellem to steder og have følelsen af konstant at være "midt imellem og på vej". Samtalerne med folk fra hjemlandet kan bekræfte én i, at man ikke længere er en integreret del af det, man kom fra, uden at man dermed føler, at man er hjemme der hvor man er nu. Måske vil man gerne hjem til det, man syntes man havde, men frygter

samtidig at miste det, man har opnået nu. At lytte til en "midt imellem og på vej-fortælling" om steder kan være med til at kaste lys over den komplekse måde, hvorpå den enkeltes identitet konstant er i spil.

En filippinsk kvinde i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering beskrev eksempelvis, hvordan hun ikke følte, hun kunne rejse tilbage til Filippinerne, for nu havde hun jo en datter, som var født i Danmark og som nu var voksen og i fuld gang med at etablere sig. Omvendt følte hun bekymring om sin fremtidige alderdom i Danmark:

Altså, jeg vil jo gerne blive her, for hun er jo født her (datteren), og hun er jo halv/halv, men hun kan jo ikke passe mig. Men jeg kan jo ikke tage hjem, for jeg kan jo ikke forlade hende. Jeg kan ikke få fred i min sjæl, hvis jeg forlader hende. Hvis hun kommer ind som politibetjent, så flytter jeg med hende [...] Men hun siger, at jeg ryger på plejehjem. Men ikke over på vores plejehjem ved siden af, for der har de det ikke godt. Jeg har set, hvor dårligt de har det, det tænker jeg over. Hvad hvis jeg bliver ligesom dem?

Fælles for steders beskrivelser er, at de kan være mangfoldige og have en stor betydning, de kan være grundlaget for sociale eller individuelle aktiviteter og de kan fortælle om intense sanseoplevelser, men fælles for både negative og positive opfattelser af steder er, at de er en fundamental del af den verden, den enkelte borger færdes i. Ganske som beskrevet i afsnittet om den narrative tid bliver stederne konstant refortolket i forhold til tanker om fremtiden og nutiden. At lytte til fortællinger om steder, man enten har forladt eller er kommet til, er at lytte til den enkeltes måde at skabe værdi i verden på. En måde at konstruere sig selv som menneske på gennem en fortælling om de steder, man finder vigtige.

Den dominerende fortælling: den alternative historie

I en samtale, hvor livshistorien bringes på banen, skabes den som nævnt i en kontekst indrettet på et specifikt publikum. I sundhedsforløb betyder dette, at mange borgere allerede antager, hvilken type diskurs lytteren ønsker at høre, og derfor skaber de en historie ud fra denne antagelse.

I mødet med en kommunal virkelighed kan livshistorien således allerede være fortalt mere end én gang, og hos

fortælleren kan en implicit forståelse af, hvilken historie som er interessant for modtageren, være skabt, ikke mindst i et sundhedsprofessionelt rum, hvor autoritet kan være på spil (Mattingly 2005). Dermed er der allerede inden mødet skabt en forventning om en dominerende historie. En sådan kommer ofte til at fylde samtalen og fjerne fokus fra de alternative historier, som alle bærer på, men som oftest ligger gemt og måske i højere grad skal skabes på et nyt grundlag. Et eksempel herpå er lidelseshistorien. I forløb omhandlende sygdom og traumer fylder ofte én central fortælling meget i bevidstheden hos borgeren. Det kan ikke underkendes, at netop denne historie også er ekstremt vigtig i en bearbejdning af sygdommen/traumet, men pointen er, at denne type historie også i sundhedsforløb ofte stjæler rampelyset fra andre historier, som kunne være frugtbare at bruge som fundament for at skabe en forbedring i borgerens liv.

Ydermere rejser dette en væsentlig problematik, som der ikke nødvendigvis findes en entydig løsning på, men som bør overvejes i større eller mindre grad, nemlig fortællingens iboende troværdighed, som Mattingly (2005) kalder den.

En fortælling, som opleves sammenhængende og detaljerig, kan let opleves som den eneste sande historie af det publikum, der hører den. En vigtig overvejelse er således at se nuancer i den narrative samtale og måske helt se ud over den umiddelbare fortælling, som præsenteres i for søget på at skabe en "tyk historie" frem for en "tynd historie". Der er med andre ord altid en alternativ fortælling (M. White 2006).

Denne tematik berører kun delvist det væsentligste problem, som kredser omkring brugen af narrativer i alle typer af humanistisk videnskab, nemlig den sundhedsprofessionelles aktive eller passive rolle i skabelsen af betydning i samtalen.

Med andre ord bliver lytteren eller publikummet til en aktiv del af fortællingen. Det vigtigste som sundhedsprofessionel er i denne sammenhæng at være opmærksom på, at det forholder sig sådan, og forsøge at forstå sin egen positionering i samtalen, samt hvad denne kan have af betydning for fortællingens udformning.

Tilgangen til den praktiske model bygger på at skabe en ny historie sammen med borgeren, et fremtidsnarrativ på baggrund af de ønsker og mål, som borgeren selv vælger

at sætte for fremtiden. Herefter bruges fremtidsfortællingen til at se på de ressourcer, som borgeren har til rådighed nu og her, og hvordan disse kan anvendes for at nå målet i fremtidsfortællingen.

Narrativer som samtaler

For de fleste kan det at arbejde med narrativer i praksis i første omgang virke som en både fremmed og samtidig ganske banal ting. Flere vil måske synes, at det at høre en andens fortælling er en ganske naturlig ting, som man ofte konfronteres med gennem sine daglige gøremål. Udsagn som: "Jeg er jo vant til at tale med mennesker hver dag gennem mit arbejde" kan understrege, at fortællingen i virkeligheden ofte bliver set som en implicit hverdagsagtig og ikke altid reflekteret størrelse.

Arbejdet med narrativer i praksis, som præsenteres her, adskiller sig alligevel ved det faktum, at vi ikke blot lytter til en andens fortælling, vi lytter og deltager analytisk i en andens fortælling, og dette er en væsentlig forskel. At skulle arbejde narrativt analytisk i praksis kan for nogle virke som en meget kompliceret størrelse, hvor troen på egne evner måske ikke altid slår til. Hvordan får jeg stillet de rigtige spørgsmål? Hvad er det, jeg skal lytte efter, og hvordan får jeg egentlig folk til at fortælle samtidig med, at jeg forholder mig analytisk til det, der foregår?

Selvom der ikke eksisterer klare regler for samtalekunst, som er basis for skabelsen af et narrativ, er der alligevel en række teknikker, man kan anvende og en række overvejelser, man bør gøre sig i forbindelse med arbejdet med narrativer i praksis. Hvor vi indtil nu overvejende har koncentreret os om narrativet som et meningsskabende univers med dertilhørende analytiske elementer, skal vi nu se nærmere på selve rammen om fortællingen og dermed den narrative samtale som et håndværk, en arena med specifikke teknikker, som man kan lære, uden at de derved giver svaret på alt, hvad man måtte møde på sin vej gennem narrativet. Dette afsnit henter sin inspiration i arbejdet med det kvalitative interview, en metode som bruges i en lang række faglige traditioner.

Roller i en samtale: at være uvidende og nysgerrig

Som vi tidligere har skrevet, er narrativer en proces, der skabes mellem fortæller og lytter. Det betyder, at så snart vi påbegynder en samtale med et andet menneske, indtager vi en rolle som medskribent i fortællingen. At reflek-

tere over sin egen rolle i konstruktionen af et narrativ er en afgørende bestanddel i at arbejde analytisk med narrativer. For vores roller har en afgørende betydning for den måde, som narrativet udfolder sig på.

Forfatterne Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2009) bruger to metaforer om den måde, hvorpå roller kan opfattes i forbindelse med interviewprocessen, den proces som ligger til grund for den narrative samtale. Man kan henholdsvis være "minearbejderen" eller "den rejsende" (ibid.). At være minearbejder i en samtale er at anerkende den objektive videns eksistens. Der eksisterer med andre ord en sand version af virkeligheden inde bag den person, som man taler med. En viden og en fortælling, som det er minearbejderens job at få frem uden at smitte den ved sin egen fortolkning. Samtalen handler med andre ord om at forsøge at validere fortællingen og skrælle al den subjektivitet væk, som måtte kunne forstyrre den sande udgave af fortællingen. Over for denne rolle stilles den rejsende. At være rejsende som interviewer er at anerkende, at man selv er en del af fortællingen, at der ikke eksisterer én, men flere fortællinger, og at det netop er den rejsende selv, som er med til at påvirke fortællingens retning. Den rejsende bliver for altid viklet ind i fortællingen og må undervejs slippe tøjlernes for at opdage nye veje. Fortællingen eksisterer så at sige, fordi fortælleren og den spørgende lytter i fællesskab konstruerer den (ibid.).

At tillade sig selv at være rejsende er essentielt i en narrativ samtale, fordi det fordrer skabelsen af viden på fortællerens præmisser. At være en god rejsende i en andens fortælling kræver, at man kan reflektere over sig selv for at kunne slippe tøjlernes. Som sundhedsprofessionel er man ikke en tom tavle i forbindelse med at tale med mennesker. De fleste er vant til at arbejde og spørge inden for visse strukturelle og faglige rammer. Men at være rejsende og gå på opdagelse i den personlige fortælling og den personlige opfattelse af sundhed kræver, at man til tider tør slippe den faglige ballast og den strukturelle ramme for at opnå viden fra en verden, som med stor sandsynlighed ikke bærer på samme sundhedsprofessionelle faglighed og struktur. Man skal med andre ord turde gå ind i en labyrint, som man ikke nødvendigvis ved, hvor-

dan man kommer ud af. Være opsøgende og nysgerrig på temaer og udsagn, som ikke altid nødvendigvis peger på en løsning inden for den struktur og faglighed, som man er vant til at arbejde i.

For at understøtte situationen om at være den rejsende er det vigtigt at være nysgerrig på alt det, man hører. Man kan for så vidt kalde rollen den bevidst uvidende interviewer. At være bevidst uvidende interviewer betyder, at man ikke lader udsagn og begreber stå ufortalte og naturligt afsluttede hen. I stedet bør man "undres" over det, man hører og hele tiden stille spørgsmål til det, man præsenteres for.

Ofte vil man møde fortællere, som gennem udsagn og begreber appellerer til en fælles forståelse eller måske fortællerens forforståelse. Inspireret af den engelske sociolog og antropolog Benedict Anderson (1991) kan man sige, at disse ufortalte og tilsyneladende naturligt afsluttede udsagn og begreber, skaber et forestillet fællesskab mellem lytter og fortæller. Forestillet, idet man ved første øjekast måske er enig i udsagnene uden reelt at kende til, hvilken forståelse udsagnene er bundet i.

Nedenstående præsenteres eksempler på hvordan sådanne ufortalte og tilsyneladende naturligt afsluttede udsagn og begreber kommer i spil i praksis

En thailandsk kvinde udtaler i en samtale i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering:

Borger: *Jeg bliver jo gammel*

Sundhedsprofessionel: *Er du gammel?*

Borger: *Nej måske ikke,
men du har arbejde og
kan leve et normalt liv.*

Sundhedsprofessionel: *Hvad er et godt
helbred for dig?*

Borger: [kvinden ser undrende
på koordinatoren]

Sundhedsprofessionel: *Hvis du har det godt,
hvordan så?*

Borger: *Ligesom dig.*

Sundhedsprofessionel: *Hvordan tænker du,
at jeg lever?*

En somalisk kvinde udtaler i en samtale i projektet:

Sundhedsprofessionel: *Hvad er en god dag for dig?*

Borger: *F.eks god mad og hygge
sig sammen – se fjernsyn.
Men kun weekenden og
fredag, ellers har vi travlt.
De skal se X-factor, så skal
vi købe chips og mor skal købe
5 poser. Børnene får chips,
ellers råber de. Jeg taler
pænt, for hvis man dårlig snak
så får man dårligt svar.[...]:
Men det vigtigste det er jo,
at de er gode børn. At man er
en god mor.*

Eksemplerne viser, at det at færdes i en narrativ samtale kræver en konstant refleksion over egen og fortællerens rolle, samtidig med at man indtager den undrende rolle. For hvad vil det egentlig sige at leve et normalt liv, og hvorfor er det vigtigt, at børnene er gode? Som bevidst uvidende interviewer er det vigtigt konstant at være kritisk og forsøge at komme i dybden med det, man hører, selvom det til tider kan virke som det mest åbenlyse, der bliver fortalt.

