

# Triader och typifieringar

– Anhöriga som sociala verktyg, kunskapskällor, medbehandlare och »extra-patienter« i ett vårdkontext

MALIN ÅKERSTRÖM

*I sjukvårdssammanhang har sannolikt anhöriga i huvudsak tagit och givits roller som tolkar eller talesmän för patienterna visavi personalen. I vissa specifika kontext har de bildat allians med personalen. De centrala parterna har dock utgjorts av patienterna och sjukvårdspersonalen. Anhöriga har i allmänhet tillhört bakgrunden. Under senare tid synes dock förhållandena mellan dessa tre parter alltmer ha tagit formen av en triad. Inte enbart inom sjukvården utan också i skolor och på behandlingsinstitutioner finns en strävan att i allt högre utsträckning inkorporera anhöriga.<sup>1</sup>*

Studien nedan avser hur personalens bild av de anhöriga förändrades i ett specifikt sjukvårdskontext. Vid uppbyggnaden av en hjärnskadeavdelning skedde efterhand en inkorporering av anhöriga i vården. Ursprungligen tillhörde de bakgrunden och betraktades som orealistiska talesmän för patienterna, vilka personalen förhöll sig mycket distanserat till. Genom förändringar i den nya avdelningens arbetssätt och rehabiliteringsideologi sökte personalen istället att ingå en koalition med de anhöriga. Dessa nya former skapade emellertid sina egna gränssättningar och distansmarkering-

ar. Den här aktuella omvandlingen kan ses som en illustration av en allmän process: förändringen av antalet parter från dyad till triad medför en väsentlig skillnad: en

<sup>1</sup> Anhörigas betydelse inom utbildnings-, vård- och behandlingssektorerna har blivit alltmer central. Inom vården av s.k. utsatta ungdomar betonas »nätverksarbete«. (Statens institutionsstyrelse. FoU. 1994: 4) Inom skolans värld förväntas numera föräldrar deltaga dels organiserat, dels som enskilda föräldrar på föräldraträffar m.m. (föräldramedverkan betonas också i Lpo94 och Lpf94) Även om skolan som institution sedan lång tid tillbaka intresserat sig för familjen (bl.a. för »föräldrapuppfostran«, Donzelot, 1979; Sandin, 1986) är sannolikt det aktiva, praktiska deltagandet från föräldrars sida i Sverige en nutida, radikal förändring.

Malin Åkerström är docent i sociologi och verksam vid Sociologiska institutionen i Lund.

gruppkultur utvecklas med egna institutioner och kulturella uppfattningar om de egna kategorierna.

## Teoretisk bakgrund

Två klassiska teoretiska linjer har använts. Simmels formella sociologi där en analys av antalet aktörer är väsentlig har kombinerats med en analys av typifieringar som betonar kunskapens socialt konstruerade karaktär. Förändringar i antal medför nämligen förändrade uppfattningar om de inblandade aktörerna. Vidare innefattar såväl dyad- som triadformen distanselement. Men då en part som ursprungligen tillhört omgivningen blir indragen i relationen förändras uttrycken och formerna för distanseringen.

### *Dyad/Triad*

Det sociologiska intresset för triader härrör från Simmels klassiska analys. (1964: 138-142; 145-169) Övergången från en dyad till en triad innefattar något kvalitativt nytt: först i triaden kan en kultur uppstå som är något mer än de individer som ingår. Simmel urskilde också olika roller och tekniker som uppstod i triadformationen: medlaren, *tertius gaudens*, (en tredje svag part som använder sin position gentemot de andra genom att utnyttja maktbalansen) samt tekniken *divide et impere* (att »söndra och härska«).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Forskningen kring triader synes till stor del ha betonat olika koalitionsformationer (cf Caplow, 1968) och olika möjliga roller inom triaden. Black och Baumgartner har t.ex. konstruerat en typologi för sådana beträffande konfliktlösning. (Black: 1993). Som Emerson (1994) påpekat är emellertid inte relationer

Inom den medicinska sociologin har man i huvudsak studerat dyadrelationer: framförallt doktor/patientrelationer. Undersökningar av sådana har illustrerat social kontroll och avvikande (Parsons, 1951; Segall, 1976). Vidare har den speciella karaktären i läkar/patient-kommunikation analyserats (Mishlers, 1984; Waitzkin och Stoeckle, 1972) Under senare år har också flera konversationsanalytiska arbeten presenterats (Bergmann 1992; Heath, 1992). Andra dyadrelationer, där sjukvårdsrepresentanterna utgörs av andra än läkarna, som undersökts är t.ex. sköterskor/patienter (Bottorff och Varcoe, 1995; Bowler, 1993; VanCott, 1993). Kurators uppfattningar om patienter har studerats av Joffe (1978).<sup>3</sup>

De studier i vilka triaden i ett sjukvårdskontext utgör objektet för analys behandlar i allmänhet grupper där patienter ofta har med sig eller representeras av en anhörig. Framförallt interaktionen i vård eller behandling av äldre patienter, men också barn, har studerats genom en triadanalys. Exempel på det förstnämnda är Hasselkus (1992) som visat hur anhöriga förmedlar, förhandlar och tillrättalägger under samtalen mellan geriatriker och deras patienter. Coe och Prendergast (1985) har visat hur koalitioner inom triaden äldre patient/anhörig/läkare växlar under ett och samma möte.<sup>4</sup> Strong

---

inom en triad stabila utan förhandlas, omvandlas och förändras; sådana förändring kan dessutom skifta relativt snabbt under en interaktion i en situation.

<sup>3</sup> De här exemplifierade studierna är endast ett axplock av alla dem som finns på området.

<sup>4</sup> Rosow (1981) har skrivit om koalitioner utifrån en begreppsanalys kring den »osäkra triaden«. Det vuxna barnet blir i olika konstella-

(1979) och Silverman (1987:kap 9-10) har analyserat läkares kriterier för bedömning-  
en av mödrar. Personalens uppfattningar  
om föräldrarna vägs in i bedömningar av för-  
tidigt födda barns överlevnadschanser, en-  
ligt Anspach (1993: kap. 4, 5).

