

Noget i luften – mellem tavshed og latter

Håndtering af intimiderende lugt på hospitalet

Anette Stenslund

Medicinsk Museion, Københavns Universitet

Denne artikel diskuterer lugtens intimitet som et betydningsfuldt element i hospitalsvæsenets omsorgsarbejde. Noget af det mest intime, der kan deles med andre mennesker, er lugt. Kropslugte er private, men lader sig sjældent tæmme, og derfor får duft og dunst ofte et intimiderende virke i det sociale liv; de påtvinger os en intimitet, vi ellers ikke havde villet. Særligt mindsket kontrol over kropslugt kan vi få i situationer, hvor vi ikke længere er i stand til at varetage egen hygiejne eller styre kropsfunktioner. Det sker, når vi bliver syge, og på hospitalet er patienter, behandlere og plejere således ofte 'indlagte' til at dele intime lugterfaringer. Episoder fra et dansk hospital vil danne illustrativt grundlag for teoretiske drøftelser af, hvorledes intimiderende lugt kan håndteres blandt andet med tavshed og latter afhængigt af situationers alvorgrad og patienters behov for omsorg.

Emneord: lugt, intimitet, omsorg, anæstesi, hospital.

Indem wir etwas riechen, ziehen wir diesen Eindruck [...] so tief in uns ein, in unser Zentrum, assimilieren es sozusagen durch den vitalen Prozeß des Atmens so eng mit uns, wie es durch keinen andern Sinn einem Objekt gegenüber möglich ist – es sei denn, daß wir es essen. Daß wir die Atmosphäre jemandes riechen, ist die intimste Wahrnehmung seiner, er dringt sozusagen in luftförmiger Gestalt in unser Sinnlich-Innerstes ein, [...].

Georg Simmel 1992 [1908]:735

Introduktion

Vi erfarer omverdenen og andre menneskers dufte og dunste gennem ånde-drættet, hvilket gav Georg Simmel, jf. artiklens epigraf, anledning til at be-

tragte lugtesansen som den mest intime sans overhovedet. Når vi lugter noget eller nogen (*indem wir etwas riechen*), trækker vi dette indtryk så dybt ind i os selv (*so tief in uns ein*), som det med ingen anden sans er muligt – medmindre, bemærker Simmel, vi ligefrem spiser det (*es sei denn, daß wir es essen*) (Simmel 1992:735). Til forskel fra smagssansen, den anden af vores to kemiske sanser, der afhænger af direkte indtagelse, så involverer lugt ofte en ufrivillig invasion af kroppen (Carlisle 2004:54), og så meget desto stærkere kan vi reagere med foragt og forargelse overfor lugtinvasion – en omstændighed, der gør olfaktorisk sansning (af latin: vedrørende lugtesansen) til et sociologisk emne af relevans.

Til trods for at lugtesansen har vist sig af afgørende betydning for menneskers befindende, så er olfaktorisk sansning ofte en underkendt dimension af den moderne vestlige tilværelse. Parfumeindustrien og den kommercielle sektors brug af duft-marketing er åbenbare undtagelser fra hvad historiker Alain Corbin har kaldt for en moderne vestlig 'deodoriseret' kultur (Corbin 1986:v). Håndteringen af ikke-designede og uønskede lugte ved vi imidlertid meget lidt om, og på den baggrund kan der stadig argumenteres for en kulturel optagethed af lugt-elimination (se Howes 1987:412, Classen et al. 1994:15, Diaconu 2005:183). I medicinsk regi har lugtens rolle undergået en betragtelig historisk forandring. Det er velkendt, at den hippokratiske læge betjente sig af lugtesansen, ofte i kombination med syns-, høre- og smagssans, som et vigtigt diagnostisk værktøj i forbindelse med eksamination af patienter. I hvilket omfang viser følgende citat fra Humours i Corpus Hippocraticum: "These are signs: – smell of the skin, mouth, ear, stool, flatulence, urine, sores, sweat, sputum, nose; saltness of skin, sputum, nose, tears, or the humours generally." (Jones 1967:69). I takt med den biomedicinske udvikling sker der imidlertid en visuel drejning i måden, hvorpå man primært begynder at orientere sig mod mere eksakte målinger tilvejebragt af blandt andet gaskromatografi og massespektrometri. Laboratorietest og elektronisk udstyr har således i stigende omfang aflastet lægens sanselige engagement i patienten, og i medicinsk øje-med kan der argumenteres for bestyrkelsen at et sanseligt videnshierarki, hvor visuel aflæsning af tal og grafer delvist suppleret af auditiv registrering, regnes for de mest pålidelige videnskilder (Howes 1995:125, 2002:69).

Denne artikel argumenterer imidlertid for, at lugt fortsat spiller en betragtelig rolle på hospitalet, hvilket blandt andet kommer til udtryk i det omsorgsarbejde, der udføres. Omsorg har, som sygeplejeforsker Kari Martinsen betoner, med et menneskeligt nærvær at gøre (1998:46), og omsorg kan des-

uden, som Mattiasson og Hemberg (1998) supplerer, involvere et menneskeligt fravær i situationer, hvor patienter har brug for privatliv. Kernen i sundhedsvæsenets omsorgsarbejde er at støtte patienter i sårbare situationer ved blandt andet at imødekomme patienters behov for intimitet. Men parallelt med behovet for følelsesmæssige og fysiske former for kontakt peger Mattiasson og Hemberg på patienters samtidige behov for at opretholde et privatliv, som plejere ikke tager del i – et behov, der ifølge Mattiasson og Hemberg må medtænkes som en integreret del af omsorgsarbejdet (1998:528). Der peges således på en væsentlig udfordring i omsorgsarbejdet, som handler om balanceringen mellem socialt samvær på den ene side og opretholdelse af distance med respekt for privatlivets fred på den anden side. Med eksplicit opmærksomhed rettet mod lugt vil denne artikel imidlertid diskutere, hvorledes balanceringen mellem social- og privatsfære kan udfordres af lugtfænomener. Lugt kender ikke til kulturelle normer for, hvad der skal deles socialt og holdes privat, og i kraft af lugtens grænseoverskridende molekylære flygtighed kan den let påtvinge en intimitet, der ikke er ønsket. Olfaktoriske erfaringer er i den forstand ofte at betragte som intimiderende, påtvungne fælleserfaringer: ”One cannot but participate in [...] the situation, because it participates in *you*”, skriver antropolog David Howes med reference til, i hans tilfælde, den påtvungne indånding af duftpartikler fra røgelse (1987:403, original kursivering).

Ikke tidligere har lugtoplevelsers betydning for det sociale følelsesliv personale og patienter imellem været taget op til overvejelse i akademisk regi. Der findes historiske tematiseringer af datidens lugt på hospitaler (se Corbin 1986, Palmer 1993), men lugtens betydning for omsorgsarbejdet står fortsat uadresseret tilbage. I Kari Martinsens omsorgsfilosofi betones sansningens fundamentale rolle i sygeplejen: ”Sygepleje er [...] at man på en god måde [...] møder den andens krop i dens sanselighed”, skriver hun (1994:122). Med udgangspunkt i K. E. Løgstrups filosofi bemærker Martinsen imidlertid også synets og hørelsens dominans, hvilket får hende til at efterspørge en forskningsindsats, der kan bidrage med større forståelse af øvrige sanseligheder: ”Specielt i sygeplejesammenhæng vil jeg [Martinsen] [...] pege på de andre sanser – lugten, smagen og berøringen – sanser som vor rationalistiske tid har afskærmet fra det offentlige rum” (Martinsen 1994:122). Forbigåelsen af sansningens betydning indenfor sundhedsområdet kalder således på langt flere studier med langt større sanselig sensitivitet. Denne artikel gør et indledende forsøg på at introducere et olfaktorisk perspektiv på det omsorgsarbejde, der varetages i sundhedssektoren.