Samtalen som teknik

Som nævnt i indledningen til dette kapitel er det at gennemføre narrative eksplorerende samtaler et håndværk, som kan læres. At lære at lytte og samtidigt stille eksplorerende og undrende spørgsmål, er et område, der er skrevet meget om. Vi kan på baggrund af litteraturen og vores egen praksis pege på en række huskereglar, man med fordel vil kunne anvende i en narrativ samtale til at skabe en dyb eksplorativ fortælling:

Gentagelser

Når vi deltager i et narrativ som eksplorerende deltagere, kan vi med fordel prøve at lytte efter eventuelle gentagelser i fortællerens narrativ. Et fokus på gentagelser i en fortælling kan være med til at løfte sløret for, hvad det er, fortælleren finder af speciel betydning i hans eller hendes historie. Vi bruger gentagelser i en fortælling som en måde at lægge særlig vægt på det, vi fortæller om. At gentage noget i en fortælling er med andre ord et udtryk for det, vi af den ene eller anden grund finder vigtigt, når

vi ser på vores eget univers (Lilledal 2004). Ved at lytte til folks gentagelser i deres narrativ, kan vi få et fingerpeg om, hvordan fortælleren fortolker i sit personlige univers. Gentagelserne i et narrativ kan spænde over en bred palette fra de rent sproglige gentagelser til mere tematiske, adfærdsmæssige og personorienterede. Gennem gentagelsen danner de alle et omdrejningspunkt i fortællingen (ibid.). Et eksempel herpå: En tyrkisk mand beretter i en samtale i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering:

Borger: *Jeg kan ikke arbejde mere. Før da kunne jeg tænke. Nu er jeg syg. Jeg kan ikke tænke mere. Jeg kan ikke rejse mere. Jeg bliver svimmel.[...]Jeg er der 2-3 timer i butikken. Jeg bliver fysisk og psykisk træt. Før kunne jeg. Jeg snakkede hele dagen, nu kan jeg ikke længere. Folk bliver sure, når jeg ikke snakker. Jeg er ikke så god en handelsmand. Vil du købe, så godt, vil du ikke, så farvel! Det er ikke så godt som handelsmand. [...] Jeg har også kolesterol og hjerte(problemer). Nu kan jeg ikke arbejde.*

Sundhedsprofessionel: *Forstår du ved sundhed, at man arbejder?*

Borger: *JA, det er godt at arbejde. Jeg tænker på min sygdom[...] Ja hele tiden, jeg tænker, jeg skal arbejde og tænke på penge.*

Tanker om arbejdet i denne fortælling bliver gentaget mange gange og afslører således en væsentlig plads i mandens univers. Spørgsmålet er nu at udforske, hvad det betyder for ham og hvordan det kommer til at betyde noget for ham. Kort sagt at skabe et eksplorerende rum i samtalen

Brug af hv-spørgsmål

En måde at skabe dette eksplorerende rum på er ved anvendelsen af hv-spørgsmål: hvad, hvem, hvor, hvorfor, hvordan og hvornår (Kvale & Brinkmann 2009; Jensen 1990). Disse fordrer naturligt, at fortælleren kommer på banen i samtalen med sine egne ord, og de er dermed

med til at ekspliciteren den viden, som kan ligge gemt. Et væsentligt element er, at hv-spørgsmål i denne sammenhæng åbner frem for at lukke og dermed fordrer beskrivelse, en egenskab som også ligger til grund for de spørgsmål, som danner rammen om de tre samtaler i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering.

Tours: at gå på tur i fortællingen

En anden måde at fremmane fortællelysten og skabe en "tyk historie" på, er ved anvendelsen af tour-begrebet, eller på dansk "at gå på tur" (Spradley 1979). At gå på tur handler i korte træk om, at man som lytter bliver taget i hånden i den andens fortælling ved eksplicit at bede om det. Eksempelvis: "Prøv at beskrive hvad der sker om morgenen? Hvad laver I? Hvem sidder rundt om bordet?", "Du sagde I hygger jer i familien. Prøv at beskrive hvad I laver og hvordan I gør det?" "Du siger, at det er vigtigt at være god ved sine gæster. Prøv at forestille dig at jeg er kommet på besøg som gæst. Hvor sidder vi henne? Hvad laver vi?" Turen kan være mere eller mindre detaljeret og tage forskellige udgangspunkter, alt efter om man beder om en generel beskrivelse eller om man beder om en detaljeret personlig beskrivelse, men fælles for anvendelsen af tour-begrebet er, at man pludselig bliver deltager i en beskrivelsesproces og dermed kan være med til at vælge, hvilket spor der skal forfølges (ibid.).

Eksempelsspørgsmål

At anvende eksempelsspørgsmål er en tredje måde at få fortælleren til at ekspliciteren ellers implicite holdninger og udsagn på (Spradley 1979). Eksempelsspørgsmål kan flytte fokus fra det abstrakte til det konkrete og personlige. Eksempelsspørgsmål tjener som et godt redskab for den bevidst uvidende interviewer til at reflektere over de ufortalte og naturligt afsluttede udsagn i en fortælling. Hvis vi ser på det tidligere eksempel om det at være en god mor, så vil brugen af et eksempelsspørgsmål skabe dybde i fortællingen på: "Når du siger 'en god mor', kan du prøve at give et eksempel på, hvad vil det sige at være en god mor?". Kodeordene i eksempelsspørgsmål er "giv et eksempel – prøv at beskrive".

Echo probing: papegøjesnak

En måde at støtte fortælleren undervejs i samtalen, kan være at anvende echo probing (Bernard 1994) eller papegøjesnak, om man vil. "Så ringede du til sygeplejersken, fordi du havde det dårligt, og hvad skete der så?". Ved at gentage den sidste sætning, som borgeren har sagt og samtidig opfordre ham eller hende til at fortsætte sporet, viser man, at man forstår hvad der bliver sagt, og

samtidig tilskynder man borgeren til at fortsætte sin fortælling. Som med alle andre teknikker bør man naturligvis ikke overdrive brugen.

Stilhed og pauser

Stilhed og pauser i en samtale kan virke ubehagelige, men de kan være en god måde at skabe luft på i en samtale (Kvale & Brinkmann 2009; Jensen 1990). Ikke alle er lige talende, og man vil nogle gange opleve borgere med et større behov for at stoppe op undervejs end andre. Pauser og stilhed kan give et pusterum, både for den der stiller spørgsmålene og for den borger, som er ved at fortælle. Små pauser undervejs kan give en mulighed for refleksion i en fortælling, som ellers kan være hektisk. Husk, at det at sidde i en narrativ samtale kræver meget af begge parter. Tilbyd eventuelt et glas vand til borgeren undervejs.

De nævnte teknikker skal som tidligere nævnt ikke forstås som færdige formularer for alle narrative samtaler. Alle samtaler er forskellige og vil derfor kræve noget forskelligt af de deltagende parter. Mærk dig frem og husk, at narrative samtaler ikke er noget, der kan læres i bøger alene – øvelse gør mester (Jackson 2006 om feltarbejde).

Inden samtalen

At sidde i en narrativ samtale med et andet menneske kan være udfordrende. Spørgsmål rejser sig i praksis, når borgeren sidder over for én første gang. Hvordan kan man opbygge tilliden til hinanden? Hvad gør man, hvis folk ikke har lyst til at tale eller synes, elementer af samtalen kan være svære at have en mening om? Hvor langt kan og bør man gå i samtalen, og hvordan kan man fornemme, hvornår folk har fået nok? Hvordan håndterer man tolkning i rummet?

Svarerne på disse spørgsmål er ikke altid enkle, og for hver borger, der sidder i rummet vil de forskellige problematikker have deres egen betydning og kræve deres egen tilgang.

Lysten til at tale er måske ikke altid lige stor, første gang man sidder over for en fremmed. I arbejdet med narrativer kommer man ofte tæt på den private sfære, og det kan virke grænseoverskridende, både for borgeren og for den sundhedsprofessionelle.

Som borger kræver det tillid at åbne sig for et fremmed menneske. Skabelse af tillid er en vanskelig størrelse, som

ikke lader sig opstille på praktisk formel. Man kan dog som sundhedsprofessionel gøre meget for at bygge tilliden op. Start med en lille indledende uformel snak, hvor projektet præsenteres. Det sikrer, at den sundhedsprofessionelles formelle rolle er klart defineret, og at borgeren både er helt klar over, hvad hensigten er med samtalen og hvad data fra samtalen efterfølgende vil blive brugt til. Gør det klart, at samtalen foregår på borgerens præmisser og at borgeren til enhver tid kan "trække stikket" og forlade samtalen, hvis det bliver for meget.

Den indledende snak er også en god måde at præsentere, at samtalen handler om at skabe en fælles prioritering i borgerens liv og at samtalen har et mål, nemlig at skaffe borgeren den bedst mulige støtte til den situation, han eller hun befinder sig i. Et vigtigt omdrejningspunkt inden samtalen indledes, er at få skabt en rollefordeling, som er overskuelig, både i forhold til at involvere borgeren og give denne ansvar, men samtidig for at gøre koordinatorens rolle klar og vise, at denne også bærer et ansvar for at hjælpe borgeren videre gennem fælles forståelse, prioritering og handling.

At gennemføre en samtale, som på forhånd er struktureret omkring nedskrevne spørgsmål, betyder, at man til tider møder borgere, som måske kan have svært ved at følge den bagvedliggende logik og som finder spørgsmålene fremmede og måske endda uforståelige. Her er det op til den sundhedsprofessionelle at prøve sig frem. Sprogligt kan man prøve sig frem med andre formuleringer end de, som nævnes her. Erfaringer viser, at vi reagerer forskelligt på visse ord, og det der kan vise sig som ord, som får tungen på glet for nogle, kan virke hæmmende på andres fortællelyst. For nogle vil en tolk være helt nødvendigt for at deltage i samtalen. Det er imidlertid op til den enkelte. Brugen af tolke vil blive gennemgået i det efterfølgende.

Det er samtidig vigtigt at erkende, at alle er forskellige og at der findes mange mennesker, for hvem det at være sprogligt ekspliciterende ikke falder naturligt. Dette betyder ikke, at samtaler med få ord ikke kan være gode oplevelser for dem, som er deltagere. Det kan være svært at være den spørgende og lyttende i en samtale med få ord, men fortvivl ikke af den grund.

Borgere kan måske finde strukturen i det præsenterede narrativ hæmmende og har mere lyst til at begynde et andet sted i fortællingen. Naturligvis er udgangspunktet, at man som sundhedsprofessionel forsøger at følge den

struktur, som er præsenteret i den narrative spørgeguide, men omvendt bør man ikke forhindre borgeren i at fortælle sin historie, selvom denne ikke følger strukturen slavisk. Lad borgeren i første omgang fortælle, se hvor det bærer hen og forsøg så i det omfang, det er muligt og naturligt, at komme tilbage til strukturen i guiden. At stille spørgsmål efter en guide har til alle tider været en balancegang mellem at skabe en tilnærmelsesvis naturlig samtale, hvor ordene flyder, og samtidig formå at styre slagets gang, så de emner, man ønsker at vide mere om, bliver vendt i samtalen.

Tolkning kan i mange tilfælde være nødvendigt for at kunne gennemføre en samtale mellem en etnisk minoritetsborger og sundhedsprofessionel. Tolkede samtaler kan fungere meget forskelligt afhængigt af den position, som tolken får i samtalen. Det kan være nødvendigt inden samtalen begynder, at man gør det helt klart for alle parter, hvordan man helst ser, at tolkningen foregår. Mange foretrækker ord til ord-oversættelser, mens nogle kan nøjes med meningskondenserede oversættelser. Det er dog vigtigt, at aftalerne er klare på forhånd, så man undgår forvirring og irritation i løbet af samtalen. Uanset hvordan tolkningen foregår i praksis, så udfylder tolken en rolle i samtalen, og denne rolle har i sidste ende en betydning for det narrativ, som bliver fortalt (Lou 2008).

Traumatiske øjeblikke

Når man antager rollen som den rejsende i en andens fortælling, er det ikke sjældent, at fortællingen indeholder elementer af konflikt. Mange etniske minoriteter bærer historier om flugt og traumatiske begivenheder. Konflikter og barske fortællinger kan være hårde ved den part, som skal fortælle, men det kan også være hårdt at høre på for den part, som lytter og som tendentielt kan blive suget med ind i den tragiske begivenhed.

Det er vigtigt at huske, at man i denne sammenhæng ikke nødvendigvis skal agere som terapeut. Formålet med samtalerne er med andre ord ikke at dykke dybt ned i traumatiske begivenheder og forsøge at få borgeren til at bearbejde dem under samtalen. Dette kræver en faglighed, som ikke er en del af denne tilgang, men som i stort omfang allerede eksisterer i det etablerede sundhedsvæsen og som kan blive grundlaget for en intervention med dette specielle fokus.

At manøvrere i svære samtaler kræver således både at man er opmærksom på at afmontere en situation, inden

den bliver problematisk, og at man har gjort sig overvejelser i forhold til, hvor grænserne for en samtale ligger. Både i forhold til borgeren og i forhold til en selv som person. Overvej nøje hvor din egen grænse går i en samtale – både sundhedsprofessionel og borger skal kunne håndtere den viden, der kommer ud af samtalen.

Psykologen Babette Rochild (2004) bruger billedet på køretimen som en måde at blive fortrolig med mekanismerne i en samtale på. At sikre en god køretur handler om evnen til at mestre bremsen for at kunne bringe bilen til stop og i sikkerhed. Først når bremsen er lært, kan man med sikkerhed begive sig ud i trafikken (ibid.:99). Gør det med andre ord klart fra starten, at borgeren kan sige fra, hvornår det skal være.

Selvom bremsen er indøvet, betyder det ikke, at traumet forsvinder. En væsentlig del af borgerens liv kan være spundet omkring dramatiske begivenheder, og anerkendelsen deraf er vigtig. At håndtere dramatiske begivenheder i en fortælling er for mange uden terapeutisk uddannelse stadig en svær håndterbar størrelse i praksis, hvilket i sig selv er ganske naturligt. Hvordan undgår jeg at udløse det? Hvordan kommer jeg videre, hvis det sker?

Et eksempel herpå: En borger fortæller i en samtale, hvordan hun sammen med sine børn kom i fængsel og mistede kontakten til sin mand. Følelsen af usikkerhed og hjælpeløshed er hård for hende. Stemningen i samtalen er svær.