### **Beskrivningars betydelse**

Vem är en anhörig? Svaret är inte helt en-  
kelt, som Gubrium och Holstein visat i sin  
bok *What is Family*. Författarna studerade  
olika behandlingsinstitutioner och fann att  
definitionerna av den legitime anhörige för-  
handlades och bestämdes i olika situatio-  
ner.<sup>5</sup> Eftersom s k nätverksarbete blivit allt  
mer centralt i olika behandlings- och utbild-  
ningssystem är det alltså väsentligt att ställa  
frågor om vilka som betraktas som legitima  
medlemmar i nätverket, hur »anhöriga» defi-  
nieras, vilka bilder av dessa man har och hur  
de förväntas ingå i behandlingsarbetet.

På hjärnskadeavdelningen utvecklades en  
process vari »den anhörige» gavs ett speci-  
fikt innehåll, som för personalen syntes ha  
framstått på ett Durkheimskt »socialt fak-  
ta» vis. Beskrivningarna framstod som så  
säkra att de uttalades som sanningar. De an-  
höriga *är* si och så... När man applicerar kol-

---

tioner till tolk, förhandlare, vårdare etc. Mor-  
gan och Zhao (1993) har beskrivit vilka rela-  
tioner och uppfattningar om läkare, som anhö-  
riga till alzheimersjuka har. Adelman och  
Greene (1987) har argumenterat för ett sär-  
skilt forskningsområde kring triaden äldre/an-  
hörigas/läkare.

<sup>5</sup> Även Hunt (1991) som studerat döende can-  
cerpatienter som vårdas hemma, har visat hur  
central frågan om vilka som kunde räknas in  
som familjemedlemmar var för de involverade  
sjuksköterskorna.

lektiva föreställningar på aspekter i vardags-  
livet transformeras samtidigt dessa objekt,  
händelser och personer. Den snabba omdefi-  
nieringen de anhöriga genomgick i och med  
uppbyggnaden av hjärnskadeavdelningen  
utgör en tydlig illustration av hur sådana  
beskrivningar är socialt konstruerade.

En analys av typifieringar i Schutz  
(1962:60) mening tar i högre grad sin ut-  
gångspunkt i att begrepp och kategorier ge-  
nereras från individuella, konkreta erfaren-  
het där vissa typifieringar redan är givna. En  
analys utfirån detta perspektiv skulle därför  
i högre grad utgå från typifieringar som  
tolkningsscheman: recept över hur man  
skall agera i förhållande till specifika kate-  
gorier av människor; hur utsagor och hand-  
lingsrekommendationer förhandlas i olika  
interaktiva sammanhang. Här skall emeller-  
tid tyngdpunkten i huvudsak läggas vid hur  
»de säkra uppfattningarna» kom att innefat-  
tas i den nya relationen.

## **Studiens bakgrund**

Studien ingick ursprungligen som en del i  
ett projekt som rörde patienters våld och  
hot mot personal. (Åkerström, 1991) Ge-  
nom detta projekt fick jag tillträde till avdel-  
ningen. Mitt eget intresse kom emellertid så  
småningom att omdefinieras. En central del  
i denna studie kom att handla om de före-  
ställningar om hjärnskadade patienter och  
deras anhöriga som utvecklades. (Åker-  
ström, 1993)

Personalen hade vare sig utbildning eller  
tidigare arbetserfarenhet av specifik hjärn-  
skadevård. Tidigare hade man vårdat smärt-  
patienter, reumatiker och stroke-patienter.  
Några patienter hade varit hjärnskadade,

men vårdats tillsammans med de övriga. När man nu skulle bygga upp en specialiserad klinik inledde man en 'informations-samlade' verksamhet. Man åkte på studiebesök till olika länders hjärnskadekliniker, organiserade studiegrupper där man läste och diskuterade litteratur i ämnet och bjöd in gästföreläsare från olika professioner. Hjärnkraft, en patient/anhörigförening, inbjöds att presentera sitt perspektiv på behandlingen. Flera av dessa källor pekade på vikten av att i högre grad inlemma de anhöriga i behandlingen.

## Metod och material

Avdelningen följdes under olika perioder fr.o.m. en kort tid före den speciella hjärnskadeavdelningens tillblivelse våren 1991, fram till hösten 1992. Endast med något undantag deltog samtliga från de olika personalgrupperna (undersköterskor, sköterskor, kurator, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare) i de på band upptagna, halvstrukturerade, s.k. samtalsintervjuer. Dessutom utfördes fältobservationer vid olika tider av mig samt av en doktorand i sociologi, Birgitta Höglund, som också är legitimerad sjuksköterska.

Tillträde till miljön vanns genom studiens ursprungliga syfte – en studie av våld och hot mot personalen – vilket såväl arbetsgivare som facklig personal ställt sig positiv till. Då min fokusering förändrades kände personalen redan till mig. Jag uppfattade att personalen tolkade de nya frågorna som ett uttryck för ett positivt intresse av deras arbetsvardag. Samtidigt tycktes behandlingen omfattas av ett allmänt intresse från omvärldens sida, varför vi kanske inte var ett så

störande inslag. (Det gjordes många studiebesök och liknande) Ett tecken på att vi ändå fick »mer« tillträde än sådana gäster, som s.a.s. mer mekaniskt bjöds på en rundtur, var att vi fick följa några behandlingssessioner. Dessa hade man tidigare talat om som mycket känsliga situationer, som inte skulle störas av utomstående.

Det kan tilläggas att de förändringar som här diskuteras skedde under en relativt kort period (mellan ett halvår och ett år). Vidare utgjordes personalen under denna tidsrymd av i stort sett samma individer.

## Dyad-relationens typifieringar

En del av problematiken med de anhöriga till de hjärnskadade uppgavs vid tiden innan specialavdelningens tillkomst bestå i att de överdrev förbättringar hos patienterna eller sades se framsteg som »inte fanns«. Uppfattningen om att anhöriga »saknade insikt« eller »förnekade« hur sjuka patienterna faktiskt var och hur små rehabiliteringsutsikterna var, sades göra det svårt att prata med just dessa anhöriga:

Ip2:-... Det är jobbigt med anhöriga också, tycker jag, till hjärnskadade.

Ip1: – Jättejobbigt. – De kan tycka att de ser nåt lite. »Oh, nu har hon gjort det och det«...Men det är liksom inte nån annan som ser...Anhöriga man frågar. Och då *kan* dom det. »Det går så bra.« Och sen när dom kommer hit så visar det sig att dom kan inte så mycket som anhöriga har sagt och....

Ip2:- Dom vill väl tro.