Med afsæt i et etnografisk feltarbejde foretaget i og omkring operationsstuerne på et dansk hospital præsenterer artiklen episoder, der illustrerer, hvorledes intimiderende lugt håndteres personale og patienter imellem afhængigt af patienters behov for omsorg. Teoretisk henter artiklen inspiration fra en kombination af kontinentaleuropæisk filosofi og symbolsk interaktionisme. Med inspiration fra sociolog Eviatar Zerubavels arbejde om tabuiserede begivenheder, alle kender til, men ikke taler om (2006), bliver det muligt, at reflektere over intimiderende lugt, der håndteres som om, intet var hændt. I et værn om patienters integritet benyttes såvel tavshed og latter som sociale mekanismer taget i anvendelse i håndteringen af lugtforårsaget intimitet. Inddragelsen af Henri Bergsons tanker om humoristisk latter (1993) vil i den sammenhæng åbne op for diskussionen af lattervækkende meningskulturelle tilgange til lugt, der til forskel fra lugtforårsaget tavshed synes at medvirke til etableringen af et initieret samvær omkring lugt – en socialitet, der samles om at le ad lugt. Inden for sociologien findes en spirende forskningsaktivitet omkring den humoristiske latters andel i det omsorgsarbejde, der foregår indenfor sundhedsvæsenet (Se Coser 1962, Francis 1994, du Pré 1998, Francis et al. 1999, Wanzer et al. 2005). Bemærkelsesværdigt er imidlertid, at samtlige studier af omsorgsarbejdet på hospitaler er 'deodoriserede'. Forsømmelsen af olfaktorisk sansning er notabel ikke mindst på grund af lugtens intimitet, hvilket vi vil erfare i det næste.

Om feltarbejdet på operationsstuerne

Til grund for analysen ligger et udvalg af episoder hentet fra et etnografisk feltarbejde bestående af deltagerobservationer foretaget forår og sommer 2012, hvor jeg fulgte anæstesiologer ind og ud af operationsstuerne. Som følge heraf deltog jeg i omkring 250 operationer af varierende intensitet og varighed og overværede alt fra hjertestop til genoplivningsforsøg, stomioperationer, gastric bypass, blindtarmsoperationer, fødsler, kejsersnit, aborter, kræftoperationer, knoglebruds- og hofteoperationer med mere. Jævnfør danske lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (LOV nr 593 af 14/06/2011) har projektet ikke været omfattet af loven om anmeldelse til den videnskabsetiske komité. Vejledt af blandt andet Kirsten Ohm Kyviks etiske forskrifter (2007:333) blev der indgået aftale med ledende overlæge om tavshedspligt og fortrolig omgang med samtlige observationer, hvilket

har bevirket, at alt materiale er behandlet i anonymiseret form. Personale og patienter optræder under pseudonymer, køn- og alderskarakteristika er 'sløret', og særlige sygdomshistorier, som ville kunne give identifikationsoplysninger, er erstattet af fiktive karakteristika.

Iklædt en operationsdragt – en joggingtøjslignende uniform bestående af hvid T-shirt, grøn pullover og løse bukser, hvide sokker, træsko, hårnet og somme tider også maske – var jeg i stand til at falde ind i mængden af læger og operationssygeplejersker uden at vække visuel opsigt. Af personalet blev jeg ofte betragtet og behandlet på linje med de medicinstuderende, som man var vant til fulgte operationer med jævne mellemrum i læringsøjemed. På operationsstuerne fik jeg mulighed for at pendle frit frem og tilbage mellem kirurger, anæstesiologer og sygeplejersker. Lejlighedsvist skete det, at der blev spurgt til min assistance, og i tilfælde, hvor jeg var i stand til at bistå på forsvarelig vis, assisterede jeg i arbejdet. Jeg holdt måske en arm eller et ben, løftede og skubbede patientkroppe, hentede væske, gaze eller andre forsyninger og indtastede patientinformationer på anæstesiapparatets monitor. Det hændte imidlertid også, at jeg blev spurgt om hjælp uden at være i stand til at assistere, og som regel var det den slags situationer, der mindede personalet om min udenforstående position som ikke-mediciner. De tenderede ellers at glemme den. Generelt faldt jeg således hverken helt ind i miljøet som fuldgyldigt 'medlem', som fagfælle og kollega, men forblev omvendt heller ikke komplet udenforstående.

Som sociolog på et hospital er der åbenlyse begrænsninger, når det kommer til at foretage deltagerobservationer. Det gælder naturligvis for samtlige socialvidenskabsfolk, som ikke har baggrund i medicinfaget (se for eksempel Wind 2008:82). Af naturlige årsager var det umuligt for mig, at påtage mig rollen som kirurg, anæstesiolog, sygeplejerske, patient eller pårørende. Der var kun ét at gøre, nemlig at påtage sig forskerrollen, når situationer afkrævede det, hvilket skete eksplicit på daglig basis under hver såkaldte 'timeout' – en præsentationsrunde afholdt blandt alle tilstedeværende i den præoperative fase: "Mette Jensen. Jeg er kirurg og skal foretage en ileocecal resection", "Bo, anæstesiolog", "Nina Larsen, operationssygeplejerske" – og så blev det min tur: "Anette Stenslund, ph.d.-studerende". Kunne jeg komme afsted med det, undlod jeg at minde om, at jeg var sociolog, og jeg mindede heller ikke om mit primære ærinde, som bestod i at undersøge det olfaktoriske miljø på hospitalet. Årsagen skyldtes ingen intention om at holde en skjult agenda, for personalet kendte i grundlæggende træk til mit forskningsærinde præsenteret

under fællesmøder forinden. Min tilbageholdenhed skyldtes snarere, at jeg af etiske grunde ikke ønskede at konkurrere med patienterne om personalets opmærksomhed. Jeg søgte at undgå at 'forstyrre' begivenhedernes gang mere end højst nødvendigt, for hurtigt erfarede jeg, at 'lugtærindet' formåede at suge exceptionel stor opmærksomhed til sig. Tilsyneladende havde italesættelsen af lugt ofte en særlig underholdningsværdi. Somme tider kunne det endda forblive et samtaleemne under operationer af timers varighed med det resultat, at iagttagelser af personalets sædvanlige og uforstyrrede lugthåndtering blev umuliggjort. Af den grund holdt jeg mig principielt til de overordnede linjer, førend situationer afkrævede detaljer omkring forskningsprojektets karakter, hvilket jeg i så fald naturligvis imødekom.