I et sådant eksempel kan det være svært at håndtere rollen som den rejsende, men i arbejdet med narrativet er det vigtigt at huske på, at vi ser mod fremtiden og vi bruger fortællingen som en måde at blive klog på borgerens liv på, samtidig med at vi prøver at se på de ressourcer, der måtte være i fortællingen. Detaljen fra en traumatisk begivenhed er i denne forstand ikke så vigtig som måden, hvorpå borgeren kom videre fra begivenheden. Tanken er med andre ord i samtalen ikke at "dykke ned" i den traumatiske begivenhed, men i stedet at anerkende dens eksistens og forsøge at komme omkring den ved at fokusere på, hvordan borgeren er kommet videre derfra. I den pågældende case valgte den sundhedsprofessionelle at spørge til, hvordan den pågældende borger var kommet videre i livet og hvad der havde givet hende dette "drive".

I relation til bremsen er det vigtigt hele tiden at fornemme, hvordan borgeren reagerer, mens fortællingen står på. Ændres tonefaldet? Bliver borgeren bedrøvet eller

vender sig væk? Hvis dette er tilfældet, så tag en timeout og skift emne.

Allerede inden den narrative samtale indledes bør det overvejes, hvordan man bedst imødekommer borgeren og skaber et både fysisk og psykisk behageligt miljø at gennemføre samtalen i. Et godt og afslappende samtalemiljø kan sikre, at borgeren afdramatiserer det faktum, at den fortælling, som de skal skabe, er mellem en borger og en sundhedsprofessionel, som er en del af et etableret system. Overvej derfor:

- Er tid og rum uforstyrret?
Husk hvor lang tid samtalen er aftalt til.
Tiden kan pludselig gå hurtigt.
- Hvordan er rummet indrettet? Overvej møblernes placering og afstand imellem samtaleparterne. Lang afstand og for store møbler skaber distance. Tænk på lys og modlys – borgeren skal kunne se dit ansigt tydeligt. Blomster eller grønne planter i lokalet skaber venlig atmosfære.
- Bring dig i en tilstand, hvor det er muligt at skabe et nærværende menneskeligt møde med borgeren – et møde, hvor det er muligt at lytte, rumme og støtte borgeren.
- Giv dig selv en kort pause umiddelbart før, hvor du stopper op og finder ro.
- Sørg for kaffe, te og vand. Lidt at drikke kan tage toppen i en svær situation.
- Mærk dig selv og husk borgerens navn.

Efter samtalen: at skrive en rapport

Når samtalen er slut, venter en essentiel opgave, nemlig formidlingen af den samtale, som man netop i fælleskab har været igennem. Måske går der lang tid, før man ser borgeren igen, og måske har man mange andre borgere til samtale i mellemtiden. At få mange detaljer med kan således være afgørende for, at den sundhedsprofessionelle kan genkalde sig den stemning og de problematikker, som man i fællesskab arbejdede med i samtalen og som man endte med at prioritere. Derudover adskiller det at arbejde med narrativer i sundhedsvæsenet sig i en forstand væsentligt fra mange andre videnstraditioner, som også anvender narrative samtaler, idet narrativet ofte skal an-

vendes af flere personer end blot den, som har gennemført samtalen.

Der kan være elementer, som skal udveksles med andre professionelle, og ofte vil der af systemet kræves, at man registrerer/journaliserer sin viden på en sådan måde, at andre sundhedsprofessionelle i systemet kan arbejde videre med den. Hvor lidt og hvor meget, man bør skrive ned fra sin samtale, vil således unægteligt blive et spørgsmål, som enhver sundhedsprofessionel, der arbejder med narrativer, må stille sig selv.

Lidt eller meget?

Det kan være meget individuelt, hvor meget og hvor lidt den enkelte sundhedsprofessionelle behøver for at kunne skabe mening ud af en noteret samtale.

Skriver vi for lidt, kan vi opleve, at samtalen bliver reduceret til en kort fortalt faktaboks, hvor et par ord skrevet på punktform gør det ud for datamaterialet. En sådan faktaboks kan måske virke fin ved første øjekast, men den kan samtidig virke "lukkende". Har man blot noteret de vigtigste emner og informationer på punktform, har man allerede essensanalyseret sin samtale, og dermed kan man få svært ved at "åbne den" og analysere på den igen, hvis man skulle få brug for det.

Skriver vi for meget, kan arbejdet med at registrere sine samtaler blive uoverkommeligt, både for den sundhedsprofessionelle, som skal renskrive samtalen efterfølgende og de eventuelle andre professionelle, som senere måske skal bruge det, der er skrevet. Derfor kan det være nødvendigt at sætte en eksplicit tidsramme for sin renskrivning, så man sikrer, at den ikke tager overhånd.

Igen må man konstatere, at der ikke eksisterer en fuldstændig formel for det perfekte registrerede narrativ. Man kan dog overveje følgende når man renskriver og noterer:

Stemning under samtalen

Ofte har stemningen under samtalen stor betydning for den måde, vi forstår det talte på. Er stemningen livlig? Grines der, og i givet fald hvornår og hvorfor? Er det en trykket stemning? Er der perioder, hvor borgeren bliver ked af det og hvorfor? Hvordan reagerer borgeren fysisk under samtalen?

Stemningsbeskrivelser kan være en stor hjælp senere, når man skal genkalde den samtale, man havde med borgeren.

Vigtige citater

Som beskrevet i afsnittet om elementer i et narrativ, kan der være ord og vendinger, som bliver gentaget af borgeren flere gange under samtalen. Prøv at huske disse ord, vendinger og sætninger og få dem noteret så tæt på borgerens egne ord som muligt. Ud over den rene analytiske interesse, vi kan have i at skrive disse ting ned, kan små citater ofte være med til at genskabe hele sammenhængen i en samtale, når vi efter en længere periodes fravær vender tilbage til en samtale.

Hvad tænkte man selv

Det kan være en stor hjælp at huske at skrive sine egne refleksioner ind i datamaterialet. Hvad tænkte jeg, da borgeren talte om fremtiden? Hvordan reagerede jeg på det, jeg hørte? Hvilke valg traf jeg, og hvorfor gjorde jeg det? Dette kan være med til at eksplicitere samtalen, både for den sundhedsprofessionelle og for andre. Det kan være med til, at man i fællesskab kan forstå, hvordan samtalen er blevet hørt og fortolket af den sundhedsprofessionelle. Det støtter dermed det nødvendige refleksive blik, som man bør have på sin egen deltagelse i en samtale.

DEL II

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering:

En narrativ tilgang til sundhed i praksis

Hvor første halvdel af denne publikation beskæftigede sig med den narrative tilgang til sundhed i et overordnet perspektiv, skal vi nu se nærmere på en praksis, og gennem et eksempel se hvordan denne tilgang kan udfolde sig når den forlader skrivebordets sikre havn og i stedet bliver sat i en konkret praktisk ramme. Vi går nu tæt på.

En undersøgelse publiceret i 2008 dokumenterer, at der på væsentlige områder er store forskelle mellem etniske minoriteter og den danske majoritetsbefolkningss sygdomsmønster og sundhedsadfærd (Singhammer 2008). Etniske minoriteter har generelt et dårligere selv vurderet helbred, en højere andel borgere med langvarig sygdom og multisygdom samt en højere andel borgere med dårlig psykisk sundhed end majoritetsbefolkningen. Der er også flere overvægtige, flere rygere i nogle etniske grupper og færre, der er fysisk aktive.

En registerundersøgelse viser, at etniske minoritetsgrupper har hyppigere kontakt til almen praksis og til sygehuse, men samtidig et lavere medicinforbrug end etniske danskere (Folmann & Jørgensen 2006).

På trods af den hyppigere kontakt finder etniske minoritetspatienter det ofte vanskeligt at navigere i det danske sundhedsvæsen. De giver udtryk for, at der ikke bliver lyttet til dem, at der ikke er tid nok og at det danske

sundhedsvæsen ikke tilbyder tilstrækkelig eller relevant behandling (Wittrup 2008). Etniske minoriteter oplever, at de må være insisterende og pågående for at opnå lydhørhed og undersøgelsesinitiativ hos deres praktiserende læge (Schulze et al. 2007), og de savner anerkendelse i mødet med sundhedsvæsenet (Nielsen 2005). En undersøgelse konkluderer, at sundhedssystemet ikke kan rumme patienter, som ikke har et specifikt kendskab til sundhedssystemet og som ikke behersker det danske sprog (Jacobsen et al. 2004).

Målet med projektet har således været at fremme etniske minoriteters sundhedstilstand, egenomsorg og trivsel med fokus på:

- At borgeren bruger sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt.
- At borgeren kan mestre hverdagslivet.
- At borgerens samlede helbredstilstand og sygdomsforløb afdækkes og anerkendes.
- At borgerens ressourcer afdækkes som et led i at skabe større oplevelse af sammenhæng og håndterbarhed.

Med fokus på at styrke det interkulturelle felt i kommunerne har projektet sigtet mod at forankre en interkulturel koordinatorfunktion med fokus på:

- Sundhedsfremme og Rehabilitering af en særlig gruppe af borgere.
- Interkulturel kompetenceudvikling.
- Tværsektorielt og tværfagligt samarbejde.
- Sammenhæng med kommunens øvrige tilbud.
- At skabe rammer og vilkår for at styrke lokalsamfundets samlede sundhedstilstand.

Et væsentligt mål for dette projekt har desuden været at generere yderligere viden om arbejdet med etniske minoriteters sundhed for at sikre den fremtidige indsats. (For mere information se Terkildsen & Wittrup 2013 a) og b) samt www.cfk.rm.dk)

Målgruppen for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har oprindeligt været delt i to hovedkategorier: Dels en kategori, som omfatter etniske minoritetsborgere med kroniske sygdomme og dels en kategori uden en egentlig diagnose, men med uafklarede og komplekse smerter. Det har desuden vist sig i løbet af projektperioden, at mange borgere falder i begge kategorier, idet en kronisk diagnose ofte er blevet suppleret af "noget mere" i kraft af komplekse smertebilleder og andre psykosociale problematikker, som ikke direkte relaterer sig til den oprindeligt diagnosticerede kroniske sygdom.

At arbejde med komplekse sundhedsproblematikker, som ofte ikke alene kan tilskrives en egentlig somatisk diagnose, men i lige så høj grad er bundet til psykosociale

faktorer, udgør en væsentlig udfordring for det etablerede sundhedsvæsen. Her virker borgerens private univers, hvori sundhed og sygdom ofte viser sig bundet til sociale, psykologiske og ikke mindst økonomiske problematikker fremmed og svært at arbejde med. Dette projekt og dets tilgang viser imidlertid, at netop borgerens univers er det centrale sted at tage udgangspunkt, såfremt man ønsker at skabe en forandring med borgeren i centrum.

Målgruppen i projektet er defineret bredt som værende etniske minoriteter med en selv vurderet sundhedsproblematik. Deri har muligheden været for, at borgere med komplekse smertebilleder og "ondt i livet" har kunnet deltage på lige fod med borgere med allerede afdækkede diagnosticerede sygdomme. Dette for at imødekomme det store antal af etniske minoriteter med komplekse sundhedsproblematikker, multisygdom og tilstande, som ikke nødvendigvis lader sig diagnosticere somatisk.

Ordet etnisk minoritet er ikke blevet nærmere afgrænset i projektet og opfattes i projektet blot som værende borgere, der ikke tilhører majoritetsbefolkningen. Det har således været muligt for alle borgere, som selv placerer sig under denne brede definition, at deltage i projektet.

Tilgangen til arbejdet med borgerens personlige univers, som præsenteres heri, bygger således på et udviklingsprojekt og er resultatet af de erfaringer, både praktiske og teoretiske, som er opnået i projektperioden. Det betyder, at den præsenterede tilgang er resultatet af den proces, der udspiller sig, når en teoretisk tilgang bliver omsat i praksis med de forbehold og nye perspektiver, det har bragt med sig. Tilgangen, som præsenteres i denne publikation, er således et resultat af et udviklingsarbejde mellem projektledelsen, de sundhedsprofessionelle i kommunerne og tæt på borgerne, for hvem tilgangen er blevet omsat til praksis.

Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – kultur sat på spidsen

Som beskrevet i første kapitel er mødet i sundhedsvæsenet en central platform for forhandlinger om sygdom og sundhed. Et forum hvor meget er på spil, og hvor forforståelser nemt kan styre mødets gang. I mødet mellem sundhedsprofessionel og etnisk minoritetsborger viser både tidligere studier og dette projekt, at netop 'kulturen' som begreb, som noget problematisk ofte kommer til at fylde en væsentlig bestanddel af den forforståelse, som præger mødets indhold og udformning når emnet ellers er sygdom og sundhed (Seeberg 1996). Dette italesættes ofte som mødet mellem det anderledes kontra det kendte. Kulturen kan hurtigt i mødet mellem sundhedsprofessionel og etnisk minoritetsborger blive til en forklaringsmodel og en statisk størrelse, som kan anvendes til at forstå og forklare en svær patientproblematik hos et andet menneske (Seeberg 1996; Jöhnke 1995:67; Mogenssen & Nielsen 2007). Dermed bliver det også netop kulturen som må bære skylden, når alt andet fejler.

Men ser vi tilbage på de indledende kapitler i denne publikation kan kultur netop ikke reduceres til en stationær størrelse. Et sæt af normative regler som vi som mennesker blot bærer i bagagen og som vi uden refleksion lader styre vores handlen i verden. Som beskrevet tidligere i første del ser vi netop kultur som værende noget vi i fællesskab producerer som sociale væsner gennem vores sociale interaktion med verden omkring os. Når vi møder andre bærer vi således alle et virvar af erfaringer og positioner med, som har betydning for, hvordan vi agerer i mødet. Samtidig sætter vi disse til forhandling i et samspil med det andet menneske, hvis "concerns" ligeledes er blevet båret ind i mødet. Dermed bliver mødet mellem etnisk minoritetsborger ikke netop ikke til mødet mellem to kulturer, men i stedet arnestedet for en kulturel produktion. For nok bærer både den sundhedsprofessionelle og borgeren en vidensmæssig bagage med ind i mødet, men de sætter den begge aktivt i spil i løbet af mødet og

skaber deraf en helt ny kulturel viden, som de i fællesskab kan lade sig inspirere af.