Ip1:- Ja, fast det kanske har varit många som har sagt till dom att det inte blir bättre. (Gruppintervju med två undersköterskor)

Sådana uttalanden kan ses som »distanst-ut-sagor«. De har i olika vård- och rehabilite-ringssammanhang ofta visat sig utgöra argu-ment vilka vårdanställda använder mot pa-tienter, klienter eller anhöriga. (Goffman, 1961; Gubrium och Holstein, 1990:112-114). Innan specialavdelningen för hjärnska-dade bildades utbyttes denna typ av upp-fattningar framförallt mellan personalen: de kommunicerades inte till de anhöriga.

Vidare framställdes intensiteten i och ut-trycken för de bindningar som fanns mellan anhöriga och hjärnskadade patienter, som främmande och svåra att hantera. Man be-rättade s.k. »atrocitets stories« (Webb och Stimson, 1976; Baruch, 1981; Dingwall, 1977). En sådan handlade t.ex. om en mor som uppgavs ha gjort sin tonåring till små-barn igen och om hur hon kröp ner i sängen och vyssade henne. Personalen skakade s a s på huvudet åt sådana beteenden som man inte var van vid i arbetet med andra patient-kategorier.

En konsekvens av denna uppfattning sy-nes ha varit att personalen undvek de anhö-riga till dessa patienter. Enligt intervjuerna småpratade man t.ex. inte i onödan med dem. Vid de tillfällen man uppfattade att så ändå måste göras, säkerställdes distansen genom att samtalen fördes på en till intet förpliktigande nivå.

Ip:- Det känns så också att man vågar inte gå in riktigt och prata med dom anhöriga när dom kommer, tycker jag. Man håller sig gärna utan-för. Lite grann så där diskuterar på ytan.... (Un-dersköterska)

Men distansen uttrycktes inte enbart ge-nom denna form av minimerande interak-tion utan var också tydlig i beskrivningarna.

Då man talade om dessa anhöriga handlade det om att de var svåra, krävande, oresonliga och uppträdde på olika egendomliga sätt. Jämförelser gjordes med anhöriga till andra patienter, som framstod som mer oprob-lematiska. Någon sa t.ex.: »dom kan man ju talä med, som vilken människa som helst«.

### *Den nya centraliteten*

På den nya avdelningen organiserades olika institutionella arrangemang för att inkorpo-rera de anhöriga. Dessa, liksom deras tillhö-rande benämningar visade på den vikt man lade vid de anhörigas involvering. Man an-ordnade och talade nu t.ex. om *anhörigträff far*. Relationen mellan personal och anhöriga uttrycktes som en del av arbetet och uppgif-ten benämndes *anhörigkontakt*. Bägge be-greppen uppfattar jag så att de uttalas »utan bindestreck« – man sade inte anhörig-träff utan anhörigträff – vilket kan ses ett tecken på dess status som företeelse.

Centraliteten i den nya kategorin sågs också i relationen mellan personalgrupper-na: anhöriga hade transformerats till *sociala identitetsverktyg*. De anställda diskuterade nu frågor som: »Vem tar bäst hand om anhö-riga?«, »Vem håller i anhörigkontakten?«. Och ibland blev de till ett objekt att bevaka: »Det är mina anhöriga«. Betydelsen av denna kategori kunde ses dels i relation till andra avdelningar, dels i jämförelser mellan yrkes-grupper inom avdelningen. Den norske soci-ologen Album har visat hur avdelningar inom vården kan profilera sig eller vinna prestige genom att ger vården en särskild »stil« (Album, 1990). Kontakten med anhö-riga synes utgöra en sådan profileringsmöj-lighet. Denna beskrevs ofta som det speci-

men vårdats tillsammans med de övriga. När man nu skulle bygga upp en specialiserad klinik inledde man en 'informations-samlade' verksamhet. Man åkte på studiebesök till olika länders hjärnskadekliniker, organiserade studiegrupper där man läste och diskuterade litteratur i ämnet och bjöd in gästföreläsare från olika professioner. Hjärnkraft, en patient/anhörigförening, inbjöds att presentera sitt perspektiv på behandlingen. Flera av dessa källor pekade på vikten av att i högre grad inlemma de anhöriga i behandlingen.

## Metod och material

Avdelningen följdes under olika perioder fr.o.m. en kort tid före den speciella hjärnskadeavdelningens tillblivelse våren 1991, fram till hösten 1992. Endast med något undantag deltog samtliga från de olika personalgrupperna (undersköterskor, sköterskor, kurator, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare) i de på band upptagna, halvstrukturerade, s.k. samtalsintervjuer. Dessutom utfördes fältobservationer vid olika tider av mig samt av en doktorand i sociologi, Birgitta Höglund, som också är legitimerad sjuksköterska.

Tillträde till miljön vanns genom studiens ursprungliga syfte – en studie av våld och hot mot personalen – vilket såväl arbetsgivare som facklig personal ställt sig positiv till. Då min fokusering förändrades kände personalen redan till mig. Jag uppfattade att personalen tolkade de nya frågorna som ett uttryck för ett positivt intresse av deras arbetsvardag. Samtidigt tycktes behandlingen omfattas av ett allmänt intresse från omvärldens sida, varför vi kanske inte var ett så

störande inslag. (Det gjordes många studiebesök och liknande) Ett tecken på att vi ändå fick »mer« tillträde än sådana gäster, som s.a.s. mer mekaniskt bjöds på en rundtur, var att vi fick följa några behandlingssessioner. Dessa hade man tidigare talat om som mycket känsliga situationer, som inte skulle störas av utomstående.

Det kan tilläggas att de förändringar som här diskuteras skedde under en relativt kort period (mellan ett halvår och ett år). Vidare utgjordes personalen under denna tidsrymd av i stort sett samma individer.

## Dyad-relationens typifieringar

En del av problematiken med de anhöriga till de hjärnskadade uppgavs vid tiden innan specialavdelningens tillkomst bestå i att de överdrev förbättringar hos patienterna eller sades se framsteg som »inte fanns«. Uppfattningen om att anhöriga »saknade insikt« eller »förnekade« hur sjuka patienterna faktiskt var och hur små rehabiliteringsutsikterna var, sades göra det svårt att prata med just dessa anhöriga:

Ip2:-... Det är jobbigt med anhöriga också, tycker jag, till hjärnskadade.

Ip1: – Jättejobbigt.– De kan tycka att de ser nåt lite. »Oh, nu har hon gjort det och det«...Men det är liksom inte nån annan som ser...Anhöriga man frågar. Och då *kan* dom det. »Det går så bra.« Och sen när dom kommer hit så visar det sig att dom kan inte så mycket som anhöriga har sagt och....