Denne metodiske afvejning kunne have været anderledes grebet an for eksempel ved at 'dyrke' det opmærksomhedsvækkende 'fund' og igangsætte adfærdsforandringer og refleksioner blandt informanterne, sådan som det eksempelvis er fremgangsmåden i aktionsforskning (Kvale & Brinkman 2009:284). Kun lejlighedsvist 'dyrkede' jeg lugten for at fremprovokere en respons. "Puh, det lugter", kunne jeg finde på at sige, for eksempel under vakuumpakningen af en bortopereret kræftsvulst, hvor jeg havde en sygeplejerske på enehånd. "Ja, det lugter ikke ligefrem af roser", lød sygeplejerskens respons. Den slags aktiv indtræden i feltet begrænsede sig til få situationer, hvor jeg var alene med personalet. Aldrig lod jeg det ske, når der var patienter tilstede, og de episoder artiklen refererer til er alene situationer, hvor personalet har patientkontakt. Fælles for dem gælder derfor, at de har været motiveret af et metodisk ønske om at opnå indsigt i dagligdagen på operationsstuerne uden at jeg, som observatør, pådrog mig stor opmærksomhed. Jeg var deltagende observatør på kanten til at blive, hvad Kristiansen og Krogstrup kalder for, total observatør (1999:102). Hvor den totale observatør holder sin identitet og observation hemmelig, lægger den deltagende observatør ikke skjul på sine forskningshensigter (Kristiansen & Krogstrup 1999:109). Min diskretion bevirkede, at jeg kom til at balancere mellem disse deltagerroller, som jeg ikke desto mindre vurderede var en forudsætning for at få indblik i den hverdagslige omgang med lugt.

Jeg tog notater kontinuerligt under feltarbejdet, og operationsuniformen var ved den lejlighed formålstjenligt udstyret med store lommer, der gav plads til pen og papir. Ud fra ambitionen om tilstræbt diskretion og unddragelse af uhensigtsmæssig opmærksomhed tog jeg imidlertid aldrig notater i andres påsyn, men fortrak til omklædningsrummet, hvis der var informationer eller

citater, jeg ønskede at huske ordret. Min daglige mødetid var tidlig morgen, og som regel forlod jeg hospitalet sen eftermiddag. Aftener brugte jeg på at genkalde mig episoder og således efter hukommelsen rekonstruere de situationer, jeg havde oplevet i løbet af dagen. Feltnoterne er nedskrevet i, hvad Spadley kalder for et 'amalgameret sprog' (1980:71), og består af en sammenblanding af egne hverdagslige formuleringer, dagbogslignende notater, mere abstrakt sociologisk terminologi og medicinske fagudtryk hentet fra hospitalets personale. Jeg kan således ikke sige mig fri for at have omformuleret, kondenseret, generaliseret og simplificeret, hvad der *egentlig* blev sagt af hvem, hvor og hvornår. Også organiseringen af observationer i feltnoteapparatet kunne have været grebet anderledes an, for en semantisk organisering kunne have hjulpet analysen med specifik identificering af forskellige informanternes ordvalg, når det kom til italesættelsen af lugt. Ifølge Spadley har mange etnografer tendens til at sammensætte deres eget billede af den kulturelle scene (Spadley 1980:66) – denne tendens vedkender jeg mig.

I det videre foretages en vekselvirkende analytisk bevægelse mellem et deskriptivt fremstillet udvalg af episoder fra hospitalet og teoretiske ræsonnementer. Udvalget afspejler episoder, der gjorde et særligt følelsesmæssigt indtryk på mig som forsker. De afspejler med andre ord episoder, hvor jeg, samtidig med at have tilstræbt en tilbageholdenhed i form af ikke at lade egne værdidomme influere feltet – og således på fænomenologisk vis sætte parentes (*epoché*) omkring subjektive fordomme (Schiermer 2013:50) – også har gjort brug af en subjektiv indlevelsesevne, som et redskab til at lade mig berøre. Åbenheden for feltet fordrer et samtidigt engagement, hvor jeg var opmærksom på situationer, der gjorde indtryk – en opmærksomhed anvist af metodiske refleksioner hos sociolog Inger Glavind Bo (2002:54). Et mere implicit fænomenologisk ræsonnement om oplevelsen af atmosfære ligger desuden som metodisk fundament for den følelsesmæssige orientering, der har guidet udvælgelsen af episoder. Atmosfære er, ifølge filosof Hermann Schmitz (1965), hvad vi intuitivt og mest umiddelbart mærker, når der er 'noget i luften': "Etwas liegt in der Luft. Was so in der Luft liegt, ist ein Gefühl" (Schmitz 1965:50). Det 'noget', der er i luften, er følelser, der spreder sig i rum (Schmitz 2010:21), og helhedsindtrykket af den slags 'luftige' følelser er atmosfæren. Lugt har, som nævnt, qua sin luftbårne flygtighed og stemningsfremkaldende potentialer del i atmosfæren – ikke som en selvstændig del, men som en sanselig kvalitet, der indgår i et samspil med øvrige sanser, når vi fornemmer 'noget i luften' (se for eksempel Tellenbach 1968:46). Atmosfærer er desuden

følelser, der kun kan undersøges, hvis forskeren udsætter sig selv for dem og mærker dem gennem egen krop (Böhme 2001:52). Mange situationer gjorde indtryk, satte sig i kroppen og berørte, men ikke altid var lugt omdrejningspunktet. De episoder, som imidlertid både berørte og involverede personalets eksplicite adressering af lugt, er fremstillet her, og mit ordvalg vil somme tider vidne om, at jeg som forsker har været involveret og berørt.

Præ-anæsteseret omsorg

På operationslejet lægger den kræftsyge mand sig tilrette. Lad os kalde ham Georg. Svulsten, der truer ham på livet, skal fjernes. Hvis ikke det sker nu, vil han have blot omkring en måned igen. Det er lægernes estimat. Med operationen vurderes han til gengæld at have gode chancer for overlevelse, og personalet virker optimistiske på hans vegne. Der lægges an til et større operativt indgreb, for svulsten vokser på endetarmen, hvilket komplicerer det indgreb, der skal ske bag om tarmen. Georg har fået tarmslyng til følge, og som han ligger dér, udsat, på kanten af livet, men samtidig som midtpunkt for operationsstuen aktiviteter, blottet og til alles skue, er det pludselig svært for ham at holde på afføringen: ”Åh nej, jeg kan mærke, det kommer. Jeg har ellers en god lukkemuskel. Jeg plejer at kunne holde på det, men jeg kan altså ikke holde det. Det kommer nu. Jeg kan ikke holde det tilbage. Det kommer nu.” Georg er heldigvis forskånet fra viden om, at lægerne om lidt, under narkosen, vil stå med hans tarme i hænderne og malke den sidste afføring manuelt ud for at kunne få fat på den ondartede svulst. Den afføring, Georg ikke kan holde på nu, er derfor intet til sammenligning. Men afføring er jo heller ikke bare afføring, og i dette tilfælde siver fækalerne ikke ligefrem lydløst og lugtfrit ud af et livstruet menneske. Lugt og lyd kender med andre ord ikke til skånsel af dødssyge mennesker, tvært imod synes sanseligheden at forstærke den potentielt ydmygende situation, Georg befinder sig i.