Set i lyset af den traditionelle opfattelse af kultur som et sæt af normative regler baseret på tanken om det land, borgeren kommer fra, kunne man jo passende spørge om følgende: "Jamen, har det så slet ikke betydning, hvor man kommer fra i verden og hvad man har med i bagagen"? Et spørgsmål, som ofte er blevet behandlet i løbet af denne projektperiode og som er ganske relevant at fremdrage igen.

Det er ikke tanken her at bortvise eksistensen af forskellige samfunds sociale institutioner, normer og regler. Vi ønsker i stedet at påpege, at vores opfattelse af, hvor vi kommer fra i verden og hvad vi er vokset op med, afhænger af den kontekst, hvori vi sætter denne viden i spil. Når vi møder etniske minoritetsborgere i sundhedsvæsenet, møder vi således ikke passive bærere af normative regler og sociale institutioner, men borgere, der konstant og aktivt individuelt reflekterer over den verden, de færdes i og den viden, de måtte have med i bagagen. At arbejde med kultur i sundhedsvæsenet handler om at se borgere som individuelt og socialt reflekterende individer og om at forsøge at forstå den verden, som den enkelte borger færdes i uden at reducere den til en verden af stationære kulturelle forforståelser, og deri fremkommer relevansen af en narrativ tilgang.

Der eksisterer med andre ord et behov for at bevæge sig ind i det personlige univers af betydning, som borgeren danner omkring sig selv for at man kan blive klog på, hvordan borgeren ser sundheden og sygdommen som en del af dette univers og anerkende, at den enkelte borgers univers er befolket af mange identiteter. Disse bliver skabt i mødet med sundhedsvæsenet, hvor også den sundhedsprofessionelle bærer på mange identiteter. I mødet bliver

der dermed tale om en gensidig medskabelse af hinandens identiteter, man som sundhedsprofessionel også er aktiv medskaber af. At se på kulturmøder handler dermed om at forstå konteksten for de ord, der bliver sagt og at erkende, at vi som sundhedsprofessionelle selv er en aktiv del af denne kontekst.

Men med vores udgangspunkt i forståelsen af kultur som et relationelt og frem for alt forhandlet begreb som vi beskrev det i første kapitel af denne publikation, bliver netop det at arbejde med at skabe en fælles forståelsesplatform således en situation der kræver, at man refleksivt tager stilling til, hvordan kulturen i mødet skabes og hvordan man aktivt kan arbejde med den. Et krav, der især gør sig gældende som en del af det at være sundhedsprofessionel med et ansvar om at hjælpe til en bedre sundhed.

At arbejde narrativt – når sundhed går på tværs af sektorer

I dette kapitel skal vi se nærmere på, hvordan den indtil nu præsenterede narrative tilgang i praksis i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har været anvendt som en måde til at skabe interventioner for etniske minoriteter med komplekse sundhedsproblematikker. Udgangspunktet for projektet har dels været at afdække, hvordan den pågældende borgers sundhedsproblematik ser ud med baggrund i den livsverden, den er en del af, og efterfølgende hvordan man i fællesskab med borgeren kan arbejde med denne problematik og livsverden mod at skabe en forandring til en bedre sundhed for den enkelte. At begive sig ind på den narrative løbebane og dermed anerkende, at sundhed og sundhedsproblematikker er forskelligt konstruerede for den enkelte, kræver, at der i mange tilfælde tænkes ud af boksen og på tværs af sektorer. Dette kan være en udfordring i praksis grundet den store specialisering og faglige kategorisering, som hver sektor deler sine borgere efter.

Det er imidlertid vigtigt at gøre sig klart, at borgeres opfattelse af sundhed og sygdom som kategorier ofte ikke lader sig begrænse til specifikke døre i et etableret sundhedsvæsen (Terkildsen 2013 et.al workpaper). Sundhed og sundhedsproblematikker er ofte en intersektionel størrelse for den enkelte, hvor arbejde, familieliv, økonomi m.m. smelter sammen med et psykologisk og biomedicinsk indhold (Ibid.). En borger med en diabetes-

problematik kan derfor sagtens have brug for en konkret og traditionel indsats for at få sin diabetes under kontrol, men det kan ligeledes være, at narrativet afslører, at det er problemer i familien eller med økonomien eller noget helt tredje, som afgør, om den biomedicinske problematik bliver håndteret. Derfor kan det vise sig, at en sundhedsintervention i praksis måske bør starte med at håndtere de elementer i den enkeltes sundhedsproblem, som fylder mest for den enkelte, og dermed kan en familieintervention sagtens være resultatet af en narrativ sundheds-samtale med en borger med diabetes.

At skabe differentierede sundhedsinterventioner for den enkelte baseret på narrativer kræver, at den sundhedsprofessionelle skaber sig et netværk og en samarbejdsflade på tværs af sektorer, som kan understøtte den intervention, som ikke nødvendigvis lader sig begrænse til den måde, vores systemer trækker sine grænser på. (Terkildsen & Wittrup 2013 a)).

Projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering tager sit udgangspunkt i tre samtaler, den interkulturelle sundhedssamtale, den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale og den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale og en dertilhørende sundhedsintervention baseret på det sundhedsnarrativ, som borgeren og den sundhedsprofessionelle i fællesskab skaber.

At skabe en intervention

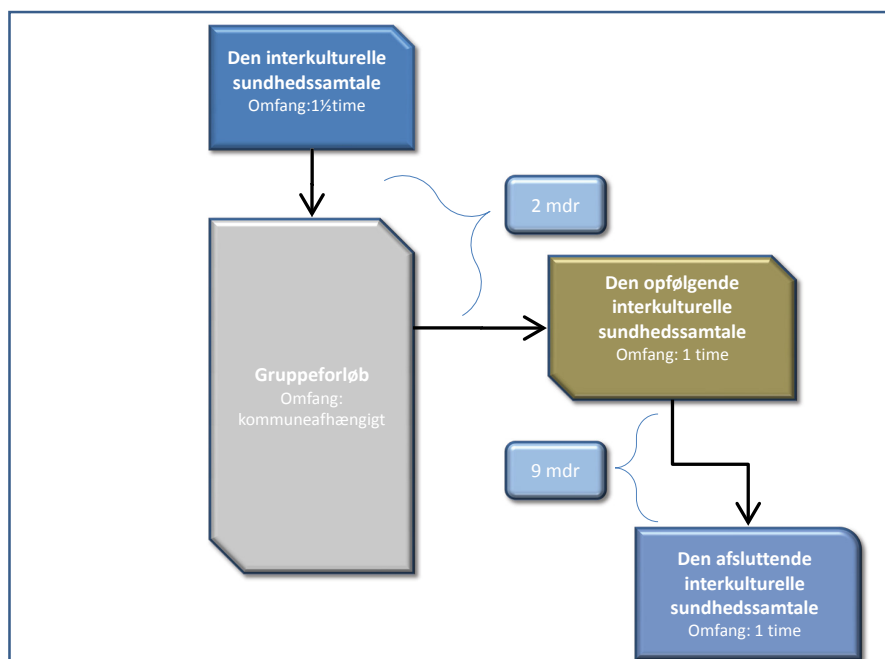
At iværksætte en intervention på baggrund af et netop skabt narrativ stiller en række krav til interventionen, hvoraf den væsentligste handler om fleksibilitet. Hvis man som sundhedsprofessionel med rette skal antage rollen som den rejsende i et andet menneskes verden, er det en naturlig betingelse, at interventionen ikke kan være givet på forhånd, men i stedet må skabes i samarbejde med den enkelte borger.

Måske viser det sig, at borgerens fremtidsmål i narrativerne kan støttes på vej gennem deltagelse i et eksisterende sundhedsgruppeforløb i den enkelte kommune, men dette er langt fra sikkert. Måske fremkommer der problematikker blandt borgere, som ikke på forhånd er et kommunalt indsatsområde, hvilket måske kræver, at man ser mod nye veje og skaber specialtilpassede sundhedsgruppeforløb for at imødekomme de problematikker, som man møder i narrativerne.

Måske viser der sig problematikker for den enkelte borger, som ikke kan løses i et gruppeforløb, men som i stedet kræver en individuel indsats fra den sundhedsprofessionelles side i samarbejde med borgeren.

I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er dette krav til fleksibilitet blevet forsøgt imødekommet gennem skabelsen af tre interventionsmodeller. Den interkulturelle sundhedssamtale har således enten kunnet føre til deltagelse i eksisterende kommunale sundhedsgruppeforløb, eksempelvis med fokus på motion eller håndtering af kronisk sygdom, såfremt de har haft relevans for den enkelte borger (se figur 1), eller den har kunnet føre til deltagelse specialkonstruerede sundhedsgruppeforløb tilpasset målgruppen. Disse har i praksis haft fokus på blandt andet smertehåndtering, mestring af livet m.m. (se figur 2).

Derudover har der i projektet været muligheden for skabelsen af individuelle forløb med fokus på den enkeltes borgers unikke situation. Disse har eksempelvis omhandlet hjælp til at gennemlæse breve fra lægen, hjælp til at håndtere klagesager og skabelsen af sociale netværk til at øge trivslen (se figur 3). I nogle situationer har borgere både deltaget i gruppeforløb og i et individuelt forløb.



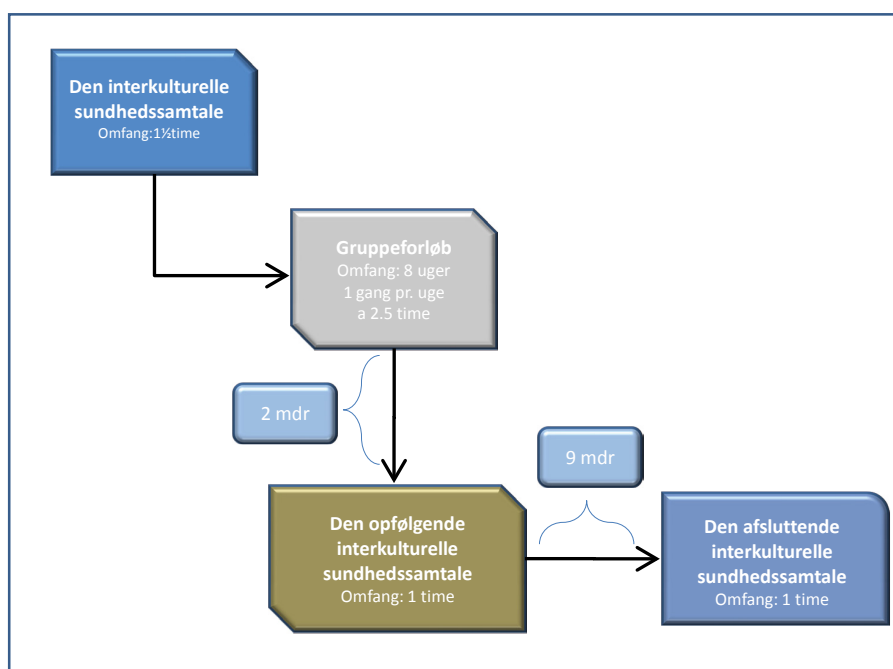
Figur 1:
Det eksisterende
kommunale gruppeforløb

Fælles for interventionsforløbene er, at de er valgt med udgangspunkt i det narrativ, som den enkelte borger og den sundhedsprofessionelle i fællesskab har skabt ved deres første møde i den interkulturelle sundhedssamtale.

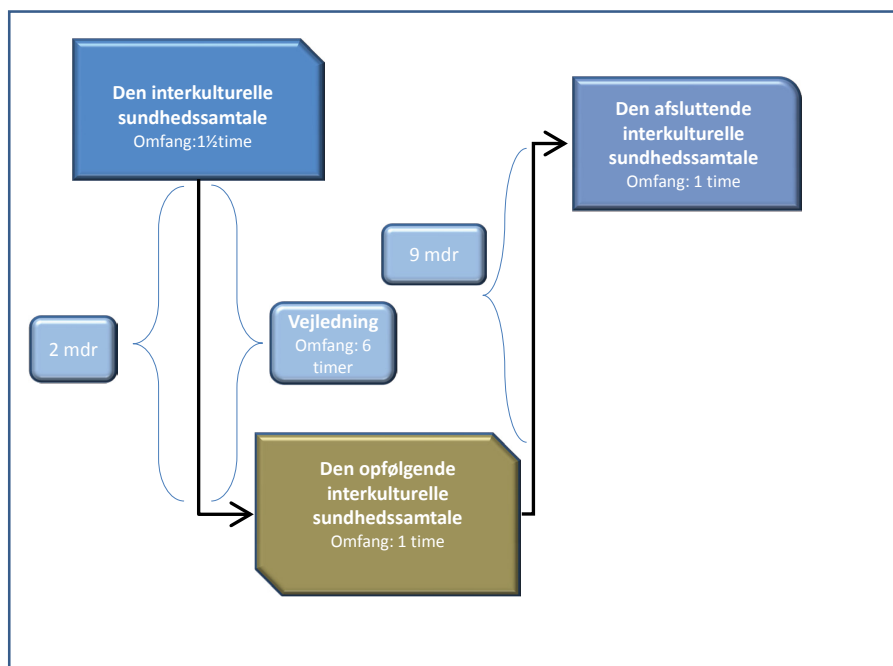
Interventionen har efterfølgende som udgangspunkt været rammesat til to måneder, om end det specielt i de individuelle forløb har vist sig udfordrende at holde sig inden

for den nævnte tidsramme. Efter to måneder og interventionens afslutning er borgeren blevet indkaldt til den opfølgende interkulturelle samtale, hvor fokus igen er på fremtiden og livet, både i og uden for interventionen. Efter denne samtale skilles borgeren og den sundhedsprofessionelle, indtil de mødes ni måneder senere ved den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale.