Ip2:- Dom vill väl tro.

Ip1:- Ja, fast det kanske har varit många som har sagt till dom att det inte blir bättre. (Gruppsamtal med två undersköterskor)

Sådana uttalanden kan ses som »distanst-ut-sagor«. De har i olika vård- och rehabilite-ringssammanhang ofta visat sig utgöra argu-ment vilka vårdanställda använder mot pa-tienter, klienter eller anhöriga. (Goffman, 1961; Gubrium och Holstein, 1990:112-114). Innan specialavdelningen för hjärnska-dade bildades utbyttes denna typ av upp-fattningar framförallt mellan personalen: de kommunicerades inte till de anhöriga.

Vidare framställdes intensiteten i och ut-trycken för de bindningar som fanns mellan anhöriga och hjärnskadade patienter, som främmande och svåra att hantera. Man be-rättade s.k. »atrocitets stories« (Webb och Stimson, 1976; Baruch, 1981; Dingwall, 1977). En sådan handlade t.ex. om en mor som uppgavs ha gjort sin tonåring till små-barn igen och om hur hon kröp ner i sängen och vyssade henne. Personalen skakade s a s på huvudet åt sådana beteenden som man inte var van vid i arbetet med andra patient-kategorier.

En konsekvens av denna uppfattning sy-nes ha varit att personalen undvek de anhö-riga till dessa patienter. Enligt intervjuerna småpratade man t.ex. inte i onödan med dem. Vid de tillfällen man uppfattade att så ändå måste göras, säkerställdes distansen genom att samtalen fördes på en till intet förpliktigande nivå.

Ip:- Det känns så också att man vågar inte gå in riktigt och prata med dom anhöriga när dom kommer, tycker jag. Man håller sig gärna utanför. Lite grann så där diskuterar på ytan.... (Un-dersköterska)

Men distansen uttrycktes inte enbart ge-nom denna form av minimerande interak-tion utan var också tydlig i beskrivningarna.

Då man talade om dessa anhöriga handlade det om att de var svåra, krävande, oresonliga och uppträdde på olika egendomliga sätt. Jämförelser gjordes med anhöriga till andra patienter, som framstod som mer oprob-lematiska. Någon sa t.ex.: »dom kan man ju tala med, som vilken människa som helst«.

### *Den nya centraliteten*

På den nya avdelningen organiserades olika institutionella arrangemang för att inkorpo-rera de anhöriga. Dessa, liksom deras tillhö-rande benämningar visade på den vikt man lade vid de anhörigas involvering. Man an-ordnade och talade nu t.ex. om *anhörigträff far*. Relationen mellan personal och anhöriga uttrycktes som en del av arbetet och uppgif-ten benämndes *anhörigkontakt*. Bägge be-greppen uppfattar jag så att de uttalas »utan bindestreck« – man sade inte anhörig-träff utan anhörigträff – vilket kan ses ett tecken på dess status som företeelse.

Centraliteten i den nya kategorin sågs också i relationen mellan personalgrupper-na: anhöriga hade transformerats till *sociala identitetsverktyg*. De anställda diskuterade nu frågor som: »Vem tar bäst hand om anhö-riga?«, »Vem håller i anhörigkontakten?«. Och ibland blev de till ett objekt att bevaka: »Det är mina anhöriga«. Betydelsen av denna kategori kunde ses dels i relation till andra avdelningar, dels i jämförelser mellan yrkes-grupper inom avdelningen. Den norske soci-ologen Album har visat hur avdelningar inom vården kan profilera sig eller vinna prestige genom att ger vården en särskild »stil« (Album, 1990). Kontakten med anhö-riga synes utgöra en sådan profileringsmög-lighet. Denna beskrevs ofta som det speci-

ellt utmärkande för avdelningen. På en fråga om vad som skiljer arbetet på avdelningen från de andra på sjukhuset, svarade en undersköterska inte med att vi har andra typer av patienter, vården är mer flexibel eller något liknande, utan: »Det är det ju de anhöriga som har jättestor... ja, är viktiga här.«

De olika yrkena kunde också, med »anhörigas« hjälp, definieras i förhållande till andra yrken inom avdelningen. Tidigare var det framförallt sjuksköterskorna som sades ha ansvarat för kontakten med anhöriga; då anhöriga i högre grad inlemmades i vården gavs undersköterskorna en allt större del av arbetet med dessa kontakter.

## Nya sociala betydelser

Inkorporeringen gav också upphov till nya betydelser. Man kan se talet om de anhöriga som en beskrivande praktik. I denna praktik var det emellertid tydligt att de anhöriga användes och kategoriserades på flera, olika sätt beroende på situation eller vilket perspektiv de betraktades från. Här talar jag alltså inte om typifieringar av olika slags anhöriga. Interaktionistiska och etnometodologiska studier har belyst hur individer med hjälp av särskiljande karakteristiska indelats i olika kategorier. Utifrån dessa har sedan beslutsfattande och förhandlingar skett (Emerson, 1969; Maynard, 1984).

I denna studie vill jag istället belysa hur kategorin i sin helhet kan ges skiftande betydelser i relation till olika intressen och situationer. Samtliga anhöriga kunde betraktas som såväl identifikationsverktyg, kunskapskällor, elever, eller extra-patienter. (Och gavs sannolikt än fler betydelser).

## *De anhöriga som kunskapskällor*

De argument som angavs utåt för att inkorporera de anhöriga, handlade framförallt om att dessa kunde berätta om patientens sociala karakteristika före hjärnskadad. <sup>6</sup> I detta sammanhang utgjorde de anhörigas beskrivningar av patienten ett värdefullt material.

Skälet till detta var att målet för rehabiliteringen var att i största möjliga utsträckning återskapa patientens personlighet och att integrera denne i tidigare sociala sammanhang. Medan rehabilitering förr i huvudsak syftade till att få människor att återgå till ett arbete, handlar den nya rehabiliteringsideologin om att patienten skall göras oberoende från livet på en institution. (Hahn, 1983; May, 1993) Patienten skall fungera i vardagslivet: i familjen eller i en egen bostad, kunna gå och handla, ta sig till föreningsliv, fritidsaktiviteter osv.