Kirurger og anæstesiologer lader som ingenting. Professionelt kobler de øjne, øre og næser fra, mens de tavst fokuserer på klargørelsen af den forestående procedure. Det er operationssygeplejerskens job at tage vare på den nære patientkontakt i situationer som denne, og Thue er professionel i sin måde at berolige Georg på: ”Det er helt i orden, Georg. Der kommer bare, hvad der kommer, og vi tørrer det op og vasker dig. Vi er helt med på, at det er en speciel situation at ligge der, hvor du gør”. Thues omsorg og beroligende ord synes at

hjælpe Georg, om ikke andet bringer anæstesen en ende på ubehaget. Mens Georg inhalerer den sidste ilt af egen kraft gennem sin maske, tager anæstesiologen over: ”Så Georg, nu skal du tænke på noget rart. Har du været på ferie for nylig?” De sidste ord handler om London og om at drikke Guinness i solen.

Den intime lugt, der jævnfør Simmel i artiklens epigraf, trænger ind i vores sanselige inderste (*in unser Sinnlich-Innerstes*, Simmel 1992:735) invaderer personalets ’personlige rum’ og har i den forstand et anti-territoriant og grænseoverskridende virke. Hos Erving Goffman er det personlige rum ét ud af flere territorier, hvoromkring det sociale liv er organiseret (1971:28). Det er defineret som et egocentrisk ”space surrounding an individual, anywhere within which an entering other causes the individual to feel encroached upon, leading him to show displeasure and sometimes to withdraw” (Goffman 1971:29). Når fremmede kommer for tæt på os fysisk, har vi tendens til at værne om vores personlige rum for eksempel ved at vige tilbage og undgå fysisk kontakt. Den slags afværgelser sker lettere fysisk og visuelt, ved at flytte kroppen eller vende blikket, end auditivt og olfaktorisk, hvor det kan være vanskeligere at opretholde afstand. Goffman foreslår, at der kan være tale om henholdsvis ’offer’ og ’krænker’ i situationer, hvor personlige rum invaderes (1971:29). Betones denne pointe sanseligt, kan folk, som sanseligt indtager rum blive krænker af sansevidner, som bliver ofre. Goffman pointerer imidlertid, at det er situationsafhængigt, hvornår der er tale om krænkelser (1971:31). Slippes en vind, hvor der ellers er adgang til et toilet, og hvor folk ikke har mulighed for at flytte sig – under koncerter eller i teatret eksempelvis – er det sandsynligt, at den uagtsomme hændelse vil skabe irritabilitet og blive sanktioneret, men på hospitalet, og i dette tilfælde på operationsstuen hos Georg, møder tabubelagt lugt og lyd ingen sanktioner. Der er forskel på at være blotter eller blottet. Hvor førstnævnte bliver til krænker, fordi vedkommende initieret udsætter andre for sanselig intimitet, er sidstnævnte et offer for sanselig blottelse. Georg beklager og advarer personalet om ikke at kunne holde sig. Han giver herved udtryk for en slags olfaktorisk blufærdighed og kan næppe betragtes som krænker. På sin vis er lugten i denne situation både social og antisocial: den er social, fordi den går i næsen på flere end lugtens ejermand, og antisocial fordi den overskrider ønsker og normer for, hvad man holder for sig selv, og hvad man deler med andre. Lægerne synes imidlertid at kompensere for Georgs ufrivillige blottelse ved tavst at lade som om, ingenting var hændt. Dette kan ses som en form for omsorgsarbejde, hvilket artiklen vender tilbage til.

Tabuiserede, sårbare, intime eller skamfulde begivenheder har vi tendens til at holde for os selv. Sociolog Eviatar Zerubavel (2006) beskæftiger sig med netop de sociale mekanismer for omgangen med hændelser, alle kender til hver især, men som ikke deles offentligt. Han nævner krigstraumer, alkoholmisbrug, sex, utroskab og selvmord som eksempler på vægtige tabubelagte begivenheder, vi socialt ofte vil søge at fortie. Men der findes også mindre alvorlige begivenheder, som involverer skam, flovhed og forlegenhed (Goffman 1956; Zerubavel 2006:6), og til den slags mere prekære emner hører flere typer af lugtopplevelser. I den skitserede præoperative fase håndteredes lugt med tavshed af læger og kirurger, samtidig med at den eksplicit blev adresseret af sygeplejersken, der lod Georg vide, at den slags let kunne ske, og at der ingen harme var gjort: ”vi tørrer det op og vasker dig. Vi er helt med på, at det er en speciel situation at ligge der, hvor du gør”.

Anæstetisk atmosfærisk skifte

Nu sover Georg, og stemningen tager et skifte. Anæstesen, af græsk *anaesthesia*, som bogstaveligt betyder ’uden’ (*an-*) ’sansefornemmelse’ (*aesthesia*), forstummer nemlig den sanseligt sensitive og selverfarende patientkrop med alt, hvad den indebærer af pinagtighed og hensyntagen i forhold til tabubelagte normoverskridelser og øvrige sociokulturelle ubehageligheder. Momentant sættes patientens sanser og følelser ud af kraft, og tilbage bliver sundhedspersonalets intakte sansesystemer. Det er nu i mindre grad Georg, som ligger på operationslejet, og i højere grad hvad filosof Gernot Böhme har kaldt for en ’fremmederfaret’ krop, der som ren anatomisk kendsgerning ligger til disposition for medicinsk eksamination ”wie er dem ärztlichen Blick erscheint” (2003:12). Patienter i fuld narkose synes at aflaste det følelsesmæssige omsorgsarbejde, hvilket en samtale med en anæstesisygeplejerske desuden gjorde opmærksom på, da hun udtrykte udmattelse ved tanken om at have fået tildelt et fuldt dagsprogram med kejsersnitoperationer: ”Man skal hele tiden være så ih-og-åh føle-føle-agtig. Jeg lyder nok lidt hård i filten, men det er altså ikke lige mig.” Kejsersnitoperationer involverede ingen særlige lugtgener, men sygeplejersken pegede til gengæld på det følelsesmæssige engagement en vågen vordende mor i epidural anæstesi – tilmed ofte ledsaget af en bekymret vordende far – afkrævede af hende; et fordoblet følelsesmæssigt omsorgsarbejde. Fuld narkose var omvendt medvirkende til, at personalet kunne sætte midler-

tidig parentes om det følelsesmæssige element i omsorgsarbejdet, hvorved patientens fysiologiske velbefindende kunne sikres fuld bevågenhed.

To kirurger lægger det første snit, der åbner Georgs abdomen. Tarmene malkes for afføring og gas med yderligere lyd og lugt til følge. Den ene kirurg retter en kommentar til den sygeplejerske, som står ved instrumentbordet tættest ved Georgs bagdel: ”Beklager, Nanna”. Personalet ler, og Nanna ler med, mens hun med himlende øjne siger: ”Ja, det er godt gjort”. Tarmudtømmningens sanselige bidrag til atmosfæren på operationsstuen giver tilsyneladende hverken anledning til irritation eller harme. Tværtimod synes stemningen lettere opløftet. Der bliver serveret kække bemærkninger som ”velbekomme” og ”fy da føj”, og kirurgen underholder med anekdoter, der nærmer sig det vulgære. De omhandler ham selv og hans erfaring med presserende toiletbesøg under en operation. Der kan være kønnede såvel som professionsafhængige magtforhold involveret i måden, der spøges med lugt. Jeg oplevede for eksempel udelukkende, at morsomheder om lugt blev igangsat af kirurger. Det var desuden mandlige kirurger. En tilfældighed? Der eksisterer i det aktuelle projekt ikke belæg for at drage konklusioner om det kønnede forhold, hvilket kalder på mere forskning inden for området. Med hensyn til den professionsbetingede hierarkiske organisering af samtaleemner på operationsstuerne, så var det tilsyneladende læger og kirurger, som initierede hvornår alvor kunne slå over i et samvær omkring humoristiske udlægninger af lugt. Jeg oplevede ingen sygeplejersker igangsætte morskab om lugt, men sandsynligt er, at denne omstændighed ikke udelukkende har haft med et kønnet og statusdetermineret magtforhold at gøre. Også den meget ligefremme og naturlige omstændighed, at det var kirurger og anæstesilæger, der hele tiden havde det mest aktuelle kendskab til patienternes helbredstilstand, må tænkes som en væsentlig faktor for den interaktion, der skete på stuerne. Hensynet til patienters velfærd gik forud for alt andet.

Empatiske følelser er ifølge Henri Bergson latterens største fjende. Ømhed og medlidenhed får således latteren til at forstumme, hvorimod et fravær af følelsesmæssig involvering giver den de bedste kår (Bergson 1993:17). Selvom en kræftoperation kan lyde som en alvorlig sag, så var situationen med Georgs kræftsvulst ikke ualmindelig for hospitalets erfarne personale, og den operative procedure blev udført på rutinemæssig vis ud fra en overbevisning om gode overlevelsesmuligheder. Alvoren var således ikke tyngende. Den var til stede i Georgs vågne tilstand, hvor han havde brug for personalets omsorg, men så snart anæstesen satte hans behov for følelsesmæssig omsorg på ’stand by’, blev atmos-

færen mindre anspændt og mere afslappet. Anæstesi virkede således forlø, men også for personalet. Studier har vist, hvorledes humor kan bruges som en positiv social strategi blandt sundhedsvidenskabeligt personale til at håndtere ubehag i arbejdssituationer og således hjælpe med til, at personalet forbliver produktivt virksomt (se du Pre 1998; Wanzer et al. 2005). At også olfaktoriske dagligdags-erfaringer på hospitalet håndteres med humor som en form for olfaktorisk 'coping'-strategi er næppe utænkelig. Så snart den rent fysiske og ikke følelseserfarende krop giver sig til kende, er der grobund for, "at komikken blander sig i sagen", skriver Bergson (1993:46). Det skete på operationsstuen, da Georgs tarm blev malket for tabuiseret lyd og lugt. Det gav anledning til morskab og latter, men ikke på Georgs bekostning, for havde Georg været mentalt tilstede, ville tonen have skiftet karakter: "Så skal du vågne, Georg. Du er på operationsstuen, og alting er gået godt. Kan du ikke lige åbne øjnene engang?". Anæstesiologen er klar i mælet, og tonen er atter bestemt. Alt tyder derfor på, at lugtforårsaget morskab blot eksisterer for en stund – som en måde for personalet at overkomme det olfaktoriske arbejdsmiljø på.

Situerede olfaktoriske brud

Det fortjener nuancering at betone, at ikke alle situationer, der involverede lugt på operationsstuerne, også involverede tavshed eller latter. Somme tider blev lugt også bare fjernet. Kort og godt. En praktisk omstændighed uden så mange følelser indblandet: "Er der tændt for udsugning?", spørger sygeplejersken Ida for eksempel i det moment en skarp lugt af brændt væv indtager hele operationsstuen. På patientlejet ligger en mand med bagdelen i vejret. Han er vågen og i lokalbedøvelse opereres han for en rift i endetarmen (anal fissur). Det er kauteriseringen (brænding af blodkar, der stopper blødning), der giver den gennemtrængende lugt. Kirurger og anæstesiologer nikker til Ida, som for at bekræfte både lugten og udsugningens indstilling. Kommunikationen virker nøgtern og er hverken specielt tavs eller involverer latter.

Det brændte væv fra den anale fissur forårsagede på linje med tarmudtømmingen et olfaktorisk brud på det sædvanlige neutrale olfaktoriske miljø, der fandtes på operationsstuerne. Olfaktoriske brud kalder jeg de lugtinvationer, som personalet rettede opmærksomhed imod, fordi de brød med det sædvanlige olfaktoriske miljø. Det fortjener en yderligere nuancering at påpege,

at disse brud ikke blot knyttede sig til kropslugte, men lige såvel kunne stamme fra rengøring eller instrumenter. En klorafvaskning kunne for eksempel lukke en stue ned, indtil lugten var forsvundet, og nye leverancer af staseslanger (de gummibånd, der bruges til at stramme om overarmen på patienter, så blodårerne svulmer op og gør det lettere at placere venekatetre) kunne tilsyneladende forstyrre personalet, fordi de duftede ”helt skørt af kanel”, fortæller en sygeplejerske. Duften af kanel, der ellers for de fleste mennesker er en behagelig duft, som i Skandinavien ofte associeres med mad og søde sager – ’svenska kanelbullar’ eksempelvis – kunne staben af anæstesisygeplejersker ikke forlige sig med og bad endda deres overordnede om at få staseslangerne med kanelduft udskiftet.

Fra Mary Douglas ved vi, at vores forståelse af ’snavs’ (*dirt*) er forbundet med to ting; hygiejne og sædvane (Douglas 2002:8). Snavs er ingen absolut størrelse, men må forstås i sammenhæng og i relation til kulturelle værdier. Snavs er således i Douglas’ terminologi en betegnelse for det, der ikke passer ind i en given orden. Snavs er *uorden*. Det, der er ’out of place’, og som herved også overskrider viden om sygdomssmitte (1999:109). Bakteriologisk guidede hygiejneforhold spiller naturligvis en altafgørende rolle på hospitalet, men den ’lugtafvisende attitude’ (*odour denying attitude*, Howes 1987:412) overfor også ’rene’ dufte, der ikke bærer smitterisici, peger på de typer af dufte og dunste, som var upassende mere end helbredsmæssigt risikofulde. Hvorfor kunne personalet ikke have med kanelduft at gøre? Sandsynligt er, at lugtens signalværdi har spillet ind, og at hospitalet gennem opretholdelsen af et neutralt olfaktorisk miljø henter et signal om professionalisme. Dette har at gøre med, hvad jeg andetsteds har kaldet for ’lugtens fysiognomi’ (*the physiognomy of smell*, Stenslund: under publicering), der involverer lugtens evne til at gøre menings- og værdiladet indtryk på os. Når personalet således fjerner *uordentlige* lugttyper, kan det ske med henblik på at styre det indtryk, hospitalet giver af sig selv som institution. Med Douglas kan man betragte hospitalets symbolske orden som et værdisystem udkrystalliseret i den vanemæssige regulering af det olfaktoriske miljø, som også bliver en del af omsorgsarbejdet, fordi administreringen af lugtindtryk sikrer, at patienter hverken havner i frygt for smitterisici eller får uhensigtsmæssig fornemmelse af et useriøst foretagende, hvor de ligeså vel kunne være taget til bageren som have konsulteret hospitalet. Snavs kan her i skikkelse af upassende kanelduft (duft ’out of place’) afstedkomme en “underlying feeling [...] that a system of values which is habitually expressed in a given arrangement of things has been violated” (Douglas 1999:109). En restriktivt re-

guleret lugtkultur giver således et implicit signal om omsorg, der ud over at indikere gode hygiejneforhold også sender et signal om professionalisme.

Lattervækkende olfaktoriske twist

At udlægge noget på en lattervækkende måde kan kræve såvel en intellektuel og fantasifuld kompetence i at lege med fordrejning af betydninger for det lattervækkende fænomen. Bergson betragter den vaklende erfaring mellem *mulige* og *reelle* betydninger af et fænomen som en central mekanisme for, hvornår noget potentielt kan opleves som morsomt: ”det er denne vaklen i vores sind mellem to modstridende fortolkninger, der er det mest iøjnefaldende i den morskab som forvekslingen giver os.” (Bergson 1993:73). Det lattervækkende kan for eksempel opstå ved at lade det normalt usammenlignelige sammenligne. Under en stomi-operation træder en sygeplejerske for eksempel ind på operationsstuen, og idet hun åbner døren, udbryder hun med smil og rynket næse: ”Jeg synes, I holder jer en lidt speciel atmosfære herinde”. ”Ja”, lyder det tilbage fra anæstesiologen bag patientlejet, ”det dufter ikke ligefrem af violer”. Der udveksles smil mellem kirurger, anæstesiologer og sygeplejersker. Smil, der udløses af en retorisk leg med situationens meningssammenhæng, hvor sammenligningen af duften af violer og dunsten af fækalier bliver, om ikke ligefrem lattervækkende, så i hvert fald komisk. Komisk, fordi alle ved, at den *reelle* situation ikke involverer violer.

Ved lejlighed fortæller operationssygeplejersken Kasper om sin omsorgspleje: ”Det sker, at en patient slipper en vind, og så er det bare med at gøre det så let for patienten som muligt. Det gør jeg for eksempel ved at sige ’Hov! Var det mig? Nå pyha, jeg troede lige, det var mig, som pruttede. Godt det var dig’ [til patienten].” Her foretages en ombytning af reelt og irreelt, en ombytning, der hos Bergson er en af flere virkemidler til at skabe komik (Bergson 1993:71). Med sin humoristiske håndtering af lugten vender Kasper den reelle situation om og indikerer rolleskifte. Kasper tager lugten ’på sig’ så at sige og håndterer således skammen på vegne af patienten. Først sidenhen, efter han har taget ’brodden’ af lugtens skamfulde virke, kaster Kasper den tilbage som omdrejningspunkt for samtalen, men nu optræder lugten i en form, hvor dens kulturelt pinagtige og skamfulde potentiale er blevet afmonteret, og lugtfænomenet bliver i sin harmløshed derfor blot fjollet og kan les ad i fællesskab.

Kaspers humoristiske, i betydningen grinagtige eller pudsige, tilgang til lugten på operationsstuen handler om evnen til at lege med forskellige virkelighedsforståelser og foretage, hvad man kunne kalde, et 'olfaktorisk menings-twist' ved at lade den reelle situation og det mulige alternativ ombytte. Lugt kan blive latternvækkende, når forskellige udlægninger af lugtsituationen kan give anledning til misforståelser, således som det er illustreret ovenfor, hvor personalet i forskellige situationer spøjte med misforståede udlægninger af operationsstuens lugt som værende enten viollignende eller appetitlig ("velbekomme"), hvor der i realiteten har været tale om lugttypen af anden karakter (fækalier). I tilfældet med Kasper, tildeler han sin patient en alvidende rolle. Han sætter patienten i en position, hvorfra vedkommende får indsigt i omstændighedernes reelle sammenhæng, som i dette tilfælde handler om, hvem der i virkeligheden slap en vind. Kasper, som reelt også ved det, men som i sin humoristiske tilgang foregiver kun at have begrænset overblik over situationens reelle sammenhæng ("Hov, var det mig?"), iscenesætter på den måde en vaklen mellem mulige forståelser af hændelser knyttet til lugten. Denne vaklen mellem mulige situationsforståelser skaber potentialer for forveksling og ombytning af roller, hvilket igen giver grobund for morskab. Den humoristiske omgang med lugt afhjælper således pinagtigheden og anspændtheden i svære situationer, og Kaspers evne til at sætte sig selv i patientens sted er en medvirkende årsag.

Om lugt er latternvækkende eller ej, bestemmes således af den specifikke situation, patientens tilstand og personalets kompetence i brug af lugtrelateret humor til at håndtere de følelser, lugten kan fremkalde. Iagttagelserne vidner om, at det først er gennem studier af den specifikke situerede meningskontekst, at lugtens stemningsangivende potentiale kan studeres mere indgående. Jeg har frem til nu illustreret, hvorledes situationsforståelser kan spille ind som forudsætning for det latternvækkende. Lugtrelaterede morsomheder kræver med andre ord kompetence i at kunne sætte lugtens fysiske kvalitet i relief i forhold til kulturelle værdier og betydninger. I afsnittet nedenfor rettes opmærksomhed mod en episode, som, ved at stå i kontrast til stemningen ovenfor, illustrerer, hvorledes lugthåndtering i alvorssituationer kan indhyles i tavshed og empati som social kompetence i omsorgsarbejdet.

Lugt, der i alvor forstummer

Asger, en patient med indre blødning, køres akut ind på operationsstuen. Situationen er alt andet end normal, og der eksisterer langt fra samme grad af optimisme omkring scenarier for overlevelse, som det eksempelvis var tilfældet med Georg. Øjeblikkeligt placeres en iltmaske over Asgers mund og næse for at tilføre ham den nødvendige iltreserve, inden han intuberes og tilsluttes respirator. Asger forsøger at kommunikere ud gennem masken: ”Jeg har kvalme. Jeg skal kaste op”. Under normale omstændigheder ville man have stoppet op og givet patienten en pause, men det gør man ikke her, hvilket indikerer, at der ingen tid er at spilde. ”Ja”, svarer sygeplejersken alvorligt tilbage, ”vi skal nok hjælpe dig. Du skal bare slappe af, og så går det væk”. Anæstesimidlerne sprøjtes intravenøst og gør deres øjeblikkelige indvirkning.

Asger har fået en indre lækage, der forårsager ustoppelig blødning, og mens blodet pulserer ud af blodvejene, søger kirurger koncentreret at lokalisere det alvorlige læk. Alt imens samarbejder et større team af sygeplejersker om at holde liv i Asger ved konstant at forsyne ham med nyt blod. Der er poser med blod overalt, og nye blodforsyninger bringes med jævne mellemrum til stuen. Litervis af blod hældes på patienten. Det meste flyder ud i Asgers bughule i stedet for at cirkulere i hans årer. En del flyder ned på gulvet, og sygeplejerskerne er indsmurte. Stemningen virker opgivende, og man forsøger sig med en gastroskopisk undersøgelse. Midt i den alvorlige situation trækker en sygeplejerske mig med ud i skyllerummet, og med et skævt smil, sænket stemme og en håndflade, der dels skjuler hendes mundbevægelser for de kolleger, der måtte følge os med blikket ud igennem svingdørens lille glasvindue, og dels signalerer til mig, at hvad hun nu indvier mig i, er noget, der måske ikke skal siges højt, siger hun: ”Nu du studerer lugte, så skulle du tage at åbne det skab.” Hun peger på skabet med skoper, hvorfra vi netop har taget et i anvendelse. ”De lugter”, uddyber hun, ”også selvom de bliver steriliseret hver gang, de har været brugt”. Hun blinker med øjet og efter en kort mere teknisk samtale om skoper, vender vi tilbage til stuen. ”Jeg har kvalme. Jeg skal kaste op.” Det skulle vise sig, at blive patientens sidste ord. Asger vågner ikke op igen.

Hvorfor tog sygeplejersken mig med ud i skyllerummet for at fortælle mig om den dårlige lugt, gastroskoperne tilsyneladende optog? Hvad signalerede håndryggen, der skjulte hendes mundbevægelser, og hvorfor var det nødvendigt at blinke med øjet? Ud over at episoden kan illustrere en sanshierarkisk orientering, hvor det ikke er normalt eksplicit at beskæftige sig med lugt, så

kan episoden også anskueliggøre lugthåndteringen i situationer, hvor personalet føler empati og viser omtanke for patienters værdighed. Men i dette tilfælde var patienten i narkose og skulle ikke værnes om på samme måde, som artiklen har demonstreret tidligere. Alligevel blev lugten 'tusset ned' socialt, hvilket igen vidner om lugthåndteringens socialt situerede betingelser. Som en første betingelse for latter gælder det, at livet ikke må stå på spil. Komikken opstår først i det øjeblik, skriver Bergson, at "individet er fri for at bekymre sig om deres [*sic*] overlevelse" (1993:27). Desuden må der ikke være ømme følelser og medlidenhed på spil heller (Bergson 1993:17). Disse betingelser, vil jeg gøre forslag om, også gælder den lugtrelaterede latter. En yderligere episode hjælper med til at nuancere, hvad der kan være på spil:

En dag følger jeg 'akuthylet' – en alarm, der bæres af den anæstesiolog, som varetager akutte patientsager, blandt andet dem, der ankommer til skadestuen (traumecenteret). 'Hylet' lyder, og vi bliver kaldt til stue 8. "Det er et hjertestop", siger anæstesiologen, mens vi haster afsted på løbehjul gennem hospitalets gange. Da vi ankommer, er lægerne allerede i gang med at give patienten, en scleroseramt mand, hjertemassage og elektrochok i et forsøg på genoplivning. For hvert stød patientens brystkasse modtager, flyder der afføring fra ham og ud på lejet. Hurtigt spreder sig en sødlig lugt. Der går ikke længe før en sygeplejerske med et klæde tildækker det sted, hvor afføringen er flydt ud – som for at værne om patientens værdighed og skåne de tilstedeværende for synet. Handlingen kan med en analogi til de berømte japanske abefigurer, der holder sig for henholdsvis øjne, øre og mund ('ikke se, ikke høre, ikke tale-aberne') illustrere relationen mellem syn, hørelse og tavshed. Har vi ikke set, hørt, hørt tale om eller selv talt, så eksisterer fænomenet ikke socialt. Dette er en form for social fornægtelse, skriver Zerubavel, der "usually involves a quasi-sensorial shot-off. As conventional metaphoric allusions to 'blind spots' as well as images such as 'looking the other way' or 'turning a blind eye' seem to indicate, we tend to equate being out of sight with being out of mind." (2006:4). Denne måde at vende det døve øre til lugten, så vi også foretaget blandt anæstesiologer i den indledningsvist præsenterede episode fra Georgs vågne tilstand. Men i episoden her er patienten hverken vågen eller anæsteseret, men afgang ved døden. Forhindringen af synsindtrykket kunne virke som en måde at fjerne lugten på, men det var tydeligvis ikke tilstrækkeligt, for snart derefter åbnede en anden sygeplejerske vinduet. Der foregik således en form for lugthåndtering på visuelt og olfaktorisk niveau, men den var lydløs, ikke italesat, og foregik uden udveksling af smil eller blikke.

Lugten var gennemtrængende, og alligevel blev otte mand stående tavse omkring den scleroserante mand, som netop var afgået ved døden. Ømme følelser og empati er som nævnt humorens største fjende. Ingen kommenterede lugten, og ingen fortrak en mine. Over hele linjen var der tavse, respektfulde alvorsminer. Det var i situationen tydeligt, at ingen delte, hvad alle vidste og erfarede olfaktorisk hver især. Lugtens invasion forblev et privat anliggende. De præsenterede iagttagelser giver forslag om, at hvor livet står på spil, trænger alvoren sig på i en grad, hvor lugt håndteres med samme empatiske omsorg, som hvis patienten havde været ved bevidsthed. Den nøgternt tavse fjernelse af lugt synes derfor ikke blot at have med sanselig lavagtelse at gøre, men har også med intimitet, omsorg og empati at gøre. "Being tactfully inattentive and discreet helps save others' face and avoids hurting their feelings. By pretending not to notice (and thereby preventing them from realizing that we actually did notice), for example, [...] the intestinal gases they release [...] we are helping them avoid losing face." (Zerubavel 2006:75). At forholde sig tavs til lugt og søge at fjerne den sanseligt gennem udluftning, afvaskning, udsugning eller tildækning handler derfor ikke kun om at opretholde et olfaktorisk neutralt miljø eller om at håndtere en privat ubekvemhed. Den tavse håndtering kan også betragtes som udtryk for en medmenneskelig omsorg rettet imod ønsket om et 'gnidningsløst' socialt samvær, hvor ingen mister ansigt eller skammes over lugt, og hvor en medmenneskelig værdighed opretholdes. Som illustreret, hører ikke-anæsteserede og dødsensalvorlige situationer ind under den slags social samvær, som beskyttes af en tavshedens overenskomst.

Sammenfatning

Hospitalets operationsstuer sætter ramme omkring intime lugtsituationer, som får betydning for det sundhedsvidenskabelige personales omsorgsarbejde, der handler om at varetage patienters og eget velbefindende. Frem til i dag har det olfaktoriske miljø på hospitalets operationsstuer ikke været medtænkt som et sanseligt forhold af betydning for det omsorgsarbejde, der udføres i medicinsk regi. På den baggrund har artiklen søgt at åbne op for en diskussion af, hvorledes lugt kan blive en væsentlig medspiller i de samværsformer, som forefindes i og omkring hospitalets operationsstuer. Gennem et udvalg af stemningsladede episoder, hvor personalet har rettet opmærksomhed mod lugt, har artiklen belyst, hvorledes lugt kan være med til at forstærke potentielt yd-

mygende situationer for patienter samtidig med, at lugt let kan overskride såvel patientens som personalets privatsfære. I den slags situationer bliver lugt intimiderende. Den påtvinger en intimitet, som ikke altid er intenderet og ønsket, hvilket kalder på en social håndtering. Artiklen har betonet vigtigheden af at medtænke lugtens situationsbestemte virke frem for dens lugtkvalitet isoleret betragtet. Afhængigt af situationens alvor, om patienten er anæsteseret eller ej, i eller uden for livsfare, håndteres lugt ved hjælp af afvaskning, udluftning, udskiftning og tildækning, men også gennem meningskulturelle udlægninger. Sidstnævnte kræver sociokulturel kompetence blandt andet i at styre hospitalslugtens signalværdi og således give patienter indtryk af professionalisme. Tillige fordres en situationsfornemmelse for, hvornår intimiderende lugt omsorgsfuldt kan udlægges som latternvækkende eller bedst lader sig forstumme i et værn om patienters integritet. I denne optik bliver det muligt at iagttage, hvorledes der opstår en socialitet omkring lugt, der med fordel kan betragtes som en integreret del af det omsorgsarbejde, operationsstuerne sundhedsvidenskabelige personale udfører i behandlingen af patienter.

—

Denne artikel var aldrig blevet skrevet, hvis ikke det var for den tillid ansatte ved Anæstesiologisk Afdeling på et større dansk universitetshospital havde vist mig i forbindelse med mit feltarbejde. Jeg er taknemmelig for alt hvad ansatte har givet i den forbindelse. Tak til vejleder Thomas Söderqvist og bi-vejleder Inge Kryger Pedersen, som har kommenteret på en tidlig skitse til denne artikel. Også tak til tidsskriftets konsulenter for konstruktive bemærkninger. Arbejdet på artiklen er støttet af the Novo Nordisk Foundation Center for Basic Metabolic Research under sektionen for Science Communication ved Medical Museion.

Referencer

- Bergson, H. (1993 [1900]). *Latteren: Et essay om komikkens væsen*. København: Forlaget politisk revy.
- Bo, I.G. (2002). At sætte tavsheder i tale. I: *Liv, fortælling, tekst. Strejftog i kvalitativ sociologi*. M.H. Jacobsen, S. Kristiansen, & A. Prieur (red.). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Böhme, G. (2001). *Asthetik. Vorlesungen über Ästhetik als allgemeine Wahrnehmung*.

- mungslehre*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Böhme, G. (2003). *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Kusterdingen: Die Graue Edition.
- Carlisle, J. (2004). *Common Scents: Comparative Encounters in High-Victorian Fiction*. Oxford: Oxford University Press.
- Classen, C., Howes, D. & Synnott, A. (1994). *Aroma: The Cultural History of Smell*. New York: Routledge.
- Corbin, A. (1986). *The Foul and the Fragrant: Odor and the French Social Imagination*. Cambridge: Harvard University Press.
- Coser, R.L. (1962). *Life in a Ward*. East Lansing: Michigan University Press.
- Diaconu, M. (2005). *Tasten – Riechen – Schmecken. Eine Ästhetik der anästhesierten Sinne*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Douglas, M. (2002 [1966]). *Purity and Danger: An Analysis of Concept of Pollution and Taboo*. New York: Routledge.
- Douglas, M. (1999 [1975]). *Implicit Meanings: Selected Essays in Anthropology*. New York: Taylor & Francis Routledge
- Du Pré, A. (1998). *Humor and the Healing Arts: A Multimethod Analysis of Humor use in Health Care*. New York: Routledge.
- Francis, L.E. (1994). Laughter, the Best Mediation: Humor as Emotion Management in Interaction. *Symbolic Interaction* 17(2), 147–163.
- Francis, L.E., Monahan, K., & Berger, C.S. (1999). A laughing matter? Uses of humor in medical interactions. *Motivation and Emotion*, 23(2), 155–174.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and social organization. *American Journal of Sociology*, 62(3), 264–271.
- Goffman, E. (1971). *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*. New York: Basic Books.
- Howes, D. (1987). Olfaction and transition: an essay on the ritual uses of smell. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 24(3), 398–416.
- Howes D. (1995). The Senses in Medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 125–133.
- Howes, D. (2002). Nosewise: Olfactory Metaphors in Mind. I: C. Rouby, B. Schaal, D. Dubois, R. Gervais & A. Holley (red.). *Olfaction, Taste, and Cognition*. Cambridge: Cambridge University Press, 67–81.
- Jones, W.H.S. (1967). Hippocrates: Humours. *Hippocrates*, 4, 62–95.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. (1999). *Deltagende observation: introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kyvik, K. (2007). Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. I: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, 279–292.
- Martinsen, K. (1994). *Fra Marx til Løgstrup, om etik og sanselighed i sygeplejen*. København: Munksgaard.
- Martinsen, K. (1998). *Fænomenologi og omsorg: Tre dialoger med efterord af Katie Eriksson*. København: Gads Forlag.
- Mattiasson, A.C. & Hemberg, M. (1998). Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: What is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nursing Ethics*, 5(6), 527–534.
- Palmer, R. (1993). In Bad Odour: Smell and its Significance in Medicine from Antiquity to the Seventeenth Century. I: W. F. Bynum & R. Porter (red.), *Medicine and the Five Senses*. Cambridge: Cambridge University Press, 61–68.
- Schiermer, B. (2013). Fænomenologiske begyndelser. *Fænomenologi: teorier og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schmitz, H. (1965). *System der Philosophie. Bd. II, 1. Teil: Der Leib*, Bonn: H. Bouvier u. Co. Verlag.
- Schmitz, H. (2010). 'Entseelung der Gefühle'. *Gefühle als Atmosphären: neue Phänomenologie und philosophische Emotionstheorie*, Vol. 29. I: K. Andermann & U. Eberlein (red.). Berlin: Walter de Gruyter, 12–33.
- Simmel, G. (1992 [1908]). Exkurs über die Soziologie der Sinne. I: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung, Gesamtausgabe* Bd. 2, 722–742.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stenslund, A. (under publicering). A whiff of nothing: The atmospheric absence of smell.
- Tellenbach, H. (1968). *Geschmack und Atmosphäre: Medien menschlichen Elementarkontaktes*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Wanzer, M., Booth-Butterfield, M. & Booth-Butterfield, S. (2005). "If we didn't use humor, we'd cry": Humorous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication*, 10, 105–125.
- Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*. 15(2), 79–89.
- Zerubavel, E. (2006). *Silence and Denial in Everyday Life*. New York: Oxford University Press.

Abstract

This article discusses how the intimacy of smell can be considered as an important facet of medical care work. One of the most intimate things to be shared with other people is smell. Body odour for instance we usually keep to ourselves; it is private and often reluctantly shared. To fully curb one's smell shows extremely difficult, however, and so smell easily cuts an intimidating figure into social life; it foists on intimacy. In situations where we are no longer able to carry out our own hygiene or we are incapable to control our body functions the ability to curb body odour becomes exceptionally reduced. This happens when we get ill. Hence, in the hospital patients, practitioners and nurses are often forced to share intimate smell experiences. Episodes from a fieldwork in a Danish hospital will help illustrate the theoretical discussion of the relationship between intimate smell experience and medical care work.

Keywords: smell, intimacy, care, anaesthesia, hospital.