Figur 2:
Det interkulturelle
gruppeforløb



Figur 3:
Det interkulturelle
individuelle forløb

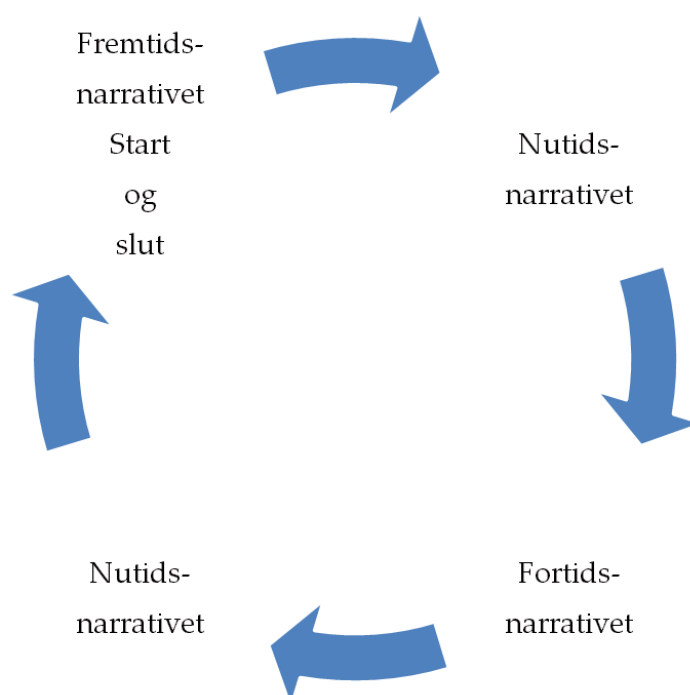


Den interkulturelle sundhedssamtale: at skabe et plot

Den interkulturelle sundhedssamtale markerer det første skridt på en rejse, der skal tages i fællesskab med borgeren. I løbet af den første samtale vil fokus være på at skabe et fælles plot eller en rød tråd i fortællingen med udgangspunkt i det fokus som borgeren lægger. Et plot i en fortælling sikrer, som vi beskrev tidligere, at fortællingen hænger sammen og giver mening for både fortæller og lytter (Good a) 1994:144; Mattingly 1998; Horsdal 1999). Man kan sige, at samtalen i høj grad bliver en fælles emplotningsproces, hvor borgeren gennem sin fortælling og den sundhedsprofessionelle gennem sine spørgsmål er med til at sikre, at der dannes en rød tråd. Men som vi ligeledes beskrev, har den sundhedsprofessionelle en agenda med denne samtale. En agenda som har et fokus på at skabe en bedre sundhed for den enkelte, hvorved den sundhedsprofessionelles spørgen i samtalen er med til at holde fokus på den fremtidige sundhed, som borgeren ønsker for sig selv.

Den interkulturelle sundhedssamtale består af fem spørgsmål, som her oplystes nøjagtigt som de er blevet det i projektførløbet. Den følgende figur viser, hvorledes den interkulturelle sundhedssamtale er bygget op i forhold til narrativ tid og plot.

Som tidligere beskrevet er det at afholde samtaler ikke en snorlige proces, som altid følger en given opskrift. Nogle vil finde spørgsmålene svære og vil måske have brug for en anden formulering. I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har vi valgt at lade hovedspørgsmålene følge af en række støttende hjælpe-spørgsmål. Disse skal ingenlunde forstås som en udtømt liste. Folk er forskellige, og derfor vil behovet for alternative spørgemåder nemt kunne blive aktuelt, både af hensyn til den, der skal svare på spørgsmålet og den, der skal stille det.



Figur 4:
Sundhedssamtalens struktur

1. Hvordan ser du dig selv om tre år?

Samtalen indledes med et bredt refleksionsspørgsmål om fremtiden, som har til hensigt at lade fremtiden være det refleksive omdrejningspunkt i samtalen.

Ved at indlede med fremtiden frem for eksempelvis fortiden udnytter vi narrativets symbiotiske sammenhæng til at lade fremtiden være styrende som mål, for først

derefter at spørge til nutid og fortid. Hvor ser borgeren sig selv henne? Hvad drømmer borgeren om? Er fremtiden noget, borgeren har tænkt over, og hvis ikke, hvorfor så ikke? Tanken er her, at håb og drømme for fremtiden bliver vejledende for den måde, som fortiden og nutiden bliver fortalt på. Dermed er borgeren med til at skabe en ny fortælling om sig selv med en ændret fremtid som omdrejningspunkt, hvilket dermed giver den sundhedsprofessionelle et klart mål at pejle efter. Det indledende spørgsmål til fremtiden har dermed det formål at forsøge at indfange, hvad det er, borgeren ser som det centrale mål i eget liv, et mål som beskrevet tidligere ikke nødvendigvis behøver at være et traditionelt biomedicinsk sundhedsmål, og derfor spørges der med vilje ikke til bedre sundhed i dette spørgsmål.

2. *Hvordan tænker du din sundhed ind i den historie?*

Andet spørgsmål omhandler sundheden i fremtiden og har til hensigt at skabe forståelse for indholdet og omfanget af borgerens sundhedsproblematik med henblik på den fremtid, som borgeren ønsker for sig selv. I forhold til den fremtid, som borgeren ønsker, hvordan passer sundhed så ind? Hvad er sundhed for en størrelse, og hvor ligger både ressourcer og problematikker gemt i forhold til det håb for fremtiden, som borgeren har?

3. *Prøv at fortælle om din dagligdag*

Tredje spørgsmål retter sig mod borgerens dagligdag. Igen bliver fokus på dagligdagen set i lyset af den refleksive fortælling om fremtiden, som var samtalsens åbningspunkt. Spørgsmålet til dagligdagen er med til at skabe en forståelse for den hverdag og den verden, som borgeren befinder sig i netop nu, både hvad angår udfordringer i forhold til den ønskede fremtid og i forhold til at se på "de sprækker af lys" (cit. interkulturel koordinator), som en hverdagsfortælling kan afsløre for en lytter. Hvad består den enkeltes liv egentlig af? Igen kan man undersøge, hvilke ressourcer borgeren gemmer på ved at lytte til den måde, hvorpå dagligdagen udspiller sig med den bevidsthed i baghovedet, at fortællingen om hverdagen bliver skabt i lyset af den fremtid, som er målet for borgeren.

Hvordan beskriver borgeren dagligdagen? Hvad er positivt, og hvor er der udfordringer? Hvem er man sammen med i det daglige, og hvilken rolle har de? Tanken er at få indrammet borgerens dagligdag i fortællingen.

4. *Prøv at fortælle, hvordan du kom til Danmark*

Fjerde spørgsmål omhandler borgerens fortid og sætter et fokus på de omstændigheder, som borgeren kom til landet under, stadig med et fast fokus på den fremtidsfortælling, som er i fuld gang. Rejsefortællingen fra et land til et andet kan indeholde smertelige oplevelser, men samtidig viser de ofte et væld af ressourcer, som borgeren har måttet mønstre for at nå dertil, hvor han eller hun sidder i dag. Turen til Danmark kan afsløre sociale relationer som baggrund for at være i landet, den kan fortælle om, hvem man var, før man rejste og hvad det var, man forlod, alt sammen vigtig viden for den, som i fællesskab med borgeren skal arbejde mod fremtiden.

5. *Du fortalte, at du i forbindelse med, at du kom til Danmark, oplevede ... (borgerens ord fra fortidsnarrativet) Som jeg hører det, ser du dig selv om tre år som ... (borgerens ord fra fremtidsnarrativet) Lige nu oplever du i din hverdag at ... (borgerens ord fra nutidsnarrativet)*

Samtalen afsluttes med en opsamling og en refleksion, hvor lytteren sammenfatter, hvad der er blevet hørt i løbet af samtalen. Det er her, at selve fortællingen prioriteres og gøres til en fælles intervention mellem borger og sundhedsprofessionel. Det er vigtigt at huske, at en fortælling sjældent blot indeholder et enkelt fokus. Ofte kan en fortælling indeholde et væld af problematikker og delfortællinger, som måske alle kan virke vigtige mens de fortælles. Et væsentligt element i at arbejde mod fremtiden er at kunne få skabt en fælles prioritering i de problematikker, som fortællingen har afsløret og som borger og sundhedsprofessionel i fællesskab skal arbejde med, for at borgeren når den fremtid, som han eller hun ser som væsentlig for sig selv. På baggrund af denne prioritering aftales en intervention med borgeren med udgangspunkt i den netop afsluttede samtale.

Den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale: at færdes i en fortælling, mens den fortælles

Arbejdet med narrativer indeholder kernen til større forståelse af andre menneskers værdier, normer og positionering som sociale væsener i deres eget liv. Narrativet er ikke et spejl på virkeligheden, men en konstruktion skabt mellem en fortæller og en lytter. En måde at forhandle sig til mening på i forhold til sig selv som socialt væsen i en omverden i konstant forandring. Narrativer handler således ikke om søgen efter netop én korrekt fortælling, men efter erkendelsen af, at fortællinger udvikler sig og forhandles i forhold til den scene, de fortælles på (Rosaldo 1986; M. White 2006).

Tiden i narrativet har en central plads i forståelsen af, hvordan vi ordner og skaber vores fortælling. Erfaringer og opfattelser af fortiden, nutiden og fremtiden ligger aldrig stille som absolutte størrelser, om end vi ofte kan føle, at det forholder sig sådan. Vores opfattelse af vores fortid, nutid og fremtid udvikler sig konstant i takt med, at vi møder nye mennesker, oplever nye begivenheder og får nye erfaringer. For at finde den røde tråd i vores fortælling må vi således konstant genfortolke vores fortid, fremtid og nutid for at få det hele til at passe sammen, så følelsen af sammenhæng i livets bestanddele kan være intakt. Vi har brugt den måde, mennesker strukturerer deres liv i narrativer på, til at skabe en aktiv indsats med fremtiden som fokus. En fremadskuende proces mod en sundhedsmæssig forandring. Med andre ord har vi brugt narrativet som et middel til forandring.

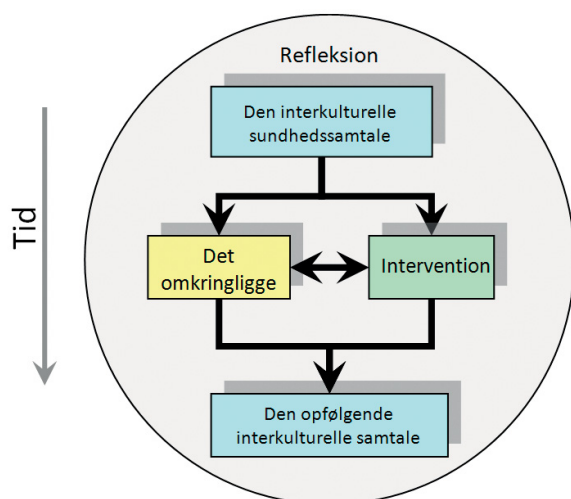
Meget er sket siden sidst

Skønt den første samtale er ovre, lever borgerens narrativ videre og er blevet konstant genforhandlet i den proces, som borgeren er gået igennem indtil den opfølgende

samtale. Både med den sundhedsprofessionelle, gennem kontakten i forløbene, gennem det målrettede arbejde med den fælles prioritering, men samtidig med den omkringliggende verden, som borgeren ligeledes færdes i. Informationerne fra interventionen er blevet tolket ind i den virkelighed, som borgeren er en del af, når der ikke er skrevet intervention i skemaet og han eller hun blot lever sit hverdagsliv. Omvendt har det liv, borgeren lever, gjort, at interventionen har været udsat for en fortolkningsmæssig proces hver eneste gang, borgeren er gået igennem døren til det lokale, hvor borgeren og den sundhedsprofessionelle har haft deres fælles gang. I søgen efter at skabe en sammenhængende mening mellem liv og intervention er de blevet hinandens forudsætning. Eller med andre ord, borgeren har taget sit liv med i interventionen, og interventionen er blevet taget med ud i livet.

Dette betyder samtidig i arbejdet med narrativet, at en samtale, som kun spørger til interventionen og dens betydning for borgeren, kun vil fange en lille del af den historie, som borgeren har spundet om sig selv i den tid, der er gået. Som figur 5 viser, handler den opfølgende samtale om at få en forestilling om, hvordan borgeren skaber en helhed omkring sig selv. Dette ved at søge at afdække en fortælling, som både spørger til det omkringliggende liv og interventionen som hinandens gensidige forudsætninger. Pointen er, at det hele er sammenflettet, men at det er den sundhedsprofessionelles opgave at adskille de enkelte dele og italesætte dem. Sagt på en anden måde skal den sundhedsprofessionelle hjælpe med at italesætte, hvad der er sket i interventionen, hvad der er sket i det omkringliggende liv og på hvilken måde, det har påvirket borgeren.