Samtidigt som personligheten hos många hjärnskadade sades vara drastiskt förändrad arbetade de anställda efter ett antagande om att grunddrag i den tidigare personligheten, smak etc fanns bevarade. Vidare antog man att det var värdefullt att arbeta utifrån dessa konstruerade personligheter. Eftersom många patienter hade olika former av minnesstörningar, blev de anhöriga och

<sup>6</sup> Ett annat handlade om att patienten i högre grad skulle vistas hemma under helger etc., samt att utskrivningen nuförtiden inte innebar att patienten flyttades till ännu en institution utan till hemmet, en egen lägenhet eller ett gruppboende nära hemmet. För att detta skulle fungera behövde man dels själva etablera en relation till de anhöriga (för bedömningar om möjligheter till utskrivning etc.), dels underlätta patientens relationer till de anhöriga.



vännernas information om den tidigare personen central: de innehade en exklusiv kunskap.<sup>7</sup> Denna kunskap är också en som respekteras: den ifrågasätts inte.

– Och det är väldigt spännande [att träffa anhöriga, vänner] därför att jag vet ju inte hur den här personen har varit innan han har varit sjuk. Och det ger ju också personalen och mig mycket information om hur vi ska hantera den här personen. Helt plötsligt får man då, »han har levt si och så och...han har de här personliga egenskaperna«. Och många gånger säger anhöriga eller speciellt vännerna: »Nej han ska tas rakt upp och ner istället«. När man, de anställda istället då kanske lindar in saker då... (Läkare)

Rehabiliteringsmål formulerades emellertid också i hög grad i relation till möjligheterna att återföra patienten till tidigare sociala kontext och sysselsättningar. Svaren på frågor kring vad dessa sysselsättningar och sociala sammanhang inneburit, kunde enbart vänner och anhöriga ge.

I:- Hur tänker man? [vid rehabilitering]

IP:- Man tänker ju så – vad ska patienten tillbaka till? Vilka rutiner och roller har man haft där? I:- /mmmm/ IP:- Man ska passa där. Om det nu är en kvinna, som ja, har skött hushållet, även har jobbat. Men första målet är kanske att man ska klara att sköta hushållet igen. Då måste man gå in i den rollen hon hade hemma och jobba där. Hon kanske ska kunna klara att sköta hushållet igen. Då måste man ju veta hur hon hade det hemma. (Arbetsterapeut)

Eftersom rehabiliteringen syftar till ett återförande, läggs den inte upp efter all-

männa, generellt formulerade mål (t.ex. alla patienter, som har möjlighet skall lära sig laga mat). De anhörigas kunskap ger med detta perspektiv också information om vad man *inte* ska träna:

IP:-... har patienten gjort en sak innan, så ska ju inte vi ändra på det.

I:- Så bäddar man inte hemma behöver man inte lära sig det?

IP:- Nej, jag tycker inte det. Och har man aldrig lagat mat hemma ska man inte behöva klara det. Man kanske kan göra så att man lär sig värma upp nåt i mikron... Men matlagning ska man inte behöva lära sig om man inte gjort det.. (Arbetsterapeut)

Ur detta perspektiv – i rekonstruktion av patientens tidigare person: vem han eller hon *egentligen* var, hur patienten skall »tas«, motiveras och aktiveras – befann sig de anhöriga i ett visst överläge i förhållande till personalen. De kategoriseringar som skall diskuteras nedan innefattar emellertid ett omvänt förhållande.

### *De anhöriga som med-behandlare och elever*

I konstruktionen av patienten tillskrevs anhöriga en expertis. Då de anhöriga involveras i mer direkt behandling förväntas de emellertid underordna sig personalens expertis. För att rehabiliteringen skulle vara effektiv ansåg man att patienterna skulle öva samma moment hemma som dem de tränat på avdelningen. Dessutom skulle de bemötas på ett likartat sätt. För att detta skulle fungera ansåg man att de anhöriga måste läras upp. De skulle socialiseras: fås att ta till sig rätt perspektiv. På många sätt framstår rehabiliteringsvård inte som sjuk-

<sup>7</sup> För en diskussion om anhörigas sk »privileged knowledge« i behandlingssammanhang, se Gubrium och Holstein (1990: 95-114).

vårdsinrättningar utan som skolinstitutioner (Gubrium och Buckholdt, 1982). »Skolan« innefattar framförallt träning för patienterna, men på samma sätt som den egentliga skolans pedagogik innefattar föräldrars engagemang beträffande läxläsning osv, innefattar rehabiliteringen också råd och anvisningar till patienternas anhöriga.

I:- Du sa att de anhörigas engagemang är positivt? –

Ip:- Mmmm – Att dom är här och ser hur vi gör här och... Så tar dom ju efter hemma, när dom åker hem. Dom får ju följa med ner på gymnastiken och terapin och se hur de tränar. (Under-sköterska)

Ibland sades emellertid de anhöriga ha en felaktig relation till patienten, vilken benämndes som överbeskyddande: »De låter inte patienterna försöka«... Under helgpermissionerna hände det att patienterna glömde sina nyvunna kunskaper därför att de blivit lite bortskämda, som någon uttryckte det. Rätt och fel i behandlingen av patienten, måste därför förmedlas till de anhöriga; konkretiserat till att t.ex. »låta patienten knyta skorna själva«.

– Sen måste vi prata med anhöriga. För ibland när de kommer tillbaka efter permission så har de [patienterna] glömt hur man tar på sig skorna. För då har de anhöriga hjälpt dom med det. Så vi måste tala om vad de har lärt sig och kan. Så att vi begär samma saker av dom...

### *De anhöriga som patienter*

Ovan visades hur de anhöriga betraktades som ett medel i behandlingen av patienten. Till detta fogas beskrivningar där fokuseringen sker direkt på de anhöriga: de blev

till en slags extra-patienter. Denna bild framkom i vardagliga samtal på avdelningen men utformades också i mer elaborerade tanke-system; synen på de anhöriga förvetenskapligades. Vissa steg i »den anhöriges« utveckling beskrevs; från föreläsningar och skrifter lärde man sig t.ex. om »kriser« och kunde beskriva deras tidsmässiga förlopp.