"Den narrative struktur"



Figur 5: Den narrative struktur

I praksis betyder det, at vi i den opfølgende samtale ønsker at spørge til, hvad der er sket i løbet af de to måneder, borgeren har været i interventionen, både i forhold til interventionen og i forhold til det omkringliggende liv. At se på, hvordan narrativet skabes på ny og dermed har udviklet sig siden den første samtale. Hvad er det, som nu har betydning for borgeren, og hvordan får det borgeren til at se videre fremad? Som en del af en større forandringsproces, som rækker langt ud over projektets afslutning. Hvordan reflekterer borgeren over fremtiden? Hvad er det, borgeren ser som fremtidsværdier for sig selv? Er der kommet en helt ny erkendelse frem, eller er der rykket på den eksisterende, og hvad har haft betydning for denne? Hvad har den måde at arbejde med borgeren på betydet for de ting, som parterne prioriterede i fællesskab? Er der opstået nye ressourcer eller problematikker? Hvordan ser den omkringliggende historie ud for borgeren? Med andre ord: hvor er borgeren på vej hen?

Den opfølgende samtales hensigt er således at sammen med borgeren at reflektere over hvad der er sket og at hjælpe borgeren videre til en fremadskuende prioritering for sundheden i hans/hendes liv efter at projektet er slut. En sundhed, borgeren selv har været med til at sætte fokus på, og som er funderet i den virkelighed, borgeren står i nu og i fremtiden.

Samtalen i praksis: at færdes mellem ny og gammel viden

Ganske som i den første interkulturelle sundhedssamtale med borgeren står den sundhedsprofessionelle i den op-

følgende samtale over for opgaven at kunne takle både egen og borgerens forforståelse.

Borgeren kan allerede let have skabt en forestilling om, hvad samtalen skal handle om, baseret på hvad der var i fokus i den første samtale, og dette er der i og for sig intet i vejen for. Han eller hun har allerede skabt en fortælling kredsende om det, der var vigtigt på det daværende tidspunkt. Den første samtale bliver derfor en naturlig referenceramme for både borger og sundhedsprofessionel i den opfølgende samtale. Som beskrevet tidligere står intet dog stille, ej heller narrativet. Begivenheder i livet kan betyde, at nye erfaringer kan være kommet til. Erfaringer, som bryder fundamentalt med det, som man blev enige om i den første samtale. Derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle konstant føler sig frem i samtalen og er opmærksom på, at den fortælling, som man skabte i fællesskab sidst man var sammen med borgeren, let kan blive altdominerende, og at man sikrer sig, at man ikke lader den første samtale og den viden, man har fået, skygge for ny erkendelse. Den viden, man sammen opnåede i første samtale er af stor værdi, men samtidig kan den let komme til at fylde hele den opfølgende samtale og dermed skygge for en eventuel ny virkelighed og ny viden, som er kommet til, enten som følge af interventionen eller som følge af begivenheder i det omkringliggende liv. Derfor kræver det særlig sensitivitet at færdes i en samtale, hvor der både skal skabes plads til nye erfaringer samt refleksioner over de eksisterende.

At gå nye veje

Den naturlige udvikling, som ligger i et narrativ, kræver, at man som interkulturel koordinator tør gå nye veje i en samtale. At åbne for nye vinkler og gå på opdagelse med samme intensitet, som man gjorde under den første interkulturelle sundhedssamtale.

Som interkulturel koordinator handler det om at turde forlade sit eget private og faglige forståelsesunivers, hvor man føler sig tryk og på sikker grund, og turde gå ind i en labyrint af informationer, som man ikke nødvendigvis ved, hvordan man kommer ud af. At man konstant udfordrer "den forestillede fælles sunde fornuft", der kan indfinde sig en samtale og stiller spørgsmålstegn ved alle de udsagn, man præsenteres for. At etablere en forestillet fælles sund fornuft i en samtale handler om at finde den fællessnævner, der tillader, at vi kan forstå hinanden, når vi taler sammen. Det er en ganske naturlig ting, som sikrer,

at en samtale er behagelig at være i. Hvis vi konstant skulle forklare os i en samtale, ville selve dynamikken i samtalen falde væk. Men det er samtidig vigtigt at være reflekterende over netop det perspektiv, at etableringen af en fælles forestillet sund fornuft bortviser megen vigtig information mellem to mennesker i en samtale, og at den til stadighed er forestillet. Når vi tillader os at bruge forestillet sund fornuft i en samtale, antager vi, at vi er delvist enige om de begreber og vendinger, vi bruger, eller at vi som udgangspunkt opfatter elementer i samtalen på den samme måde. Dette gør, at udsagn og begreber får lov at stå udforskede hen, hvilket kan forstærke det grænse-land, som kan opstå mellem borger og koordinator.

At udfordre den forestillede sunde fornuft kræver, at man som koordinator lader den bevidste uvidenhed råde, således at borgeren udfordres til at sætte ord på de aspekter af betydning i livet, som ellers kommer til at stå uforklarede og udforskede hen. At man bevidst spørger udforskende ind til dele i samtalen, som borgeren ellers præsenterer som værende indlysende. At man er kritisk over for det, man hører, og at man samtidig er kritisk over for sig selv og sin egen forforståelse.

Den opfølgende interkulturelle samtale består af fire spørgsmål. De analytiske elementer, som vi lytter til og spørger efter i denne samtale, er for så vidt de samme som beskrevet tidligere, dog hele tiden med den erkendelse, at vi som interviewer færdes mellem kendte værdier og værdier, der kan have udviklet og forandret sig.

1. *Prøv at beskrive, hvor du ser dig selv henne om tre år?*
Ganske som den interkulturelle sundhedssamtale indledes den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale med et fokus på fremtiden. Som forklaret tidligere i dette kapitel kan meget være sket siden sidste samtale, og derfor kan det kræve et nyt blik på fremtiden. Den første samtales tema om fremtiden kan godt nævnes her, men forsøg at undgå at komme med direkte referencer eller eksempler fra det indhold, I diskuterede sidst. Tanken bag spørgsmålet er en ny refleksion, som borgeren selv bringer i spil. Er det stadig det samme, som er i fokus, eller er der kommet nyt til? Hvis der er, hvordan er det kommet til, og hvor er borgeren nu på vej hen?

2. *Prøv at beskrive, hvad der er sket i dit liv i løbet af de sidste to måneder?*

Som beskrevet er det essentielt at se på narrativet som en helhedsfortælling og ikke blot noget, som foregår i regi

af en specifik intervention i et lukket system. Ved at spørge til, hvad der er sket i borgerens liv, får man et indblik i, hvad det er, som har været centralt for borgeren siden sidste møde. Måske handler det om interventionen, eller måske har andre begivenheder taget fokus. Ved at spørge til livet som helhed, får man mulighed for at kaste et fælles blik på fortællingen, som den har udviklet sig. Vigtigst af alt giver det et konkret fingerpeg om, hvor borgeren er lige nu i sit liv.

3. *Sidste gang vi havde en samtale, så satte vi os ned og lavede en prioritering sammen, hvor vi blev enige om at ... (prioriteringen fra den første narrative samtales spørgsmål 5). Hvordan synes du, det er gået med de ting, vi prioriterede?*

Det tredje spørgsmål retter fokus direkte på den intervention, som I i fælleskab prioriterede. Hvordan er den eksempelvis blevet oplevet af borgeren? Er der ting, der er gået godt? Er der ting, der måske kunne have været anderledes? Set i forhold til livet som helhed, hvilket der blev spurgt til i spørgsmål 2, er der da oplevelser, erfaringer eller hændelser som har haft betydning for interventionen? Det tredje spørgsmål har med andre ord til hensigt at lave et fælles pitstop, men henblik på at se fremad. Skal interventionen fortsætte, eller skal der justeres på den?

4. *Nu er dit forløb færdigt her hos os.*

Hvad tænker du, der skal ske med dig fremover?

Det fjerde spørgsmål fungerer som et handlingsorienteret blik mod fremtiden efter den aftalte intervention. Spørgsmålet sætter fokus på, hvilke mål borgeren har efter interventionen og hvilke ressourcer det kommer til at kræve at komme derhen. Måske vil spørgsmålet vise, at der er kommet nyt til, som man i fællesskab er nødt til at se nærmere på. Måske har første intervention blot ageret som en øjenåbner, som har givet borgeren mod på at søge nye mål, som han eller hun dog stadig har brug for en hjælpende hånd til at opnå. Det fjerde spørgsmål kan være enden på jeres foreløbige møde med hinanden indtil næste møde efter ni måneder, eller det kan danne grundlag for at igangsætte en ny fælles intervention med de nye tematikker, som er kommet frem siden sidst.

Efter den opfølgende interkulturelle samtale er interventionen som udgangspunkt slut, medmindre andet er aftalt, og den næste samtale med borgeren vil være efter ni måneder til den afsluttende interkulturelle samtale.

Den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale: en fælles rejse

Sidste kapitel i denne interkulturelle narrative samtaleguide fortsætter det spor, som vi indledte ved den opfølgende interkulturelle samtale. Et spor, som omhandler narrativets to funktioner som et middel og som et mål til ændring i sundhedstilstanden.

Et middel i kraft af narrativets evne til at skabe en platform, der tillader et kig ind i andre verdener, som man ikke selv har en livserfaringer med (Mattingly & Garro 2000). Som et afdækkende redskab til at sætte fokus på netop det, som borgeren føler er det centrale omdrejningspunkt for en eventuel sundhedsindsats. Som en måde at skabe et fælles sprog på, som tager sit udgangspunkt i den personlige ordbog, som borgeren bygger sin livsverden på. Med andre ord: som en måde at gå på opdagelse i en andens erfaring på og derved undgå det grænseland, som let kan eksistere mellem sundhedsprofessionel og borger og som ofte er baseret på stereotyper og implicite forestillinger og kategorier. Narrativet som middel åbner samtidig for muligheden for at sætte et fremtidsfokus for den enkelte borger med udgangspunkt i den verden, som borgeren selv færdes i. Dette er grundstenen i at skabe et differentieret tilbud for borgeren.

Samtidig blev det beskrevet i det foregående kapitel, hvordan narrativet og det at skabe et narrativ besidder en række kvaliteter i sig selv. Disse kvaliteter omhandler den måde, hvorpå vi skaber sammenhæng i livet. Det at skabe narrativer bliver således et mål i sig selv. Den amerikanske psykolog Jerome Bruner understreger, at narrativerne er en måde at sætte erfaringer i system på og en måde at skabe en virkelighed på, som den enkelte selv kan agere i og handle ud fra (J. Bruner 1986). Det er en måde at være til i verden på som et socialt væsen, hvori konstruktionen af identiteten er i spil. I denne tanke bliver det at skabe narrativer til en systematiserende proces, og den refleksivitet, som følger med, hjælper den enkelte til at få

positioneret sig i et socialt liv, som ellers kan forekomme meningsløst. At vi hjælper borgerne til at skabe sammenhængende narrativer er således i sig selv en bedrift, som sikrer begribelighed for den enkelte borger på vej mod en bedre sundhed.

Narrativet på egne ben

"Meget er sket siden jeres sidste møde". Den oprindelige prioritering, som blev lavet ved den første interkulturelle sundhedssamtale, mandede ud i en intervention, hvor den sundhedsprofessionelle arbejdede tæt sammen med borgeren. Siden sidste møde har borgeren forladt rammerne af den sikre havn forstået som koordinatore og undervisere i projektet, og resultatet har skullet bearbejdes ind i den virkelighed, der er kommet efter forløbet. Borgeren har i denne tid vandret, ganske som han eller hun gjorde det i perioden under interventionen, ind og ud af forskellige betydningssammenhænge, hvor det, som interventionen har sat fokus på, er blevet genstand for fortolkning igen og igen. Narrativet har med andre ord ikke ligget stille, men har ændret sig i takt med, at borgeren i perioden siden sidst har fået nye erfaringer, er indgået i nye relationer og måske har oplevet dramaer, der har rystet og forandret det liv, han eller hun troede, at vedkommende kendte. Set i dette lys handler den sidste samtale om det narrativ, der i en periode har stået på egne ben. Det handler om, hvordan den røde tråd, der er blevet arbejdet med i projektet, er blevet videreført, udviklet eller måske helt forkastet i denne periode. Hvad er blevet fastholdt, hvad er ikke, hvorfor og hvordan? Fastholdelse er med andre ord i centrum for denne afsluttende samtale.

Når der fokuseres på fastholdelse bliver narrativets to facetter som mål og middel centrale i den sidste samtale i dette sundhedsfremmeforløb. Centrale, fordi de begge har en afgørende betydning for den måde, borgerens liv

har udviklet sig på siden sidste møde. Når vi således fokuserer på fastholdelse, er det netop fastholdelse af begge facetter af den narrative proces, vi er interesserede i. Sagt på en anden måde: vi ønsker både at se på fastholdelse i narrativer og fastholdelse af narrativer.

Fastholdelsen i narrativer

Fastholdelse er den facet af narrativet, som handler om at bidrage til en større forståelse af den verden, som borgeren færdes i. Narrativet bruges til at skabe adgang til en personlig viden og erfaringsverden, og med den i baghovedet forsøges at skabe en fælles forståelse ved den første interkulturelle samtale. Med andre ord blev der i fællesskab med borgeren skabt et plot i fortællingen, som var en pejlepind, borgeren kunne manøvrere efter i løbet af projektperioden. Netop denne "plotning" af fortællingen er central for det videre arbejde med narrativet. Da borger og sundhedsprofessionel skabte et plot sammen, skete det på baggrund af den kontekst, som borgeren befandt sig i på tidspunktet for den indledende interkulturelle samtale. Plottet blev med andre ord dannet på baggrund af alle de concerns, som var af betydning for borgeren på netop det tidspunkt, hvor samtalen blev afholdt. Plottet er i den henseende bundet til et specielt tidspunkt og en speciel kontekst. Som tiden går, sker der nye concerns i borgerens liv, som ændrer konteksten for fortællingen, og dermed udsættes det oprindelige plot måske for en revurdering. Behovet for at udfordre og afstemme plottet tager til i takt med, at livet leves og nye erfaringer kommer til. Nye sociale relationer indgås og gamle forsvinder, og nye dramatiske begivenheder overtager opmærksomheden fra gamle, som ikke længere forekommer vigtige eller relevante.