### *I teorin*

Inledningsvis beskrevs hur dessa anhöriga uppfattades som särskilt svåra att ha kontakt med, då de hjärnskadade vårdades tillsammans med andra patientkategorier. Eftersom man inom den nya avdelningen skulle samarbeta med de anhöriga försökte man på olika sätt öka personalens förståelse för dem. Arbetsledningen bjöd bl.a. in föreläsare som skulle förklara dessa anhöriga. Genom sådana initiativ strukturerades uppfattningen om dessa – till stor del inom en psykologisk ram. Man tillägnade sig sålunda bilder av typiska reaktioner, lämplig bedömning av relationen mellan anhöriga och patienter, osv. På personalens anslagstavla stod t.ex. följande att läsa apropå ett sk anhörigseminarium där undersökningar från ett psykologiskt perspektiv relaterats:

**Kris** – ett tillstånd av kris föreligger där man står inför ett hinder för viktiga livsmål! som för en tid är oöverstigliga genom användanden av gängse problemlösnings metoder:

Faktorer som försvårar anpassningen för familjen efter hjärnskadan:

1. informationsbrist
2. personlighets och beteendeförändringar hos patienten
3. Rollförändring (patienten kan inte längre uppfylla sin roll)
4. social isoleringen (största effekten efter lång tid)

5. barnens reaktioner (syskon eller barn till skadad)

Personligheten som fanns före skadan förstärks eller blir det motsatta

Värst när partnern är skadad. Ej känt partnern hela livet. Svårt tolerera att han betar sig som ett barn. Tvingas ta ett val: fortsätta leva ihop? Skiljas?

#### Familjerelationer:

(Förf. anm. Den första raden under rubrikerna syftar på patienten; rad två och tre på den anhörige)

#### 0-3 mån. efter skadan –

besvärlig, trött, inaktiv, svag.

Förväntan: full återhämtning.

Optimistiska.

#### 3-6 mån.

Samarbetsvårigheter, omotiverad, självcentrerad.

Förväntningar: full återhämtning.

Förvirring. Ängslan.

#### >9 mån.

Självupptagen. Lättirriterad. lat.

Förväntan: borde bli oberoende.

Skuldtyngd deprimerad, »håller jag på att bli tokig?»

#### 9-12 mån.

Svår barnslig person

Förväntningar: inga eller obetydliga förbättringar

Förtvivlan, fångad i ett hörn

#### 15 mån >

svår, barnslig, beroende

Förväntningar: inga

Sorg – innebär en separation, att ha förlorat den »gamle» partnern

#### Senare

–

Förväntningar: Inga

Ordnar relationen, skilsmässa, frigörelse

Här kan man alltså se hur uppfattningarna om personlighet och reaktionsmönster presenteras inom en objektiv, vetenskaplig ram (vilken också innehöll procenttal, exak-

ta tidsmängder i form av månadsintervall, abstrakta begrepp etc) vilket sannolikt underlättar formeringen av en förståelse som uppfattas vara ganska precis och säker: »Så här är de anhöriga«. Att denna bild används – om än inte i så detaljerad form – illustreras nedan. Detta skedde i särskilt hög grad när relationerna till de anhöriga uppfattades som problematiska.

### *I praktiken*

I intervjuer och samtal som vi lyssnade på under fältobservationer visade det sig att perspektivet översattes till ett vardagsspråk: Personalen talade t.ex. om »de anhörigas behov«, att de »behöver mycket stöd«. Man talade t.o.m. om de anhöriga som något av en egen vårdkategori: en slags extrapatienter. Stödet till de anhöriga kunde betyda olika saker: hjälp med praktiska ting som förändringar av bostaden, information om olika bidragsformer och liknande. Ofta innefattade emellertid begreppet »stöd« en allmänt förstående attityd som kunde manifesteras genom att de anhöriga gavs tid och utrymme för samtal och att man i dessa samtal visade empati.

En professionellt förstående attityd förordades också beträffande de anhöriga som beskrevs som besvärliga, to.m. de som var anklagande eller aggressiva. Forskare har beskrivit hur medicinsk personal idag ofta betraktar patienter utifrån en »terapeutisk blick« även om åkommorna är av medicinsk natur. (Bloor och McIntosh, 1990) Inte enbart patienterna, utan även de anhöriga kan ses genom detta perspektiv. (Se t.ex. Anspach, 1993:142-161) Inom den nya professionella ramen gällde det att tolka de anhörigas reaktioner som t.ex. uttryck för en

»kris«. Man skulle därför inte reagera med »egna« känslor på sådana mindre behagliga reaktionerna såsom ilska, irritation etc. Istället skulle de tolkas inom ramen för en psykologisk sjukdomsbild:

Ip:-... det är stor del av vårt jobb: dom här anhörigsamtalen. Och dom är också väldigt jobbiga.

I:- Det är dom ja?

Ip:- Speciellt då tonårsföräldrar. De blir så lätt anklagande över att... »Maja har nu inte gjort framsteg«. /Mmmm/ Det är vårt fel. »Varför händer ingenting?« Förstår du?

I:- Riktat det mot er?

Ip:- Mmm, som en aggressivitet då. Det där får man ju lära sig att handskas med och inte ta åt sig personligen. (Sjukgymnast)

\*

Sammanfattningsvis: Ett av de mer slående resultaten från studien var hur dramatiskt kategorin förändrades. Nu *är* de anhöriga medbehandlare, välvilliga men överbeskyddande, elever, kunskapskällor. Tidigare hade man också uttalat sig i »är-satser« men inte med samma säkerhet och inte lika elaborerat. Då tillhörde de kören, nu tillhör de huvudsrollsinnehavarna.

### ***Distanseringen – i ny tappning***

Slutligen vill jag peka på förhållandet mellan inkorporering och distans. Inkorporering av anhöriga i behandlingen var å ena sidan ett närmande. Å andra sidan gav involveringen upphov till nya former av gränssättningar och distansmarkeringar, där de nya typifieringarna och bilderna av de anhöriga kom att användas.

Ovan har en strävan efter mer kontakt med anhöriga visats. Denna nya förståelse och inkorporering kan emellertid sägas föda en motkraft. De anhöriga får inte bli alltför

involverade. Personalen måste behålla initiativet. Man kan därför finna olika former av distansmarkeringar och gränssättande mekanismer i relationerna till de anhöriga. Den nya distanseringen uttrycks emellertid på andra sätt sedan den nya avdelningens kom till.

Ett tema i den nya retoriken tog sin utgångspunkt i den nya situationen. Man ifrågasatte de faktiska, strukturella möjligheterna att ta hand om anhöriga. »Det blir två-tre gånger så många patienter som man faktiskt har inskrivna.« Underförstått innebär sådana utsagor: »Det är ju inte riktigt meningen... Det ingår faktiskt inte i arbetet«. Distanseringen kunde också legitimeras genom behandlingsideér, som att patienterna behöver lugn och ro och inte tålde för många intryck: »Det får inte bli för mycket spring på avdelningen«.