En refleksion over det fælles plot i fortællingen

Den afsluttende samtale fokus på fastholdelse i narrativer handler således om at undersøge og blive klogere på det plot, som borger og sundhedsprofessionel i fællesskab gjorde til omdrejningspunkt for interventionen, altså at kaste et udforskende blik på plottets udvikling for at blive klogere på, hvordan livet har udformet sig for borgeren. Hvad er blevet fastholdt fra det oprindelige plot, hvordan er det i givet fald blevet fastholdt, og hvad har ikke kunnet fastholdes? Hvordan er det, der blev lært i forløbet, blevet brugt? Hvordan har borgeren arbejdet med plottet i den periode, hvor der ikke har været intervention i form af en koordinator til at støtte i processen,

og hvor borgeren selv har skullet skabe en forankring? Har andre støttet processen? Hvordan kan den udvikling af plottet fortsætte og bruges aktivt fremad i borgerens liv?

Hov! Borgeren ville hellere tale om noget helt andet: et nyt plot?

En væsentlig erkendelse i arbejdet med fastholdelse i narrativer er den foranderlighed, som processen omkring skabelsen af narrativer er præget af. Når nye indtryk og begivenheder kommer til, kan de betydningsmæssigt tage pladsen i borgerens liv i en sådan grad, at gamle indtryk og begivenheder måske helt falder i baggrunden. Ja, de kan nærmest komme til at virke irrelevante for den person, som ellers selv oprindeligt satte dem i centrum. I forhold til skabelsen af narrativer er det ikke utænkeligt, at plottet måske gennemgår en så stor forandring, at der til sidst ikke øjnes meget af dets oprindelige indhold. Et nyt plot er med andre ord kommet til, og det som ellers i fællesskab er blevet skabt, er pludselig ikke længere centralt for borgeren. Dette er en ganske naturlig konsekvens af, at livet er komplekst og at vi som mennesker konstant skaber narrativer for at få tingene til at hænge sammen.

Et nyt plot i en fortælling er ikke nødvendigvis udtryk for manglende fastholdelse, men blot et udtryk for, at der er sket en udvikling, hvori det nye plot, grundfæstet i det liv, som borgeren står i lige nu, har et andet fokus, som synes at fylde mere end det plot, der blev konstrueret ved den første samtale. Dette vender vi tilbage til i afsnittet om fastholdelse af narrativer.

Såfremt et nyt plot tager scenen i den afsluttende samtale er det for den sundhedsprofessionelle interessant både at blive klar over præmisserne, som ligger til grund for det nye plot, samtidig med, at man får lavet en opfølgning på det aftalte, som nu er gledet i skyggen. Hvad er det, der nu er i betydningsmæssigt centrum for borgeren? Hvordan er det i centrum, og hvordan er det kommet i centrum? Hvorfor har det taget pladsen fra det oprindelige, og hvordan er det sket? Hvordan er sammenhængen til det gamle plot? Er der elementer fra det gamle plot, som kan passes ind i det nye plot?

Disse spørgsmål giver en afgørende viden i forhold til det liv, som borgeren lever, og som vi til stadighed ønsker at blive klogere på.

Fastholdelse af narrativer

– udvikling og erfaring med narrativer

Fastholdelse af et bestemt indhold i et plot eller skabelsen af et nyt er indtil nu blevet behandlet i relation til narrativet som et middel, som vi beskrev nærmere i kapitel 2. Et middel til at skabe indsigt med og til at skræddersy interventioner med. I forhold til fastholdelse har vi således indtil nu overvejende beskæftiget os med, hvad det er i fortællingen, der er blevet fastholdt og under hvilke omstændigheder. Dermed har vi ikke berørt det faktum, at fastholdelse også handler om selve evnen til at kunne sammensætte en fortælling. Fastholdelse kommer også til at omfatte det tidligere beskrevne narrativ som mål. Evnen til at skabe sammenhæng i et liv, som er præget af forandring. At kunne skabe et begribeligt plot, når livsvilkårene ændrer sig, og man måske møder modgang. Dermed handler den afsluttende samtale i lige så høj grad om at se på borgerens evne til netop det at fastholde og mestre skabelsen af en fortælling, som det handler om fastholdelsen af et specifikt indhold i fortællingen. Som vi afsluttede det foregående afsnit med at konkludere, er ændringer i plottets udformning således ikke nødvendigvis udtryk for manglende fastholdelse, nærmest tværtimod. Evnen til at fastholde en plotningsproces og dermed håndtere de nye indtryk og begivenheder, der opstår i livet, er netop udtryk for evnen til at kunne mestre at skabe en mening ud af kaos. At kunne sætte narrativ struktur på ellers fragmenterede begivenheder og erfaringer. At håndtere de stressorer, som livet udsætter én for, og gennem den narrative skabelsesproces at skabe en forståelse og en håndgribelighed, der sikrer, at livet ikke virker meningsløst men at der er en følelse af sammenhæng. Fastholdelse af narrativer handler dermed i høj grad om evnen til tilpasning, om at kunne flytte sig i forhold til det liv, man lever, gennem skabelsen af narrativer. Den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale set i sammenhæng med den interkulturelle sundhedssamtale og den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale giver en enestående mulighed for at se nærmere på den udvikling, der er sket med borgeren med henblik på evnen til at skabe fortællinger og mestre livet.

At kunne fornemme fastholdelse af narrativer

Som interkulturel koordinator handler fastholdelse af narrativer om at kunne fornemme, hvor borgeren er i forhold til det univers, som tidligere blev konstrueret i fællesskab. Den sundhedsprofessionelle sidder i en enestående rolle af at have fulgt borgeren hele vejen igennem

den narrative proces, og dermed handler den sidste samtale om at se på, hvordan evnen til at fortælle og skabe sammenhæng har udviklet sig i forhold til de tidligere afholdte samtaler. Er det blevet lettere for borgeren at skabe en fortælling? Hvordan ser strukturen ud i forhold til tidligere? Bliver den sidste fortælling fortalt med en større grad af refleksion end tidligere? Er der forskelle på den måde, som narrativet udfolder sig på? Er der sket noget med fremtidsnarrativet?

At fornemme fastholdelse af narrativer handler om at være sensitiv over for den mulige udvikling, der kan ske i løbet af de tre samtaler. Dermed stiller fastholdelse i narrativer og fastholdelse af narrativer en række krav til den sundhedsprofessionelle, som handler om at være udforskende og turde bryde med en struktur, der sigter mod en forudbestemt afslutning og et bestemt resultat.

At turde gå nye veje i en tilsyneladende afsluttende samtale

En væsentlig bestanddel i vores tilgang til den narrative samtale har som tidligere beskrevet været at fokusere på et fremtidsplot, som agerer som pejlepind for borgeren mod en bedre sundhed. Dette imidlertid med en fare for at lade pejlepinden være den definitive afslutning og det definitive og mål for fortællingen. I denne optik er det vigtigt at huske, at narrativet ikke blot er en fortælling i klassisk forstand, men at det adskiller sig fra eksempelvis en fortælling i en bog på den måde, at bogen allerede har en afgjort slutning, som fortællingen peger imod fra side 1, og at fortællingen i bogen ikke tillader en løbende omskrivning, mens vi læser den (Ochs & Capps 2001). Kernen i narrativet om det levede liv er derimod, at det befinder sig i en konstant udvikling. En betydningskabende proces, der konstant er i spil. Som vi beskrev det i det foregående kapitel er evnen til at kunne manøvrere mellem ny og gammel viden afgørende i denne sammenhæng for at kunne opfange fastholdelse af narrativer og ligeledes eksistensen af et nyt plot i narrativet. At tillade ny viden at blomstre frem og være udforskende er en udfordrende proces i et rum, hvor vi naturligt ønsker en afslutning på en proces.

Den afsluttende interkulturelle samtale gør brug af samme spørgsmål som den opfølgende interkulturelle samtale. Den tager udgangspunkt i den rene refleksion over fremtiden og spørger herefter til det liv, der er levet i sin helhed siden sidste samtale. Fælles for disse spørgs-

mål er den udforskende egenskab, som de sigter mod at have. En egenskab, der tillader, at man udforsker livet, som borgeren selv oplever det, og ikke fastlåser samtalen og dermed narrativet til en ren evaluering af den intervention, man i fællesskab har lavet. Ganske som i den opfølgende samtale handler det om at favne over alle de "ting og sager", som kan tænkes at have betydning for borgeren. Samtalen fortsætter med at spørge tilbage til den oprindelige prioritering, som man lavede ved den første samtale og siden fulgte op på ved den opfølgende samtale. Samtalen afsluttes ved at se fremad, sætte fokus på borgerens evne til at skabe nye mål for fremtiden og reflektere over de mål, der allerede er sat tidligere i processen.

Skønt spørgsmålene har et nært slægtskab med den opfølgende interkulturelle samtale, er der alligevel en forskel på de to samtaler. Som tidligere beskrevet er fokus nu på fastholdelse i en situation, hvor der i en lang periode ikke nødvendigvis har været en sundhedsprofessionels hjælpende og støttende hånd. Den sidste samtale kræver med andre ord ekstra meget af den sundhedsprofessionelle, idet fokus ikke blot er på identifikation af elementer i en enkelt fortælling, men på at favne over hele den periode, borger og sundhedsprofessionel i fællesskab har været igennem.

1. *Prøv at beskrive, hvor du ser dig selv henne om tre år?*
Igen er udgangspunktet et fælles blik på fremtiden. Er der sket en forandring i den måde, borgeren taler om fremtiden på? Ganske som i den opfølgende interkulturelle samtale kan det være fristende at tage sit umiddelbare udgangspunkt i den fremtid, som var omdrejningspunktet for det sidste møde, men forsøg at undgå at nævne den foregående samtale som udgangspunkt. Det kan være, at tankerne fortsat ser ud, som de gjorde i den foregående samtale, men det kan også være, at de har ændret sig. Pointen er at lade borgeren sætte rammen for fremtiden. Hvordan håndterer borgeren fremtiden som konstruktion? Adskiller måden at tale om fremtiden på sig fra de foregående samtaler? Hvordan reflekterer borgeren nu?

2. *Prøv at beskrive, hvad der er sket i dit liv i løbet af de sidste ni måneder?*

Ganske som det andet spørgsmål i den opfølgende interkulturelle samtale forsøger dette spørgsmål at kaste et blik på hele den livsverden, som borgeren færdes i, og dermed ikke blot på den intervention, som i fællesskab blev aftalt. Spørgsmålet kan afsløre, hvordan borgeren

har håndteret netop det at konstruere en fortælling omkring sig selv, uden at der har været en hjælpende hånd knyttet til. Hvordan fortæller borgeren, og hvad fortælleren borgeren om? Har fortællingen om livet ændret sig siden sidste møde og ligeledes fra det første møde, I havde med hinanden?

3. *Sidste gang vi havde en samtale, så satte vi os ned og lavede en prioritering sammen, hvor vi blev enige om at ... (prioritering fra den første samtale spgm 5). Hvordan synes du, det er gået med de ting, vi prioriterede?*

Ganske som i den opfølgende samtale er der her tale om at kaste et blik på, hvordan den fælles intervention, der blev skabt, har udviklet sig. Måske havde borgeren allerede fået et nyt fokus ved den opfølgende interkulturelle samtale, og man kan i den situation vælge at tage udgangspunkt i aftalen fra den opfølgende samtale frem for den interkulturelle sundhedssamtale. Spørgsmålet kan være med til at kaste et blik på den fælles intervention, nu set fra et fjernere perspektiv. Hvordan oplevede borgeren interventionen, og er der noget fra interventionen, som borgeren har taget med videre? Kort sagt, hvad er blevet fastholdt, og hvordan er det blevet fastholdt uden den sundhedsprofessionelle til hjælp?

4. *Nu er dit forløb færdigt her hos os.*

Hvad tænker du, der skal ske med dig fremover?

Igen afsluttes samtalen med et fælles kig mod fremtiden. Måske er der ting, borgeren fortsat ønsker at arbejde med og derfor måske fortsat har brug for en hjælpende hånd til? Hvordan håndterer borgeren den endelige afsked med den sundhedsprofessionelle som den støttende hånd? Hvordan placerer borgeren sig selv i denne fortælling efter forløbet?

Spørgsmålet danner den afsluttende ramme om den fælles rejse, som nu som udgangspunkt fortsætter uden den sundhedsprofessionelles hjælp.

Efterskrift

Denne publikation indledte med citatet "Tak fordi jeg fik lov til at fortælle" for herefter at rejse spørgsmålet om fortællingernes betydning i rammen af en sundhedssektor. Og her kan man måske passende vende tilbage i denne afslutning. At arbejde med fortællinger eller narrativer som er udgangspunktet for denne publikation skal i virkeligheden ses som et ydmygt om end meget centralt forsøg på at skabe en dybere forståelse og anerkendelse for de patienter eller borgere hvis liv, sundhed og sygdom vi som sundhedsprofessionelle har som er kernen i vores arbejde.