Vidare fanns det en generell behandlings-ideologisk retorik, där vikten av patientens framtida självständighet och oberoende betonades. Inom ramen för denna uppfattades de anhörigas bindningar till patienten som skadliga för dennes rehabilitering. Även i andra studier, hämtade från olika sjukvårdssammanhang, finner man detta förhållningssätt från de anställdas sida visavi anhöriga. (Gubrium och Buckholdt, 1982)

Innan avdelningen bildades, synes en speciell form av undvikande ha använts som en sådan distansmarkering: man talade till de anhöriga om det intet förpliktigande. Uppfattningar om överbeskydd, bristande insikt osv. uttalades »backstage«. I de senare intervjuerna uppgav man att liknande bedömningar uttrycktes direkt i samtal till de anhöriga. Uppfattningen hade därmed

transformerats till argument som kunde användas som explicita medel i gränssättningen.

Ip:—... Men sen är det också *viktigt att man förmedlar* till anhöriga att, vad som är vanligt är att det kan komma, det är en tendens att det blir ett överbeskydd. /I:— Jaja./ Ip:— Av den som har skadats. Och det måste ju försöka motarbetas. *Ge information* för att den som är hjärnskadad ska kunna bli så självständig som möjligt. För de anhöriga kan ju motverka vårt syfte. (Undersköterska. Min betoning genom kursivering)

Vidare blev retoriken mer elaborerad, inte så enkelt avfärdande som tidigare – även om den innehållsligt rörde sig kring samma teman. De tidigare utsagorna innefattade 'atrociti stories' eller mer 'rätt-upp-och-ner' upprörda beskrivningar om hur egendomligt de anhöriga betedde sig. De senare legitimeringarna framstår som mer inklädda ut-sagor om varför de anhöriga skall hållas på lagom avstånd.

De anställda ville alltså dämpa en alltför stark involvering från de anhörigas sida. Som motargument mot denna involvering, eller mot anhörigas krav på att få sin förståelse av patienten accepterad, kan de anställda ställa sin distans: »Vi som är utanför ser det hela mer objektivt«. Det är inom denna ram de ofta förekommande varningarna för »de starka banden« kan förstås. Som en del av den nya inkorporeringen gjorde man det möjligt för anhöriga att stanna på avdelningen den första tiden. I ett samtal där intervjuaren frågar om detta, svarar en intervjuad arbetsterapeut på frågan för att sedan snabbt förklara att detta är ett uttryck för en bindning som måste dämpas:

—... Om en man eller kvinna kommer hit och ska vara här, så ligger dom [anhöriga] oftast kvar en eller två nätter. Det kan också vara att dämpa den anhöriges oro och nervositet och det kan också vara viktigt för den anhörige att få se var är det nästan min man eller mitt barn är. Det tycker jag inte är så negativt. *Men det gäller också att kunna bryta det*. Det får ju inte bli under för lång period. — Dom måste ju få möjlighet att separera lite långsamt. 'OK ni kan väl vara här några dagar i början, så är ni välkomna tillbaka sen. Ni åker hem och tar hand om er själva hemma ett tag. Det händer ingenting, han är här och vi ansvarar för den här individen. Vi klarar det här. Våga lita på oss. Vi klarar det här. Och kom tillbaka sen i nästa vecka igen.'... Så är dom med och ser att det fungerar faktiskt bra, det är en viss trygghet. Det är inte så konstigt. För man bryter inte det med en gång. (Min betoning genom kursivering)

Bindningen patienter/anhöriga kan alltså definieras som något som måste luckras upp. Vissa av de intervjuade talade om att *avnavla*. I professionalismen ingick det nu att se och känna igen en felaktig bindning. Och att hitta lösningar: exempelvis en »successiv avvänjning«. Liksom dyadrelation hade sitt språkbruk och förhållningssätt gav alltså de nya ramarna, triad-formationen, upphov till sina. Ett av dess tema rörde det lagom distanserade, där begrepp som »överbeskydd«, »överhjälpna patienter« och rekommendationen att »avnavla« genom »successiv avvänjning« ingick. Om man så vill en mjuk variant av *Divide et Impera*, den form Simmel (1964:162-169) urskild, varvid en part i triaden försäkrade sin dominans.

### *Sammanfattning*

Vid uppbyggnaden av en hjärnskadeavdelning skedde efterhand en tidstypisk inkorporering av de anhöriga i vården. Genom

förändringar i den nya avdelningens arbets-sätt och rehabiliteringsideologi sökte perso-nalen ingå en koalition med de anhöriga. Ovan har jag velat illustrera två processer. För det första hur den nya triadformationen

föder nya institutioner och typifieringar. För det andra hur en ökad involvering i sig synes ge upphov till sin motsats: nya dis-tansmarkeringar.

## Referenser

- Anspach, R. (1993) *Deciding Who Lives – Fateful Choices in the Intensive-Care Nursery*. Los Angeles: University of California Press.
- Adelman, R. m fl (1987) »The Physician-Elderly Patient-Companion Triad in the Medical Encounter: the Development of a Conceptual Framework and Research Agenda«. *The Gerontologist*, 27:6, 729-734.
- Album, D. (1990) »Riktig stil – et grundlag for organisasjoners prestisje *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol 31, 227-245.
- Armstrong, D. (1983) »The Fabrication of nurse-patient relationships« *Social Science and Medicine*, vol 17, 457-460.
- Baruch, G. (1981) »Moral tales: parents' stories of encounters with the health professions« *Sociology of Health and Illness*, 3:3, 275-295.
- Bergmann, J. (1992) »Veiled morality: notes on discretion in psychiatry« i *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Black, D. och Baumgartner (1993) »Towards a Theory of the Third party.« i Black, D. *The Social Structure of Right and Wrong*. San Diego: Academic Press
- Bloor, M. och McIntosh, J. (1990) »Surveillance and concealment: a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and Health Visiting.« In S. Cunningham-Burley and N. McKegany (eds.) *Readings in Medical Sociology*. London: Tavistock.
- Bottorff, J. och Varcoe, C. (1995) »Transitions in Nurse-Patient interactions: a Qualitative Ethology« *Qualitative Health Research*, 5:3, 315-331
- Bowler, I. (1993) »They're not the same as us': midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients.« *Sociology of Health & Illness*, 15:2, 157-178.
- Caplow, T. (1968) *Two Against One – Conditions in Triads*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Coe, R. och Prendergast, C. (1985) »The formations of coalitions: interaction strategies in triads« *Sociology of Health & Illness*, vol 7, 236-247.
- Dingwall, R. (1977) »'Atrocity Stories' and Professional Relationships« *Sociology of Work and Occupations*, 4:4, 371-396.
- Donzelot, J. (1979) *The Policing of Families*. New York: Pantheon.
- Emerson, R. M. (1969) *Judging Delinquents*. Chicago: Aldine.
- Emerson, R. M. (1994) »The Role of Third Person Supporters for Domestic Violence Restraining Orders« unpublished paper.
- Fineman, N. (1991) »The social construction of noncompliance: a study of health care and social service providers in everyday practice.« *Sociology of Health & Illness*, 13:3, 354-374.
- Fisher, B. och Petersen, C. (1993) »She Won't Be Dancing Much Anyway: A Study of Surgeons, Surgical Nurses, and Elderly Patients.« *Qualitative Health Research*, 3:2, 165-183.
- Goffman, E. (1961) *Asylums*. New York: Doubleday
- Gubrium, J (1986) »The Social Preservation of Mind: The Alzheimer's Disease Experience.« *Symbolic Interaction*, vol 9, 37-51.
- Gubrium, J (1988) Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the Alzheimer's disease experience.« *Journal of Marriage and the Family*, vol 50, 197-207.
- Gubrium, J och Buckholdt, D. (1982) *Describing*

- Care: Image and Practice in Rehabilitation*. Cambridge, Mass.: Oelgeschlager, Gunn & Hann Pub.
- Gubrium, J och Holstein, J. (1990) *What is FAMILY?* Mayfield: Mountain View. CA.
- Hahn, H. (1983) "Paternalism and Public Policy" *Society*, vol 20, 36-46.
- Hasselkus, B.R. (1992) »The Family Caregiver as Interpreter in the Geriatric Medical Interview« *Medical Anthropology Quarterly*, 6:3, 288-304.
- Hunt, M. (1991) »The identification and provision of care for the terminally ill at home by 'family members'«. *Sociology of Health & Illness*, 13:3, 375-395.
- Joffe, C. (1978) "What Abortion Counselors Want from their Clients." *Social Problems*, vol 26, 112-121.
- Langton, P.A. (1991) »Competing Ideologies, Identities, and the Practice of Nurse-Midwifery.« i *Current Research on Occupations and Professions*. Red. Lopata, H. och J.A. Levy. London.: JAI Press
- May, C. (1992) "Nursing Work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient." *Sociology of Health & Illness* 14: 4, 472-487.
- Maynard, D. W. (1984) *Inside Plea Bargaining*. New York: Plenum.
- Mishler, E. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Morgan, D. och Zhao, P. (1993) »The Doctor-Caregiver Relationship., Managing the Care of Family Members with Alzheimer's Disease«. *Qualitative Health Research*, 3:2, 133-164.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. New York: The Free Press.
- Perlman, R. och Giele, J. (1983) »An Unstable Triad: Dependents' Demands, Family Resources, Community Supports.« *Home Health Care Services Quarterly*, 3:3-4, 12-44.
- Rosow, I. (1981) »Coalitions in Geriatric Medicine« *Elderly Patients and Their Doctors*. ed. Marie R. Haug. New York: Springer Pub.
- Sandin, B. (1986) *Hemmet, gatan, fabriken eller skolan*. Lund: Arkiv.
- Schutz, A. (1962) *Collected Papers I. The Problems of Social Reality*. The Hauge: Martinus Nijhoff.
- Segall, W. (1976) »The sick role concept: understanding illness behavior.« *Journal of Health & Social Behavior*, vol 17, 163.
- Sellerberg, A-M. (1994) *A Blend of Contradictions: Georg Simmel in Theory and Practice*. kapitel 2, 8, 10. New Brunswick: Transaction
- Silverman, D. (1987) *Communication and Medical Practice – Social Relations in the Clinic*. London: Sage
- Simmel, G. (1964) *The Sociology of Georg Simmel*. Ed Kurt H. Wolff. New York: Free Press
- Strong, P. M. (1979) *The Social Order of the Clinic*. London: Routledge Kegan Paul
- VanCott, M. (1993) »Communicative Competence During Nursing Admission Interviews of Elderly Patients in Acute Care Settings« *Qualitative Health Research*, 3:2, 184-298.
- Waitzkin, H. och Stoeckle, J.D. (1972) »The communication of illness« *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol 18, s. 180.
- Webb, B. and Stimson, G. (1976) "People's Accounts of Medical Encounters« in *Studies in Everyday Medical Life* Eds. M. Wadsworth and D. Robinson. London: Martin Robertson.
- Åkerström, M. (1991) *Vården möter våldet*. Landstingsförbundet: Stockholm.
- Åkerström, M. (1993) *Det egendomliga blir förstäligt: en sociologisk studie om uppbyggnaden av en hjärnskadeklinik*. Research Program in Medical Sociology. rapport 1993:5 Sociologiska institutionen. Lunds universitet.

## Summary

### *Triads and typifications*

#### *Family members as social tools, sources of knowledge, co-therapists, and "extra patients" in a care context*

At a ward where brain trauma patients were treated, family members were viewed and treated as the – often rather difficult – advocates of the patients. When a special ward was established for treating these patients according to new practices and a new ideology of rehabilitation, this quickly led to changes in the relationship between the personnel and the family members of patients.

An initial desire for distance from patients' family members on the part of the clinic personnel was replaced by a desire to form coalitions with them in rehabilitating the patients. This gave rise to several new images of the family. The main argument for legitimizing the new incorporation was that they had privileged knowledge about the patient; they became sources of information. Furthermore, it was stated that they had to follow the same rehabilitating technique as

the staff did; they became in a way assistance to the staff. To make them effective assistants, the staff sought to educate the families, designating them as pupils or students. In addition, as actors central to the rehabilitation work of the new ward, the family members of patients became an important instrument by which the occupational identity of the health care professionals in the ward was defined. With this new closeness to family members, the latter at times became transformed into patients, deserving of care in their own right.

This incorporation, however, eventually generated new forms of distancing on the part of the personnel. The basis for this finding lies in the need for the staff of the ward to retain the initiative in the provision of health care, in spite of the new images of the families in patient rehabilitation.