For nogle har indledningens citat måske virket ligegyldigt eller ligefrem provokerende, for som det oftest hedder sig når talen falder på patienter og borgere i det danske sundhedsvæsen, så er det at lytte til borgere eller patienters fortællinger ligefrem en kerneydelse. Tanken har måske derfor strejft flere: "Jamen jeg lytter da altid til folks fortællinger. Det er jo en væsentlig del af mit arbejde!" Men som denne publikation har bestræbt sig på at vise, er det at lytte til en fortælling ikke blot en passiv handling, men en aktiv proces hvor både borgeren eller patienten sammen med den sundhedsprofessionelle træder ind i et fælles skabende rum, og deri er en af denne publikations vigtigste pointer. At lytte til fortællinger kan nemlig sagtens være en væsentlig del af et arbejde, men det er først i det øjeblik at den sundhedsprofessionelle ser fortællingen som en analytisk størrelse, et skabende refleksivt rum hvor flere mennesker er tilstede og hvor meget bliver sat på spil, at det at lytte til fortællinger løfter sig fra at være en pligt i en sundhedsfaglig retningslinje, til at være det redskab, som kan sikre en reel indsigt i den borger eller patients verden, hvori man ønsker at skabe en forandring. Uden den sundhedsprofessionelles refleksion over fortællingen eller narrativet som en analytisk størrelse har man i virkeligheden flyttet sig meget lidt fra den verden af antagelser som denne publikation ønskede at vise væk fra.

Provokerende kunne man postulere at uden refleksionen og den analytiske tilgang til en fortælling, da er forskellen mellem det at gætte på en borgers eller patients problem inden vedkommende er mødt til en konsultation og det at

lytte til en borger eller patients fortælling uden at reflektere og analysere forsvindende lille. Begge tilgange peger mod gætteri. Først i det øjeblik at fortællingen behandles som den analytiske konstruktion den er, kommer man skridtet videre end det rene gæt.

I denne henseende kan man passende sige at denne publikation også er et opgør med både borgerens eller patienten og sundhedsvæsenets implicitte antagelser. I relation til sundhedsvæsenet ofte italesat som den "den sundhedsprofessionelles sunde fornuft". For som denne publikation ønsker at vise ved sin tilgang til både kultur, sundhed og sygdom sat i rammen af det narrative univers, er "fornuft" i høj grad en størrelse, som bundet til den kontekst vi er i. Dette uanset om vi er sundhedsprofessionelle, borgere eller patienter. Og netop hvordan vi placerer os selv i disse kontekster er det centrale område for forståelsen af det narrative univers.

Publikationen bygger på udviklingsprojektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering som også gennemgås i anden del som det praktiske eksempel på den narrative tilgang. Eksemplet sætter narrativet som et effektivt middel mod implicitte antagelser i sundhedsvæsenet på spidsen. Som eksemplet viser er interessen for kultur i sundhedsvæsenet som en måde at kategorisere og forstå den enkeltes sundhedsproblematik på medvirkende til at gøre det svært for etniske minoriteter med sundhedsproblemer at begå sig i sundhedsvæsenet og frigøre sig fra den verden af kulturel for forståelse og stigmatisering. Forhold som truer med at fjerne fokus fra det faktum, at etniske minoriteter, ganske som alle andre mennesker, er unikke individer, som skaber deres livsforståelse gennem sociale relationer og interaktioner med verden. En dimension, som ikke blot er nødvendig at erkende i et overordnet perspektiv, men som samtidig fordrer en reel borgerinvolvering på borgerens unikke præmisser.

Kaster man et blik på fremtiden, ser man tydelige tendenser mod et øget fokus på borgerinddragelse og helhedsorienterede indsatser, der bygger på samarbejde og skabelsen af et fælles blik. Men med dette fokus følger også en forpligtelse, hvor det at skabe "fælles blik" ikke blot

bliver en formulering på et stykke papir, men hvor borgerne og sundhedsvæsenet rent faktisk tager hinanden i hånden og i fællesskab træder de stier, der skal trædes. En handling der kræver en analytisk tilgang til opnåelsen af "det fælles blik".

Forudsætningen for dette er et fokus på udviklingen af en fælles narrativ kompetence, som sikrer, at både borger og sundhedsvæsen kan forenes i en fælles fortælling om sundhed.

Litteraturliste

- Anderson, B. (1991) *Imagined Communities*, Verso London, New York.
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets Mysterium*, Hans Reitzels Forlag.
- Barth, F. (1993) *Balinese Worlds*, The University of Chicago Press. (1998) *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*, Waveland Press.
- Bernard, H.R. (1994) *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative approaches*. 2nd edn. London: SAGE.
- Brody, H. (1987) *Stories of sickness*. New Haven: Yale University Press.
- Bruner, E. (1986) "Ethnography as Narrative" I: Turner, VW. & Bruner E. *The Anthropology of experience*, 1st paperback edn. Urbana: University of Illinois Press.
- Bruner, J. (2004) "Life as Narrative". *Social Research*, 71 no. 3, pp. 691-710. (1986) *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bury, M. (1982) *Chronic illness as biographical disruption*. I: *Sociology of Health & Illness*, vol 4, nr. 2.
- Carr, D. (1986) "Narrative and the Real World: An Argument for Continuity", *History and Theory*, Vol. 25, No. 2, pp.117-131.
- Csordas, T. (1999) "Embodiment and Cultural Phenomenology" I Weiss, G & Haber, H.F. "Perspectives on Embodiment. *The Intersections of Nature and Culture*" Routledge
- Cohen, A.P.(1985) *The Symbolic Construction of Community*" Routledge New York and London
- Dahlsgaard, A.L. & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2007) "Natures kulturelle veje – Biomedicin, Krop og Natur i et Antropologisk Perspektiv" I Steffen et.al "Sundhedens Veje" Hans Reitzels forlag
- Dalsgaard, T. (2005) *If only I had been in a wheelchair. An anthropological analysis of narratives*. Aarhus: University of Aarhus
- Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. (2009) *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: SST.
- Elverdam, B. (1991) *Fra tradition til institution: Muslimske indvandrerkvinders møde med dansk hospital og praksislæge*. Aarhus Universitetsforlag.
- Eriksen, T.H. (1998) *Små Steder – Store Spørgsmål. Indføring i Socialantropologi*, Universitetsforlaget
- Folmann, N.B. & T. Jørgensen (2006) *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet – et registerstudie*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Frank, A. (1995) *The wounded Storyteller*. University of Chicago Press
- Geertz, C (2000) *The interpretation of cultures*, Basic Books. (1986) "Making Experiences, Authoring Selves" I: Turner, VW. & Bruner E. *The Anthropology of experience* 1st paperback edn. Urbana: University of Illinois Press.
- Good, B. J. a) (1994) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press. b) (1994) *Pain as a Human Experience. An Anthropological Perspective*. USA: University of California Press.
- Gordon, D. R.(1988) *Tenacious Assumptions in Western Medicine* I Lock, Margaret *Biomedicine Examined* Kluwer Academic Publishers
- Grøn, L. (2005) I "Krop og Hverdag i Forandring. Sundhedsfremme & Forebyggelse i Institution og Hverdagsliv" Vejle Amt
- Hastrup, K. (1993) "Patientens dilemma", *Ugeskrift for læger*, Årg.155 Vol. 39;3149-3152. (2004) *Viden og evidens i forebyggelsen*. København: SST.
- Helman, C. (1990) *Culture, Health and Illness*, Wright 2nd .ed.
- Honkasalo, M.L. (2008). "Enduring as a mode of agency." *Health, Risk & Society*, 10, 1-13
- Horsdal, M. (1999) *Livets fortællinger – en bog om livshistorier og identitet*, Borgens Forlag.
- Jackson, M. (2006) *The Politics of Storytelling. Violence, Transgression and Intersubjectivity* Museum, Tusculanum Press.
- Jacobsen, E. T. et. al. (2004) *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen – rapport fra et pilotprojekt*. København: DSI.
- Jenkins, R. (2006) *Social Identitet*, Academica
- Jensen, C. (1990) *Sådan laver du interviews*. Bogfabrikken.
- Jöhnke, S. (1995) *Hvis kultur?*, København: Hiv-Danmark.

-
- Kirmayer, L. J. (1992). "The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience." *Medical Anthropology Quarterly* 6(4): 323-346
 - Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
 - Kvale, S., Brinksmann S. (2009) *Interview. Introduktion til et Håndværk*. Hans Reitzels Forlag
 - Lilledal, I-M. C. (2004) *Fortællinger om forældreskab – på tværs af kultur og etnicitet* UFC Børn og Unge.
 - Lock, M., Nguyen V-K., (2010). *An anthropology of bio-medicine*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
 - Lock, M. (1993) "Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily practice and knowledge" *Annu. Rev. Anthropol.* 22:133-55
 - Lou, S. (2008) *Tre er et umage par: En undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet*: Aarhus, Region Midtjylland.
 - Lupton, D. (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications.
 - Mattingly, C. (2008) "Reading Minds and Telling Tales in a Cultural Borderland" *Ethos*, vol. 36, issue 1 pp. 136-154. (2005) "Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi." *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, Nr. 2, pp. 13-40. (1998) *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience..* Cambridge University Press. (2010) *The Paradox of Hope. Journeys through a Clinical Borderland*. Los Angeles: University of California Press
 - Mattingly, C., Garro, L.C. (2000) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
 - Mink, L (1970) "History and Fiction as Modes of Comprehension", *New Literary History*, Vol.1. No.3, pp. 541-558
 - Mogensen, H.O. (2005) "Det narrative omdrejningspunkt" *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, Nr. 2, pp. 5-12.
 - Mogensen, H.O., Nielsen, A.S. (2007) "Kulturmøder i Sundhedsvæsenet – migration, kategorisering og kompleksitet" i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* årg. 4, nr. 7.
 - Nielsen, A.S. (2005) *Smertelige erfaringer – en antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursivt hegemoni*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab.
 - Ochs, E., Capps, L. (2001) *Living narrative: creating lives in everyday storytelling*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
 - Ochs, E., Capps, L. (1996). "Narrating the Self". *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. pp. 19-43.
 - Peacock, J. L., Holland, D.C. (1993) "The Narrated Self: Life stories in Process", *Ethos*, Vol. 21 No 4 pp.367-383.
 - Paarup, Bjarke (2004) *Forskning i sygdom og samfund*. I. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 1, pp. 5-19.
 - Ricoeur, Paul (1984) *Time and Narrative* Vol.1: The University of Chicago Press
 - Risør, M.B. (2003) *Practical Reasoning as Everyday Knowledge – Health, risk and Lifestyle in Health Promotion and the Everyday Life of Pregnant Smokers*. I. *FOLK*, vol. 45, pp. 61-85.
 - Rosaldo, R. (1986) "Ilongot Hunting as Story and Experience" I: Turner, V.W. & Bruner E. *The Anthropology of experience* 1st paperback edn. Urbana: University of Illinois Press.
 - Rothschild, B. (2004) *Kroppen husker*, Forlaget Klim.
 - Scheper-Hughes, Nancy and Lock, Margaret M. (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology" *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1
 - Schulze, S. et. al. (2007) *Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus*. København: Region Hovedstaden.
 - Seeberg, J. (1996) "Det er nok noget kulturelt" *Sygeplejersken* ed.33 30 33.
 - Singhammer, J. (2008) *Etniske minoriteters sundhed*. Center for Folkesundhed: Region Midtjylland.
 - Steffen V. (eds). (2007) *Sundhedens veje. Grundbog i sundhedsantropologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
 - Spradley, J.P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Australia: Wadsworth, Thomson Learning.
 - Terkildsen, M., Wittrup, I., Burau, V. (2013) "Coordinating complex health problems: The practice of the narrative approach to coordinating public health for ethnic minority citizens in Denmark", Workpaper.
-

-
-
- Terkildsen, M., Wittrup, I. a) (2013) Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering. Hovedrapport. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Aarhus.
b) (2013) Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering. En Guide til Praksis. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Aarhus.
 - White, H. (1984) "The Question of Narrative in Contemporary Historical Theory", *History and Theory*, Vol. 23. No.1 pp. 1-33. (1980) *The value of Narrativity in the Representation of Reality* I: W.J.T Mitchell (Ed.) *On narrative*, University of Chicago Press.
 - White, M. (2006) *Narrativ teori*. Hans Reitzels Forlag.
 - Whyte, S.R. (1997) *Questioning Misfortune. The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - Wind, G. (2009). *Stiltende fortællinger: livet med kronisk sygdom i et antropologisk perspektiv: ph.d.-afhandling*. 1. udgave Århus: Forlaget Systime.
 - Wittrup, I (2008) *InterMultiFemina – en antropologisk analyse af etniske minoritetskvinders narrativer om sundhed og trivsel*. Århus: Region Midtjylland.
 - Zigon, J. (2008) *Morality. An Anthropological Perspective*. Berg.

Bilag 1 Den interkulturelle sundhedssamtale

Det reflekterende spørgsmål og opsamlingen

5. Du fortalte, at du i forbindelse med, at du kom til Danmark oplevede ... (borgerens ord fra fortidsnarrativet)
Som jeg hører det ser du dig selv om 3 år som... (borgerens ord fra fremtidsnarrativet)
Lige nu oplever du i din hverdag at ... (borgerens ord fra nutidsnarrativet)
-

- **Formålet** er her at opsamle den viden som borgeren har præsenteret i de tre tider og gøre den anvendelsesorienteret gennem en fælles prioritering med borgeren
- **Få borgeren** til at medvirke og sætte ord på refleksionen.
Borgeren er dermed med til at lave prioriteringen i praksis sammen med koordinatoren.

Prioriteringsliste:

Tilbuddet:



ISBN: 978-87-92400-39-0 (elektronisk udgave)

midt
regionmidtjylland

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
– et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet