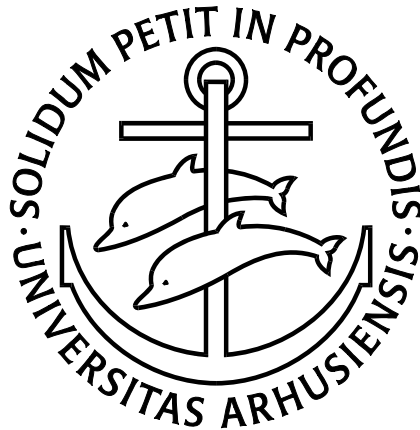


# Kandidatspeciale



**Kort men godt!  
- om omsorg på et højteknologisk korttidsafsnit**

**af**

**Karin Bundgaard Mikkelsen**

## KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Karin Bundgaard Mikkelsen  
Modul: Kandidatspeciale  
Måned og år: August 2007  
Vejleder: Birte Glinsvad

# **Kort men godt! - om omsorg på et højteknologisk korttidsafsnit**

Afdeling for Sygeplejevidenskab  
Institut for Folkesundhed  
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
Aarhus Universitet  
Høegh-Guldbergs Gade 6A  
Bygning 1633  
8000 Århus C

---

Copyright © Karin Bundgaard Mikkelsen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>

ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-26-7

Dette kandidatspeciale har i 2007 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

## Resumé

**Baggrund:** Udviklingen i det danske sundhedsvæsen har medført at mange undersøgelser og behandlinger i dag kan udføres ambulant. Dette betyder at kontakten mellem patient og sygeplejersken er blevet meget kortere, og korttidssygepleje er dermed blevet en vigtig del af nutidens sundhedsvæsen. Eksisterende forskning om korttidssygepleje handler fortrinsvist om, hvad sygeplejersker og/eller patienter siger om sygepleje, hvorimod kun få studier beskriver aktuel korttidssygepleje i praksis. Litteraturen er enig om vigtigheden af sygeplejerskens evne til at drage omsorg for patienten, en omsorg der kun kan udtrykkes, hvis sygeplejersken har indgående kendskab til patientens livsverden og inderste tanker, hvilket er en tidskrævende proces, tid der i korttidssygepleje er begrænset. Derudover bekræfter den, at det sygeplejersker siger de gør og det de reelt gør, er meget forskelligt, måske fordi sygeplejersker ofte taler ud fra et ideal om god sygepleje, baseret på en historisk vægtning af de kvindelige dyder, *"the virtue script"*.

**Formål:** At undersøge fænomenet korttidssygepleje og besvare undersøgelsesspørgsmålet: *"Hvad vil det sige at være omsorgsfuld i et højteknologisk endoskopisk korttidsafsnit?"*

**Metode:** Et etnografisk feltarbejde, hvor data er opdaget ud fra ikke deltagende observationer. Den videnskabsteoretiske ramme er hermeneutisk fænomenologisk og inspireret af Max Van Manens metodologi for human science research. Omsorg identificeres med Kari Martinsens omsorgsfilosofi og omsorgsfuldhed viser sig ved sygeplejerskens *uegennyttighed, nærvær, engagement & sansende åbenhed med krop og ord*.

**Resultater:** Omsorg kommer til udtryk på mange måder i det endoskopiske afsnit, hvilket belyses og diskuteres i tre temaer: *Tillid i mødet med den anden, Being there and hovering & Hurtige og langsomme kundskaber*. Derudover viser resultaterne, hvor stor betydning tid og rum har for, hvordan omsorg udmønter sig i korttidssygepleje.

**Konklusion:** Sygeplejersken udviser gennem en *"emotional awareness"* at hun *"er der"* for patienterne og omsorg kommer til udtryk i alt fra den måde hun modtager patienten på, til måden hvorpå hun holder patienten i hånden og taler ham igennem en procedure. Selv om der er meget, der konkurrerer om sygeplejerskens opmærksomhed og brug af tid, som for eksempel den meget teknologi og uddannelsen af de studerende, ser sygeplejersken ud til at forstå, at give plads til både *"nursing the patient"* og *"nursing the clinic and the doctor"*. Denne forståelse er fundamental for sygeplejerskens evne til at tage tiden og holde den i rummet, hvilket betyder, at hun kan give *"that bit extra"*, der er med til at bevare *"the relation aspect"* og dermed omsorgen i det korte møde med den endoskopiske patient.

## Resume

**Title:** Good use of short time! – About caring in a short-term unit.

**Background:** The development in Danish health care, has improved the ability to treat and examine patients, which are now carried out in out patients' settings. This means that the duration of contact between patient and nurse is much shorter and short-term nursing play an important role in the healthcare system of today. Studies of short-term nursing mainly offers descriptions of what patients or/and nurses say about nursing, only a small number of studies describe how short-term nursing is actually carried out. Literature agree of the importance of nurses' ability to "care", a care that can only be expressed if the nurse really knows the patient, his lifeworld and inner thoughts, which takes time, time that is limited in short-term nursing. It also confirms that what nurses say they do, and what they actually do, is very different. Maybe because nurses, tend to talk from, what they find to be the ideal of nursing, which is explained with the historical emphasis on female virtue on "*the virtue script*".

**Purpose:** To study actual short-term nursing and answer the study question: "*How is "caring" expressed in a high technological endoscopic short-term unit?*"

**Method:** An ethnographic fieldwork where data emerged from non-participant observations. The theoretical frame are hermeneutic phenomenological inspired by Max Van Manens methodology for human science research. "*Caring*" is identified by Kari Martinsens caring philosophy and "*caring*" shows in the nurses ability to be *unselfish, present, engaged & sensitive aware with body and words*.

**Results:** "*Caring*" presents in wearies ways in the endoscopic unit, which will be presented and discussed in 3 themes; *Meetings based on trust. Being there and hovering & Fast and slow knowledge*. The results also show how important time & space are in short-term nursing.

**Conclusion:** Nurses in the endoscopic unit show "*being there*" for the patient through an "*emotional awareness*". "*Caring*" can be identified in everything from the nurses' way of welcoming the patient, to her touch and the way she talks him through a procedure. Though there are a lot of competing demands of the nurses' awareness and use of time, such as for example all the technology and the student education, she seems to understand that there must be made room for both "*nursing the patient*" and "*nursing the clinic and the doctor*". This understanding serves as the fundament for the nurses' ability to take time and keep it in the room, which means that she is able to give "*that bit extra*" that keeps "*the relation aspect*", and through this "*caring*" in the short meeting with the endoscopic patient.

## Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INDLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAGGRUND.....</b>	<b>2</b>
2.1	FORANDRINGER I SUNDHEDSVÆSENET .....	2
<b>3</b>	<b>ET HISTORISK PERSPEKTIV PÅ SYGEPLEJE .....</b>	<b>4</b>
3.1	SYGEPLEJES SOCIALE MANDAT .....	4
3.2	SYGEPLEJE AF I DAG .....	5
<b>4</b>	<b>SYGEPLEJE OG OMSORG .....</b>	<b>7</b>
4.1	LØGSTRUP OM TILLID .....	8
4.2	MARTINSEN OM OMSORG OG SYGEPLEJE .....	9
4.3	HABERMAS OM SYSTEMER OG LIVSVERDEN.....	11
4.4	SAMMENFATNING .....	13
<b>5</b>	<b>LITTERATURSØGNING.....</b>	<b>14</b>
5.1	INDLEDENDE SØGNING.....	14
5.2	OPSUMMERING .....	15
5.3	UDDYBENDE SØGNING.....	15
5.4	SAMMENFATNING .....	20
<b>6</b>	<b>PROBLEMAFGRÆNSNING .....</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>PROBLEMFOMULERING .....</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGISKE OVERVEJELSER .....</b>	<b>24</b>
8.1	VIDENSKABSTEORETISK TILGANG .....	24
8.1.1	<i>Fænomenologi .....</i>	<i>24</i>
8.1.2	<i>Hermeneutik .....</i>	<i>26</i>
8.1.3	<i>Max Van Manens hermeneutiske fænomenologi .....</i>	<i>27</i>
8.2	DESIGN .....	30
8.2.1	<i>Det udvalgte felt, det endoskopiske afsnit .....</i>	<i>31</i>
8.2.2	<i>Feltarbejde .....</i>	<i>32</i>

8.2.3	<i>Deltagende observation</i> .....	33
8.2.4	<i>Feltnoter</i> .....	34
8.2.5	<i>Egen forforståelse og refleksioner over egen rolle i feltstudierne</i> .....	35
8.3	ETISKE OVERVEJELSER .....	36
8.4	GENERALISERBARHED .....	37
<b>9</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>38</b>
9.1	DEN ENDOSKOPISKE UNDERSØGELSE.....	39
9.2	OMSORG PÅ DET ENDOSKOPISKE AFSNIT.....	42
9.2.1	<i>Tillid i mødet med den anden</i> .....	46
9.2.2	<i>Delkonklusion</i> .....	53
9.2.3	<i>Being there and hovering</i> .....	53
9.2.4	<i>Delkonklusion</i> .....	58
9.2.5	<i>Hurtige og langsomme kundskaber</i> .....	59
9.2.6	<i>Delkonklusion</i> .....	61
<b>10</b>	<b>STRUKTURERENDE STRUKTURER</b> .....	<b>62</b>
10.1	TEORI OM TID .....	64
10.1.1	<i>Tid på det endoskopiske korttidsafsnit</i> .....	65
10.1.2	<i>Tid på det endoskopiske korttidsafsnit i diskussion med teori om tid</i> .....	66
10.1.3	<i>Delkonklusion</i> .....	68
10.2	TEORI OM RUM .....	68
10.2.1	<i>Rummene på det endoskopiske korttidsafsnit</i> .....	70
10.2.2	<i>Rummene på det endoskopiske korttidsafsnit i diskussion med teori om rum.</i> .....	72
10.2.3	<i>Delkonklusion</i> .....	74
<b>11</b>	<b>KONKLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>12</b>	<b>PERSPEKTIVERING</b> .....	<b>78</b>
<b>13</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>80</b>
<b>14</b>	<b>BILAGSFORTEGNELSE</b> .....	<b>87</b>

## 1 Indledning

*"thus people who work in operating rooms (theatre) emergency wards, in endoscopy, and even in intensive care units may be cast as the non caring, not quite authentic nurse, while a nurse in oncology or psychiatry or community care becomes the prototypical caring, "real" nurse."*

*"..the way in which nurses work on short-stay units are ...what could considered to be anticaring practice."*

(Nelson, Gordon 2006:5,10)<sup>1</sup>

Citaterne fra Nelson og Gordons bog "The complexities of care. Nursing reconsidered" blev udgangspunktet for dette speciale, for efter at have arbejdet 9 år på et endoskopisk afsnit, en "short-stay unit", kunne jeg kun nikke genkende til at sygepleje her, ofte bliver opfattet som "anticaring", selvom jeg ikke er enig i den opfattelse. Citaterne satte derfor gang i en masse tanker, for hvordan kan det egentlig være, at sygepleje på korttidsafsnit kan opfattes som "anticaring"? Sygepleje på de højteknologiske korttidsafsnit omfatter måske flere teknisk-instrumentelle aspekter end sygepleje på for eksempel en onkologisk sengeafdeling, men ikke desto mindre udføres der bestemt sygepleje, der for mig at se, kan opfattes som "caring", og sygeplejersken der arbejder her, er lige så "real" som sygeplejersken, der arbejder på den onkologiske sengeafdeling.

Spørgsmålet der åbenbarer sig er, om den forståelse af "caring" der ligger bag denne opfattelse, måske er fastlåst i en historisk diskursiv definition af "caring", frem for baseret på nutidige observationer af "caring" i praksis?

"Caring" kan ikke oversættes med et dansk ord, men "care" derimod oversættes som det at bekymre sig, at bryde sig om eller som det at drage omsorg for nogen. (Gyldendal 1960).

Tidligere forskning om sygepleje på korttidsafsnit viser, at der har været fokus på det diskursive, idet det primært har været forskningsundersøgelser, hvor forskere har bedt

---

<sup>1</sup> **Sioban Nelson:** Dean and Professor on the Faculty of Nursing at the University of Toronto.

**Suzanne Gordon:** Journalist and Assistant Adjunct Professor at the University of California, San Francisco, School of Nursing.

Sammen har de forfattet og redigeret bogen: "The complexities of care. Nursing reconsidered", der indeholder en række provokerende essays, hvorigennem de forsøger, at få sygeplejersker til at revidere måden, de tænker og taler sygepleje på og dermed at skabe debat om den dominerende opfattelse af sygepleje. En opfattelse, der ifølge dem, anses som fastlåst og nedarvet, en opfattelsen af sygepleje som "good work performed by kind and nice people (women)." (Nelson, Gordon 2006:14)

patienter og/eller sygeplejersker beskrive, hvilke fænomener de mener, har betydning for sygepleje på kort tid. Her fremhæver kilderne alle sygeplejerskens evne til at drage omsorg for patienten i relationen, en omsorg de kun mener, kan komme til udtryk, hvis sygeplejersken har et indgående kendskab til patientens livsverden og inderste tanker. Hvilket tager tid, tid der i korttidsafsnittet er begrænset. Med baggrund i dette blev formålet med nærværende speciale at undersøge, hvordan omsorg egentlig kommer til udtryk i sygepleje på et korttidsafsnit, hvilket jeg gør gennem et feltarbejde i et højteknologisk endoskopisk korttidsafsnit.

Ud fra feltarbejdets observationer blev data konstrueret eller opdaget, og de er analyseret og fortolket indenfor en hermeneutisk fænomenologisk videnskabsteoretisk ramme, inspireret af Max Van Manens metodologi for human science research. Derudover anvendes Kari Martinsens omsorgsfilosofi som en overordnet begrebsramme ved identifikation af omsorg på korttidsafsnittet.

I resultatafsnittet præsenteres observationerne af, hvordan omsorg kom til udtryk i korttidssygepleje på det endoskopiske afsnit, og resultaterne bliver belyst og diskuteret i de tre tematiske overskrifter: *Tillid i mødet med den anden*, *Being there and hovering* og *Hurtige og langsomme kundskaber*.

Mine empiriske data peger på at sygeplejersken i korttidsafsnittet er både "caring" og "real", de antyder også at hun forstår at integrere både teknisk-instrumentelle og medmenneskelige aspekter i en omsorgsfuld og unik sygepleje.

Derudover fik jeg under feltarbejdet og processen med behandlingen af resultaterne indsigt i, hvordan fænomenerne tid og rum er strukturerende for sygeplejerskens mulighed for omsorg i korttidsafsnittet. I specialet præsenterer jeg derfor en teoretisk ramme for de to fænomener og belyser herigennem, hvordan de er med til at strukturere sygeplejerskens faglige handlen og dermed har betydning for omsorg i afsnittet.

## **2 Baggrund**

### **2.1 Forandringer i sundhedsvæsenet**

Det danske sundhedsvæsen har været igennem store forandringsprocesser i de sidste år, hvor der specielt har været fokus på kvalitetsudvikling, blandt andet gennem tiltag som Den Danske Kvalitetsmodel som for eksempel omfatter akkreditering. Både politisk og fagligt, har



debatten handlet om, hvordan kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser kan sikres og udvikles i en tid, der er præget af besparelser og ressourceknaphed. Udvikling der er sket på det teknologiske område, har været med til at forbedre de behandlingsmæssige tilbud til patienterne. Langt de fleste lidelser kan i dag enten behandles medicinsk eller kirurgisk, alle hjørner af det menneskelige legeme kan efterhånden undersøges, og det hele kan klares på en dag.

Mange af de undersøgelser og behandlinger, som tidligere krævede hospitalsindlæggelse, foregår i dag ambulant, hvilket betyder, at kontakten mellem patient og behandler, og dermed sygeplejerske, bliver kortere og kortere. En undersøgelse fra Århus Amts sygehusvæsen viser, at antallet af ambulatoriebesøg og deldøgnsbehandlinger har været stærkt stigende igennem de sidste år. (Århus Amt 2002:11)

Ud fra et strategisk økonomisk perspektiv udnyttes ressourcerne godt i de korte undersøgelser og behandlinger, og kortidsafsnit<sup>2</sup> er dermed blevet til et samfundsøkonomisk godt indsatsområde. Kontaktformen med de korte møder mellem patient og sygeplejerske ser således ud til, at være en vigtig del af nutidens og fremtidens sundhedssystem.

Den sygepleje, der foregår på korttidsafsnit, omtales som korttidssygepleje<sup>3</sup>. Ordet/begrebet eller fænomenet, som det efterfølgende betegnes, korttidssygepleje anvendes i flere sammenhænge, hvilket uddybes under litteratursøgningen, men korttidssygepleje anvendes ofte ud fra en form for faglig indforståethed, altså uden at der defineres, hvad der forstås ved fænomenet. Enkelte gange beskrives korttidssygepleje med lidt flere ord, men det er ord eller kortfattede forklaringer, der mere synes at beskrive sygepleje generelt, hvor aspektet med den korte tid så er tilføjet. Altså en beskrivelse af den sygepleje, sygeplejersker i kraft af deres uddannelse<sup>4</sup> er forpligtiget til at udføre.

---

<sup>2</sup> I specialet omtales ambulatorier, undersøgelses- og behandlingsafsnit samt dagkirurgiske afsnit samlet under betegnelsen korttidsafsnit.

<sup>3</sup> Korttidssygepleje skal i denne opgave forstås som den form for sygepleje, der for eksempel praktiseres i ambulatoriet eller på deldøgnsafsnittet. Her er der ofte kun et møde mellem patient og sygeplejerske, og ofte et kort møde med et tidsperspektiv på 5 til 30 minutter. Sygeplejersken har så at sige kun en chance med patienten, til at få skabt tillid, informere, vejlede og støtte, alt imens hun også skal varetage administrative, instrumentelle og ledelsesmæssige sygeplejeopgaver.

<sup>4</sup> Sygeplejerskeuddannelsen skal kvalificere sygeplejersken til at udføre, formidle og lede sygepleje, indenfor rammerne af og i overensstemmelse af den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for sygepleje. (Bekendtgørelse om sygeplejeuddannelsen kap.1 §1)

### 3 Et historisk perspektiv på sygepleje

For at få en forståelse af, hvordan sygeplejerskens rolle i dag er i et korttidsafsnit, kan det være en ide at se på, hvordan hendes rolle har udviklet sig op gennem tiden og hvordan den har set ud rent historisk. Som Kjeldstadli siger, kan vi bruge historien som livets lære, og for at forstå nutiden, er det nødvendigt at vide, hvordan denne er blevet til. (2002:22-23)

#### 3.1 Sygeplejes sociale mandat

Sygepleje er siden sin spæde start blevet betragtet som en praktisk disciplin, og fagets sociale mandat kan siges, at være udsprunget af samfundets efterspørgsel og behov for omsorg og pleje. (Eriksen 1999, Kirkevold 2003:16, Wackerhausen 2004:219)

De første formaliserede uddannelser indenfor sygepleje blev til i starten af 1800-tallet, i en tid, hvor de mest værdifulde kvindelige dyder beskrives som "*altruistic, charitable and self-sacrificing*" (Nelson, Gordon 2006:19). Sygepleje blev således konstitueret gennem tidens feminine domæne af moralsk autoritet og kvindelige "*skills*", hvor fundamentet for sygepleje blev baseret på de kvindelige dyder, indenfor medmenneskelige, relationelle, etiske og moralske områder. Sagt med Nelsons ord på et fundament af "*the virtue script*".

I den første halvdel af 1800-tallet sker der store forandringer indenfor hospitalsvæsenet på baggrund af den gryende videnskabelig forståelse, der sker indenfor det medicinske felt.

Hospitalet der hidtil har fungeret som en form for opbevaringsanstalt for fattige, forældreløse og almisstrængende, forandres nu langsomt til en helbredelsesanstalt. I starten var det dog meget på forsøgsstadiet, hvor lægerne, i kraft af deres magtfulde position i samfundet, kunne tage sig friheder til at afprøvede forskellige behandlingsformer på de fattige og forældreløse, før de blev taget i anvendelse til det pænere og mere respektable borgerskab. Hospitalet blev på denne måde et meget objektivt menneskeobservatorium, hvor lægerne kunne udvikle deres klassificeringskundskaber. (Foucault 2000)

Indtil omkring 1860'erne blev plejen af de fattige og syge varetaget af de uuddannede og ringeagtede vågekoner<sup>5</sup>, men langsomt begyndte de uddannede sygeplejersker<sup>6</sup>, at overtage

---

<sup>5</sup> Vågekoner er et samlet udtryk for opvarter, gang- og stuekoner, der for det meste var kvinder, der kom fra lave sociale vilkår og som ofte i det offentlige blev opfattet som fordrukne og demoraliserede kvinder. (Frederiksen 2005:73-77)

<sup>6</sup> I 1856 kommer Sankt Joseph Søstrene til Danmark som de første faglærte sygeplejersker, i 1863 kan

vågekonernes plads på hospitalerne. Samfundets forventninger til denne nye og uddannede gruppe sygeplejersker var, at de ved at følge lægens ordinationer, med punktlighed, renlighed, orden, disciplin og sædelig opførsel kunne varetage det behov, der var for pleje og omsorg.

(Frederiksen 2005:kap 4)

På en måde kan det siges, at sygeplejersken dengang, som samfundet forventede, levede op til fagets sociale mandat ved, at fokusere på og dermed værdilade det mere humanistiske aspekt af plejen. Holdningen i det patriarkalsk dominerede samfund var, at lægen tog sig af patienternes "cure", mens sygeplejerskerne tog sig af patienternes "care". Eller sagt lidt anderledes associeres lægen med sin "hjerne", mens sygeplejersken associeres med sit "hjerte" (Gordon 2006:108). Meget sjældent satte sygeplejersker ord på de "skills" og den "knowledge", der lå bag deres arbejde. Ifølge dette uddrag fra en lærebog fra 1926 fremgår det, at det ikke var passende for sygeplejersken at fremhæve egne "skills". Ydermere var den dominerende holdning, at hun heller ikke havde eller besad de rette kundskaber.

*"...Overfor Lægen må hun være fuldkommen loyal, ikke kritisere hans Ordinationer, hverken overfor Kammerater eller Patienter. Dels mangler hun de Kundskaber, som kunde berettig hende dertil, dels må hun kunne indse, hvilken Skade hun kan gøre ved at svække Patientens Tillid til Lægen."* (Frederiksen 2005:171(Munck 1926:11))

Det ser ud til at sygeplejersker igennem tiden har haft stort udbytte af, at argumentere ud fra "the virtue script", da det på en måde har givet dem en stemme og en plads i samfundet, og de ved hjælp heraf har kunnet retfærdiggøre deres berettigelse i patientens "care".

### **3.2 Sygepleje af i dag**

I dag opfattes og beskrives sygepleje ofte som en "caring profession" eller "caring science". (Nelson, Gordon 2006:1) Som beskrevet i det foregående afsnit kan denne "caring discourse" føres tilbage til den diskurs, der har været dominerende indenfor sygeplejeområdet. Nemlig diskursen der blev skabt, med baggrund i "the virtue script", datidens kvindelige dyder. Meget tyder på, at sygeplejersker og andre stadig den dag i dag argumenterer ud fra "the virtue script", hvilket de følgende eksempler kan demonstrere: Hvis en sygeplejerske eller en sygeplejeorganisation bedes om, at beskrive en sygeplejerskes

---

Diakonissestiftelsen tilbyde oplæring i sygepleje og i 1873 indføres Florence Nightingales uddannelse på Kommunehospitalet i København. (Malchau 2006)

arbejde, vil det i langt de fleste tilfælde resultere i beskrivelser, der lægger vægt på *"caring holism"* og det relationelle. (Gordon 2006:106)

I et eksempel fra Beth Israel i Boston, USA beskrives det, hvordan sygeplejersker da de konfronteres med nedskæringer i normeringen, er ude af stand til at argumentere for, hvilken betydning sygepleje har for patienterne, da opfattelsen er den, at det er lægernes *"cure"*, der sender patienterne hurtigere hjem fra hospitalet. I hvert til fælde argumenterer sygeplejerskerne ikke i et sprog eller på en sådan måde, at administratorene forstår. (Nelson, Gordon 2006:8).

I et andet eksempel fra Schweiz, foreslår ministeren for Public Health, at sygeplejersker vender sengeliggende patienter mindre hyppigt, da der skal skæres i sygeplejerske normeringen. Sygeplejerskernes argumentation overfor ministeren er utilstrækkelig, og han efterlades derfor tilsyneladende uvidende om, hvilken speciel *"care"* og *"assessing skills"* der er behov for her, og hvilke økonomiske konsekvenser det vil få, hvis patienter på grund af manglende sygepleje pådrager sig liggesår. (ibid:2)

Som det fremgår af eksemplerne, kan det måske netop være sygeplejerskers forsatte argumentation ud fra *"the virtue script"*, der den dag i dag gør det svært for samfundet til fulde at forstå, kompleksiteten af en sygeplejerskes arbejde. Det ser ud til, at den dominerende *"caring discourse"* tilsyneladende ukritisk accepteres og det kan derfor resultere i at forståelsen af, at sygepleje faktisk består af andet og mere end kun emotionelle og relationelle arbejdsområder udebliver. Nelson og Gordon beskriver det således:

*"We believe that the kind of emotional and social support nurses provide patients is critical. We don't believe that everything can be counted, described, or scientifically analyzed. But we do believe that caring discourse has been uncritically accepted as dogma rather than critically described and explored."*

(Nelson, Gordon 2006:11)

Når sygeplejersker taler om sygepleje får det store fokus på de oprindelige dyder, i stigende grad sygeplejersker til at ignorerer de fysiske, medicinske og tekniske områder af sygeplejen. Områder som sygeplejerskerne afviser, devaluerer eller slet ikke integrerer som en del af de emotionelle og psykosociale områder ved sygepleje, som en del af *"real"* sygepleje. (Gordon 2006:109)

Gordon, Moland<sup>7</sup> og Weinberg<sup>8</sup> beskriver, hvordan de efter at have fulgt, skygget og derved

---

<sup>7</sup> **Lydia L Moland**: Assistant Professor of Philosophy at Babson College in Wellesley, Massachusetts (Nelson,

har observeret sygeplejersker arbejde, får en helt anden opfattelse af, hvad "care" er, end når de beder sygeplejersker eller andre beskrive den. Ved at studere sygepleje i praksis, får de et billede af sygeplejersken i professionel aktivitet og her ser de en "care", der ikke kun forbindes med og forstås ud fra "the virtue script". Citaterne lyder således:

*"...care requires a competent assessment of what needs to be done, the knowledge of how to do it, and the sympathy to want to do it."*

(Moland 2006:56)

*"...the technical competencies they acquire, the high level negotiations they undertake with the physicians, the intricate assessments they must make in order to provide the care that is undoubtedly indispensable to health."*

(ibid:67)

Problemet opstår måske i det øjeblik litteraturen beskriver sygepleje, for så skelnes der ikke tydeligt mellem det, *der siges*, altså diskursen og det, *der gøres*, sygepleje praksis, der tages ikke højde for den forskel, der er mellem virkeligheden og sproget. Både Gordon, Moland og Weinbergs forskning påviser jo netop, at det ikke er rigtigt, at sætte lighedstegn mellem det, *der siges* og det, *der reelt gøres*?

## 4 Sygepleje og omsorg

Når der tales om sygepleje, tales der ofte ud fra en ideal forestilling om, hvad god sygepleje er. Der er mange meninger om, hvad den ideelle sygepleje bør omfatte, men i bund og grund er de måske slet ikke er så forskellige endda, da elementerne i sygeplejen ser ud til at være meget de samme. Det der for mig at se adskiller dem er, hvordan de forskellige vælger at vægte de enkelte elementer. En af disse ideal opfattelser af god sygepleje, som igennem årtier er blevet gennemarbejdet og veludforsket står Kari Martinsen for. Ifølge hende er omsorgsbegrebet et meget centralt område i sygepleje, og hun anser omsorg i sygepleje som en moralsk udfordring for sygeplejersken. Martinsens omsorgstænkning er filosofisk anlagt, men da hun i sit forfatterskab altid har haft det konkrete liv og den professionelle praksis som omdrejningspunkt appellerer hendes omsorgsfilosofi alligevel til, at den enkelte reflekterer

---

Gordon 2006:204)

<sup>8</sup> **Dana Beth Weinberg:** PhD, Assistant Professor of sociology at Queens College, the City University of New York. (Nelson, Gordon 2006:204)

den ind i daglig praksis og lade den komme til udtryk her. Martinsens omsorgsfilosofi er i første omgang inspireret af Heidegger<sup>9</sup> og hans omsorgsbegreb ”*sorge*” og er senere videreudviklet ud fra Løgstrups livsfilosofi, der funderes på skabelsestanken.

#### **4.1 Løgstrup om tillid**

Den danske teolog og filosof K. E. Løgstrups<sup>10</sup> grundlæggende tanke var, at al etik bygger på relationer og moralsk forståelse. Han mener, at det er ved hjælp af moralen vi kender den rette handlen og at denne altid udspringer i det konkrete møde med andre mennesker. I mødet viser der sig et ansvar for den anden, det er ikke et ansvar der vælges, men snarere et ansvar der er givet. De spontane impulsive handlinger der opstår i mødet, udspringer af næstekærlighed, der for Løgstrup er et metafysisk fænomen, der udtrykkes gennem de suveræne livsytringer som for eksempel tillid, medfølelse, barmhjertighed og talens åbenhed. Tillid hører således mennesket til, og vi har fra vi fødes en naturlig tillid til den anden. Uanset om vi kender ham eller ej, giver tilliden os en tro på den anden, en tro på at han er til at stole på og taler sandt. Først når noget kvæler denne tillid, kan den blive vendt til mistænksomhed og mistillid. Løgstrup siger, at vi aldrig kan have med et andet menneske at gøre, uden at holde noget af dennes liv i hånden (2004 s.25). Han mener, at der i enhver relation sker en udlevering, der består i at mennesker vover sig frem, og blotter sig i tillid til den anden. Udleveringen kan omfatte alt fra en stemning til hele en persons lykke, og vil vise sig i personens holdninger, adfærd, ord og/eller handling. Enhver samtale bør derfor baseres på tillid, da man i samtalen udleverer sig, og med tiltalen stilles der en fordring til den anden. Tillid som suveræn livsytring, er en stor og fundamental del af vores liv, da vi med vores måde at forholde os til

---

<sup>9</sup> **Martin Heidegger** (1889-1976) Tysk filosof. Han mest kendte være er “*Sein und Zeit*” fra 1927. Heidegger ville med begrebet ”*Sorge*” kritisere rationalismens mekaniske verdensbillede, hvor mennesket står udenfor den døde natur og behersker den. (<http://www.elkan.dk/filosofi/heidegger.asp>)

<sup>10</sup> **Knud Ejler Christian Løgstrup** (1905-1981) dansk teolog og filosof. Løgstrup blev student fra Metropolitanskolen i 1923 og cand.theol. i 1930. I 1935 blev han gift med Rosalia Maria Pauly. I perioden 1936-43 var han præst ved Sandager-Holevad Pastorat i Fyens Stift. I 1943 blev Løgstrup professor ved Aarhus Universitet i etik og religionsfilosofi. Senere blev han æresdoktor ved to universiteter, nemlig Universitetet i Lund i 1965 og ved universitetet i Marburg i 1977. ([http://da.wikipedia.org/wiki/Knud\\_Ejler\\_L%C3%B8gstrup](http://da.wikipedia.org/wiki/Knud_Ejler_L%C3%B8gstrup))

hinanden, er med til at skabe form og mening i hinandens verden. Der er derfor en ofte udtalt fordring om, at tage vare på det liv, som den anden lægger i vores hånd. Fordring findes i forventningen om, at den anden tager udleveringen op og opfylder den. Det er ikke kun en forventning om at få et svar, men også en forventning om, at den anslåede tone tages op af den anden. Mennesket viser med den anslåede tone, hvem han er, hans "selv". Når et menneske udleverer sig, vover sig frem, vil der altid være en risiko for at blive afvist. Hvis den anden ignorerer udleveringen eller misbruger den viste tillid, har vi en konflikt, som kan føre til moralske bebrejdelser og beskyldninger.

For Løgstrup er tillid i det moderne samfund i virkeligheden sjældent helt åbent og uforbeholdent, da de konventionelle normer vi lever med, giver os reservationer og forbehold. Der sker en nedtoning af både udlevering og forventning om, at fordringen tages op. At tillid vises, som skik og brug foreskriver det, letter på den ene side vores samvær med hinanden, da relationerne bliver mere gnidningsløse og ubesværede når alle følger samme normer. På den anden side kan de konventionelle normer bruges til at skabe afstand i relationen mellem mennesker. Løgstrup siger, at vi holder tilbage i udleveringen, for ikke at bliver så skuffede eller sårede, hvis ikke fordringen tages op og vi i stedet for tillid mødes af mistillid, reservation, ligegyldighed eller afvisning. De konventionelle normer beskytter os, men vi skal være opmærksomme på, at de ikke bruges til at neutralisere al den spontane tillid i interaktionen. Hvis ikke den enkelte situation resulterer i spontane handlinger, der udspringer i de suveræne livsytringer, bliver den etiske fordring en form for pligt, hvor pligthandlingen baseres på vedkommendes individuelle faglighed og menneskekundskab.

Fordringen om at tage vare på den andens liv er tavs, udtalt. Den er radikal, hvilket vil sige, at jeg skal tage vare på den anden for den andens skyld. Fordringen er ikke gensidig.

Mennesket har et etisk ansvar for den anden, og i dette ansvar ligger det, at vi med kærlighed prøver at finde ud af, og handle ud fra, hvad der tjener den anden bedst. Vi må på den ene side ikke være eftergivende og bare modsvare den andens ønsker, for derved overlades al ansvaret til den anden. På den anden side må vi heller ikke overtage den andens eget ansvar. Der skal være en vilje til at hjælpe, men samtidig respekt for den andens følelser og handlinger.

(Løgstrup 2004 s.17-39)

## **4.2 Martinsen om omsorg og sygepleje**

Således inspireret af Heidegger og Løgstrup, beskriver Martinsen, hvordan omsorg har en

relationel, en praktisk og en moralsk dimension, hvor den moralske dimension anses for, at være overordnet de to andre.

Den relationelle dimension henviser til den forståelse, at mennesket grundlæggende anses som relationelt. Den bygger overvejende på det kollektivistisk menneskesyn og opfattelsen er, at det er gennem den gensidige afhængighed, der udspringer heraf, at mennesket kan udvikle sig og overleve. Således afhænger sygeplejerskens evne til omsorg af hendes evne til at knytte bånd og at indgå i relationer inden for et felt, der har sine menneskeskabte strukturer, normer og regler. (Martinsen 2005:150)

Det er igennem den praktiske dimension at forståelse og mening etableres, altså er det gennem konkrete erfaringer med mange patientsituationer, at sygeplejersken kan udvikle kompetence til at vurdere, hvad adækvat omsorg overfor den enkelte patient er. Det er herigennem at sygeplejersken kan udvikle sit praktiske skøn, hvilket er et skøn, der er helt afhængig af sygeplejerskens evner til at bruge sine sanser. Martinsen siger: *"skønnet i sykepleien er et tydningsarbeid hvor fagkundskap og naturlig sansning arbeider sammen."* (1993:148) Endelig er der den moralske dimension, hvilket er en dimension, der tager udgangspunkt i den etiske fordring<sup>11</sup> og ansvaret for den svage<sup>12</sup>. Det er sygeplejerskens moralske fornuft, der skal være vejledende for sygepleje og det er gennem denne, at hun med sin næstekærlighed ved, hvad der er bedst for patienten. Hun siger:

*"Sygepleie er omsorg i nestekjærligt for det lidende og syke mennesket,  
der fagkunnskap og menneskelig nærværende er vevet i hverandre, uttrykt  
i aktelsens språk"*  
(Martinsen 1996:36)

Livsytringerne er på denne måde bærende for sygeplejerskens omsorgsarbejde og er ledet af en fordring om at tage vare på den del af patientens liv, som man er involveret i. Vi er på en måde henvist til hinanden og denne henvisthed viser sig i livsytringerne. Derfor er omsorg for patienten det centrale i sygepleje og sygeplejersken må forsøge at gøre, hvad hun kan for at blive patientens tillid værdig. Martinsen siger således, at sygeplejersken ved hjælp af sin fagkundskab og menneskekundskab eller det hun betegner som personorienteret professionalitet med sit faglige skøn, kan kende den gode omsorg og dermed den gode sygepleje. Martinsen afviser altså ikke sygeplejerskens faglighed, men mener, at det er med

---

<sup>11</sup> Martinsen har i sit forfatterskab været meget inspireret af filosofen **Knud Ejler Løgstrup** blandt andet gennem "Den etiske fordring" (1956/1999)

<sup>12</sup> En anden filosof som Martinsen også har ladet sig inspirere af er **Uffe Juul Jensen**, blandt andet ud fra hans bog "Moralsk ansvar og menneskesyn" (1984)



skønnet at sygeplejersken ved, hvornår fagligheden er på sin plads.

Ifølge Martinsen skal sygeplejersken udøve omsorg ud fra en autoritetsstruktur, der har en svag paternalisme, hvilket betyder at sygeplejersken skal være i stand til at balancere imellem de to yderpunkter ligegyldighed og paternalisme.

Opsummerende kan det siges, at det faglige skøn ifølge Martinsen kommer til udtryk ved, at sygeplejersken er villig til at sætte sig i patientens situation, at hun forsøger at tolke patientens realitet og dermed møder patienten på hans præmisser, at hun er engageret i det hun er i gang med, er villig til at investere noget af sig selv i mødet med den anden og at hun lader sig forpligtige til at gøre sit bedste for den, hun er sat til at hjælpe. Ord som Martinsen forbinder med sygeplejersken og som er centrale i omsorg er *uegennyttighed, engagement, nærvær og at hun er sanselig åben med krop og ord*, da det er herigennem, at hun opnår større forståelse for patientens verden. Det er således ved hjælp af livsverden perspektivet og den omsorg for den anden, der udspringer heraf, at sygeplejersken kan knytte bånd og indgå i relationer, hvilket er nødvendigt for at omsorg for patienten kan lykkes. Martinsen mener dog, at sygepleje presses af den tidsstruktur og dermed de systemer nutidens sundhedsvæsen er bygget op omkring. Et sundhedsvæsen, hvor den dominerende kundskab præges af disciplin, blandt andet gennem *"inddelingens kunst"* og dermed de objektive klassificeringskunderskaber. (Martinsen 2001:39) Hun beskriver, hvordan der i mødet mellem patient og sygeplejerske, kun er tid til flygtige og springende relationer, hvilket kan betyde, at en suveræn livsytring som tillid ikke gives rum.

(Martinsen 1996, Martinsen 2001, Martinsen 2005, Gjengedal 2000:37-55)

### **4.3 Habermas om systemer og livsverden**

Når Martinsen taler om hvordan tidsstrukturen og strukturen af sundhedsvæsenet er med til at skubbe opmærksomheden bort fra relationerne og dermed livsverden perspektivet, syntes det relevant kort at inddrage Habermas<sup>13</sup>, der har arbejdet meget med livsverden og system perspektivet. Han mener, at der i det moderne samfund tales om rationalitet på tre overordnede måder. Han skelner meget kort skitseret mellem pragmatisk, moralsk og etisk

---

<sup>13</sup> **Jürgen Habermas** (1929-) Tysk filosof og sociolog. Habermas er professor Emeritus ved Frankfurt Universitet. Her var Habermas professor i filosofi og sociologi fra 1964-1971. Fra 1971-1983 direktør for Max Planck-Instituttet i Starnberg. ([www.leksikon.org/art.php?n=1039](http://www.leksikon.org/art.php?n=1039) 07.05.14)

rationalitet, eller kognitiv-instrumentel, moralsk-praktisk og frigørende æstetisk-espressiv rationalitet.

Habermas opererer som sagt ud fra en opsplitning af verden i en systemverden og en livsverden. Han anvender ikke selv ordet systemverden, men opfatter, hvordan en række processer som for eksempel produktion, administration, forvaltning og økonomi er underlagt den instrumentelle fornuft i den moderne verden. Disse samler Habermas under, hvad han kalder *systemer* og ikke systemverden, som er den anvendte tolkning af mange danske forfattere. Systemerne er ikke åbne og har ingen uendelig horisont, og derfor kan de ikke udgøre en verden. Systemerne er derimod en del af verden og ved siden af og i disse systemer udfolder menneskers livsverden sig. (Harste 2002:9-11)

Systemerne er underlagt og styret af overordnede økonomiske interesser og bureaukratiske regler. Den rationalitet der dominerer systemerne er en kognitiv-instrumentel rationalitet, der grundlæggende er videnskabsbaseret. Denne rationalitet opfylder fire universelle gyldighedskrav, hvilke er krav om forståelighed, sandhed, normativ rigtighed/retfærdighed og ærlighed/oprigtighed. Den menneskelige handlen er teknisk-instrumentel og bliver målrettet og strategisk styret af de førnævnte regler. Derved bliver handlingerne indenfor systemerne let formelle, fremmedgørende og tingsliggørende, hvilket kan betyde at relationen mellem mennesker bliver upersonlig og anonym.

Livsverden er den verden mennesket lever og er i. Det er livsverden, der er grundlaget for alle de erfaringer og den forståelse mennesket bærer med sig. Rationaliteten i livsverden domineres af en moralsk-praktisk og en æstetisk-espressiv rationalitet. Til den moralsk-praktisk rationalitet knyttes der en etisk handlen, der er vejledende for mennesket i relationen til andre. Det er ved hjælp af denne, at mennesket forholder sig til, forstår, omgås og samarbejder med andre ud fra fælles gyldige normer. Det er gennem den æstetisk-espressiv rationalitet, at mennesket opnår en selvforståelse og en forståelse for verden og andre mennesker omkring sig. Ved hjælp af de to rationaliteter, kan mennesket derfor opnå at handlinger og relationer i livsverden, i modsætning til indenfor systemerne kan blive både personlige, nærværende og uformelle.

Ifølge Habermas koloniseres livsverden af systemerne og implikationen for sygepleje, kan dermed være, at al handlen bliver styret af den kognitiv-instrumentel rationalitet og dermed bliver strategisk, formel og upersonlig. (Habermas 1996:del III, Scheel 1993:kap 2, Scheel 2001:220-222, Eriksen et al. 2003:117-125, Harste 2002).

#### 4.4 Sammenfatning

Der er andre sygeplejeforskere der i lighed med Martinsen, anser det relationelle aspekt som fundamentalt, og mener, det er et aspekt, der er under pres på grund af den tidsstruktur sundhedsvæsenet i dag er bygget op omkring:

*“Hospital nursing is being charged by the concept of time. In this sense, the nurse-patient relation is being rewritten to remove the “relationship” aspect”.*

(Heartfield<sup>14</sup> 2006:146)

*“No time to talk, to be kind and gentle, to listen or to express compassion. Not enough time for “little things” for “that bit extra”.*

(Weinberg 2006:34)

Citaterne fra Heartfield og Weinberg samt Martinsens mere filosofiske tanker om betydningen af relationen, synes kun at understrege at idealet for den gode sygepleje og dermed den gode omsorg er, at sygeplejehandlinger udspringer i et livsverdens perspektiv. Det er system perspektivet med sin kognitiv-instrumentelle fornuft, der er fremherskende og dominerende på det medicinske felt, og realiteten er, at det på hospitalerne er den teknisk-instrumentelle virkelighed der hersker, og at der konstant stilles større krav om effektiv ressource udnyttelse og samfundsøkonomisk ansvarlighed. Sygeplejersken i det højteknologiske korttidsafsnit ser således ud til, at være presset af systemernes kolonialisering af livsverden. De krav sygeplejersken dagligt står overfor er, at hun skal kunne agere indenfor både systemerne og livsverden, for realiteten er, at sygeplejersken på det højteknologiske korttidsafsnit, lige såvel som for eksempel lægen, repræsenterer en del af systemerne. Det er altså kravet at sygeplejersken formår, at balancere systemernes krav om effektivitet og faglig dygtighed med patientens krav og egne forventninger om en omsorgsfuld sygepleje. Så selv om sygeplejersken måske helst vil agere ud fra en moralsk-praktisk og en æstetisk-espressive rationalitet, ud fra en ”care” baseret på ”the virtue script”, er det nødvendigt for hende, at hun forstår den kognitiv-instrumentelle rationalitet og integrerer den praktisk-instrumentelle handlen i sin sygepleje. Hvis hun ikke formår dette, kan der være overhængende risiko for, at den korte tid med patienten ikke forvaltes til patientens bedste.

---

<sup>14</sup> **Marie Heartfield:** PhD, Program Director of Research Degrees in University of South Australia’s School of Nursing and Midwifery. (Nelson, Gordon 2006:204)

## 5 Litteratursøgning

Jeg vil i det følgende kapitel beskrive litteratursøgningsprocessen, hvor hovedformålet var at finde litteratur, der beskrev korttidssygepleje, samt beskrivelser af hvordan omsorg kommer til udtryk i sygepleje på kort tid.

### 5.1 Indledende søgning

Der er først søgt på selve ordet *korttidssygepleje/short term/time nursing* i forskellige baser: Medline, CINAHL, bibliotek.dk, statsbiblioteket og JCVU's bog og artikelbase, men her kom der ingen kildehenvisninger. Derefter søgte jeg på ordet *korttidssygepleje* i google databasen. Korttidssygepleje findes her anvendt i forbindelse med stillingsopslag, semesterplaner for sygeplejerskestuderende, afdelingsbeskrivelser og undervisningsbeskrivelser. Her følger nogle eksempler:

#### Stillingsopslag

Stråleterapiafsnittet:

*"Vi arbejder med **korttidssygepleje** til patienter i længerevarende behandlingsforløb."*

(Sygeplejersken 8.januar 2007)

Den Funktionsbærende Enhed, øre-, øjen- og kæbekirurgisk afsnit:

*"Vi har meget **korttidssygepleje**; men også længerevarende forløb."* (Nordjyllands Amt)

#### Afdelingsbeskrivelser

Skadestuen, Århus Sygehus:

*"Kendetegnende for sygeplejen i afsnittet er **korttidssygepleje** (fem minutter til 2 timer)*

*Sygeplejersken skal hurtigt kunne danne sig et helhedsindtryk af patientens situation og skabe kontakt og etablere dialog."*

#### Semesterplaner

Ortopædkirurgisk afdeling E, Århus Sygehus:

*"I **korttidssygeplejen** skal den studerende opnå indsigt i plejeforløb af kort varighed.*

*Sygeplejen i korte kontakter er den samme som i længerevarende patientforløb. Forskellen er at den studerende kun samarbejder med og plejer patienten i kort tid, hvorfor der her specielt*

*er fokus på det relationelle og det kommunikative i sygeplejen. Samtidig er der behov for den mere instrumentelle vinkel og den ledelses- og organisatoriske del af sygeplejen.”*

(Studieplan for 6.semester studerende, ortopædkirurgisk afdeling E.)

## **5.2 Opsummering**

Resultatet af den indledende søgning viste, at *korttidssygepleje* anvendes i for eksempel stillingsopslag ud fra en fælles faglig indforståethed af fænomenet, altså ud fra den forståelse, at når der skrives *korttidssygepleje*, så ved alle, hvad det betyder. I afdelingsbeskrivelser og semesterplaner uddybes forståelsen mere, idet der er sat lidt flere ord på, men beskrivelserne er dog stadig forholdsvis overfladiske og kortfattede. Ydermere bygger beskrivelserne ikke på videnskabelig dokumenteret forskning, så derfor kan de komme til at fremstå, som enestående udsagn af forfatterens empiri eller som en tolkning af, hvad de anser sygepleje er, tilsat det korte tidsaspekt. Når dette er sagt, mener jeg bestemt at beskrivelserne af korttidssygepleje kan være både rigtige og gode, men uden en gyldig videnskabelig dokumentation er de ikke direkte anvendelige som kildemateriale i dette speciale.

## **5.3 Uddybende søgning**

Kriterierne for litteratursøgningen var ikke alene, at finde frem til litteratur, der beskriver, *korttidssygepleje* samt hvordan omsorg kommer til udtryk i sygepleje på kort tid. Der var yderligere et kriterium, der skulle opfyldes, hvilket var at den litteratur, der skulle inkluderes skulle være forskningsbaseret, det skulle altså være kilder, der beskrev forskning om *korttidssygepleje*. I den indledende søgning, hvor jeg søgte på ordet *korttidssygepleje*, fandt jeg som netop beskrevet ingen forskningsartikler, jeg måtte derfor udvide min søgning og søge bredere. For at finde brugbare og relevante søgeord tog jeg udgangspunkt i egne erfaringer med korttidssygepleje, samt tre beskrivelser af, hvad kan siges at være idealet for god endoskopisk sygepleje, beskrevet af fire sygeplejersker, der arbejder/arbejdede med endoskopi. (Foote 1994, Olesen 1993 og Rasmussen og Olesen 1992a+b) Dette resulterede i følgende søgeord; *kort, tid, sygepleje, afsnit, omsorg, kommunikation, relation, gastroendoskopi /short time-term, nurse, unit, patient care, communication, relation, out patient, gastroendoscopy*. Ordene blev der søgt med i forskellige kombinationer på de samme baser som før: Medline, CINAHL, bibliotek.dk, statsbiblioteket og JCVU's bog og

artikelbase. Derudover blev der lavet en manuel søgning i tidsskrifters og artiklers referencelister. Efter at have gennemlæst først abstrakts og derefter de mange udvalgte artikler blev omfanget afgrænset til 1 projektbeskrivelse, 6 forskningsartikler og 2 kandidatspecialer, der præsenteres i det følgende.

I en norsk projektbeskrivelse fra 1988 analyseres oprettelsen af en kirurgisk korttidsafdeling. Formålet med oprettelsen var, at reducere den kirurgiske venteliste, hvilket også blev opnået, da ventelisten på 800 faldt med 550 patienter i løbet af den 2-årige periode undersøgelsen foregik. I undersøgelsen fik patienterne udleveret et spørgeskema, med spørgsmål angående arten af deres lidelse, ventetid, behandling og problemer i forbindelse med hjemrejse. Et af de resultater, der blev fremhævet var, at blandt de adspurgte patienter foretrak 92 % korttidsafsnittet frem for en ordinær indlæggelse. Det samlede resultat af rapporten viste, at korttidsafsnittet øgede behandlingskapaciteten, reducerede ventetiden på behandling og reducerede omkostningerne for behandling, da patienternes kontakt med hospitalet var kortere. Intet sted i undersøgelsen findes der direkte spørgsmål til sygepleje på korttidsafsnittet. Sygepleje nævnes kun i forbindelse med organiseringen af sygeplejersker, der blev rokeret fra stationære afsnit og over i korttidsafsnittet, samt hvordan det økonomisk blev struktureret. (Guldbrandsen, Iversen 1988)

I sit kandidatspeciale beskriver Annelise Nordlyk, hvordan det opleves at være kolonopereret patient i et accelereret patientforløb. Hendes formål er at finde frem til, hvad der i denne sammenhæng anses som betydningsfuldt i sygeplejen. Gennem patient interview og en hermeneutisk-fænomenologisk analyse kommer hun frem til følgende grundtema; *at blive præsenteret for et program og at leve op til det*. Dette tema belyser hun ved hjælp af fire undertemaer; *at mobilisere vilje, at balancere på kanten af sin formåen, at mangle indflydelse og at savne medmenneskelig opmærksomhed*.

Undersøgelsen peger på, at patienter i accelererede forløb, har behov for fokus på eksistentielle og erfaringsmæssige dimensioner, specielt havde de behov for en øget forståelse af, hvordan de oplevede det at være syg.

Nordlyk beskriver, hvordan accelererede patientforløb er udviklet på grundlag af nogle skjulte, men styrende værdier. Disse bagvedliggende værdier, mener hun, påvirker sygepleje, så den opfattes som problemløsende og som en service, og herved opstår der en fare for, at

opmærksomheden skubbes væk fra det enkelte menneske.

En af Nordlyks konklusioner er, at sygeplejersker der arbejder med accelererede patientforløb, skal vægte medindflydelse, medmenneskelig opmærksomhed og en egenomsorg, der er underordnet omsorg. Ligeledes anbefaler hun en øget etisk refleksion i udøvelsen af det accelererede patientforløb. (Nordlyk 2004)

Jeanette Hjermand undersøger i sit kandidatspeciale sammedagskirurgiske patienters oplevelse af at være patient. Baggrunden for specialet er blandt andet det øgede antal patientklager over manglende lydhørhed overfor deres behov og de effektiviserings tiltag, der foregår i nutidens sygehusvæsen. Gennem 5 patient interview, der er fænomenologisk analyseret finder hun frem til følgende temaer; *at mærke sygeplejerskens engagement, at føle sig i centrum, at kende indlæggelsesforløbet, at være forberedt på at klare sig derhjemme, at vente og at mærke effektiviteten.*

Konklusionen på projektet var, at patienten i det sammedagskirurgiske regi tydeligvis havde brug for, at føle sig tryk, i forhold til det, der skulle ske. Samtidig havde de brug for at få tilført ressourcer, for at kunne mestre forløbet på den mest hensigtsmæssige måde.

Sygeplejersken skulle være engageret, trygheds skabende og ressource tilførende.

Gennemgående for alle temaerne kommer Hjermand ind på tiden, der for patienterne kunne opfattes både som god, men også som dårlig. Tiden var god, når patienterne oplevede, der var tid til at gøre det, der skulle gøres. Tiden blev opfattet som belastende, for eksempel i forbindelse med, at de skulle vente på noget ubehageligt. (Hjermand 2003)

Murphy forsøger gennem 26 semistrukturerede interviews at få en bedre forståelse for den *"humanistic interaction with medical imagine technology"* Han ønsker, at undersøge om den moderne billede teknologi, kan have en signifikant negativ effekt på en holistisk patient *"care."* Patienternes oplevelse af undersøgelserne analyseres ud fra tre analogier eller symboler; *stories, masculinity and mythology.* Her refererer det første til, hvilke historier eller eventuelle skræk scenarier patienten kan have hørt fra familie og venner. Det andet punkt omhandler maskulinitet, og det ser ud til at mændene, i større grad end kvinderne, fra Murphy's undersøgelse tenderer til, at lukke af for egne følelser. Det at indrømme, at en undersøgelse er ubehagelig, vil kunne betyde et alvorligt brist i deres maskulinitet. Det sidste punkt, går tættere på de myter, der på mystisk vis omgiver undersøgelsesformen. Myter, der

mange gange, kan virke afskrækkende på patienten.

Konklusionen på Murphy's undersøgelse er, at alle patienter er unikke, men at de allerede før de ankommer i afdelingen, vil være påvirket af, det han tolker som "*informal social encounters*", der vil være afgørende for, hvordan de klarer undersøgelsen. Murphy anser det for vigtigt, at patienterne mødes med tillid i den ofte stressfulde og teknologiprægede kontekst, en sådan undersøgelsesafdeling kan repræsentere. Ligeledes mener han, at en af de vigtigste barrierer mod en holistisk patient-orienteret "*care*" er, at sygeplejerskerne er "*too busy to listen*" (Murphy 2001)

Catherine Rogan Foy's undersøgelse handler om kommunikation i en dag kirurgisk kontekst. Hendes formål er, at finde frem til hvilke faktorer, der kan fremme eller hæmme udviklingen af en terapeutisk relation mellem patient og sygeplejerske. Hun mener, at moderne sygepleje praksis grundlæggende handler om, at få udviklet denne terapeutiske relation, og anser den hurtige "*delivery of care*", som en af de største barrierer mod oprettelsen af denne. Relationer bygger grundlæggende på kommunikation og en terapeutisk kommunikation, bliver beskrevet som kommunikation, der tager udgangspunkt i patient perspektivet, tager højde for patientens styrker, og deres vilje til at lære.

Hun konkluderer, at kun med god kommunikation, kan en terapeutisk relation udvikles, hvilken er nødvendigt for at sygeplejersken kan identificere patientens unikke "*needs*". Gode kommunikative kompetencer kræver, at sygeplejersken er "*truly present, being able to listen, perceptive of the environment and able to anticipate patients needs*" Sygeplejerskens største barrierer for en god terapeutisk relation er mangel på kommunikative "*skills*", "*high turn over*" i det dagkirurgiske afsnit og "*time limitations on the nurse and the short duration of patient stay*" (Foy, Timmins 2004 s.37-42)

Johansson har i et litteraturstudie undersøgt patienttilfredsheden med "*nursing care*". Hans undersøgelse indbefatter 30 studier og hans formål var at finde frem til hvilke variabler, der kan have betydning for patienttilfredsheden med sygeplejerskernes "*care*".

Patienternes forventninger til sygeplejersken er, at hun har en central rolle i deres "*care*".

Disse forventninger handlede ikke kun om sygeplejerskens viden og kompetencer, men måske i højere grad om hendes evner i forbindelse med deres "*personal care*". Sygeplejersken skal være "*companion and adviser*" være empatisk, have gode kommunikative "*skills*" og kunne



guide patienten både emotionelt og psykisk gennem hospitalsopholdet. Sygeplejersken skal indgå i interpersonelle relationer ud fra en gensidig forståelse, relationen skal bygge på respekt, tillid, ærlighed, co-operation og humor. Hun skal være empatisk, tålmodig, hensynsfuld og opmærksom. Kun ved hjælp af alle disse ting og sin intuition kan sygeplejersken forstå patientens udtalte spørgsmål og "needs". Endelig finder patienterne det også vigtigt, at sygeplejersken udfører sit arbejde på en korrekt teknisk måde og at hun "skillfully" assisterer lægen. (Johansson et al 2002 s.337-344)

Formålet med Nyströms undersøgelse var at finde frem til, hvilke faktorer der var grundlag for "non-caring attitudes" i en specifik svensk "emergency care unit".

Med en livsverden hermeneutisk tilgang analyserede de interview med 9 sygeplejersker og 9 patienter, hvorigennem de fandt frem til fem overordnede temaer: "*The nurse-patient encounter is characterized by fragmentation.*" "*The meaning of the nurse-patient encounter is subordinated to the importance of fixed schedules and practical interventions.*" "*The nurse-patient encounter is dominated by the nurse's wish for "good" patients.*" "*The quality of the nurse-patient encounter varies depending on the nurse on duty.*" "*The foundation of the nurse-patient encounter is the patients wish to trust the nurse's competences.*"

Konklusionen var, at "utilitarian knowledge" så ud til at være vigtigere end "alleviation of suffering and a deeper understanding of patients needs". Sygeplejerskernes holdning var, at "*holistic care is a luxury that is too much to ask for*". Den institutionelle diskurs så ud til, at forme sig efter og tilpasse sig stedets effektivitet, økonomi og det allesteds værende tidspres. Slutteligt inddrager de Mistlers to metaforer for stemmer, der eksisterer i sundhedssystemet, "*the voice of medicine*" og "*the voice of life-world*". Her var argumentet, at sygeplejerskerne så ud til mest anvender den første. (Nyström et al 2003:761-769)

Helen T Allan har med et etnografisk approach, med både deltagende observationer og dybde interview med 20 "staff members" og 15 patienter undersøgt forståelsen af "care" på en fertilitetsklinik i England.

Hendes undersøgelse viser, at patienterne identificerer "caring" som "a practical activity". Sygeplejehandlingerne hun observerede og forbandt med denne praktiske aktivitet var at "være der", at give "a caring pat" eller at sygeplejersken "talte patienten gennem en procedure". Ligeledes blev "caring" identificeret af patienterne ved, at sygeplejerskerne

havde en, hvad hun tolker som, "*emotional awareness*". Det var via denne emotionelle "*awareness*", at sygeplejerskerne viste patienterne, at de var der for dem og at de var klar over, hvad det var de skulle igennem. Hun mente at kunne se, at sygeplejerske-patient relationen var baseret på det, hun kalder "*social acquaintance rather than physical or emotional intimacy, although some degree of physical intimacy was required because of the nature of the fertility treatment*". Hvilket understøttes af patienternes forventninger til "*caring*" som en praktisk aktivitet.

Konklusionen var, at sygeplejerskens rolle formes af de behov klinikken stiller til hende på et praktisk niveau, i "*nursing the clinic and the doctor*" og gennem hendes respons på patienternes forventninger til hendes "*emotional awareness*", via "*nursing the patient*". (Allan 2002:86-93)

Sonja Mcilpatrick har med et heideggeriansk hermeneutisk fænomenologisk approach gennem face to face dybde interview undersøgt sygeplejerskers oplevelse af at arbejde på et daghospital, hvor der gives kemoterapi.

Af positive sider nævner sygeplejerskerne, at de har fået en større grad af autonomi i arbejdet på daghospitalet i forhold til på sengeafdelingen. De beskriver, hvordan de i daghospitalet både udfordres og får muligheden for at lære nye "*skills*" og fokusere på de mere kurative sider af behandlingen af patienterne. Af negative sider ved arbejdet i daghospitalet nævner de det konstante pres og stressniveau, der er på et sådant afsnit. Sygeplejerskerne har en fornemmelse af, ikke at kunne give en tilstrækkelig holistisk "*care*", da de ikke har tid til at lære patienterne at kende, da hovedvægten af deres tid bruges på "*tasks*".

Resultaterne peger på, at der findes en dikotomi mellem sygeplejerskens aktuelle rolle og deres ønskede rolle og Mcilpatrick konkluderer at sygeplejerskernes "*nursing the clinic*" var så tidskrævende, at der kun var kort tid til at involvere sig i "*nursing the patient*". Mcilpatrick tilføjer, at sygeplejerskernes store fokus på teknologi og "*tasks*" eventuelt kan være en måde at undgå den stress, der forbindes med ikke at føle, at de har nok tid til den emotionelle intimitet med patienten. (Mcilpatrick et al. 2006:1170-1178)

## **5.4 Sammenfatning**

De netop refererede 6 forskningsartikler og 2 kandidatspecialer fra litteratur studiet minder en del om hinanden, de stammer alle fra det 3. årtusinde, men er i øvrigt forskning, der har haft

fokus på forskellige former for korttidsafsnit og sygepleje på disse. Den store fællesnævner for undersøgelseerne er, at de alle handler om, hvordan der *tales* om sygepleje og omsorg. Det er alle undersøgelser, hvor forskeren har bedt patienter og/eller sygeplejersker *beskrive*, hvilke fænomener der har betydning for sygepleje på kort tid.

Undtagelsen er projektbeskrivelsen af Gulbrandsen og Iversens, der stammer tilbage fra 1988. Gulbrandsen og Iversens rapport er alligevel inddraget, dels fordi det er den ældste fundne kilde, der omhandler korttidsafsnit, dels fordi den slet ikke beskriver omsorg eller sygepleje. Begrundelsen for dette er, at nogle gange kan udeladelser være ligeså talende som beskrivelser, og at udelade at beskrive sygepleje, understreger måske at tidens og dermed projektet værdigrundlag udelukkende baseres på de økonomiske og strukturelle gevinster ved oprettelse af korttidsafsnit, mens sygepleje og omsorg anses som noget mere sekundært. Måske på grund af et bagvedliggende systemstyret værdigrundlag, som stadig den dag i dag skinner igennem, som Nordlyk beskriver det i sit speciale.

I lighed med kildematerialet den første del af specialet er baseret på, er den sygepleje, der er beskrevet i de udvalgte kilder en sygepleje, der i høj grad vægter de moralsk-praktisk og æstetisk-espressiv aspekter. Sygeplejersker og patienter *taler* sygepleje ud fra en rationalitet, der er forskellig fra den styrende institutionelle diskurs, eller system diskursen, der med en kognitiv-instrumentel rationalitet og en teknisk-instrumentel handlen, tilpasser sig og former sig efter stedets effektivitet, økonomiske strukturering og det allesteds værende tidspres. Derudover opfattes omsorg for patienten eller det engelske "*caring*", af kilderne ud fra den fælles historiske emotionelt betinget definition, som er beskrevet tidligere, altså ud fra "*the virtue script*".

Her adskiller Allans undersøgelse sig fra de øvrige kilder, idet den både består af interview og observationer, og ved at inddrage begge undersøgelsesformer opnår Allen at påvise diskrepansen, der er mellem det sygeplejersker siger og det de reelt gør, hvilket kun bekræfter antagelsen om, at der ikke kan sættes lighedstegn mellem de to.

## 6 Problemafgrænsning

Litteratursøgningen viste, at den allerede foreliggende forskning fortrinsvis handler om hvordan patienter og sygeplejersker taler om og beskriver sygepleje og omsorg i de korte møder, hvilket vil sige, at det er diskursen om korttidssygepleje, der er beskrevet. Derimod

findes der ikke meget forskning, der giver faktuelle beskrivelser af omsorg i korttidssygepleje, det er altså et område, der er dårligt belyst.

For at tage højde for denne forskel mellem *det sagte* og *det gjorte*, og efter at have set at forskningslitteraturen umiddelbar er mest optaget af *det sagte*, synes det meget relevant, at fokus for dette speciale er, at beskrive *det gjorte*. Specialets empiriske data bygger derfor på et feltarbejde, et observationsstudie i et udvalgt korttidsafsnit. Resultaterne kan som følge af dette kun være eksemplarisk, men vil tilbyde en beskrivelse af, hvordan korttidssygepleje ser ud i praksis, hvor fokus er på at beskrive, hvordan omsorg kommer til udtryk på kort tid. Jeg har vist, at der er visse sammenhænge mellem, hvordan man rent historisk har set på sygepleje og hvordan man stadig den dag i dag ser på og opfatter sygepleje. Forestillingen om hvad ”*care*” og *omsorg* er, findes fastlåst og naturligt forankret i sygeplejerskens kvindelige dyder. Sygeplejerskerne har med deres historisk betingede vægtning af moralsk-praktisk og æstetisk-espressiv rationalitet sat sig udenfor den styrende diskurs, hvilket har medført, at både samfund og sygeplejersker selv, stadig omtaler og forbinder ”*emotional work*” med termen ”*real nurses*”, mens ”*technical work*” forbindes med ”*not real nurses*” eller ”*not quite authentic*”.

Det moderne samfund fungerer som beskrevet ud fra en kognitiv-instrumentel rationalitet og med idealet ”effektiv ressourceudnyttelse” for øje, stilles der i dag krav til sygeplejersken om, at hun skal retfærdiggøre, hvorfor sygepleje er nødvendig. En af sygeplejerskers måske vigtigste opgaver er blevet, at de kan overbevise blandt andet hospitals administratorer om, at de ikke bare er et par ekstra hænder og fødder, men også ”*knowledgeable workers*” med ”*specific skills*”. Altså om at sygepleje ikke kun skal opfattes, udtrykt ved hjælp af Nelson og Gordon som; ”*good work performed by kind and nice people (women)*”. (2006:1,14) Dette må de nødvendigvis gøre i et sprog eller ved hjælp af en diskurs, der er accepteret og gyldig i det moderne samfund.

Som beskrevet, har den udvikling og omstrukturering, der er sket indenfor sundhedsområdet, medført et stadig stigende antal korttidsbehandlinger, og dermed er det relevant at udlede at også behovet for korttidssygepleje, vil være stigende. Korttidssygepleje synes derfor som et meget aktuelt fænomen, at blive klogere på.

Med baggrund i det netop beskrevne ser jeg derfor et stort behov for, at få udforsket og beskrevet, hvordan omsorg kommer til udtryk i korttidssygepleje i praksis, og derigennem at få præsenteret et mere nuanceret billede af, hvad korttidssygepleje faktisk er. Specialets

målgruppe er fortrinsvist sygeplejersker, der arbejder med korttidssygepleje, men også andre faggrupper indenfor sundhedsvæsenet kunne måske få udbytte ud af at læse det. Hvis sygeplejersken på korttidsafsnittet ikke længere kun har det historiske *"the virtue script"* at argumentere ud fra, når samfundet som repræsentant for systemerne, spørger til deres berettigelse i patienternes *"care"*, men derimod kan beskrive den kompleksitet hendes arbejde består af, vil det måske kunne styrke hendes position i det medicinske felt.

Relationen mellem patient og sygeplejerske i et korttidsafsnit er kort, men spørgsmålet er om den er flygtig og springende? Jeg forventer med indeværende speciale, at få en række valide argumenter, der kan vise, at korttidssygepleje praktiseres af *"rigtige"* sygeplejersker, der er både *"autentiske"* og *"caring"*. At vise, at der på trods af den korte tid, der er til rådighed, stadig er plads til *"that bit extra"*, der er med til at bevare *"the relationship aspect"*. At vise, at sygeplejersken i korttidsafsnittet faktisk formår, at skabe en relation, der bygger på tillid, og derved yder en omsorgfuld sygepleje inden for de rammer, der nu findes på et sådant et afsnit. Jeg har været meget opmærksom på ikke at lade egne forventninger være styrene for, hvad jeg ser efter i samspilsrelationerne, men været åben overfor, hvad jeg reelt har observeret.

Derudover bidrager specialet ligeledes med at belyse, hvordan tiden og rummet er med til at strukturere sygeplejerskens faglige handlen, og derfor har betydning for, hvordan omsorg udmønter sig i sygepleje på korttidsafsnittet.

## 7 Problemformulering

Det netop beskrevne bringer mig således frem til formuleringen af specialets overordnede undersøgelsesspørgsmål, hvilket lyder således:

### **Hvad vil det sige at være omsorgfuld i et højteknologisk endoskopisk korttidsafsnit?**

Det overordnede undersøgelsesspørgsmål, har været vejledende for feltarbejdet og igennem arbejdsprocessen, så jeg ikke som Van Manen beskriver, har ladet mig "køre af sporet" eller mistet fokus undervejs. (1990:34). Undersøgelsesspørgsmålet bliver belyst gennem følgende temaer:

- Tillid i mødet med den anden
- Being there and hovering

- Hurtige og langsomme kundskaber

Derudover fik jeg under feltarbejdet og processen med behandlingen af resultaterne indsigt i, hvordan fænomenerne tid og rum er strukturerende for sygeplejerskens mulighed for omsorg i korttidsafsnittet og disse to fænomener belyses gennem yderligere to temaer:

- Tid på det endoskopiske korttidsafsnit
- Rummene på det endoskopiske korttidsafsnit

## 8 Metodologiske overvejelser

### 8.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Jeg vil i det følgende redegøre for mine videnskabsteoretiske overvejelser, hvilket er både nødvendigt og vigtigt, da de er grundlæggende for, hvordan jeg forstår og forholder mig til min empiri.

Max Van Manen<sup>15</sup> beskriver i bogen "Researching lived experience" (1990) en metodologi for human science research. Hans metodologi er egentlig udviklet indenfor pædagogikken, men han inddrager og beskriver også beslægtede fagområder, som for eksempel sygepleje. Jeg har valgt at lade mig inspirere af Van Manens hermeneutisk fænomenologiske tilgang, da den er set anvendt og har vist sin styrke i forbindelse med forskellige kvalitative undersøgelser udført af sygeplejersker, for eksempel Ingegerd Harder, Ruth H. Olsen og i kandidatspecialer af Annelise Nordlyk og Jeanette Hjerminde.

Jeg vil først kort beskrive fænomenologi derefter hermeneutik og endelig opsamle ved at beskrive Van Manens forslag til, hvordan man kan strukturere en hermeneutisk fænomenologisk forskningsundersøgelse.

#### 8.1.1 Fænomenologi

Fænomenologi kommer af det græske "*phainomenon*", der betyder "*det, der viser sig*" og "*logos*" der betyder "*læren om*" og "*fornuft*". Fænomenologi betyder således direkte oversat "*læren om det der viser sig, det jeg kan erfare.*"

---

<sup>15</sup> **Max Van Manen:** Professor, PhD in Research Methods, Pedagogy and Curriculum Studies, of the Secondary Education, Faculty of Education, University of Alberta. ([www.phenomenologyonline.com/max/index.html](http://www.phenomenologyonline.com/max/index.html))

Den fænomenologiske filosofi blev grundlagt af Edmund Husserl<sup>16</sup> omkring starten af det 19. århundrede. Siden har flere filosoffer arbejdet vider med Husserls ideer heriblandt Heidegger<sup>17</sup>, Sartre<sup>18</sup> og Merleau-Ponty<sup>19</sup>.

Udgangspunktet for Husserl fænomenologiske filosofi, var et forsøg på, at gøre op med bevidsthedsfilosofien og datidens dualistiske opfattelse af mennesket, hvor det menneskelige væsen reduceres til et natur væsen, et fysisk legeme. I Husserls opfattelse kunne og skulle subjekt - objekt ikke adskilles, som det blev praktiseret i bevidsthedsfilosofien, derimod opererer han med begrebet ”*intentionalitet*”, hvilket vil sige, at det menneskelige væsen bliver tillagt en bevidst rettedhed, hvorigennem bevidsthedsverden anses for tæt forbundet med det kropslige. Fænomenologi skal derfor opfattes som en grundholdning, en måde at være i verden på, og fænomenologien bliver dermed, med sin kritisk reflektive tilgang til fænomener et alternativ til bevidsthedsfilosofien.

Fænomenologi handler om, at gå til sagen selv, og den menneskelige erkendelse bliver til på baggrund af det sette og oplevede. Indenfor fænomenologien, er fokus derfor altid på livsverden, hvilket vil sige på den menneskelige oplevelsesverden, og fænomener skal altid forstås ud fra, hvordan aktøren oplever dem, altså ud fra et aktør perspektiv. I fænomenologiske beskrivelser, forsøger man at overskride, at komme ind bag det, der umiddelbart opfattes, således at der opnås en dybere forståelse. Kravet til forskeren er, at hun kan artikulere det prærefleksive og prævidenskabelige, hvilket betyder at hun må forsøge at sætte egen forforståelse i parentes. Når forskeren formår at sætte egen forforståelse i parentes, kan underliggende niveauer og forståelser af et fænomen åbenbare sig, det usynlige gøres synligt, og derved kan beskrivelser af fænomener blive så fordomsfrie som muligt. Menneskers livsverden er således et udtryk for deres førvidenskabelige dagligdagsverden, en verden der er i en konstant forandringsproces. (Kvale 2004:49,60-64, Andreasen et al 2001: kap 15, Andreasen 2006a+b)

---

<sup>16</sup> **Edmund Husserl** (1859-1938) var tysk filosof, og anses som den moderne form for fænomenologis grundlægger. Erkendelses teoretiker. (Andreasen et al 2001:306-315)

<sup>17</sup> **Martin Heidegger** (1889-1976) ligeledes tysk filosof, var Husserls elev og bygger sin filosofi på tænke måder, der stammer fra både fænomenologisk og hermeneutisk eksistens filosofi. (Andreasen et al 2001:306-315)

<sup>18</sup> **Jean Paul Sartre** (1905-1980) fransk filosof og forfatter. Eksistentialist.

<sup>19</sup> **Maurice Merleau-Ponty** (1908-1961) fransk filosof der arbejdede med æstetik, krops og sprog filosofi.

### 8.1.2 Hermeneutik

Hans Georg Gadamer<sup>20</sup> var en af grundlæggerne af filosofisk hermeneutik, hvor de hermeneutiske begreber betragtes som et centralt eksistensvilkår. Hermeneutik, som betyder ”forståelselære” eller ”fortolkningskunst”, er derfor ikke en metode, men en måde at være til i verden på. Formålet med forståelsen er, at forstå den andens sindstilstande, værdier, hensigter, følelser og opfattelser. Formålet er dog ikke kun forståelsen for den anden, da der i enhver forståelsesproces også sker en selvforståelse.

For Gadamer er ingen forståelse forudsætningsløs, da den altid vil bero på en forforståelse. Forforståelse kan forstås som *fore-havende*, hvilket vil sige at tingen allerede har en betydning, *fore-greb* der betyder, at jeg ved hvad tingen anvendes til og endelig *fore-sæt* der betyder, at jeg ved, hvad jeg vil bruge tingen til.

Forforståelse dannes på baggrund af vores fordomme. Fordomme er uundgåelige og uundværlige. Uundgåelige, fordi vi som mennesker skal betragtes som historiske væsener, vi befinder os altid midt i en historie og det vi ønsker at forstå, skal forstås ud fra denne sammenhæng. Vores opdragelse, indlæring og socialisering kan betragtes, som lag på lag af fordomme. Fordommene er uundværlige, da de giver mennesket en fælles forståelsesramme, som skaber sammenhæng til og mening i det, der forstås. Fælles fordomme om en sag giver en gensidig forståelse, mens forskellige fordomme om en sag kan være det, der sætter gang i forståelsesprocessen.

Det erkendelses teoretiske spørgsmål er, hvordan frugtbare fordomme adskilles fra de ufrugtbare. At mennesket er en del af historien eller traditionen, betyder ikke at al tradition skal overføres ukritisk til nutiden. Vi må forholde os reflekterende overfor traditionen, så det er gode frugtbare forforståelser vi bærer med os.

I forståelsen findes fuldkommenhedens foregribelse. Dette betyder at forståelsen er en proces, hvor vi som udgangspunkt forventer sammenhæng og sandhed. I forståelsen får vi ikke bare vores fordomme bekræftet, men vi bliver klogere på noget, på sagen. Al forståelse er situationsbunden, og det kan være svært at erkende situationen, da vi altid står midt i den. For virkelig at forstå en hændelse og dens betydning må vi først have en tidsafstand til den. Først her vil vi nå en sand erkendelse, hvor de falske fordomme kan sorteres fra de sande. Uden tidsafstand i forståelsesprocessen, kan der i stedet for forståelse opstå misforståelse.

---

<sup>20</sup> **Georg Gadamer** (1900-2002) tysk filosof, der opfatter filosofisk hermeneutik som grundlaget for eksistensfilosofien. (Andreasen et al 2001:306-315)



Ligesom ethvert menneske har en forståelse, har vi også en horisont. Horisonten kan beskrives som *"en række af uundgåelige, underforståede, begreber, teorier og erfaringer, som farver vores udlægning af tilværelsen og den verden vi befinder os i"* (Jensen 1990 s.141). Det er med dette sæt briller vi forstår og forvalter den verden, vi er i. Forståelse opstår i mødet mellem to horisonter, hvor den enkelte forsøger at sætte sig i den andens sted. Når min horisont møder den andens horisont, vil jeg gennem sand og oprigtig samtale prøve mine fordomme af. Hvis jeg er åben og modtagelig kan der ske horisontsammensmeltning. Når der opstår horisontsammensmeltning, sker det i mødet mellem to forforståelser og her må vi ikke forsøge at overtage den andens horisont eller prøve, at få den anden til at overtage vores. Vore horisonter er i konstant bevægelse, da vi hele tiden tester vores fordomme i mødet med andre og således kan forståelse opfattes som det at gøre erfaring.

Det er ikke muligt at adskille forståelse, fortolkning og anvendelse. Sand forståelse er først til stede, når den bygger på en fortolkning og resulterer i handling. Etikken er integreret i al forståelse, vi skal opfatte hinanden som ligestillede og altid tro på, at den anden taler sandt. Uden dette udgangspunkt, vil forståelsesprocessen aldrig komme i gang, med stå i stampe på grund af ufrugtbare og usande fordomme. Vi skal kort sagt være parat til at sætte vores fordomme på spil for at få dem i spil. Vi skal afprøve vores forforståelse, så vi ikke sætter den anden i bås og måske endda i en forkert bås. (Gadamer 2004:152-184, Jensen 1990:135-148, Scheel 2001:225-231).

### **8.1.3 Max Van Manens hermeneutiske fænomenologi**

Max Van Manens metodologi er som nævnt i det ovenstående anvendt og har vist sine styrker i sygeplejeforskning. Ifølge Van Manen er det, at forske med en fænomenologisk tilgang altid, at stille spørgsmål til den måde vi oplever på, for at få en dybere forståelse af vores hverdagsliv (Van Manen 1990:9) Han mener, at alle der forsker i human science skal være omhyggelige, når de præsenterer deres fund, da ingen forståelse nogen sinde må opfattes som endegyldig. Dette udtrykker han i det følgende citat:

*"In point of fact, all interpretative phenomenological inquiry is cognizant of the realization that no interpretation is ever complete, no explanation of meaning ever final, no insight is beyond challenge.*

*(Van Manen 2002:7)*

Van Manen præsenterer i bogen *"Researching lived experience"* en metodologi, en form for struktur for human science research. Hans beskrivelse er ikke en opskrift, men derimod en

række forslag til, hvordan en hermeneutisk fænomenologisk forskningsundersøgelse kan struktureres. Han beskriver, hvordan der gerne skal foregå et dynamisk samspil mellem seks aktiviteter, disse vil blive beskrevet i det følgende:

*1. Turning to the phenomenon which seriously interests us and commits us to the world.*

På det første stadi i forskningsprocessen forsøger forskeren, som det individuelle væsen hun er, i en aktuel, historisk og social kontekst, at udvælge et emne, der interesserer og engagerer hende. Et emne som hos forskeren udløser et ønske om og en vilje til, at opnå en dybere forståelse af et fænomen. Det er vigtigt at forstå, at den fænomenologiske beskrivelse, der kommer frem på baggrund af dette, altid kun vil være *en* fortolkning af fænomenet, da livet altid vil være mere kompleks end nogen forklaring nogensinde kan afdække (Van Manen 1990:18)

Min aktuelle, historiske og sociale kontekst er korttidsafsnittet på hospitalet, hvor fænomenet korttidssygepleje har optaget mig gennem mange år. Som klinisk vejleder har jeg set det som en meget vigtig opgave, at give de studerende en fornemmelse af de mange aspekter, jeg mener, der er ved korttidssygepleje. Dermed er korttidssygepleje et fænomen, der virkelig interesserer mig og har en direkte forbindelse med den verden, jeg bevæger mig i.

*2. Investigate experience as we live it rather than as we conceptualize it.*

Van Manen understreger her, med udgangspunkt i Merleau-Ponty, at det forskeren skal vende opmærksomheden mod, er menneskers levede erfaringer (*lived experiences*). Det gælder først og fremmest om at vende sig mod tingene selv, at forskeren forsøger at se fænomenerne som de umiddelbart fremstår, prærefleksivt og fordomsfrit.

For at følge denne tanke, vender jeg mig mod tingene selv i feltarbejdet. Jeg forsøger at se på fænomenet korttidssygepleje, som det fremstår uden, at fortolke det, der observeres ud fra på forhånd fastlagte kategorier, skabt på baggrund af egne erfaringer og fordomme.

*3. Reflecting on the essential themes which characterize the phenomenon.*

For i sandhed at kunne reflektere over et fænomen (*on a lived experiences*) kræver det, at forskeren forstår, at overgive sig selv i en tankefuld refleksion. Kun herved er der mulighed for at kunne fatte "*grasp*", hvad der sker i den enkelte situation, at få en forståelse for, hvad det partikulære er og hvilke temaer der er specielt signifikante, og dermed at kunne koncentrere sig fuldt ud om det valgte fænomen. Der er vigtigt at forstå at skelne mellem "*appearance*" og "*essens*", så resultatet ikke kun bliver et overfladisk billede af fænomenet, men at der spørges til, hvad det er, der konstituerer denne "*lived experience*".

Jeg mener den tankefulde refleksion opstod for mig undervejs i processen med feltstudierne, de gentagende læsninger af feltnoter og gennemsyn af tegninger. Temaer som umiddelbart syntes relevante i starten forandredes langsomt gennem processen og blev på en måde mere uddybende. Et eksempel er de betydninger, der ligger gemt i sygeplejerskens måde at modtage patienten på stuen.

#### *4. Describing the phenomenon through the art of writing and rewriting.*

Når et fænomen bringes/omsættes til tale, sker det ofte gennem skrift, hvilket det også er tilfældet i dette speciale. Sprog og tale er meget svære at adskille, for det er som Merleau-Ponty siger; først når jeg taler, at jeg opdager, hvad det er, jeg vil sige. (ibid:32 (Merleau-Ponty 1973:142)) Gadamer mener, at tænkning, rationalitet og tale udgår fra de samme rødder, og at det derfor først er, når et fænomen beskrives, når en *"lived experiences"* bliver omsat til tale (skrift), at den fulde forståelse opstår.

I forskningsprocessen betyder det, at når forskeren igen og igen beskriver sider af fænomenet kan hun til fulde forstå fænomenets væsen.

For mig har de mange timer foran computeren været en stor del af processen, hvor jeg igen og igen har beskrevet de mange sider af fænomenet. Allerede med feltnoterne startede processen mod forståelse og diskussioner med både mig selv, medstuderende og vejleder har alt sammen været trin på min vej mod fuld forståelse. En fuld forståelse der, som Van Manen siger, ikke er *"beyond challenge"*.

#### *5. Maintaining a strong and oriented pedagogical relation to the phenomenon.*

Det er vigtigt at forskeren i hele processen aldrig mister fokus af det fundamentale forskningsspørgsmål. Der vil i processen være mange muligheder for at lade sig vildlede, at blive kørt af sporet. Hvis forskeren *"hænger fast"* i rigide meninger og opfattelser altså forforståelse, abstrakte teorier eller ikke kan se ud over egen fagforståelse, kan processen gå galt. Det er derfor vigtigt, at forskeren lader sig optage og animere af hele fænomenet og derigennem ikke lader sig tilfredsstillende med overfladiske og måske usande forklaringer på fænomenet. Når livsverden udforskes vil forskeren, den udforskende i stigende grad blive opmærksom på egne handlinger og derigennem blive i stand til at revidere/forbedre disse. Jeg var i min proces meget opmærksom på min egen fortid som endoskopisk sygeplejerske. Det var vigtigt for mig, at jeg så på fænomenet som forsker og ikke som sygeplejerske, og at jeg forsøgte, at se på de ting der foregik, uden at fortolke eller gribe ind som sygeplejerske.

#### *6. Balancing the research context by considering parts and whole.*

Det store spørgsmål i kvalitativ hermeneutisk fænomenologisk forskning er spørgsmålet til fænomenet: *What is it?* Når en tekst konstrueres, skal det være med baggrund i en gennemskuelig struktur og ud fra en organisatoriske accepteret argumentation. Når forskeren skal beskrive et fænomen, vil hun sidde med mange beskrivelser af dele af fænomenet, og udfordringen er, at få samlet delene til en helhed. Risikoen er, at forskeren bliver så dybt involveret i processen, af dele af fænomenet, at hun mister overblikket, orienteringen. Det kan betyde, at hun ikke får beskrevet fænomenet som et samlet billede, det billede der skulle være med til at give klarhed og teksten afslørende kræfter. Det er derfor vigtigt, at forskeren under hele processen ind imellem træder et skridt tilbage, og kikke på hele billedet. På denne måde kan forskeren få en ide om, hvordan delene passer sammen og hvad de kan tilføre helheden. Jeg har i processen forsøgt at lade tingene ligge i kortere perioder, for derefter at kunne se på dem med nye øjne. Derudover har diskussionerne med vejleder og medstuderende været en stor hjælp. Alligevel vil der være en risiko for, at de dele jeg har valgt ud som essentielle ikke vil anses som sådant af andre. For at minimere denne risiko har jeg forsøgt at organisere min argumentation ud fra organiseret viden og teorier.

(Van Manen 1990)

Van Manen opstiller en række spørgsmål, som han anser for vejledende for forskeren i forsknings- og skriveprocessen. Hvis forskeren har disse spørgsmål "in mente" i arbejdsprocessen, så kan risikoen for at blive vildledt måske mindskes:

- *Is the study properly grounded in laying open the question?*
- *Are the current forms of knowledge examined for what they may contribute to the question?*
- *Has it been shown how some of these knowledge forms (theories, concepts) are glosses that overlay our understanding of the phenomenon?*

(ibid:34 )

## 8.2 Design

Gennem studiet af den eksisterende forskningslitteratur fik jeg en viden om, hvad det er, *der siges* om sygepleje i de korte kontakter, men som beskrevet er det, *der gøres*, ikke et veludforsket område. Der skulle derfor vælges et undersøgelsesdesign, der var egnet til at vise, hvad det er, *der gøres* og valget faldt helt naturligt på et feltarbejde, et observationsstudie på et udvalgt korttidsafsnit. Principperne bag designet bliver præsenteret i

det efterfølgende.

Jeg startede som Van Manen anbefaler, med at gå til tingene selv og fandt her det emne, der interesserer og optager mig i den aktuelle, historiske og sociale kontekst, jeg befinder mig i. Valget faldt på korttidssygepleje, der som beskrevet er et højaktuelt område i nutidens og fremtidens sundhedssystem. Jeg vendte mig derefter mod klinikken og udvalgte efter mange overvejelser et højteknologisk endoskopisk afsnit et sted, hvor jeg vidste, at der udøves korttidssygepleje. Afsnittet beskrives i det næste afsnit.

### **8.2.1 Det udvalgte felt, det endoskopiske afsnit**

Det udvalgte endoskopiske afsnit, er en højteknologisk afdelingen, med et stort patientflow. Her undersøges og behandles såvel indlagte som ambulante patienter. Der laves både diagnostisk og terapeutisk gastroskopi, coloskopi og ERCP (Endoskopisk Retrograd Cholangio Pancreaticografi). Afdelingen er indrettet med fire undersøgelses/behandlingsstuer, et rent og urent skyllerum, et hvilerum, et kontor, et lille depot, en lang gang, et venteværelse, et patient toilet, et personale toilet og en kaffestue.

Inklusionskriterierne var følgende:

- Patienter der skulle gennemgå en gastroskopi
- De ambulante patienter, der havde en tid til undersøgelse og/eller behandling i det tidsrum observationsstudiet foregik
- De patienter der kom fra tilhørende dagafsnit, der havde eller fik en tid til undersøgelse og/eller behandling i det tidsrum observationsstudiet foregik
- Patienter, sygeplejersker og læger skulle alle godkende min tilstedeværelse som observatør

Kriterierne blev til ud fra den betragtning, at der måtte være større sammenlignelighed mellem observationerne, hvis undersøgelsesformen var den samme. De ambulante patienter var patienter, der kom til afdelingen fra eget hjem, for at få lavet en gastroskopi, hvorefter de atter tog hjem. Dette valg blev gjort ud fra betragtninger om, at disse patienters kontakt med systemet og dermed sygeplejersken er kort og intens. Sygeplejersken har kun kort tid (som oftest kun 5-10 minutter) til at skabe kontakt med patienten og sørge for at alle informationer er givet inden selve gastroskopian. Efterfølgende skal patienten have informationer og et foreløbigt resultat, før han atter går hjem. Derudover er der patienterne, der kommer fra de tilhørende dagafsnit, hvilket betyder, at de her kan få gentaget informationer og vejledninger,

før de går hjem, efter en eventuel medicin påvirkning er overstået. Denne gruppe patienter blev også inkluderet, da der stadig kan være værdi i at observere de forskellige samspilsrelationer der er mellem patient, sygeplejerske og læge. At alle agenterne på stuen skulle godkende min tilstedeværelse, viser mine etiske overvejelser om frivillig deltagelse. Der er vedlagt en tegning af undersøgelsesstuerne som bilag 1,2.

### 8.2.2 Feltarbejde

Feltarbejde er en etnografisk forskningsstrategi, der igennem mange år har været både anerkendt og anvendt praksis blandt antropologer og sociologer. I de seneste år er det etnografiske feltarbejde også blevet accepteret som forskningsstrategi indenfor andre faggrupper, for eksempel blandt sygeplejersker som Helle Ploug Hansen, Erik Elgaard Sørensen og Mette Splid Ludvigsen.

Et feltarbejde er en form for kvalitativ orienteret samfundsforskning, hvor fokus rettes mod indhold, beskaffenhed og betydning af samhandlingssituationer.

Målet med den etnografiske undersøgelse er ”*the acquired knowledge people use to interpret experience and generate behaviour*” (Spradley 1980:6) Det er altså en måde, hvorpå en udenforstående person kan opdage kulturel viden, som mennesker bruger til at organisere deres adfærd og fortolker deres oplevelser med. Feltarbejde anses således som en egnet forskningsstrategi, når formålet er, at opnå større forståelse af et socialt fænomen. I dette tilfælde er formålet at blive klogere på fænomenet korttidssygepleje og her må feltarbejde anses som et velegnet valg.

Forskeren/etnografen<sup>21</sup> får<sup>22</sup> gennem feltarbejdet mulighed for, at blive lærling i den andens liv, gennem direkte at observere de samhandlinger, der foregår mellem mennesker i specifikke situationer. Altså vil forskeren gennem deltagende observation kunne bidrage med at åbenbare mønstre og sammenhænge.

Første trin i ethvert feltarbejde er at lokalisere en social situation eller som Ploug Hansen udtrykker det, et etnografiske objekt (2003:117-118), hvilket blev gjort med;

*korttidssygepleje*. Ifølge Spradley kan enhver social situation identificeres ved hjælp af tre primære elementer; *a place, actors and activities*. Stedet i nærværende speciale er afgrænset

---

<sup>21</sup> For læsevenlighedens skyld vil forsker/etnograf fremover blive kaldt forsker.

<sup>22</sup> Udtrykket *får* skal ikke forstås således, at feltarbejdet er forskeren givet, uden et grundigt bearbejde af forskeren selv.

til de to undersøgelsesstuer, hvorpå der udføres gastroskopi. Aktørerne er patienter, eventuelle pårørende, sygeplejerske(r), læge og mig som forsker. Aktiviteten er de interaktioner, der foregår mellem sygeplejerske, de andre aktører på stuen, rum, tid og sted. (Spradley 1980: 39-42)

Under et feltarbejde er det vigtigt, at forskeren er bevidst om, hvordan og med hvilket formål der observeres. Hun må forstå, at opretholde den rette balance mellem ”*etnocentrisme*” og det at ”*go native*”. Hvor ”*etnocentrisme*” beskriver det, at forskeren kun ser den andens liv ud fra egne teorier om, hvordan det er, og udelukkende bruger observationerne til at bevise egne teorier med. Mens at ”*go native*” beskriver den anden yderlighed, hvor forskeren fuldstændig træder ind i den andens liv, og dermed mister både overblik og fokus. (Spradley 1980)

### **8.2.3 Deltagende observation**

Når Wadel beskriver deltagende observation, differentierer han mellem deltagelse og observation. Deltagelse beskriver de situationer, hvor forskeren fysisk deltager i aktiviteter (lærlinge/arbejdsrollen) eller i samtaler (samtale rollen). Observation inddeles på lignende måde i observationer af samtaler (tilhører rollen) og af aktiviteter (tilskuer rollen), men her uden den fysiske deltagelse. (1991:46)

Forud for feltarbejdet til dette speciale, er det besluttet, at forskerens og dermed min rolle forsøges begrænset til observationer af samtaler og aktiviteter. Mine forventede roller under feltarbejdet, er således tilskuer og tilhører rollerne.

Observationer kan være dagligdags eller videnskabelige. Dagligdagsobservationer er den form for observationer vi alle konstant udfører i vores hverdag. Her deler observatøren ofte baggrundsantagelser med den observerede. Det kan for eksempel være den slags observationer, der foregår i hjemmet, hvor de handlinger observationerne udmønter sig i, er det, der får hverdagen til at fungere. Videnskabelige observationer bygger på faglige begreber og teorier, de udføres med en forudbestemt systematik, observationerne dokumenteres for eksempel gennem feltnoter eller auditivt, og efterfølgende reflekteres der over det materiale, der senere bliver omdannet til data. (Spradley 1980).

Specialet her er bygget op på baggrund af videnskabelige observationer og er dokumenteret med feltnoter og små tegninger.

## 8.2.4 Feltnoter

I et feltstudie, er det vigtigt at forskeren registrerer det observerede, hvilket kan gøres på flere måder, gennem filmoptagelser, lydoptagelser eller feltnoter. I specialet her er valget som beskrevet faldet på feltnoter og små tegninger. Det er vigtigt, at holde sig for øje, at alle feltnoter er kondenserede versioner af, hvad der faktisk sker. Således vil mine feltnoter være mine alene og selv hvis en anden havde siddet ved siden af mig og observeret samme sociale situation, ville vores feltnoter alligevel være forskellige. Spradley anser det for vigtigt, at forskeren hurtigst mulig nedskriver feltnoter, for jo hurtigere de nedskrives, jo mere levede og detaljerede noter vil der være mulighed for. (1980:70) Mine feltnoter blev nedskrevet kontinuerligt undervejs i feltstudiet, altså imens undersøgelserne foregik.

Formålet med feltnoter er, at give en konkret beskrivelse af sociale processer og den kontekst de foregår i. At kunne gengive forskellige særtræk og egenskaber ved at identificere aspekter som; tid, lyde, udsagn, lugte og så videre for efterfølgende at kunne udvikle temaer eller kategorier for det, der ønskes afdækket.

Feltnoter kan beskrives i naive term, med for eksempel citater og/eller observerende term, som for eksempel; *"patienten gjorde det (bøvsede) og så sagde/gjorde sygeplejersken det (det er ok, det er det luft, der er blevet pumpet ned i din mave)."*

Faren ved feltnoter er, at forskeren tolker og simplificerer før noterne bliver skrevet. Spradley opfordrer derfor forskeren til, at overholde tre sproglige principper for netop at undgå fortolkning og simplifikation af det observerede. Det første er; *"the language identification principle"*, noter hvem der siger og gør hvad, uden disse aktørangivelser kan noterne senere vise sig, at være ubrugelige. Det andet er; *"the verbatim principle"*, anvend ord, der siges uden at summere og tolke. Det tredje er; *"the concrete principle"*, anvend et konkret sprog uden generaliseringer, senere kan en liste med sagte udsagnsord og tillægsord hjælpe i analysearbejdet.

Ved gennemlæsningen af mine feltnoter kan jeg se, at de er en blanding af den naive term, med mange citater og den observerede term, hvor jeg for eksempel har beskrevet, hvordan en patient gik meget forsigtigt ind på undersøgelsesstuen. Ude til højre på siden, lavede jeg plads til at nedskrive tanker eller tolkninger, hvilket jeg også gjorde, men set i bakspejlet og med henblik på eventuelle fremtidige projekter, kunne jeg godt have brugt den lidt mere, for de tanker der kommer til en i den specifikke situation, er ofte umulige at genkalde, hvis ikke de er nedskrevet.



### 8.2.5 Egen forforståelse og refleksioner over egen rolle i feltstudierne

Jeg har været sygeplejerske siden 1991 og har i 9 år arbejdet på et højteknologisk endoskopisk afsnit og det er dette personlige kendskab til fænomenet korttidssygepleje, der er grundlaget for min forforståelse.

Feltarbejdet blev valgt at skulle foregå på det afsnit, hvor jeg selv havde arbejdet, da jeg af erfaring ved, at møderne mellem patient og sygeplejerske er korte og intense, undersøgelserne højteknologiske, at der anvendes meget teknisk udstyr, og at der er meget teknologi på stuerne. Sygeplejersken skal her som både Foote, Olesen samt Rasmussen og Olesen beskriver, kunne håndtere både teknologi og den patientrettede pleje.

Jeg var nødt til at overveje, om mit kendskab til afsnittet og sygeplejerskerne kunne påvirke feltstudierne i en ugunstig retning, fordi jeg kunne opfatte samhandlingerne ud fra mine egne forforståelser og have blinde pletter på grund af indforståethed. Efter mange overvejelser kom jeg frem til, at mit kendskab tværtimod kunne blive en styrke for feltstudiet. Der er i dag ingen af de sygeplejersker, der arbejder på afsnittet, der kender mig som sygeplejerske eller som privatperson, ud over afdelingssygeplejersken. Jeg mener kun, det er en fordel, at jeg kender undersøgelser og behandlinger, da jeg derigennem lettere kunne rette mit fokus mod de samspilsrelationer, der foregik på stuerne. Jeg tror dette kendskab gjorde, at jeg ikke så let lod mig distrahere af undersøgelses og behandlings relevante aspekter. Jeg ved fra nye sygeplejersker og studerende, hvordan opmærksomheden ved de første mange undersøgelser, er rettet mod det, der sker på skærmen, det endoskopiske billede og teknikken, og i langt mindre grad patienten. Ligeledes tror jeg, at mit kendskab til afsnittets strukturelle organisering gjorde, at jeg lettere kunne blive den flue på væggen, jeg ønskede at være. Flere sygeplejersker fortalte mig, at de faktisk helt glemte, at jeg var på stuen. Dette giver mig håb om og tro på, at jeg har fået så realistiske observationer som overhovedet muligt ud af situationen. Ligeledes peger etnografiske undersøgelser i fremmede kulturer på, for eksempel Laves undersøgelse af læring hos skræddere i Liberia og Bourdieus undersøgelse blandt Kabyleerne, at det at lære en anden kultur at kende, er en meget tidskrævende proces, tid der ikke var til rådighed i min proces.

Selv om jeg mener mit kendskab til afsnittet samt undersøgelse og behandling er en styrke for projektet, er det alligevel nødvendigt at reflektere over dette kendskab. Det var vigtigt for mig hele tiden at have for øje, at en af de største farer ved at studere i eget felt er, at min viden om gastroenterologisk og endoskopisk korttidssygepleje netop kan gøre, at jeg opfatter og

beskriver situationer fra feltstudiet ud fra den indforståethed, jeg har om området. Her blev Van Manens metodologi og seks aktiviteter i forskningsprocessen en stor hjælp. En anden risiko ved at forske i eget felt er, at jeg undervejs i feltstudiet let kunne komme til at træde ud af de valgte tilskuer og tilhører roller og ind i sygeplejerske rollen. Hvor svær en balancegang det reelt er, kan bedst illustreres ved hjælp af et par eksempler, hvor jeg i det første eksempel forblev i min rolle, men i det andet trådte i karakter som fagperson:

En ældre dame skal kontrolgastroskoperes, da hun har haft et præpylorisk ulcus. Den sygeplejerskestuderende tager sig af patienten og står placeret ved hendes hoved/ryg og støtter hende, da skopien indledes. Sygeplejersken har kortvarigt været ude af stuen og da hun igen kommer ind, er hendes opmærksomhed ikke rettet mod det endoskopiske billede, hvilket viser at patientens mavesæk er fuld af mad. Jeg ved, at der er stor risiko for, at denne patient kan komme til at kaste op og aspirere, og at det bedste at gøre er at afbryde skopien. Jeg følte, hvordan jeg flyttede mig ud på kanten af stolen, parat til at gøre sygeplejersken opmærksom på problemet eller selv at gribe suget, men gjorde det ikke. Sygeplejersken blev efter få minutter opmærksom på problemet og det farlige i situationen var overstået.

I den anden situation skal en patient have fjernet et galdevejsdræn, og sygeplejersken er usikker på, om det kan gøres ved en gastroskopi og om hvilket skop, der skal bruges. Disse tvivlsspørgsmål deler hun med patienten, der begynder at vise utryghed ved situationen. Her træder jeg ud af min rolle, igen på grund af min indgående kendskab til det endoskopiske speciale, da jeg fortæller sygeplejersken og derved patienten, at det godt kan lade sig gøre og at der bare skal bruges et almindeligt gastroskop. Min reaktion resulterede desværre ikke i at patienten blev mere tryk i situationen, da min indblanding på en måde såede tvivl om sygeplejerskens kompetencer.

### **8.3 Etiske overvejelser**

Forud for feltstudiet rettede jeg henvendelse til dataregisteret, selv om de data der blev skabt ud fra mine observationer, ikke kan opfattes som personfølsomme data. Ansøgningen blev da også afvist med samme begrundelse.

Næste trin var at kontakte oversygeplejersken per brev, og da hun meldte positivt tilbage, kontaktede jeg afdelingssygeplejersken på det endoskopiske afsnit per telefon. Jeg sammensatte et brev til afsnittets sygeplejersker, der indeholdt en præsentation af mig og informationer om projektet. Derudover besøgte jeg afsnittet til et morgenmøde, hvor jeg kort

forklarede, hvad formålet med feltstudiet var, mine forventninger til dem og min egen rolle. Brevet til oversygeplejersken og afsnittets sygeplejersker er vedlagt som bilag 3,4.

Da jeg talte med sygeplejerskerne forud for feltstudiet understregede jeg, at mine observationer på ingen måde ville udmunde i en vurdering af afsnittets sygepleje som god eller dårlig. Ligeledes var jeg åben for alle slags spørgsmål, de måtte have vedrørende min tilstedeværelse i afsnittet. Jeg præsenterede mig hver dag for det personale der var på stuen, sygeplejerske og læge, spurgte om det var i orden, at jeg i dag overværede de undersøgelser og behandlinger der var planlagt. Jeg hilste på alle patienterne, præsenterede mig som sygeplejerske og spurgte om jeg måtte kikke med. Jeg blev budt velkommen af samtlige sygeplejersker, læger og patienter. I alt har jeg overværet 35 undersøgelser og behandlinger. I løbet af de dage jeg brugte på afdelingen, var der kun en sygeplejerske, der spurgte om hun måtte se, hvad jeg havde nedskrevet. Dette var i forbindelse med en undersøgelse, der udviklede sig problematisk. Sygeplejersken havde ikke yderligere kommentarer, efter at have læst mine noter.

#### **8.4 Generaliserbarhed**

Generalisering betyder egentlig ”*at kunne hæve sig op over tid og sted*” (Jørgensen 2003:315) og er skabt på baggrund af en videnskabsbaseret rationalitet i forbindelse med kvantitativ forskning. Resultater af kvantitativ forskning opfattes som objektive, idet de opfylder fire universelle gyldighedskrav, hvilke er kravene om forståelighed, sandhed, rigtighed og ærlighed. I realiteten betyder det, at de skal kunne overføres til at gælde for andre end den aktuelle person eller undersøgelsesgruppe, forskeren har anvendt. Dette betyder altså, at en anden forsker uproblematisk skal kunne gå ud, gentage undersøgelsen og komme frem til de nøjagtig samme resultater.

Når begrebet generaliserbarhed anvendes i forbindelse med kvalitativ forskning, er det derfor vigtigt at forstå, at det er et helt andet udgangspunkt for generaliserbarhed, der opereres med. I kvalitativ forskning vil resultaterne være subjektive og vil derfor ikke kunne genskabes, heller ikke selv om to forskere blev sat, side om side for at observere det samme fænomen. Jørgensen opererer derfor med begrebet analytisk generalisering, som han mener, kan være med til at sikre kvaliteten af kvalitativ forskning. Den analytiske generalisering hviler på to forhold; det første er de teoretiske begreber, der bruges til at forstå den aktuelle problemstilling og det andet er selve processen, hvor disse begreber anvendes og afprøves i

analysen.

Han forsætter med at beskrive tre sider, der skal overvejes i forbindelse med generalisering af kvalitative undersøgelser. Den første side er *gyldighed* – set som forforståelse, og gyldigheden af en kvalitativ undersøgelse inddeler han i *intersubjektivitet* og *validitet*. At undersøgelsen er intersubjektiv betyder, at det der erkendes, også skal kunne erkendes af andre end forskeren selv. Validitet i kvantitativ forskning knyttes egentlig til pålideligheden af måleinstrumentet, men i kvalitative undersøgelser opereres der med en intern validitet, der forbindes med den hermeneutiske tradition og henviser til selve analyseprocessen, og her betyder det at validere *”to validate is to show that a conclusion is probably true on the basis of what we know.”* (ibid:317(Hirsch 1967:170ff)). Den anden side er *teoriplanet*, der handler om, at de begreber, antagelser eller teorier, der anvendes i analyseprocessen er dem, der kan være med til at åbenbare den egentlige mening af et fænomen. Altså at forskeren ved hjælp af de valgte begreber, kan konstruere en mening, der kan sandsynliggøres som den mest rigtige og dækkende mening. Endelig er der den tredje side *sandsynliggørelse*, der rummer en systematisk vurdering af de anvendte begreber. Bliver begreberne brugt til at finde de strukturer og sammenhænge, der gemmer sig i teksten og argumenteres der for de fundne forklaringer. (ibid. 2003)

Jeg har forsøgt at argumentere for mit valg af emne, mine valg af begreber, teorier og at diskutere mine resultater. Jeg håber at læseren kan følge mine argumenter og lader sig overbevise heraf, da speciallets generaliserbarhed på denne måde afhænger af kvaliteten af mine argumenter.

## 9 Resultater

Jeg vil i dette kapitel præsentere og diskutere resultaterne af observationsstudiet på det endoskopiske afsnit. Jeg starter med at give en kondenseret version af, hvordan en endoskopisk undersøgelse foregår på det udvalgte afsnit. Beskrivelsen kan selvfølgelig kun være meget overordnet, men kan forhåbentlig give læseren en fornemmelse af, hvordan undersøgelserne er strukturerede, helt uden at der tages højde for forskelle på patienter, sygeplejersker og det øvrige personale på stuen. Beskrivelsen slutes af med en kortlægning af, hvilke opgaver eller arbejdsområder jeg observerede sygeplejersken beskæftige sig med på det endoskopiske afsnit.

Dernæst præsenterer jeg, hvor og hvordan omsorg viser sig i det endoskopiske afsnit, hvor Martinsens omsorgsfilosofi er brugt som begrebsramme til at identificere omsorg på korttidsafsnittet og resultaterne er ordnet ved hjælp de fire grundlæggende elementer i omsorg: *uegennyttighed, engagement, nærvær og sanselig åbenhed med krop og ord.*

Hvilket lægger op til at besvare specialets formål, der var at finde frem til: **Hvad vil det sige at være omsorgsfuld i et højteknologisk endoskopisk korttidsafsnit?**

Allerede under observationerne på korttidsafsnittet og undervejs i behandlingen af observationerne begyndte der at forme sig nogle ideer til, hvilke temaer der umiddelbart så ud til at være interessante og vigtige. Da jeg efterfølgende kom hjem og fik genlæst og studeret mine feltnoter og reflekteret over min oplevelse ved at være observatør i et feltstudie, blev data konstrueret eller sagt med et fænomenologisk udtryk opdaget. Omsorg i det endoskopiske afsnit viste sig at komme til udtryk på mange forskellige måder og vil blive belyst og diskuteret gennem følgende temaer: *Tillid i mødet med den anden*, der handler om, hvordan omsorg på det endoskopiske afsnit kommer til udtryk i mødet med den anden, og er helt afhængig af sygeplejerskens evne til at bruge sit mesterskab i at se, for uden det kan hun ikke opfange og forstå patientens udlevering. *Being there and hovering*, et tema der beskriver, hvordan sygeplejerskens måde at "være der" for patienten, hendes blotte tilstedeværelse og opmærksomhed på patienten og i situationen, ligeledes er udtryk for hvordan omsorg udmønter sig på korttidsafsnittet. Endelig beskrives der gennem temaet *Hurtige og langsomme kundskaber*, hvor vigtigt det er, at sygeplejersken lader både sine langsomme erfaringskundskaber, hvilket vil sige sine sanser og sine hurtige kundskaber, hvilket vil sige sine mere videnskabelige og tekniske kundskaber få tid og rum. Temaet diskuterer også om ikke patienternes forventninger til sygepleje, har afgørende betydning for tilfredsheden med sygeplejerskens brug af tid.

De tre temaer skal opfattes som sammenvævede og sammenhængende dele af, hvordan omsorg kommer til udtryk i det specifikke korttidsafsnit, der for overskuelighedens skyld er opsplittet og inddelt i kasser under de førømtalte overskrifter.

## **9.1 Den endoskopiske undersøgelse**

I de efterfølgende afsnit vil patienten blive omtalt som *han*, og sygeplejersken som *hun*, dette betyder ikke at alle patienterne er mænd og sygeplejerskerne kvinder, med betegnelserne er med til at gøre det beskrevet mere læsevenligt.

Til hver undersøgelsesstue er der tilknyttet en sygeplejerske, og det er hende, der passer stuen, hvilket vil sige, at hun skal tage sig af opgaver omkring patienten, de teknisk instrumentelle opgaver i forbindelse med udstyr og assistance til undersøgelser og behandlinger samt administrative opgaver. På gangen findes en *flyver*, hvilket er en sygeplejerske, der hjælper til ved behov på stuerne, har opsyn med de patienter, der venter i venteværelset og passer de patienter, der ligger i hvilerum og på gang.

Til hver stue findes der et fortrykt program for dagens undersøgelser/behandlinger. Herpå er navne og cpr-numre på samtlige af dagens patienter noteret, hvilken tid de er bedt om at komme, samt hvilken undersøgelse/behandling de forventes, at skulle have foretaget.

Sygeplejersken starter med at hente patienten fra venteværelset, og hun anvender som regel både for- og efternavn, når hun spørger efter patienten. Hun giver patienten hånd, præsenterer sig og beder patienten følge med ind på undersøgelsesstuen.

På stuen beder sygeplejersken patienten sætte sig på kanten af undersøgelseslejet og sætter sig selv på en stol, så hun sidder i øjenhøjde med patienten. Mens de sidder således informerer sygeplejersken om undersøgelsen, hun spørger patienten om han har prøvet det før, er meget nervøs, fortæller om gener undervejs, forbereder på eventuelle indgreb og forhører om patienten ønsker afslappende medicin til undersøgelsen. Derudover checker hun om patient er fastende, får medicin, cpr-nummer, samt hvordan hjemtransporten skal foregå.

Hvis patienten ønsker medicin er næste trin at sygeplejersken anlægger en venflon, efter at have bedt patienten lægge sig på lejet. Hun sidder stadig på stolen, men nu ved siden af lejet og fortæller patienten, hvad hun gør, før hun gør det.

De fleste gange er det på dette tidspunkt, at lægen henvender sig til patienten, og mens lægen har patientens opmærksomhed, dokumenterer sygeplejersken som oftest i afdelingens dokumentationsredskab og på pc, alt imens hendes opmærksomhed nu fordeles mellem patienten, læge og dokumentationsredskab.

Nu beder sygeplejersken patienten lægge sig om på venstre side, lægger en serviet under hans ansigt, anbringer bideskinne mellem patientens tænder og påsætter måler til pulsoximeter og ilt tilskud. Lægen ordinerer medicin, som sygeplejersken giver og kort tid efter starter undersøgelsen.

Sygeplejersken stiller sig ved patientens hoved/ryg og støtter bideskinne med en hånd og har den anden placeret på patientens skulder og hjælper på denne måde patienten gennem de første ubehagelige minutter med brækreflekser og afværge reaktioner. Når skopet er kommet

på plads i oesophagus, bliver mange patienter mere rolige og sygeplejersken står nu kun med en let hånd hvilende på patientens skulder. Gennem hele proceduren fortæller sygeplejersken patienten, hvad der sker, mens hun er placeret med sin mund tæt på patientens øre.

Hvis der for eksempel skal tages biopsier forlader sygeplejersken pladsen ved patientens hoved/ryg og går om på venstre side af lejet og lægen. Her kan hun have øjenkontakt med patienten og assistere lægen på samme tid. Hvis patienten har meget sekret, kan det være nødvendigt for sygeplejersken, at hun igen bevæger sig til patientens hoved og afhjælper dette gennem at suge patientens svælg fri. Undervejs i en undersøgelse/behandling er det nødvendigt at sygeplejersken skifter mellem positionerne ved patientens hoved/ryg, placeringen til venstre for lægen og endelig ved sygeplejerskernes arbejdsstation med pc og medicin.

Når undersøgelsen er slut, og skopet trukket op er det første sygeplejersken tager sig af patienten. Han får hjælp til at få bideskinnen ud af munden og med at blive soigneret. Selv om patienten har fået medicin spørger han ofte til resultatet og her er det mest lægen, der responderer. Når den korte samtale er færdig køres patienten på lejet ind i hvilerummet, får en klokkesnor og et tæppe over sig.

Tilbage på stuen har sygeplejersken gjort en svarseddel til patienten klar, som lægen skal udfylder og derudover dokumenterer hun selv det sidste om den netop overståede undersøgelse. Herefter bringer hun det brugte skop ud til vaskerummet, tager et rent med ind på stuen og gør undersøgelsesstuen klar til næste patient.

Jeg vil nu prøve at kortlægge, hvilke opgaver jeg observerede sygeplejersken udfører på det endoskopiske afsnit, hvilket jeg gør under tre overordnede kategorier. Nogle elementer er svære at kategorisere, da de på en måde hører til flere steder og mange overlapper også hinanden. De enkelte underkategorier, må kun forstås som forenkledte overskrifter af, hvad der gøres og indeholder derfor ikke oplysninger om, hvordan det gøres, altså om hvad indholdet er. Denne måde at inddele opgaverne på kan få sygeplejerskens arbejde til at fremstå meget teknisk-instrumentel, hvilket ikke er formålet. Formålet er heller ikke at påstå, at en sygeplejerskes arbejde udelukkende er at være problemløsende, da jeg ikke mener sygepleje kan determineres som sådan, derimod er inddelingen udelukkende lavet for overskuelighedens skyld.

Undersøgelses relaterede opgaver

- *hente patient i venteværelse eller på gangen, præsentere sig selv*

- *information og vejledning til undersøgelse og behandling*
- *pulsoximeter, ilt, bideskinne, serviet*
- *holde i hånd, hånd på skulder*
- *verbal orientering undervejs i undersøgelse/behandling*
- *hjælp til soignering efter undersøgelse/behandling*
- *transport til hvilerum, tæppe og klokkesnor*
- *afsluttende samtale med patient, farvel*
- *klargøring af skop til undersøgelse*
- *klargøring og fremfindning af utensilier til undersøgelse*
- *anlæggelse af venflon*
- *assistere lægen for eksempel ved biopsier, farvning, påsætning af endoloops, drænfjerning*
- *sugning af patientens næse/svælg*
- *rengøring af skop, utensilier og stue*

#### Administrative opgaver

- *klargøring af dagens papirer, er alle journaler, biopsisvar, henvisninger klar?*
- *dokumentation via pc, medicin modulet*
- *dokumentation på afsnittets dokumentationsredskab og i sygepleje journaler*
- *klargøring af forskellige prøvefølgesedler*
- *klargøring af svarseddel til patienten, som lægen skal udfylde*

#### Andre opgaver

- *undervisning af sygeplejerskestuderende eller andre*
- *henvendelser udefra, hvilket kan være fra en tidligere patient, en telefonbesked, en besked fra flyveren eller fra andre*
- *orientering til gæster*
- *orientering og omsorg for pårørende*

## **9.2 Omsorg på det endoskopiske afsnit**

Det første møde mellem patient og sygeplejerske sker i venteværelset eller på gangen, hvor sygeplejersken henvender sig til patienten med et venligt smil på læben og et håndtryk, hvor hun præsenterer sig. Sygeplejersken kender patientens navn og er orienteret om, at han skal



komme, hun viser hermed patienten, at han er ventet og at hun er *nærværende* og *engageret*. Inde på undersøgelsesstuen indgår hun i en kort samtale med patienten, hvor hun som tidligere beskrevet informerer patienten om den forestående undersøgelse/behandling. Sygeplejersken smiler venligt og placerer sig siddende i øjenhøjde med patienten, mens hun opmærksomt lytter til, hvad han fortæller. Hun spørger ind til, om patienten har prøvet det før og om hvordan hans oplevelse var heraf.

Når sygeplejersken informerer og samtaler med patienten, er det ud fra den viden, hun har om patienten fra henvisning eller journal, hvilket for eksempel viser sig, ved patienten der skal have udvidet en stenose i oesophagus, hvor sygeplejersken spørger direkte ind til patientens problem:

*"Hvordan går det med at spise?"*

Hos en anden patient, der ikke blev undersøgt sidst på grund af for høj puls, lyder ordvekslingen således:

Patient; *"det er spændende, om det går denne gang?"*

Sygeplejersken; *"ja, jeg kan se, at det ikke gik sidst, på grund af en for høj puls."* Hun påsætter pulsoximeter, *"pulsene er fine, vi kan lave undersøgelsen."*

Sygeplejersken udviser i disse korte samtaler med patienten; *nærvær*; for eksempel gennem at hun smiler, lytter og sidder ansigt til ansigt med patienten, *engagement*; for eksempel gennem hendes kendskab til og interesse for den enkelte patients problemer. Ligeledes agerer hun *åben og sansende med både krop og ord*; for eksempel er hun meget hurtigt klar over, om den patient hun har foran sig, er nervøs, irriteret eller måske vred. Hun viser verbalt, at hun har hørt (set), hvordan patienten har det, for eksempel:

Patient: *"Jeg er meget nervøs!"*

Sygeplejerske: *"Er du det, prøv at komme med ind på stuen så snakker vi om det."*

Sygeplejerske: *"Jeg kan se du er meget nervøs, hvad var det værste for dig sidste gang?"*

En patient der har ventet meget længe reagerer med vrede og han reagerer ved straks at skælde ud på sygeplejersken, lægen og på stedet i det hele taget, da han kommer ind på stuen. Her viser sygeplejersken, at hun har hørt ham og det første hun gør, da han træder ind på stuen, er at undskylde ventetiden. Allerede mens patienten ventede i venteværelset, havde *flyveren* fortalt sygeplejersken på stuen, at den næste patient var vred over ventetiden, så da

det blev denne patients tur, var sygeplejersken velforberedt. Ved at undskylde viser sygeplejersken patienten, at hun forsøger at tolke hans realitet og er klar til at møde ham på hans præmisser.

Uanset om patienten har prøvet undersøgelsen før eller ej, informerer sygeplejersken alle patienter meget omhyggeligt, om selve undersøgelsen og om hvilke gener i forbindelse med undersøgelse/behandling, patienten kan forvente. Der er en del patienter, der har prøvet undersøgelsen før og de fleste ved, hvordan de gerne vil have det til at foregå, men derudover bliver der altid lagt op til, at patienten selv skal afgøre, om han ønsker medicin eller ej.

Patient: *"Jeg skal have noget at slappe af på, kan jeg godt sige, ellers ligger jeg totalt anspændt."*

Patient: *"Jeg fik medicin sidst, men det "går nok uden" i dag."*

Patient: *"Man får et prik?"*

Sygeplejerske: *"Ja, hvis man vil have det."*

Patient: *"Ja tak, det største I har."*

Igen er dette eksempler på, hvordan sygeplejersken er *nærværende, engageret og sansende åben*, overfor de indtryk som patienten udsender og er parat til at modsvare dem.

Når patienterne ligger med skopet i munden og derfor ikke kan tale, observerede jeg, hvordan patientens blikke, lyde, grimasser og kroppsbevægelser fik sygeplejersken til at reagere. For eksempel kigger en patient på det endoskopiske billede af sin egen mavesæk, imens sygeplejerske og læge tager biopsier, sygeplejersken ser det og siger:

*"Vi er ved at tage biopsier nu, billedet er meget forstørret og det er kun få dråber blod, det ser ud af mere."*

En patient er meget generet af spyt og luft, han bøvser, gurgler og siger årrhh:

Sygeplejerske: *"Du er godt nok meget generet af det her, nu suger jeg dig lidt."* (patienten stritter voldsomt imod)

Sygeplejerske: *"Kan du ikke klare det længere?"* (patienten ryster på hovedet og sygeplejersken kigger på lægen, der ganske kort tid efter afslutter undersøgelsen.)

Eksemplerne her er også tydelige tegn på sygeplejerskens *nærvær og engagement* i den enkelte patient og situation, og igen er det ved hjælp af sine sanser, hun læser patientens realitet. Eksemplerne viser, hvordan sygeplejersken er villig til at sætte sig i patientens situation, hvordan hun tolker patientens realitet og dermed med sine sanser ved, hvordan det må føles for patienten.

Humoren observerede jeg blive anvendt i mange situationer, og her følger nogle eksempler:

Sygeplejerske: (Hun banker på patientens håndryg i forbindelse med anlæggelse af venflon) *"Nu slår jeg dig også, det er godt gjort, bank og ingen mad og så på din fødselsdag."*

Sygeplejerske: *"Nu giver jeg dig medicinen, den virker som 4 hurtige guldøl."*

Patient: *"Bare jeg kan gå (bagefter)."*

Sygeplejersken: *"Det kan du ikke, for om lidt binder vi dig med ting og sager."*

Patient: *"Det er rart med professionelle folk!"*

Sygeplejersken: *"Ja, vi har da heldigvis prøvet det før."*

Sygeplejersken: *"Hvorfor kører du i sådan en sportsvogn?"* (kikker på patientens kørestol)

Patient: *"Åbent lårbensbrud, flækket knæskal, overrevet korsbånd, er der mere du vil vide?"* (spørger med et stort smil)

Sygeplejersken: (griner) *"Nej, nu skal jeg nok holde min mund!"*

Om humoren blev brugt intentionelt eller ej er ikke så afgørende, men sygeplejerskens brug af humor, hjælper hende til at vise patienten, at hun har set, hørt ham.

Sygeplejerskerne er hurtige til at anvende suget til at suge patienterne i svælget, hvis de er generet af sput og savl, servietten under patientens ansigt bliver trukket frem, så den er tør at ligge på. Når patienterne er færdige med undersøgelsen hjælper sygeplejersken dem med at blive soigneret, at få eventuelle tandproteser i munden igen, høreapparater og briller.

Patient: (holder servietten op foran munden indtil hun får sin tandprotese i munden igen) *"sådan at man ser ordentlig ud."*

Sygeplejerske: *"Ja, og så er det også nemmere at snakke."*

Efter undersøgelsen når patienten bliver kørt ind i hvilerummet, får de hjælp til at ligge så godt som muligt, sygeplejersken sørger for ekstra servietter, et tæppe og at klokkesnoren er inden for rækkevidde. Ligeledes trækker hun et afskærmende gardin for, så ikke patienten kan ses fra gangen eller af andre patienter i hvilerummet.

Det er ved hjælp af *nærvær* og *engagement* i de enkelte situationer, at sygeplejersken formår at vise patienten, at hun er forpligtiget og parat til at gøre sit bedste for at hjælpe ham gennem undersøgelsen eller behandlingen.

Sygeplejerskerne udviser ligeledes en *uegennyttighed* i forbindelse med undersøgelserne for eksempel ved at springe sin kaffepause over på grund af forsinkelser og ved at løbe hurtigere mellem patienterne. Et andet eksempel er, hvordan sygeplejerskerne nogle gange står i en

meget akavet arbejdsstilling, for bedst at kunne støtte og hjælpe patienten igennem ubehaget. De hidtil beskrevne eksempler, viser alle at sygeplejersken i det endoskopiske afsnit er *uegennyttig, nærværende, engageret og sansende åben med krop og ord*. Dog er der enkelte situationer under mine observationer, hvor jeg oplevede det modsatte, hvor sygeplejersken ikke var nærværende og engageret. Det er som beskrevet kun nogle få situationer, men for at give et retmæssigt billede af omsorg på det endoskopiske afsnit skal disse også beskrives. Det ene eksempel er da den sygeplejerskestuderende tager imod patienten, gør ham klar til undersøgelse og står ved hans hoved under nedføring af skopet. Sygeplejersken bliver tiltalt af *flyveren* og forlader kort stuen, da hun kommer retur går hun stille over til arbejdsstationen og studerer patientens henvisning, uden at være opmærksom på det endoskopiske billede. Skopien er nu godt i gang, den studerendes opmærksomhed er på patienten, ikke på det endoskopiske billede og hun har ikke suget klart. Problemet er, at patienten har meget retention, hvilket betyder, at der er overhængende risiko for opkastning og aspiration, derfor skal sygeplejersken være klar med suget, hvis lægen som i eksemplet forsætter skopien. Denne situation varer kun ganske få minutter, for så får sygeplejersken øje på retentionen og får lægen til at stoppe skopien. Men i nogle få øjeblikke er hun ikke nærværende og engageret. Et andet eksempel foregår under en skopi, hvor sygeplejersken bliver så optaget af at undervise den studerende, at de begge kortvarigt står med ryggen til patienten, hvilket i situationen har betydning for, hvordan patienten oplever sygeplejerskens nærvær.

### **9.2.1 Tillid i mødet med den anden**

Martinsen beskriver i bogen "Øjet og kaldet" mesterskabet i at se. Hun beskriver, hvordan vi har et registrerende blik og et sansende blik. Det registrerende blik baseres på forståelse og er et objektivt ikke sansende se-blik, der fungerer ud fra visse teknikker udviklet indenfor klassificeringskundskaberne. Det sansende blik baseres på vores sanser og det er med dette blik, at vi berøres af den anden, før vi forstår, hvad den anden vil. Sansning er således en førkulturel åbenhed overfor appellen fra den anden. Mesterskabet i at se handler om, at sygeplejersken ser med øjne, der lever i vekselvirkning mellem forståelse og sansning, så blikket på samme tid både opfatter og udforsker, hvilket vil sige, at sygeplejersken ser gennem deltagende observerende øjne eller gennem hjertets øje. Martinsen påpeger, at mesterskabet i at se påvirkes af både de fysiske og sociale rum, da disse rum er med til at strukturere de menneskelige møder og faglige praktikker. For at se med hjertets øje kræves

der derfor ro og stilhed, både en ydre ro, hvor sygeplejersken ikke forstyrres udefra og derfor kan være i øjeblikket med hele sit sansende jeg, og en indre ro, hvor den stille eftertænkning tillader sansningen at træde frem. (Martinsen 2001:11-46)

Spørgsmålet er, om der i det endoskopiske afsnit er den ro og stilhed, der er påkrævet for at sygeplejersken kan se med hjertets øje. Hvordan forvalter sygeplejersken mesterskabet i at se, så relationen med patienten bygger på tillid, og så omsorg for den anden dermed får sin plads i mødet mellem patient og sygeplejerske.

Som Løgstrup siger, så kan den enkelte aldrig have med et andet menneske at gøre uden at holde noget af dennes liv i hånden. I det endoskopiske afsnit betyder det, at når patienten træder ind på hospitalet og den endoskopiske undersøgelsesstue, så lægger han et stykke af sig selv i hånden på sygeplejersken. Patienten udleverer sig i troen på og forventningen om at sygeplejersken tager denne udlevering op og yder den sygepleje hun tror, er den bedste for ham. Når sygeplejersken på stuen sætter sig ansigt til ansigt med patienten, viser hun ham engagement. Hun viser, at hun lytter og er åben overfor det patienten siger, og at hun er fuldt ud koncentreret om ham. Dette kan måske overbevise patienten om, at her er der et menneske, en sygeplejerske der betragter ham, som det menneske han er, en han med tillid kan vove sig frem overfor og appellere om hjælp. Appellen er ofte udtalt og sygeplejersken må derfor gøre brug af sit mesterskab i at se, for at kunne tyde patientens appel. Hvilket er det tydningsarbejde, som Martinsen taler om, når sygeplejerskens skøn, hendes fagkundskab og den naturlige sansning arbejder sammen i sygeplejen. (1993:148)

Et eksempel fra mine observationer der peger på at sygeplejersken ser med hjertets øje, og at hendes registrerende og sansende blik arbejder sammen, er patienten, der er nervøs for sin puls. Sygeplejersken sanser, at patienten er nervøs, både ud fra det han siger, men også ud fra hans blikke på pulsoximeteret og med udgangspunkt i sit registrerende blik får hun iværksat måling af patientens puls og møder på denne måde hans appel, og opretter derved hans tillid til hende som sygeplejerske og stiller hans nervøsitet.

Hvilken handling sygeplejersken skal vælge, er ifølge Løgstrup ikke på forhånd bestemt, da det er den enkelte situation, der er bestemmende for hvilken handling, der er den rette. Igen med udgangspunkt i situationen, hvor patienten er nervøs over sin puls, er sygeplejerskens handling, at sørge for at tage patientens puls og fortælle ham, at der bliver holdt øje med den undervejs. Patienten der gerne ville have den største nål, bliver bekræftet i, at han nok skal få den rette dosis medicin, så han kan klare undersøgelsen. Ifølge Martinsen, vil den rette

handlen igennem sygeplejerskens tydningsarbejde således udspringe af hendes kærlighed til den næste og de refererede handlinger udspringer i en suveræn livsytring eller i sygeplejerskens faglighed og menneskekundskab, hvor hun benytter sig af mesterskabet i at se, hvilket vil sige af en vekselvirkning mellem det registrerende og det sansende.

Sygeplejerskens faglige handlen på det endoskopiske afsnit dannes således med baggrund i patientens anslåede tone, og det er patientens udlevering af sit ”selv”, som sygeplejersken reagerer på.

Nogle af de patienter der må vente på undersøgelse/behandling ud over det fastsatte undersøgelsestidspunkt, reagerer med vrede eller irritation, et eksempel er patienten, der bliver meget vred. Hans vrede kan grunde i, at han har en følelse af, at hans udlevering ikke bliver taget op. Hans naturlige medfødte tillid til medmennesket, er måske på grund af ventetiden blevet vendt til mistillid, og hver gang sygeplejersken viser sig i venteværelset uden at henvende sig til ham og for hver patient i venteværelset, der bliver kaldt ind før ham, kan forværre denne mistillid. Mistilliden forværres altså, fordi han ikke er blevet set, fordi sygeplejersken ikke får vist, at hun har sanset ham. Da patienten kommer ind på undersøgelsesstuen undskylder sygeplejersken som det første ventetiden, hun viser derved, at hun har sanset ham og patienten falder hurtigt til ro, måske fordi hans tillid er blevet genoprettet.

Der er stor forskel på de patienter, der kommer i det endoskopiske afsnit nogle reagerer åbent og modtagende, mens andre reagerer lukket og afvisende. Den åbne patient tolkes i denne sammenhæng som havende en intakt tillid til sygeplejersken, derfor stoler han på, at sygeplejersken siger sandheden og vil ham det bedste. Han har ofte, inden der er gået lang tid, fortalt hele sin livshistorie, og så at sige givet sit liv i hænderne på eksperterne, så de kan gøre, hvad de ved, er bedst. Dette ses for eksempel med en patient, der har fødselsdag og som starter med at tale, da sygeplejersken siger goddag til ham og først standser, da han får skopet i munden. Indtil da, har han blandt andet fortalt sygeplejersken om tidligere oplevelser med skopier, om hvad hans søn mener om hospitaler og om hvilken mad hans hustru er ved at forberede til ham som fødselsdagsmiddag.

Patienter, der er afvisende eller lukket, fortæller kun meget lidt om sig selv, og er dermed reserveret i udleveringen, et eksempel er patienten, der kun modvilligt følger med ind på undersøgelsesstuen, som sætter sig afventende på lejet, og besvarer sygeplejerskens spørgsmål med ja og nej. Et reaktionsmønster der ved hjælp af Løgstrup kan tolkes som om,

patientens tidligere erfaringer med afsnittet eller sundhedsvæsenet har været af negativ karakter. Måske har patienten selv eller et familiemedlem været i kontakt med sundhedsvæsenet før og har dårlige erfaringer hermed, og nærer derfor en udtalt mistillid til hele systemet på grund af disse oplevelser. Et eksempel fra mine observationer er patienten, der kommer for at få kontrolleret, om det ulcus han havde fået konstateret 8 uger tidligere, er forsvundet. Patienten har i forbindelse med den tidligere skopi efterfølgende haft behov for at kontakte lægevagten på grund af smerter, hvilket betyder, at han er usikker og lettere mistroisk overfor det sygeplejersken fortæller ham om undersøgelsen, måske fordi han er bange for, at det samme skal gentage sig. Denne tolkning minder meget om det Murphy fandt frem til i sin undersøgelse, hvilket var at langt de fleste patienter allerede før de ankommer til den billeddiagnostiske afdelingen, er påvirkede af, det han tolker som "*informal social encounters*". (Murphy 2001) Dette betyder, at patienternes tidligere erfaringer på egen krop eller historier de har hørt fra familie og venner, har påvirket deres tillid til sygeplejersken og systemet. Fordringen for sygeplejersken i det endoskopiske afsnit er, at hun med sin personorienterede professionalitet og sit faglige skøn, med sit mesterskab i at se, forsøger at finde ud af, hvorfor patienten reagerer, som han gør. Et godt eksempel er sygeplejersken, der ved hjælp af, hvad jeg tolker som, sine sanser opfatter at en patient er meget nervøs og derfor spørger hun ham, hvad det er, der er det værste. Uden omsvøb spørger hun ind til problemets kerne, nemlig hvad patienten er mest nervøs for. Her giver hun patienten en chance for eller inviterer ham til, at åbne yderligere op i sin udlevering, alene det at patienten sætter nogle ord på sin nervøsitet eller angst kan, som Merleau Ponty siger, give patienten en større forståelse for det virkelige problem, for med italesættelsen kommer forståelsen. (Van Manen 1990:32 (Merleau-Ponty 1973:142))

Patienter der er tilbageholdene i deres kommunikation, kan ifølge Løgstrup ligge under for de konventionelle normer. Patienterne holder derfor igen i udleveringen, i kommunikationen, af angst for at blive mødt af ligegyldighed eller afvisning. Det kan for eksempel være normen, der siger at sygeplejersken i det endoskopiske afsnit altid har meget travlt og at hun derfor nok ikke har tid til, at høre noget om det problem. Et eksempel fra det endoskopiske afsnit er en ældre dame med retention, hun er tidligere skoperet tre gange og hver gang har hun haft retention. Denne gang kommer hun ind, med en halv times forsinkelse, og undersøgelsen bliver derfor sat meget hurtigt i gang, da patienten allerede kender til forløbet, men dog uden at patienten får fortalt om sine forsatte daglige opkastninger af gammel mad. Det viser sig at

patienten stadig har retention og undersøgelsen må derfor afbrydes og bliver ikke gennemført. Først i den efterfølgende samtale får patienten fortalt, at hun nok godt var klar over, at hun stadig havde mad i maven, da hun stadig kaster op dagligt.

Flere af de inkluderede kilder behandler også dette emne og de beskriver, hvordan sygeplejerskerne er for travlt optaget af andre arbejdsopgaver til at bruge tiden på at lytte til patienten, blandt andet siger Murphy, at sygeplejerskerne er *"too busy to listen."* (2001) og Rogan Foy siger, at den største barriere mod en terapeutisk relation er den hurtige *"delivery of care"* og *"high turn over"*. (2004) Denne opfattelse af travlhed hos både patienter og sygeplejersker kan starte en ond cirkel, der er svær at bryde, for når sygeplejersker ikke føler, de har tid til at lytte til patienterne, får de ikke spurgt ind til og får derfor ikke kendskab til patienternes problemer. Følelsen af ikke at have tid vil sygeplejersken ligeledes kropsligt signalere ud til patienten, hvilket af patienten kan opfatte som en afvisning af udleveringen, og at hans appel ikke bliver mødt, derfor vil hans tillid være forbeholden og han vil ikke indvie sygeplejersken yderligere i sine problemer. Den onde cirkel resulterer altså i et begrænset kendskab til patienters livsverden, da sygeplejerskerne ikke spørger ind til patienternes problemer og da patienterne heller ikke indvier sygeplejersken i deres problemer. Sygeplejersken på det endoskopiske afsnit ved med sin personorienterede professionalitet og sit faglige skøn og dermed sin evne til at sætte sig i patientens sted, at en endoskopisk undersøgelse er angstfremkaldende for de fleste patienter. Ligeledes ved hun, at patienter reagerer forskelligt, når de er nervøse eller bange, nogle taler meget, nogle bliver stille og andre bliver endda vrede. Men uanset hvordan patienternes reaktioner er, så observerede jeg hvordan sygeplejersken viser patienterne, at hun er der for dem. Selv om der er travlhed og forsinkelser, værner sygeplejersken meget om den indledende kontakt, hvor hun får sig anbragt ansigt til ansigt med patienten og dermed viser patienten, at nu handler det om dig, som den unikke person du er, og at hun som sygeplejerske er klar til at tage fordringen op. Ligeledes observerede jeg, hvordan sygeplejersken med denne modtagelse, på en måde skærmede patienten mod, hvad der ellers foregår på stuen. Her er nogle sygeplejersker bedre til at "lukke" omverden ude end andre, for eksempel tillader en sygeplejerske, at lægen afbryder hendes og patientens samtale, mens en anden med al tydelighed signalerer, at her er det patienten og mig der taler, og lægen må så pænt vente, indtil det bliver hans tur. Hvilket jeg tolker, som at mesterskabet i at se, bliver mestret bedre i nogle situationer frem for andre. Hvilket er meget i tråd med det Nyström fandt frem til i sin undersøgelse, hvor kvaliteten af



"the patient- nurse encounter" blev tolket som værende afhængig af den sygeplejerske, der var på arbejde. (2003:761-769)

Når sygeplejersken "lukker" omverden ude, skaber hun ro, sådan at hun kan koncentrere sig om, at være til stede i situationen. Rogan Foy påpeger, at sygeplejerskens kommunikative kompetencer afhænger af hendes evner til at være "*perceptive of the environment and able to anticipate patients needs*"(2001:41). Martinsen er ligeledes inde på, hvordan både de fysiske og sociale rum påvirker mesterskabet i at se, og dermed er strukturerende for de menneskelige møder og faglige praktikker. Hun refererer både til den amerikanske arkitekturteoretiker Robert Venturi og til Kristian Larsen og siger blandt andet:

*"En vegg står, strekker seg ut, reiser seg opp, åpner og lukker seg. Dermed konkretiserer den stedets grunnleggende egenskaper, og en overensstemmende livsform."*

*"Både livstolkninger, kunnskap og makt, og også det usagtes betydninger, ligger i veggene og påvirker personerne i rommene.*

*(Martinsen 2002:250)*

Jeg mener, at sygeplejersken på det endoskopiske afsnit udviser en lignende "*perceptiveness*" som den Rogan Foy beskriver, for eksempel i hendes måde at koncentrere sig om patienten i modtagelsen. Ligeledes mener jeg, at sygeplejersken med denne modtagelse af patienten, med Martinsens ord, tager noget af den magt, der er i rummet og skaber rum til patienten.

Undervejs i undersøgelsen når patienter forsøgte at hive skopet ud af munden, observerede jeg, hvordan sygeplejersken tager patienten i hånden med et fast og bestemt greb. Dette kan være udtryk for, at hun ikke kun er eftergivende og bare modsvarer den andens ønsker, men at hun er parat til at tage ansvaret for den anden i en situation, hvor den anden ikke vil være bedst tjent med selv at have ansvaret. Altså ud fra den betragtning, at undersøgelsens gennemførelse er til patientens bedste. I det tilfælde, hvor sygeplejersken direkte spørger patienten, om han kan holde til mere, hvorpå han ryster på hovedet og sygeplejersken så får stoppet skopien, kan være et udslag af, at hun stadig er parat til at overlader en del af ansvaret til patienten. Det skal siges, at sygeplejersken først spørger patienten, da biopsierne er taget og skopien næsten er færdig. Et andet eksempel er skopien, der ikke kan gennemføres, da patienten har for mange afværgereflekser. Her vælger sygeplejerske og læge at afstå fra at gennemføre undersøgelsen, måske ud fra den betragtning, at det ville have været at tage ansvaret helt fra patienten, og at hvis undersøgelsen alligevel var blevet gennemført, kunne den have udviklet sig til et overgreb mod patienten. Eksemplerne viser alle, at sygeplejersken lader både sit registrerende og sansende blik få plads.

Allans undersøgelse viser, at *"care"* af patienterne anses, som en *"practical activity"*, hvor sygeplejersken hjælper patienten gennem de ubehagelige undersøgelser. (2002)

Sygeplejerskerne fra det endoskopiske afsnit, taler på lignende måde patienterne igennem de endoskopiske procedurer, i føromtalt eksemplet bliver sygeplejerskens praktiske aktivitet måske meget håndgribelig, idet hun har et fast tag i patienten, men da hun samtidig er verbalt og ræsonnerer overfor patienten, hvorfor han skal holde ud, illustrerer dette meget godt, at omsorg på det endoskopiske afsnit, i lighed med i Allans undersøgelse, kan opfattes som en praktisk aktivitet. I Johansson undersøgelse lægger patienterne vægt på at sygeplejersken skal stå for deres *"personal care"*, men samtidig forventer de at sygeplejerskerne *"skillfully"* kan assistere lægen (2002). For igen at vende tilbage til eksemplet, så står den endoskopiske sygeplejerske for patientens *"personel care"*, da det er hende der emotionelt og psykisk har forberedt patienten på undersøgelsen, hun har gennem denne forberedelse fundet ud af, hvordan patienten har det med at skulle igennem undersøgelsen og ved med sin faglighed, at han er bedst tjent med at få den gennemført. Dermed bliver den måde hun mest *"skillfully"* kan assistere lægen på og dermed patienten, at sørge for at undersøgelsen bliver gennemført, hvilket er med det faste greb i hånden og de trøstende ord.

Når sygeplejersken hjælper patienten med at blive soigneret, få tænder, høreapparater og briller på plads efter undersøgelsen, kan det være et udslag af etisk ansvar for den anden, med kærlighed prøver hun at finde ud af, og handle ud fra, hvad der tjener den anden bedst. Og det, der her tjener patienten bedst, er, at han er velsoigneret, kan se sine omgivelser og høre eventuelle beskeder. Lige såvel som klokkesnoeren, tæppet og forhænget kan tjene formålet med at få patienten til at føle sig så veltilpas som muligt, og dermed beskytte patientens integritet. Mesterskabet i at se handler jo netop om, at sygeplejersken kan se patienten i hans integritet.

Både Mcilpatrick og Nyström beskriver, hvordan sygeplejerskens tid er optaget af *"tasks"* og *"utilitarian knowledge"*, hvilket betyder at sygeplejerskerne ikke mener, at de har tid og rum til at få en *"deeper understanding of patients needs"*. (Mcilpatrick 2006 og Nyström 2003).

Umiddelbart peger observationerne på det endoskopiske afsnit ikke i denne retning, da sygeplejerskerne, som det er vist i eksemplerne, gør brug af deres sanser og herved lærer nok om patienterne til, at kunne opfatte deres appel og etablere en tillidsfuld relation.

Selv om sygeplejersken værner meget om roen på den endoskopiske undersøgelsesstue så er der dog forstyrrelser, udefra; idet telefonen ringer, der kommer andre personer ind på stuen og

forstyrrer, og indefra; hvor teknologien kræver en del af sygeplejerskens tid, og den studerende skal undervises eller have svar på et spørgsmål, alt sammen forstyrrelser af roen, der distraherer sygeplejersken i hendes sansende øjeblik med patienten. Sygeplejerskens indre ro, hvor den stille eftertænksomhed tillader sansningen at træde frem, kan ikke umiddelbart observeres, men at denne indre ro må have fået rum, er alle de tegn på at sygeplejersken virkelig sanser patienten tydelige bevis på.

### **9.2.2 Delkonklusion**

Ud fra det foregående kan følgende pointer fremdrages. Der sker i enhver interaktion en udlevering. Jeg observerede, hvordan sygeplejersken i det endoskopiske afsnit behandler alle patienter som mennesker, der appellerer om hjælp. Hun overtager ikke patienternes eget ansvar, men tager den fordring op, der ligger i appellen. Jeg så, hvordan omsorg bliver til ud fra, hvad der kan tolkes som, sygeplejerskens spontane livsytringer, hendes personorienterede professionalitet og faglige skøn, og jeg så, hvordan hun reagerer på patienternes udlevering. Sygeplejersken på det endoskopiske afsnit har ingen opskrift på, hvilke handlinger der passer hvor, men jeg observerede, hvordan hun i sit tydningsarbejde bruger, hvad hun har af indsigt, forståelse og fantasi, og dermed sit mesterskab i at se, til at finde ud af, hvad situationen handler om, for derefter at finde den rette handling.

Selv om observationerne mest viste, at sygeplejerske patient relationen bygger på tillid og derfor rummer omsorg for den anden, så er der enkelte situationer, hvor patienterne ikke bliver hørt (set) og hvor patienterne derfor er reserverede i deres udlevering, om dette skyldes mistillid til sygeplejersken, at patienten ligger under for de konventionelle normer eller om sygeplejersken ikke får signaleret, at hun er klar til at tage imod patientens udlevering, er ikke til at bedømme. Resultatet bliver uanset årsagen, at patienten i mødet med den endoskopiske sygeplejerske, mangler tid og rum til at turde, at vove sig frem. På samme måde er der situationer, hvor sygeplejersken mangler tid og rum til tydningen af patientens udlevering, både på grund af travlhed, men også på grund af de organisatoriske og strukturelle rammer, der er på afsnittet.

### **9.2.3 Being there and hovering**

Gennem mine feltobservationer så jeg, hvordan sygeplejerskerne i det endoskopiske afsnit *"er der"* for patienterne. Jeg så, hvordan de rent fysisk viser, at de *"er der"* med hånden på

patientens skulder og hånd, og hvordan de verbalt støtter og hjælper patienterne gennem de ubehagelige undersøgelser/behandlinger. Det ”at være der” bliver på denne måde et meget håndgribeligt eksempel på sygeplejerskernes nærvær i det endoskopiske afsnit.

Ligeledes viste observationerne, hvordan sygeplejerskerne i kortere eller længere perioder ”bare” er til stede, uden rigtig at gøre noget. Sygeplejersken står for eksempel og betragter læge og patient under deres samtale og hun står og kikker på patienten under undersøgelsen, uden at have fysisk kontakt, men lige så snart patienten signalerer et behov, er sygeplejersken klar til at møde dette behov. Denne måde at ”være der” for patienterne, uden den fysiske eller verbale kontakt, er også tydelige tegn på sygeplejerskens nærvær, hvorimod sygeplejersken vil opfattes som fraværende, hvis hun mens hun ”bare” er til stede, for eksempel står og kikker ud af vinduet. Den netop beskrevne måde at vise sygeplejerskernes nærvær er meget tydelige tegn på, hvordan sygeplejersken er omsorgsfuld i det endoskopiske afsnit, og sygeplejerskernes omsorg kommer således til udtryk igennem det, at ”være der” for patienterne. Disse resultater minder meget, om de resultater Allan kom frem til, efter at have observeret sygeplejersker arbejde på en fertilitetsklinik i England. (2002) Allan beskriver nemlig på en lignende måde fertilitetssygeplejerskens ”*emotional awareness*” af patienterne, hvilket hun gør gennem begreberne ”*being there*” og ”*hovering*”, hvor ”*being there*” beskriver, hvordan sygeplejersken er fysisk nærværende og ”*hovering*”, sygeplejerskens mere psykiske nærvær, altså et nærvær og en opmærksomhed rettet mod patienten og situationen uden den fysiske kontakt. Allans beskriver ligeledes i sin forskningsartikel, hvordan to begreber ”*nursing the clinic and the doctor*” og ”*nursing the patient*” er vilkår, der er med til at forme sygeplejerskens rolle på fertilitetsklinikken. Da der er mange lighedspunkter mellem Allans beskrevne fertilitetsklinik og det endoskopiske afsnit, synes det interessant at se på, om ikke også den endoskopiske sygeplejerskes faglige handlen formes indenfor begreberne ”*nursing the clinic and the doctor*” og ”*nursing the patient*”.

Mit empiriske materiale viser, at når sygeplejerskerne arbejder ud fra ”*being there*” og ”*hovering*”, så er fokus på omsorg og dermed på ”*nursing the patient*”. Derimod har sygeplejersken, når hun informerer patienter til undersøgelserne, når hun anlægger venflon, når hun assisterede lægen og når hun håndterer skoper og utensilier, fokus på ”*nursing the clinic and the doctor*”. Om sygeplejerskerne fra min undersøgelse havde størst fokus på ”*nursing the patient*” eller ”*nursing the clinic and the doctor*”, er svært at sige, da de to områder er tæt sammenhængende.

Jeg vil i det følgende give et eksempel på, hvordan sygeplejerskerne arbejder indenfor begge begreber i samme situation. Når sygeplejersken assisterer ved biopsitagning, står hun på venstre side af lægen, her er fokus helt tydeligt på *"nursing the clinic and the doctor"*, men da hun ser og føler patienten kikke spørgende på sig, responderer hun ved at tale til patienten, ved at fortælle hvad de laver, ved at være nærværende i relationen med patienten, og så er fokus pludselig flyttet over på *"nursing the patient"*.

Allans undersøgelse åbner op for en meget interessant diskussion, der handler om hvilken karakter relationen mellem patienten og sygeplejersken skal have, for at kunne anses for god. Dette skal ses i forlængelse af Martinsens opfattelse af, at der i de korte møder er en fare for, at relationerne kun bliver flygtige og springende. Martinsen siger, at sygeplejersken skal være *uegennyttig, engageret, nærværende og sanselig åben med krop og ord* for at kunne give omsorg til patienten. Mine observationer viser, at netop disse fire elementer og dermed omsorg for patienten ligger i den endoskopiske sygeplejerskes evne til at praktisere *"being there"* og *"hovering"*. Allan konkluderede at relationen på fertilitetsklinikken så ud til at bygge på *"social acquaintance rather than physical or emotional intimacy, although some degree of physical intimacy was required because of the nature of the fertility treatment"*. (2002:92) Gennem patient interview fandt hun frem til, at den *"emotional awareness"* som hun observerede sygeplejerskerne udvise, var det patienterne forventede og havde brug for i de korte møder med sygeplejersken i fertilitetsklinikken, frem for en tættere relation der byggede på *"physical and emotional intimacy"*.

Undersøgelserne på det endoskopiske afsnit har mange karaktermæssige ligheder med undersøgelserne på fertilitetsklinikken. På det endoskopiske afsnit bliver patienterne frataget deres evne til at tale, deres evne til at holde på luften, de både bøvser og prutter, de bliver frataget deres fulde sanser på grund af medicinering og deres mobilitet på grund af den liggende stilling til undersøgelsen. Så i lighed med patienter, der gennemgår fertilitetsundersøgelser har patienter, der skal igennem en gastroskopi, behov for en vis grad af fysisk intimitet, fysisk hjælp, hvilket jeg også observerede sygeplejerskerne, var parat til at tilbyde. Som allerede beskrevet så jeg, hvordan de endoskopiske sygeplejerskers var *"emotional aware"* af patienterne, og at de med *"being there"* og *"hovering"* gav patienterne den nærhed og det engagement de efterspurgte. For at finde ud af, om sygeplejerskerne på det endoskopiske afsnit føler sig tilfredse med det kendskab, og dermed den relation de herigennem får med patienterne, vil det være nødvendigt at spørge direkte ind til området,

hvilket der ikke lægges op til i dette speciale.

En DSI rapport<sup>23</sup> udformet på baggrund af observationsstudier, interview og et mindre tids- og opgaveregistreringsstudie på tre medicinske afdelinger viser, at sygeplejersker der arbejder her, kun bruger 1.2 % af deres tid på lytte og lindreopgaver, på at tale med patienterne om den psykologiske og følelsesmæssige håndtering af deres sygdom. Resten af deres tid bliver brugt på opgaver som for eksempel behandlings- og medicinopgaver, overvågningsopgaver, tovholderopgaver, informationsopgaver, administrationsopgaver, dokumentationsopgaver og værtindeopgaver. Lytte og lindreopgaver defineres i rapporten som det at sygeplejersken indgår i samtale med patient og pårørende om ting der bekymrer, smerter og det at lytte til patienter og pårørende fortælle om deres angst. (89-90)

Rapporten peger på at mangel på tid af sygeplejersker opleves som en af de største barrierer mod at opnå en god patientkontakt, hvilket kan lede til frustration blandt sygeplejerskerne, utilfredshed blandt patienter og kan måske i sidste ende resultere i fejlbehandlinger.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen har et ønske om, at bruge tid sammen med patienterne, på de mellem menneskelige relationer, men er ofte nødt til at klare andre opgaver, før de kan bruge tid på at tale med patienten. I stedet for at tilrettelægge arbejdsdagen ser det ud til at sygeplejerskerne kun når at reagere, hvilket ligeledes kan medføre at sygeplejerskerne distancerer sig fra patienterne, fordi de ikke har tiden til at lytte.

På denne måde bliver sygeplejerskerne fra undersøgelsen fanget i skismaet mellem deres eget ideal for faglige identitet, hvor de helst bruger tiden på mellem menneskelige relationer og deres praktisk faglige identitet, hvor de bruger en stor del af deres arbejdstid på opgaver som administration og koordinering. Sygeplejerskerne er altså på en måde kommet i klemme mellem ideal og praksis. (Holm-Petersen et al. 2006)

Et lignende tid- og opgaveregistreringsstudie gennemført på det endoskopiske afsnit vil sikkert vise helt andre resultater, alligevel kan resultaterne fra studiet anvendes til at diskutere mine observationer. Sygeplejerskerne på det endoskopiske afsnit har, som beskrevet under punkt 9.1, en opgave/arbejdsområde fordeling, der ligner den refererede fra de undersøgte medicinske afdelinger. For at tydeliggøre hvad jeg mener med dette, vil jeg knytte nogle få

---

<sup>23</sup> Rapporten er udfærdiget af Organisationssociolog **Christina Holm-Petersen**, sociolog **Malene Willemann** og socialvidenskabsstuderende **Marete Asmussen**. De har haft tilknyttet to eksterne reviewere i **Kristian Larsen**, der omtales senere og viseklinikchef og oversygeplejerske **Gitte Kjærsgaard**. Klinik for AVA, lungemedicin og gastroenterologi. Medicinsk Center, Sygehus Vestsjælland. (Holm-Petersen et al. 2006)

ord til hvilke opgaver i det endoskopiske afsnit, der kan forbindes med de fra undersøgelsen nævnte områder for eksempel behandlings- og medicinopgaver, her kan nævnes anlæggelse af venflon og administrering af medicin. Overvågningsopgaver er for eksempel kontrollen af patientens puls og vejrtrækning under undersøgelse/behandling. Tovholderopgaver, det at sygeplejerskerne sørger for at koordinere med patientbefordring og Falck. Den måske vigtigste informationsopgave på det endoskopiske afsnit er informationen om undersøgelsen. Dokumentationsopgaver giver næsten sig selv, det er når sygeplejersken dokumenterer i afsnittets dokumentationsredskab og pc. Værtindeopgaver opfattes som den tid sygeplejersken bruger til at sige goddag og farvel til patienterne og endelig er der så lytte- og lindreopgaver, hvilke for mig at se mest er i brug i forbindelse med de første 5-10 minutter, hvor sygeplejersken siger goddag, informerer og derudover spørger ind til, hvordan patienten har det. Lytte og lindre opgaver så jeg specielt i brug i situationer, hvor der ventes på lægen, på at få anlagt venflon eller på andet, her bruger sygeplejerskerne ofte tiden til at lære mere om patienternes situation.

Der er situationer under observationstudiet, hvor sygeplejerskerne distancerer sig fra patienterne på grund af, hvad der kan tolkes som tidsmangel. Det er specielt i situationer, hvor dagsprogrammet er forsinket og patienterne derfor venter på at komme til undersøgelse/behandling. Her observerede jeg, hvordan sygeplejersken nogen gange venligt, men bestemt afbryder patienter, for at komme videre med undersøgelsen, eller hvor hun ikke stiller det indledende spørgsmål; *hvordan har du det?* og dermed åbner op for, at patienten kan fortælle, hvad der er ham på sinde. I den refererede rapport beskrives der, hvordan patienterne udmærket godt ved, at sygeplejerskerne har travlt og at der derfor vil være en masse ting, de simpelthen ikke tager op. Jeg observerede, at vilkårene i det endoskopiske afsnit meget ligner disse og et eksempel på, at patienter ikke involverede sygeplejersken i problemer, er patienten med retention, som tidligere er beskrevet.

DSI rapporten viser som fortalt, at sygeplejerskerne ser ud til at være kommet i klemme mellem ideal og praksis, og at deres tid derfor fortrinsvis bruges på opgaver frem for på det relationelle og det medmenneskelige. Jeg vil nu kort vender blikket mod den inkluderede litteratur og se på hvilke forventninger patienter og sygeplejersker fra disse undersøgelser, har til den medmenneskelige relation.

Nordlyk beskriver, hvordan patienter i accelererede forløb ser ud til at have behov for at sygeplejersken fokuserer på eksistentielle og erfaringsmæssige dimensioner, specielt havde de

behov for en øget forståelse af, hvordan de oplevede det at være syg. (2004)

Nyström beskriver, hvordan "*utilitarian knowledge*" ser ud til at være vigtigere end "*alleviation of suffering and a deeper understanding of patients needs*", og at sygeplejerskers holdning måske af denne grund er, at "*holistic care is a luxury that is too much to ask for*". (2003)

Rogan Foy beskriver, at moderne sygepleje praksis grundlæggende handler om, at få udviklet en terapeutisk relation, og anser den hurtige "*delivery of care*", som en af de største barrierer mod oprettelsen heraf. Relationer skal grundlæggende bygge på kommunikation og en terapeutisk kommunikation, beskrives som kommunikation, der tager udgangspunkt i patient perspektivet, tager højde for patientens styrker, og deres vilje til at lære. Når sygeplejersken mestrer den terapeutiske kommunikation, vil hun være i stand til at identificere patientens unikke "*needs*". (2004)

Murphy beskriver, at en af de vigtigste barrierer mod en holistisk patient-orienteret "*care*" er, at sygeplejerskerne er "*too busy to listen*". (2001)

Endelig beskriver Mcilfattrick, at sygeplejersker har en fornemmelse af, ikke at kunne give en tilstrækkelig holistisk "*care*", da de ikke har tid til at lære patienterne at kende, på grund af, at hovedvægten af deres tid bruges på "*tasks*".(2006)

Groft forenklet kan man sige, at Nordlyks, Nyströms, Rogan Foys, Murphys og Mcilfattricks undersøgelser peger på, at sygeplejersken kun kan give patienten den holistiske "*care*", den gode omsorg han har krav på, hvis hun lærer patienten at kende, hvilket også er det sygeplejerskerne fra DSI rapporten udtrykker. Den eneste måde sygeplejersken kan lære patienten at kende på, er med deres ord hvis relationen kan bygges på eksistentielle og erfaringsmæssige dimensioner, en terapeutisk kommunikation, en holistisk patient-orienteret "*care*" samt tid og rum til at lytte til patienten, hvilket jeg tolker som værende meget lig det Allan beskriver med "*physical and emotional intimacy*".

#### **9.2.4 Delkonklusion**

Sygeplejerskerne på det endoskopiske afsnit arbejder inden for rammerne af både "*nursing the clinic and the doctor*" og "*nursing the patient*". De viser gennem "*being there*" og "*hovering*" en "*emotional awareness*" af patienten, og det er gennem denne "*awareness*", at sygeplejerskers omsorg for patienterne kommer til udtryk. Der er situationer, hvor sygeplejerskerne distancerer sig fra patienterne på grund af manglende tid, men jeg oplevede



35 undersøgelser, hvor langt de fleste patienter udviste tilfredshed, da de igen forlod afsnittet, hvilket peger på at sygeplejerskernes ”*awareness*” er det patienterne har behov for. Baseret på studiet af litteraturen så er forventningen til relationen mellem patient og sygeplejerske, at den bygger på ” *physical and emotional intimacy*” frem for ”*emotional awareness*”. Her er det, at problemerne kan opstå, netop fordi de strukturelle og organisatoriske rammer af både tid og rum i korttidsafsnittet ikke lægger op til denne ”*intimacy*”, som sygeplejerskerne efterspørger. Spørgsmålet er om sygeplejerskerne på en måde spejler deres egne forventninger og ønsker til en god sygepleje og dermed en god omsorg baseret på ”*physical and emotional intimacy*” over på patienterne, patienterne der med udgangspunkt i mine observationer og Allans undersøgelse efterspørger og er tilfredse med en ”*emotional awareness*”. Bygger sygeplejerskerne fra undersøgelse deres forventninger til egen sygepleje på, hvad patienterne reelt viser og fortæller de ønsker, eller bygger forventningerne på sygeplejerskernes egne forudopfattede meninger af, hvad god sygepleje er. Måske ud fra den forforståelse, at sygepleje fundamentalt skal udspringe fra ”*the virtue script*”, som tidligere beskrevet.

### **9.2.5 Hurtige og langsomme kundskaber**

Jeg vil igen vende mig mod Martinsen og denne gang handler det om hendes tanker om hurtige og langsomme kundskaber, og hendes råd til sygeplejersker om at være langsom i det hurtige møde. Ifølge Martinsen opfattes omsorgsbegrebet, som et uomgæeligt livsfænomen og Martinsen mener at den tidsstruktur, der dominerer nutidens sundhedsvæsen, giver omsorg trange kår. Hun sætter spørgsmål ved, om sygeplejersken på den korte tid hun har, formår at engagere og involvere sig i den enkelte unikke patient, eller om tiden kun vil være til flygtige og springende relationer. (Martinsen 2002: kap 16, Martinsen 2005:157-164)

”*Det handler om at tage tiden, holde den i rummet og være nærværende. Det er kunsten at være langsom i det korte møde*”. (Lindskov 2003:26) Martinsen er udmærket klar over at strukturen på hospitalerne ikke medfører mere tid, og derfor opfordrer hun sygeplejersker til at besinde sig, så de ikke ureflekteret løber med på den fortravlehedskultur sundhedsvæsenet lider under. Sygeplejersken skal, som hun siger, tage tiden og holde den i rummet, hvilket betyder, at hun skal lade sine langsomme erfaringskundskaber (sine sanser) få tid på lige fod med de hurtige kundskaber (som for eksempel det, at tage et blodtryk, altså den mere instrumentelle sygepleje). ”*Man hverken ser, hører eller lugter, hvis man er for hurtig*”.

(Lindskov 2003:26-27)

Sygeplejersken i det endoskopiske afsnit bruger mange af sine, med Martinsens ord, hurtige kundskaber for eksempel gennem håndteringen af skop og utensilier, når der anlægges venflon, administreres medicin, når sygeplejersken suger patienten i svælget og når hun assisterer under selve undersøgelsen/behandlingen ved for eksempel biopsitagning.

Derudover får sygeplejerskens langsomme kundskaber også tid og rum, for eksempel i mødet med patienten, her er det ved hjælp af sanserne at sygeplejersken finder ud af, hvordan patienten har det. Når hun sætter sig ansigt til ansigt med patienten og taler med ham, engagerer og involverer hun sig i den unikke patient. Når hun under undersøgelse/behandling reagerer på det hun hører og det hun ser, for eksempel at patienten bobler med sput, siger årrhh, laver grimasser eller kikker intenst på hende, da reagerer og handler sygeplejersken med baggrund i sine sanser.

Om sygeplejersken på det endoskopiske afsnit lader sine langsomme kundskaber få tid på lige fod med de hurtige afhænger af den specifikke situation og kan derfor være svær at bedømme. Når sygeplejersken er ved at assistere ved biopsitagning, en hurtig kundskab, og patienten vander sig, får sygeplejerskens langsomme kundskaber plads frem for de hurtige, idet hun med sine sanser opfatter patientens ubehag og iværksætter handlinger på baggrund af det observerede, for eksempel at der skal gives smertestillende medicin. På den anden side bliver de langsomme kundskaber skubbet lidt i baggrunden af de hurtige, idet sygeplejersken må forlade sin plads ved patientens hoved og gå om på venstre side af lægen, når hun skal assistere. Her må hun forlade pladsen, hvor hun er tættest på patienten, og dermed pladsen hvor hun, hvad jeg vurderer, bedst kan bruge sine sanser. Når hun stiller sig til venstre for lægen og assisterer, vil noget af hendes opmærksomhed, noget af hendes tid være rettet mod de opgaver hun udfører her, såsom biopsitagning, en hurtig kundskab. Ligeledes vil noget af sygeplejerskens opmærksomhed være rettet mod det endoskopiske billede på tv-skærmen frem for på patienten, specielt når hun står på venstre side af lægen. Som før beskrevet har det visuelle endoskopiske billede en tiltrækning på de fleste, og som Mette Karoliussen beskriver, har teknologien det med at stjæle opmærksomheden, så et patientfokus let kan ændres til et teknologifokus. (2002:90-94)

En patienttilfredshedsundersøgelse udført blandt patienter, der tilhørte 13 forskellige ambulatorier, afsnit med korttidssygepleje, giver et billede af, hvordan patienter oplever sygepleje i korttidsafnit. I et bilag er nogle af patienternes kommentarer citeret og i positive

vendinger bliver sygeplejersken beskrevet som; *engageret i den enkelte patient, omsorgsfuld, kompetent, professionel, venlig, rar, smilende, hjælpsom, åben, god til at informere, evner at lytte samt evner at få patienten til at føle sig tryk og velkommen*. I negative vendinger beskrives hun som; *stresset, fortravlet, glemsom, sjuasket, at hun mangler viden og som utilstrækkelig når patienten har en fornemmelse af, at være et nummer i systemet*. (Århus Amt 2002: bilag 3)

Det der synes relevant at diskutere er, om ikke patienternes ønsker og forventninger til deres besøg på det endoskopiske afsnit spiller en vigtig rolle i, hvordan de reelt oplever sygepleje og dermed omsorg på afsnittet. Hvis patienternes forventninger er at komme ind, blive undersøgt, få et foreløbigt svar på deres problemer, blive behandlet herfor, for derefter igen at kunne gå hjem, og at disse bliver opfyldt, så vil den tid, selv om den er kort, sygeplejersken bruger på at lytte og lindre eventuelt være tilstrækkelig. Denne gruppe patienter har altså en forventning om, at det sundhedspersonalet tager sig af, er de problemer de har med maven og ikke andet. Når patienten derfor møder sikkerheden i sygeplejerskens hurtige kundskaber, vil det efterlade ham med tillid til, at sygeplejersken vil leve op til de forventninger, han har til hende. Under alle de undersøgelser jeg observerede, var sygeplejerskens langsomme kundskaber dog i brug og selv hos denne gruppe patienter, der ikke forventer eller viser behov for at dele mere af deres liv, deres livsverden med sygeplejersken, er både de langsomme og de hurtige kundskaber en integreret del af sygeplejen.

På den anden side er der også patienter, der har helt andre forventninger til sygeplejersken og til hendes brug af tid til at lytte og lindre, det kan være patienter, der igennem længere tid har gået og skrantet, eller patienter der bare ikke har haft nogen at dele deres bekymringer med. Denne gruppe patienter har derimod brug for tid og rum til at tale om deres problemer, deres bekymringer og angst, og hvis ikke sygeplejersken sanser dette med sine langsomme kundskaber og skaber rum til det, så kan hun risikere at disse patienter, går fra afsnittet utilfredse og frustrerede.

### **9.2.6 Delkonklusion**

Sygeplejersken i det endoskopiske afsnit bruger altså både sine hurtige og sine langsomme kundskaber. Jeg observerede, hvordan de hurtige kundskaber tager over i den tekniske del af sygeplejen, som der er meget af i et højteknologisk endoskopisk afsnit, men ligeledes observerede jeg, hvordan sygeplejersken tager tiden og virkeligt er nærværende i relationen

med den endoskopiske patient.

Derudover peger mine observationer på at patienternes forventninger til sygepleje, omsorg og behandling på det endoskopiske afsnit er af afgørende betydning for, hvordan sygeplejerskens brug af hurtige og langsomme kundskaber, opfattes af patienterne, om resultatet er tilfredse patienter eller ej.

Når dette er sagt, så er omsorg som Martinsen siger, et førvidenskabeligt fænomen, der ikke er underlagt menneskets direkte forståelse og kontrol, og derfor vil sygeplejersken altså ikke kunne kontrollere omsorg fuldstændig. Omsorg er dog en del af den menneskelige tilværelse, hvilket betyder, at det er igennem den enkelte sygeplejerskes erfaringer og evne til virkelig at sanse, at omsorg kommer til udtryk i praksis. Hvis sygeplejersken i det endoskopiske afsnit som vist værner om den tid hun bruger ansigt til ansigt med patienten og tillader sig selv at være åben overfor de signaler patienten udsender, så tager hun tiden og holder den i rummet, og lader derved sine langsomme kundskaber få plads i korttidssygeplejen. Når sygeplejersken således sanser patienten, så synliggøres patienternes forventninger og relationen kan blive nærværende frem for flygtig og springende.

## 10 Strukturerende strukturer

Som beskrevet i indledningen og problemformuleringen åbenbarede der sig gennem feltarbejdet og behandlingen af de konstruerede data nogle nye perspektiver på, hvorfor og hvordan omsorg bliver struktureret på det endoskopiske afsnit. Mine observationer peger på at både tid og rum har afgørende betydning for, hvordan omsorg udmønter sig. Inspireret af Kristian Larsen<sup>24</sup> og hans ph.d.-afhandling om strukturerende strukturer, mundede dette ud i en bearbejdning af de to fænomener tid og rum.

Det overordnede spørgsmål Kristian Larsen arbejder ud fra i sin ph.d. er; *"hvilken viden en sygeplejestuderende bruger når hun er i praktikophold på et hospitalsafsnit, og hvor, af hvem og hvordan hun lærer den faglige viden."* (2001:440). Hans teoretisk udgangspunkt er Bourdieu<sup>25</sup> og han argumenterer ud fra en Bourdieusk opfattelse og forståelse af kapital, felt

---

<sup>24</sup> **Kristian Larsen** er lektor og ph.d. på Institut for Pædagogisk Filosofi. Danmarks Pædagogiske Universitet. (Holm-Petersen et al.2006)

<sup>25</sup> **Pierre Bourdieu** (1930-2002), fransk sociolog, men uddannet i filosofi ved Ecole Normale Supérieure i Paris. Som forskningsleder ved Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales siden 1964 og professor ved Collège de

og habitus, derudover er han inspireret af Merleau Pontys fænomenologiske prærefleksive kropslige tilgang til verden og Wittgensteins<sup>26</sup> sprogfilosofi. Ph.d.-afhandlingen er baseret på et feltstudie på 2 københavnske sygehuse og igennem ikke deltagende observationer, undersøger han, hvordan de studerende handler i praktikken. Han beskriver, hvordan den studerende ikke først og fremmest handler ud fra den teori, hun har tilegnet sig i skolen, men at hun med i alt, hvad hun gør, har sin praktiske sans. Det er den praktiske sans, der gør hende i stand til at vide, hvordan og hvilken handling, der er den bedste i situationen. Det er med kapital samlet gennem sit livs deltagelse i forskellige felter, at den sygeplejerskestuderende udvikler en habitus, der passer til det praktiske felt, hun nu er en del af.

*”Et felt er et socialt område, hvor der i en eksisterende struktur foregår en kamp om ressourcer og magt. Feltet defineres af det, der kæmpes om: penge, politisk magt, jord, ære, uddannelse, kulturel status og så videre.”*

*”Habitus er en social virkeligheds eller felternes eksistens i individerne. Habitus kan derfor betegnes som et system af tilegnede anlæg for at praktisere i et felt.”*

*”Kapital er de ressourcer en aktør har at sætte ind i spillet. Det kan være materiel kapital eller kulturel kapital. Bourdieu bruger udtrykket symbolsk kapital til at betegne den værdi en bestemt ressource har i et bestemt felt.”*  
(Høiris 1993:44-45)

Det der synes at være interessant for dette speciale er Larsens beskrivelse af, hvordan arkitektur, geografiske og fysiske sammenhænge har en vis indflydelse på praktikken, altså at strukturerne i et afsnit kan virke strukturerende på praktikken. Han mener, at arkitekturen, hvilket vil sige hospitalet som rum, ruminddelingen og inventaret samt dets lyde og lugte er med til at strukturere agenternes faglige handlen. Agenterne der primært er i fokus i ph.d.-afhandlingen er de sygeplejerskestuderende, men da de samme vilkår gør sig gældende for alle involverede, betyder det, at sygeplejerskers handlen ligeledes struktureres af strukturerne. Gennem en beskrivelse af de studerendes færden i forskellige rum i hospitalsafsnittet viser Larsen, hvordan visse praktikker ser ud til at gennemsættes i nogle rum frem for i andre. Derudover viser han, at den faglige praktik virker til, at strukturere det, der italesættes

---

France siden 1981 har Bourdieu udført omfattende empirisk forskning i specielt uddannelse og kultur.

(<http://www.leksikon.org/art.php?n=407>)

<sup>26</sup> **Ludwig Wittgenstein** (1889.1951) Østrigsk filosof, der i løbet af 1930'erne udviklede sin sprogpilsteori.

Både den pragmatiske analyse og diskursanalysen anses som udløbere fra Wittgensteins teori.

(<http://www.teorier.dk/tekster/wittgenstein.php>)

sprogligt.

Larsen understreger, at han ikke forsøger at reducere praktikken til kun at determineres ud fra arkitektur, da der også er andet, som for eksempel de forskellige agenter (sygeplejersker, patienter, læger med flere) den sygeplejestuderende møder på hospitalsafdelingen, der ligeledes er strukturerende for den studerendes praktik. (Larsen 2000: kap 3,6, Larsen 2001:440-474)

Således inspireret af Larsen vil jeg føre denne tanke om arkitektur/rum som strukturerende strukturer videre til et andet fænomen, der på lignende måde i mine observationer var med til at strukturere korttidssygeplejerskers faglige handlen, nemlig tiden. De to fænomener tid og rum vil blive belyst og diskuteret i det efterfølgende.

## **10.1 Teori om tid**

Tid har altid været vigtig for mennesket og ligeså længe vi har levet, har der været interesse for, at forstå tiden. På en måde kan man sige, at tiden er en form for horisont, der hjælper os, når vi forsøger at forstå hændelser omkring os. Tid kan bruges til at betegne både varigheden af noget og tidspunktet for det, den kan opfattes som lang eller kort, fjern eller nær, at komme eller at gå, at have en begyndelse og en ende og i sidste ende som god eller ond.

Kristendommen anses for at have været med til at præge den vestlige verdens opfattelse af tid. Ifølge kristendommen skal tidsregningen opfattes som et kronologisk forløb, en form for lineær opfattelse af tid, et forløb der har en begyndelse og en ende, og et forløb der aldrig kan komme tilbage. Eksempler på det kristne islæt kan blandt andet ses gennem Jesus fødsel og død og skabelsesberetningen. Ud over den lineære opfattelse af tid, kan tiden også opfattes som cirkulær, altså som et forløb der ikke har en begyndelse og en ende, men forsætter i uendelige cirkler eller spiraler. Denne opfattelse bygger grundlæggende på en lang række forløb, der er naturskabte som for eksempel dag og nat, og årstidernes skiften.

De to tidsopfattelser den lineære og den cirkulære kan tilsammen beskrives med begrebet kosmisk tid. Det er ikke muligt at løsrive os selv fra hverken den lineære opfattelse af tid eller den mere naturbestemte cirkulære tid, hvilket betyder, at den kosmiske tid, er en tid, vi som mennesker må lære at leve og agere i.

Hvert samfund, hver kultur og også hvert menneske, har sin egen form for tidsregning, hvilket betyder at vores forventninger til, hvad tiden kan og skal bruges til, kan være meget forskellig. Denne form for tidsregning baseres på subjektive erfaringer og kaldes derfor for

erfaret tid.

Således kan man sige, at vores tidsbegreb både består af en ydre, en kosmisk tidsregning og af en indre, en erfaret tidsregning, men derudover opereres der med et tredje tidsbegreb i det moderne samfund, hvilket kaldes for kalendertid.

Inspireret af Augustin og Foucault beskriver Martinsen, hvordan kalendertid er en konstruktion af tid, der forholder sig til både den kosmiske og den erfarede tid. Kalendertid findes integreret overalt i det moderne samfund, og kan for eksempel ses i den måde vi kategoriserer, hvad en normal arbejdsdag er. På samme måde som det levede liv er sammenvævet med og bestemt ud fra den kosmiske og erfarede tidsregning, vil vores liv være struktureret ud fra kalendertiden, hvilket i sidste ende betyder, at vi aldrig vil kunne kontrollere tiden fuldstændig. Derimod må vi finde ud af, at agere i den tid vi er blevet givet. (Olsen 2003:11-17, Martinsen 2004: kap 16)

### **10.1.1 Tid på det endoskopiske korttidsafsnit**

For hver undersøgelsesstue er der lagt et program for arbejdsdagen, her er patienterne sat til med ca. en halv times mellemrum. Derudover kan der være patienter på listen, der kommer fra forskellige sengeafdelinger, eller eventuelt akutte patienter, der kommer til i løbet af dagen. Disse patienter kan der ringes efter, når der er et hul i programmet, eller når sygeplejersken vurderer, at der er tid.

Når sygeplejersken passer en stue, er det hende, der henter patienterne ind fra venteværelset, på denne måde er det egenrådigt hende, der bestemmer, hvornår den næste patient kommer ind på stuen. Når dette er sagt, så er der flere andre faktorer, der er med til at afgøre, hvornår den næste patient kommer til. I det følgende illustreres nogle af de faktorer jeg observerede;

- *lægen der skal udfører undersøgelsen, er optaget af andre opgaver*
- *sygeplejersken der skal stå for stuen, skal assistere ved en anden undersøgelse på en anden afdeling*
- *to stuer skal byttes rundt*
- *nogle undersøgelser trækker ud, hvilket vil sige, varer længere end den afsatte halve time og dermed skubbes tiden for den næste patient på listen, for eksempel på grund af;*
  - *patienter er svære at anlægge venflon på*

- *en patient begynder at bløde, efter der er taget biopsier*
- *patienter kommer for sent*
- *mange patienter er nervøse, så sygeplejersken må bruge mere tid på at berolige og forberede dem*
- *lægen der er i oplæring, er længe om selve skopien*

På undersøgelsesstuen bliver der både talt om tiden og/eller udsendt signaler, som kan referere til tiden.

- *Når patienten kommer ind på undersøgelsesstuen, sætter sygeplejersken sig overfor ham og retter hele sin opmærksomhed og person mod patienten*
- *da lægen har svært ved at få skopet forbi epiglottis foreslår sygeplejersken først, at der forsøges med en guide wire, derefter at overlægen tilkaldes for at hjælpe*
- *sygeplejersken har fået Falck til at vente og tage patienten med retur, da lægen i oplæring har svært ved at få skopet ud i patientens duodenum, husker sygeplejersken lægen på Falck, der venter, og hun beder ham færdiggøre undersøgelsen*
- *undervejs i en undersøgelse kommer "flyveren" flere gange ind på stuen, henvender sig til sygeplejersken om den næste patient, der åbenbart er meget utilfreds med forsinkelsen (ca.45 minutter)*
- *sygeplejersken kaster flere gange blikket på uret, hvorefter hun kikker på dagens arbejdsseddel med de vejledende tider for patienterne*
- *sygeplejersken undskylder ventetiden overfor patienter*
- *patienter undskylder at de kommer for sent*
- *sygeplejersken har meget travlt med at rydde op på stuen og gøre klar til næste patient*
- *sygeplejersken springer sin kaffepause over, da de er meget bagefter de programsatte tider*

### **10.1.2 Tid på det endoskopiske korttidsafsnit i diskussion med teori om tid**

Tiden i det moderne samfund er, som blandt andet Martinsen siger, underlagt kalendertiden og ud fra mine observationer indordner også sygepleje på det endoskopiske afsnit sig herefter. De fortrykte dagsprogrammer med patienter, der kommer med faste intervaller, er meget strukturerende for sygeplejerskens arbejdsdag. Umiddelbart ligger sygeplejerskernes evne til at kontrollere tiden eller deres indflydelse på dagsprogrammet gemt i de huller, der er ved de patienter, der ikke har en fastlagt tid. Hvis programmet er forsinket eller hvis nogen venter,



som for eksempel Falck, forsøger sygeplejersken at løse opgaven på forskellige måder. Med at løse opgaven mener jeg, at sygeplejersken gør, hvad hun kan for at få indpasset patienterne, så de igen følger det fastlagte program – kalendertiden. Hun får den øvede læge til at færdiggøre undersøgelsen frem for den uerfarne læge i oplæring, foreslår forskellige løsninger når skopierne driller, at bruge en guidewire eller hente en anden læge. Hun skynder sig at gøre stuen klar til næste patient og forkorter dermed den tid skiftet tager, og hun undskylder overfor patienterne, at de må vente. Derudover oplevede jeg ikke, at der blev kaldt en patient, der ikke kom til efter ganske kort tid, i de mange timer mine observationer varede.

Den måde sygeplejersken tager imod patienterne og bruger de første minutter siddende ansigt til ansigt med patienten kan både være et udtryk for, hvordan de i afsnittet (kulturen) har valgt at bruge tiden og et udtryk for, hvordan hun som person, ud fra egne erfaringer vurderer at tiden bruges bedst – altså på den ene eller den anden måde, er det den subjektive tidsopfattelse, der er i brug. Det var ikke kun den ene af de sygeplejersker jeg fulgte, der brugte de første minutter på denne måde, men mere eller mindre alle de sygeplejersker jeg observerede og til stort set alle de undersøgelser jeg overværede, hvilket peger på, at det nok primært er kulturen i afdelingen, der er bestemmende for denne måde, at bruge tiden på.

Sekundært anvendes de mere subjektive personafhængige afgørelser for tidsforbruget, hvilke måske mere kan aflæses i selve den kommunikation, der er mellem patient og sygeplejerske. Dette vil jeg ikke komme yderligere ind på, da jeg for at kunne være i stand til at analysere kommunikationen som mindstekrav må have et lydbånd, og her er mine feltnoter fra feltarbejdet utilstrækkelige.

Hospitalet og dermed afsnittet har en politik, der siger, at patienter højst må vente en halv time. Denne politik er også med til at strukturere sygeplejerskens arbejde, her er det samfundets eller kulturens erfarede tidsregning, og måske også sygeplejerskens opfattelse af erfaret tid der gøres brug af, så igen er det kalendertid, der er i anvendelse. Sygeplejersken kan ved at tage udgangspunkt i den subjektive livsverden opnå forståelse for den anden, en forståelse der fortæller hende, at det at sidde i et venteværelse og vente på noget ubehageligt, kan gøre ventetiden både lang og ond. Hvilket Hjerminde ligeledes fandt frem til i sit kandidatspeciale. (2003) Det kan være derfor, at sygeplejersken er meget opmærksom på at undskylde for ventetiden og derfor at *flyveren* gjorde opmærksom på patienten, der var vred på grund af den lange ventetid.

Andre tegn på, at sygeplejerskens subjektive erfarede tidsregning hele tiden er på spil, kan

være hendes blikke på uret og det fortrykte program med de fastsatte tider, hendes verbale tilkendegivelse af, hvor lang tid de er bagefter eller foran tidsplanen, at hun løber stærkere, for at indhente tiden og at hun springer kaffepausen over. På en måde kan man sige, at det er ved hjælp af sin moralsk-praktiske og æstetisk-espressive rationalitet, det er ved hjælp af skønnen og den personorienterede professionalitet, at hun forstår, hvordan patienten må have det og det er den omsorg, der udspringer heraf, der bliver vejledende for sygeplejersken i mødet med den anden. Det er herigennem hun forstår at gøre mødet personligt, nærværende og uformelt.

### **10.1.3 Delkonklusion**

Konklusionen er at sygeplejersken i det endoskopiske afsnit på lignende måde som resten af den moderne verden forsøger at indordne og tilpasse sig kalendertiden, hvor både sygeplejerskens egen og de kulturelle erfarede subjektive tidsopfattelser gives rum. Tiden på det endoskopiske afsnit accepteres dog ikke kun ud fra de fastsatte fortrykte programmer, da sygeplejersken behandler patienterne som individer, hvor nogle har behov for længere tid end andre, samtidig forsøger sygeplejersken dog at leve op til det, der er planlagt, hvilket vil sige, at hun efter bedste evne indordner sig efter kalendertiden. Resultaterne peger på, at sygeplejerskerne i afsnittet har indarbejdet, hvad der måske kan kaldes ”rutiner” indenfor afsnittets strukturelle og organisatoriske rammer, inden for et felt, der har sine helt tydelige menneskeskabte strukturer, normer og regler, som Martinsen siger. (2005:150) Rutiner der hjælper sygeplejersken med at knytte bånd og at indgå i relationer med den enkelte patient og dermed hjælper hende med, at skabe tid og rum til omsorg. Her hentyder jeg for eksempel til en ”rutine”, som den måde sygeplejersken modtager patienten på og sætter sig ansigt til ansigt med ham.

## **10.2 Teori om rum**

Larsen taler om at hospitalet groft kan opdeles i de produktive behandlingsafsnit og de reproduktive sengeafdelinger, men derudover kan enkelte rum i sengeafdelingen på lignende måde indtage en produktiv position. Jeg vil nu kort fortælle om Larsens observationer i de forskellige rum, der synes at være relevante i min sammenhæng.

*Patientstuen* er en ”patientzone”. (Larsen 2000:132) I denne patientzone er det sygestuen, den konkrete patient og det, der sker omkring patienten ”der slår tonen an” eller sagt anderledes

det, der er med til at bestemme, hvilke faglige aktiviteter der foregår. Det er som oftest det, der ”gøres” med patienten, for eksempel at sengebade eller et forbindelsesskift, der er med til at bestemme, hvad der italesættes sprogligt. Det er for eksempel lægens blik eller patientens smerte eller nervøsitet, der ”slår tonen an”, og dermed bestemmer, med hvilken tone der tales, om det er højt, stille, roligt eller måske gentagende. Når ”tonen er slået an”, vil der herske en ganske bestemt atmosfære på stuen, som alle agenter forstår at agere indenfor, men denne ageren vil ske ved hjælp af den enkeltes praktiske sans og er altså på et ikke bevidst plan.

*Gangarealet* er en ”frizone/rådighedszone”. (ibid:137) *Gangarealet* bruges til mange forskellige aktiviteter, her opsummeres, hvad der lige er sket på patientstuen, der spørges, generaliseres og undervises. Der er ofte adgang til forskellige redskaber og medikamenter hvilke ”trigger” den faglige praktik, hvilket vil sige, er bestemmende for, hvordan der handles og måske, hvad der tales om. *Gangarealet* tilbyder rum til at eksperimentere.

*Kontorarealet* er et medicinsk centralt område. (ibid:144) Her er den medicinske udlægning af patienten dominerende og det er her journaler, kardex og andre patientfølsomme data håndteres. På kontoret foregår der ligeledes rapportering, undervisning og forskellige former for behandlingsplanlægning. Det der strukturerer praktikken på kontoret, er de aktiviteter, arkitekturen lægger op til, for eksempel telefoner der ringer og besvares, journaler der skal læses, kardex der skal skrives eller måske præsentationen af et personalemedlems nyfødte baby eller nye hus. Som det kan ses herudaf, er tonen på kontoret bestemt af det, der tales om. Hvis der tales om et biopsisvar, der viser cancer, er tonen afdæmpet, men hvis det er den nye baby, der omtales, er den glad og frejdig.

Endelig er der *medicinrummet*, det inderste rum (ibid:146). Dette rum er ofte lille og rummet indbyder til, at man taler lavt og bevæger sig langsomt og kontrolleret med rene fingre og at kanyler og lignende håndteres så sterilt som muligt. I rummet skal sygeplejersken koncentrere sig om at hælde de rigtige præparater op i den rigtige dosis, og derfor er det ikke et sted, der er mange forstyrrelser udefra.

Larsen opsummerer ved at sige, at det rumlige til en vis grad sætter dagsordenen for de faglige praktikker bag om ryggen på agenterne. Det er rummenes indretning og inventar, der bliver subjekt for aktivitet, deraf strukturerende strukturer. Larsen observerede, hvordan de studerende tilsyneladende responderer med arkitekturen, hvordan de kropsligt ved, hvilke faglige praktikker der hører til hvor. Med Wittgensteins spilanalogi, forklarer han, hvordan de studerende ser ud til at kende spillet, hvilket vil sige, at de kender både spillereglerne, de

andre agenter og rummene de bevæger sig i. (Larsen 2000: kap 3,6, Larsen 2001:440-474)  
Som Bourdieu siger, ligger grundhabitus dybere end de uddifferentierede felter, og det, der dermed er styrende for praktikken, er den praktiske sans. Hvilket betyder, at de studerende med deres praktiske sans kan læse hospitalet med kroppen. (Bourdieu 2004:44)

Det var de udvalgte rum, og netop disse fire er valgt, da jeg mener, at dele af dem kan genfindes på det endoskopiske afsnit.

### 10.2.1 Rummene på det endoskopiske korttidsafsnit

De to undersøgelsesstuer ser forskellige ud, det ene er næsten dobbelt så stort som det andet, men alligevel er rummenes indretning og deres indhold af artefakter struktureret på samme måde. Stuerne har, som det kan ses ud fra bilag 1 og 2 følgende fællestræk:

- *en arbejdsstation for sygeplejerskerne, hvor der var medicin, sprøjter, kanyler, venflon mm, en pc hvorpå der blev dokumenteret administreret medicin og et hylsystem med forskellige dokumentationssedler i papir*
- *en arbejdsstation for lægen, hvor der var en pc, der blev brugt til at diktere undersøgelsesresultater på, stablen af de fremfundne personfølsomme papirer på dagens patienter og receptblokke*
- *et leje*
- *en generator, med tv-skærm, tastatur, fotoapparat og videoptager*
- *ilt og suge aggregater*
- *et bord med 2 vaske og en ren og en uren side. På den rene side var der bakker med våde gase-stykker gjort klar til dagens patienter, biopsitænger, antiskum, bideskinner mm. På den urene side var der en bakke til skopet (heri blev det rene skop båret ind på stuen og det snavsede skop og eventuelle brugte genbrugs utensilier båret ud)*
- *en håndvask*
- *en snavsetøjstønde*
- *en skraldespand*

Derudover er der på den største stue et lille og et stort arbejdsbord, der bliver brugt i forbindelse med undersøgelse/behandling til at lægge forskellige anvendte utensilier på, efter de er brugt, hvis de forventes at skulle bruges igen. På denne stue er bordet med den rene og urene side ikke til venstre for lejet, eller lige ved siden af som på den lille stue.

I skiftene mellem patienterne er agenterne på stuen ofte kun sygeplejerske og læge, nogle

gange går lægen ud, mens sygeplejersken gør stuen klar til næste patient, og kommer først igen når sygeplejersken har haft 5-10 minutter til at forberede patienten på undersøgelsen. Når sygeplejersken er alene med patienten, før undersøgelsen starter, sidder hun som beskrevet ansigt til ansigt med ham, mens hun informerer.

Sygeplejerske: *"Har du prøvet det før? Jeg kan se du er meget nervøs, er der noget du er specielt bange for?"*

Patienten: *"det er spændende, om det går denne gang"*

Når lægen kommer ind på stuen stiller han sig oftest på venstre side af lejet og patienten, og imens de to taler sammen befinder sygeplejersken sig på højre side, lyttende, forberedende venflon anlæggelse, dokumenterende på pc, klargøring af pulsoximeter, sug og ilt.

Sygeplejersken anlægger venflon, mens hun fortæller, hvad hun gør;

Sygeplejerske: *"Nu kommer der et prik, jeg håber ikke det gjorde for ondt?"*

Patienten: *"Nej, det var du ualmindelig dygtig til."*

De gange der er en sygeplejestuderende med på stuen underviser sygeplejersken hende i anlæggelse af venflon, ofte lavmælt med hovederne tæt sammen. Før undersøgelsen starter, giver sygeplejersken medicin i den nyanlagte venflon.

Når undersøgelsen starter er sygeplejersken ved patientens hoved/ryg, hvor hun holder patientens hånd og taler til ham under nedføringen af skopet.

*"Det første stykke er det værste, bare forsøg at trække vejret roligt og slappe af i kroppen."*

(Patienten kikker op på sygeplejersken og pulsoximeteret): *"Vi er meget opmærksomme på dig, din puls er fin."*

(Patienten forsøger at trække skopet ud af munden): *"Nej, du må ikke hive i skopet."*

Under undersøgelsen befinder lægen sig på venstre side af lejet med skopet i hånden, når lægen så beder om hjælp til for eksempel biopsier, så går sygeplejersken om på venstre side af lægen, her finder hun biopsitangen på den rene side af bordet og assisterer derefter ved biopsitagning. Her er talen om biopsierne og sygeplejersken henvender sig til lægen:

*"Skal de på samme plade?"*

*Der fik vi en god bid.*

*Det var det helt rigtige sted.*

*Det gjorde du godt."*

Hvis patienten ser på sygeplejersken, henvender hun sig til ham:

*"Vi er ved at tage de biopsier, vi talte om. Det klarer du bare rigtig fint. Nu*

*varer det ikke så længe.”*

Patienten bøvser og vander sig, har brug for at blive suget i svælget og sygeplejersken lægger hurtigt den brugte biopsitang fra sig i den tomme bakke på den urene side af bordet, og går om på højre side af lejet til patientens hoved/ryg og suger hans svælg og retter på servietten under hans hoved.

*”Nu suger jeg noget af alt det spyt væk. Det er svært at holde på luften, det er det vi har pustet ned.”*

Så bevæger hun sig igen om på venstre side og færdiggør biopsierne, og bagefter igen om til højre side for nu alarmerer pulsoximeteret, hun retter på det, observerer at det fungerer og taler til patienten.

*”Jeg retter på føleren på dit øre, det går helt som det skal. Generer bideskinnen dig, nu skal jeg rette lidt på den.”*

Specielt den ene sygeplejerske jeg fulgte gik og smånynnede mens hun arbejdede.

Når undersøgelsen er slut hjælper sygeplejersken patienten af med bideskinne og spyt. Hun taler med patienten om, hvordan han oplevede skopien;

*”Du kan spytte ud her, hvis du har noget i munden. Det klarede du rigtig flot. Nu kan du slappe af, var det meget slemmere end det plejer at være. Det var en hård omgang - vi har både dilateret og taget biopsier.”*

Inden patienten køres i hvilerummet aftaler sygeplejersken med patienten, at lægen nok skal komme og orientere om undersøgelsen og at der i hvilerummet er en, der kan hjælpe med at få ringet efter transport.

*”Det er bedst at vente med informationen, da medicinen kan gøre, at du ikke kan huske, hvad der bliver sagt bagefter. Nu må du hvile dig.”*

### **10.2.2 Rummene på det endoskopiske korttidsafsnit i diskussion med teori om rum**

Undersøgelsesstuen kan vel med rette siges, at høre til et af de produktive rum på hospitalet, her er det, det store patientflow og produktionstallet der tæller, hvilket vil sige antallet af patienter, der bliver undersøgt og behandlet på afsnittet. Ud over at være et produktivt rum observerede jeg, at undersøgelsesstuen på en måde rummer lidt af hvert af de fire rum, der blev omtalt i teori afsnittet; *patientstuen, gangarealet, kontoret og medicinrummet.*

Undersøgelsesstuen kan opfattes som *patientstue* fra det øjeblik patienten træder ind på stuen. Hvis det er en nervøs eller vred patient, er det sygeplejerskens udgangspunkt, altså er det

patientens nervøsitet eller vrede, ”der slår tonen an”. Det der umiddelbart italesættes, er de aktiviteter, der sker omkring patienten, og som vist i det foregående afsnit, er det for eksempel den forestående undersøgelse, anlæggelse af venflon, biopsitagning eller dilatation.

En del af den tid patienten er på stuen, er han forhindret i at tale på grund af skopet i munden. Her retter sygeplejerskens handlen og italesættelse sig stadig efter ”tonen der er slået an”, men nu er det også de reaktioner, hun modtager fra patienten, der er bestemmende for, hvad hun siger og hvad hun gør. Disse reaktioner kan for eksempel være patientens intense blik, grimasser, at patienten bøvser, ”bobler” med sput, forsøger at trække skopet ud, piller ved sin bideskinne eller vander sig.

De andre agenter på stuen og dermed også sygeplejersken er ligeledes med til at ”slå tonen an”, jeg observerede for eksempel, hvordan sygeplejerskens brug af humor og smånyneri har en positiv effekt på atmosfæren og dermed på alle agenterne på stuen, hvor alle tilsyneladende slapper mere af. Måske er det et forsøg på, fra sygeplejerskens side, at afdramatisere den meget instrumentelle verden patienten pludselig befinder sig i. Som Murphy siger, så kan humoren have en positiv afslappende effekt på atmosfæren på undersøgelsesstuen, hvor undersøgelserne er meget tekniske og atmosfæren ofte stressfuld for patienterne. (2003)

Jeg observerede at hver gang patienter bøvser eller vander sig, så er sygeplejerskens respons at hun enten taler til patienten, at det er ok at bøvse, at det trykker lidt her, men at det er snart overstået, eller har en, hvad jeg tolker som, tryghedsskabende hånd på patientens skulder/ ryg og aer ham eller begge dele på en gang. Da jeg bagefter refererede det observerede for sygeplejersken, var hun ubevidst om sin egen faglige handlen.

Undersøgelsesstuen fungerer som *gangareal* imellem patienterne. Når der kun er personalemedlemmer på stuen, bliver den en form for rådighedszone. Her underviser sygeplejersken den studerende i håndteringen af forskellige utensilier, ventetid uden patienter bliver brugt til at tale med gæster, til at fylde op og til forberedelse af næste patients undersøgelse/behandling. Sygeplejerske og læge får aftalt spilleregler for dagen, for eksempel spørger en læge sygeplejersken:

Læge: ”*Vil I lave sygepleje alene eller hvad, hvor lang tid skal I have, det er jo vigtigt, der er rum og ro?*”

Sygeplejersken: ”*I behøver ikke være her, vi kalder om en 5-10 minutter.*”

Der er gange, hvor patienterne er klar og hvor de sammen med sygeplejersken venter på lægen. Her er samtaleemnerne mangeartede, lige fra de helt uskyldige som for eksempel en patients perlearmbånd og kolonihavehus, til de mere alvorlige som for eksempel samtalen

med patienten, der er blevet opereret i 2001, og som stadig har problemer med at synke, selv om han er dilateret tre gange siden.

Sygeplejerske: *"Har du fortrudt at du blev opereret?"*

Patient: *"Ja, på en måde!"*

Sygeplejerske: *"Det er til at forstå, når du har haft så mange problemer siden."*

Et andet eksempel er en 70-årig kvinde, der ligeledes lider af synkebesvær.

Patient: *"Min egen læge skældte mig ud, at jeg havde ventet så lang tid. Jeg skulle gerne være klar til på lørdag. Er lige blevet 70 og skal have fest."*

Sygeplejerske: *"Ja, så må vi have gjort plads, gæsterne vil nok kigge lidt, hvis den stod på suppe, suppe og suppe."*

Undersøgelsesstuen fungerer som *kontorareal*, for eksempel når sygeplejersken dokumenterer administreret medicin, når lægen sidder ved lægens arbejdsstation og dikterer eller studerer patientens personlige papirer, når telefonen ringer og sygeplejersken besvarer den eller når der kommer en anden på stuen med en besked. Sygeplejersken forudser ud fra journaler og henvisninger hvilke utensilier, der skal bruges til den næste undersøgelse og disse bliver fremfundet. For eksempel spray kateter til patienten, der skal have taget biopsier fra en Barrets oesophagus.

Sygeplejersken underviser også den sygeplejestuderende, hvor hun ud fra journaler og henvisninger undervises i emner som for eksempel blodprøver og forskellige sygdomme. Alle disse ting; telefonen, journalerne, henvisningerne, de studerende med mere, er med til at strukturere sygeplejerskens handlen på undersøgelsesstuen.

Endelig har undersøgelsesstuen også elementer af *medicinrummet* i sig. Fra morgenstunden er der fundet medicin til stuen, der ligger klar i sprøjter med labels på, om hvad de indeholder. Når en patient ønsker medicin og lægen har ordineret den, bliver der stille på stuen, mens sygeplejersken administrerer den. Efter patienten har fået medicin, dokumenterer sygeplejersken på pc'en. Sygeplejersken er omhyggelig med at give den rette dosis og beder mere end en gang lægen gentage ordinationen. Hvis der skal gives ekstra medicin under undersøgelsen, skifter sygeplejersken handsker først.

### 10.2.3 Delkonklusion

Ud fra det foregående kan jeg konkludere at undersøgelsesstuerne på det endoskopiske afsnit rummer lidt af både patientstuen, gangarealet, kontoret og medicinrummet. Rummenes



indretning, deres inventar og de andre agenter på stuen er med til at strukturere sygeplejerskens faglige handlen på det endoskopiske afsnit. Sygeplejerskerne responderer på arkitekturen, på patienterne, på lægerne og de studerende og kropsligt viste de, at de ved, hvor de forskellige faglige praktikker hører til. Sygeplejerskernes faglige handlen er et langt stykke hen af vejen afgørende for det, der bliver italesat. Ligeledes sætter, som Larsen beskriver det, både arkitektur og agenter til en vis grad dagsordenen for de faglige praktikker bag om ryggen på sygeplejerskerne selv på det endoskopiske afsnit, idet sygeplejerskernes handel og italesættelse, som vist, sker på et ikke bevidst plan.

## 11 Konklusion

Udviklingen inden for sundhedsvæsenet har medført at kontakten mellem patient og sundhedssystem, og dermed sygeplejerske bliver kortere og kortere, og målet med dette speciale var at undersøge disse korte kontakter altså fænomenet korttidssygepleje. Ved gennemgangen af eksisterende forskning fandt jeg frem til, at det fortrinsvist er forskning, der beskriver, hvad sygeplejersker og/eller patienter siger om sygepleje på kort tid. Mens forskning der er baseret på observationer af sygepleje i praksis, er et underbelyst område. Formålet med dette speciale blev derfor gennem ikke deltagende observationer på et korttidsafsnit, at finde frem til, **hvad det vil sige at være omsorgsfuld i et højteknologisk endoskopisk korttidsafsnit?**

De empiriske data blev opdaget og analyseret med inspiration i Van Manens hermeneutisk fænomenologisk videnskabsteoretiske metodologi. Omsorg blev identificeret ved hjælp af Martinsens omsorgsfilosofi og omsorgsfuldhed handler som beskrevet om, at sygeplejersken i relationen med patienten er *uegennyttig, nærværende, engageret og sanselig åben med krop og ord*. Grundlæggende må det at være omsorgsfuld på det endoskopiske afsnit, derfor være det samme som at være omsorgsfuld på et hvert andet afsnit, idet sygeplejersken skal være i stand til at bruge sine sanser, da disse er grundlæggende for, om hun opdager patienten, som det unikke menneske han er. Forskellen ligger i, hvordan omsorg udmønter sig i den korte kontakt.

Mødet mellem patient og sygeplejerske i det endoskopiske afsnit er kort, men mit empiriske materiale viser, hvordan sygeplejersken i det korte møde med patienten er nærværende og engageret, og hvordan hun uegennyttigt lader hensynet til patienten komme før hensynet til

sig selv. Jeg har gennem mange eksemplificeringer fra observationsstudiet vist, hvordan sygeplejerskens omsorg for patienten er baseret på hendes sanser. Sanser der kommer til udtryk gennem sygeplejerskens mesterskab i at se og hendes langsomme kundskaber, ligeledes har sygeplejerskens sanselige åbenhed indflydelse på, hvordan "*nursing the patient*" prioriteres i en travl hverdag. Omsorg viser sig derfor i alt, fra den måde hvorpå sygeplejersken modtager patienten, til hvordan hun holder patienten i hånden og måden hvorpå hun taler patienten gennem de svære procedurer.

Undersøgelsen peger på, at der er mange faktorer i det endoskopiske afsnit, der konkurrerer om sygeplejerskens opmærksomhed. Faktorer som for eksempel alt den teknologi, der forefindes på undersøgelsesstuen, den teknisk instrumentelle del af undersøgelse/behandling, lægen, den studerende eller andre personer, der henvender sig til sygeplejersken. Alle konkurrerende faktorer der kræver sygeplejerskens opmærksomhed, hendes tid og dermed hendes hurtige kundskaber, hendes registrerende øje og at hendes fokus er på "*nursing the clinic and the doctor*". Hvilket er tre måder, der alle beskriver sider af det sammen område, nemlig et område som sundhedsvæsenet, og dermed systemerne efterspørger og kræver at sygeplejerskerne har kompetencer indenfor. Sundhedsvæsenet hvis dominerende kundskab, er præget af disciplin, blandt andet gennem "*inddelingens kunst*" og dermed de objektiverende klassificeringskundskaber.

Resultaterne af min undersøgelse peger dog på, at sygeplejersken i det endoskopiske afsnit forstår, at der skal være en balance mellem de hurtige og de langsomme kundskaber, at det registrerende øje er nødvendigt, men ikke må stå alene, da patienten derved objektiveres og sygepleje bliver fremmedgørende og upersonlig. Og endelig at sygeplejersken skal have fokus på både "*nursing the patient*" og "*nursing the clinic and the doctor*", da patienterne efterspørger både omsorg og sygeplejerskens mere tekniske kompetencer.

Igennem undersøgelsen er det blevet klart for mig, hvordan både tid og rum har stor betydning for, hvordan omsorg kommer til udtryk i relationen. Tid og rum er tæt forbundne, hvilket illustreres meget godt med Martinsens ord, "*det handler om at tage tiden og holde den i rummet*". (Lindskov 2003:26) Det empiriske materiale peger på, hvor vigtigt det er for sygeplejerskerne at få en øget bevidsthed om rummets betydning, netop fordi rummet, dets inventar og den faglige handlen, der foregår her, er strukturerende for deres brug af tid og dermed for, hvordan omsorg udmønter sig. Sygeplejerskerne fra min undersøgelsen indtager og behersker i forskellig grad rummet, hvilket har betydning for om sygeplejerskens fokus er

på "*nursing the patient*" eller "*nursing the clinic and the doctor*". Når der tales om tid, er det nødvendigt at overveje, hvilke forventninger sygeplejersker og patienter har til tiden og ikke kun tale om den faktuelle længde af den, da tiden i det endoskopiske afsnit er kort. Det, det handler om er, hvordan den tid, som er givet, bliver brugt.

Litteraturen er i grove træk enige om, at relationen skal baseres på "*emotional intimacy*", holdningen er også, at det at skabe denne form for relation, er en tidskrævende proces, og at sygeplejerskerne i korttidsafsnittet netop ikke har denne tid. Denne opfattelse kan måske være årsagen til at mange mener, at der ikke laves rigtig sygepleje på korttidsafsnit, netop fordi sygeplejerskerne mener, at en sygeplejerske patient relationen der bygger på "*emotional intimacy*", er en nødvendig forudsætning for de kan give den holistisk sygepleje, der er grundlaget for al omsorg. En opfattelse, der som vist, sikkert grunder i den historisk betingede vægtning af de kvindelige dyder, baseret på "*the virtue script*". Jeg har derimod vist, at relationen mellem patient og sygeplejerske i det endoskopiske korttidsafsnit, baseres på sygeplejerskernes evne til "*emotional awareness*", disse resultater kan dog tolkes på to forskellige måder. For det første kan de tolkes således, at sygeplejerskerne i det endoskopiske afsnit kun stiller sig tilfredse med den "*emotional awareness*", fordi de ikke har tid og rum til at udvikle en relation, der baseres på "*emotional intimacy*". Derfor distancerer sygeplejerskerne sig måske fra patienten, fordi de ikke mener, de har tid til at udvikle den relation, de gerne vil. Hvis dette er tilfældet, så kan den korte tid blive opfattet som det modsatte end god af patienterne, netop fordi sygeplejerskerne så ikke investerer så meget af sig selv i relationen og derfor vil være mindre nærværende og engageret. Dette grunder måske i at sygeplejerskerne på en måde spejler deres egne forventninger og ønsker om god sygepleje over på patienterne, en sygepleje de kun opfatter som god, hvis den bygger på "*emotional intimacy*" og er baseret på den historiske vægtning af "*the virtue script*".

For det andet kan resultaterne tolkes således, at sygeplejerskerne i det endoskopiske afsnit er tilfredse med og rent faktisk kan se det potentiale, der er ved at basere relationen på "*emotional awareness*" frem for "*emotional intimacy*". En holdning de nødvendigvis må have dannet sig, efter at have oplevet, at patienterne er tilfredse med og efterspørger en "*emotional awareness*". Hvis de kan se, at det netop er gennem denne "*awareness*" i relationen, at omsorg får plads, hvilket vil sige rum, til at komme til udtryk i den korte tid, der er til rådighed, betyder det, at tiden selv om den er kort, kan blive en god tid for patienten og for dem selv. I sidste ende er det sygeplejerskens holdning til, hvordan relationen med

patienten skal være, der er afgørende for om sygeplejersken på den korte tid, der er givet, faktisk forstår at give *"that bit extra"* og dermed bevare *"the relationship aspect"* inden for deres felt, der helt tydeligt har sine menneskeskabte strukturer, normer og regler.

De to tolkninger får lov at sætte punktum for konklusionen, jeg har min egen personlige holdning, men vil lade det være op til yderligere forskning at udforske og læserne at vurdere, hvilken en af de to tolkninger, der er den mest sandsynlige.

**Kort men godt!**

## 12 Perspektivering

Denne undersøgelse og de resultater jeg er kommet frem til kan kun betragtes som eksemplariske, da de er et øjebliksbillede af, hvordan korttidssygepleje og omsorg udmønter sig på det specifikke udvalgte korttidsafsnit. Som beskrevet, findes der rigtig mange kvalitative undersøgelser af sygeplejepraksis, der bygger på interview af sygeplejersker og/eller patienter, undersøgelser der beskriver diskursen om sygepleje. Derimod findes der kun få etnografiske undersøgelser af praksis, hvilket er undersøgelser, der bekræfter at det sygeplejersker siger og det de reelt gør, langt fra er det samme. Så på denne måde er dette speciale med til at belyse et lille bitte hjørne af et stort udforsket område. Et område som fremtidig forskning, efter min mening, bør satse på at belyse yderligere.

Målgruppen for dette speciale var, som beskrevet, de sygeplejersker der arbejder med korttidssygepleje, men derudover kunne andre faggrupper indenfor sundhedsvæsenet eventuelt drage udbytte af at læse det. Jeg mener, specialet kan anvendes til at øge både sygeplejerskers og andres opmærksomhed på korttidssygepleje, og derigennem skabe en faglig debat om fænomenet, en debat der eventuelt kan bidrage med ændringer, forbedringer eller fastholdelse af kvalitet i sygepleje. Derigennem vil det også blive en hjælp til patienterne, da det overordnede mål for sygepleje altid må være, at yde patienten den bedst mulige kvalitet i plejen, indenfor de givne økonomiske, strukturelle og organisatoriske rammer, hvilket vil sige indenfor korttidsafsnittenes menneskeskabte strukturer, normer og regler.

Som der lægges op til i konklusionen, er spørgsmålet, om den endoskopiske sygeplejerskes *"emotional awareness"* er et udtryk for det sygeplejerskerne ønsker ud af relationen, eller det de ser sig nødsaget til på grund af den korte tid. Spørgsmålet kan ikke besvares ved hjælp af

dette speciale, men emnet lægger bestemt op til yderligere udforskning, hvilket må betyde, at observationsstudier skal suppleres med interview.

Et andet emne til fremtidige forskningsprojekter vil være at udforske den betydning tid og rum har for, hvordan omsorg kommer til udtryk i relationen. Tid og rum, er fænomener som kun kort har været berørt i dette speciale, men som potentielt indeholder mange flere informationer og meget mere viden, som kan have stor betydning for sygepleje i praksis.

Cand. Cur

Karin Bundgaard

Blåmejsevej 11

8382 Hinnerup

[karin.bundgaard@privat.dk](mailto:karin.bundgaard@privat.dk)

## 13 Litteraturliste

Allan HT (2002) Nursing the clinic, being there and hovering: ways of caring in a British fertility unit. I: *Journal of Advanced Nursing Vol.38 No.1 Pp.86-93*

Andreasen TE (2006) Fænomenologi og videnskab. Del I: Fænomenologiens væsen. I: *Tidsskrift for Sygeplejeforskning No:2 2006*

Andreasen TE (2006) Fænomenologi og videnskab. Del II: Gives der ”fænomenologisk videnskab”? I: *Tidsskrift for Sygeplejeforskning No.3 2006*

Andreasen TE, Juul Jensen U, Kemp P, Lund H, Simonsen SS, Eriksen TR (2001) *Filosofi - Etik - Videnskabsteori*. Akademisk Forlag. Danmark

Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen nr:232 af 30.3.2001

Bourdieu P (2004) *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag A/S

Eriksen EO, Weigård J (2003) *Kommunikativt demokrati. Jürgen Habermas’ teori om politik og samfund*. København: Hans Reitzels Forlag A/S

Eriksen TR (1999) Omsorgens paradoks – nødvendig for legitimering af plejearbejde. I: *Social Kritik. No.63 Pp.72-83*

Foote MA (1994) The role of the gastrointestinal assistant. I: *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America. Vol.4 No.3*

Foucault M (2000) *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag

Foy R, Timmins F (2004) Improving communication in day surgery settings. I: *Nursing standard. Vol.19 No.7*

Frederiksen K (2005) Uddannelse til ordentlighed – at lære sygepleje gennem 200 år. Ph.d-afhandling. Forlaget PCU, CVU Midt-vest

Gadamer, H. G. (2004) Sandhed og metode. Forlaget Systime. Århus. 2.del. Pp: 253-359.

Gjengedal E (2000) Omsorg og sygepleie. I: ”Omsorgstænkning. En indføring i Kari Martinsens forfatterskab.” Alvså H, Gjengedal E(red.). København: Gads Forlad

Gordon S (2006) The New Cartesians Dividing Mind and Body and Thus Disembodying Care. I: ”The complexities of care. Nursing reconsidered.” Nelson S, Gordon S (red) New York: Cornell University Press

Gordon S, Nelson S (2006) Moving beyond the Virtue Script in Nursing. Creating a Knowledge-Based Identity for Nurses. I: ”The complexities of care. Nursing reconsidered.” Nelson S, Gordon S (red) New York: Cornell University Press

Guldbrandsen P, Iversen T (1988) Kort og godt? Analyse av kirurgisk korttidsavdeling, Sentralsykehuset for Østfold. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr.3 – 1988

Gyldendal (1960) Gyldendals Fremmedordbog. København: Gyldendals Forlagstrykkeri

Habermas J (1996) Diskursetik. Frederiksberg: DET lille FORLAG

Hansen HP (2003) Feltarbejde som forskningsstrategi. I: ”Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab.” Lunde IM, Ramhøj P (red.) København: Akademisk Forlag

Harste G (2002) Habermas. Århus: Forlaget Modtryk

Heartfield M (2006) You Don't Want to Stay Here: Surgical Nursing and the Disappearance of Patient Recovery Time. I: ”The complexities of care. Nursing reconsidered.” Nelson S, Gordon S (red) New York: Cornell University Press

Hjermind J (2003) At være sammedagskirurgisk patient. En fænomenologisk undersøgelse af hvad der opleves betydningsfuldt af den sammedagskirurgiske patient specielt set i forhold til personalets indsats. Kandidatspeciale

Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M (2006) Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger. DSI Rapport 2006.08

Høiris O (1993) Pierre Bourdieu og antropologi. I: *Jordens Folk. No.2 1993*

Jensen, Torben K. (1990) Sygepleje som etisk know-how-hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. I: Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfund. Jensen, Torben K., Jensen, Lars U. og Kim, Won C. (red.) Forlaget Philosophia: Århus

Johanson P, Oléni M, Fridlund B (2002) Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. I: *Scandinavian Journal of Caring Science. No:16*

Jørgensen PS (2003) Generalisering i kvalitativ forskning. I: "Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab." Lunde IM, Ramhøj P (red.) København: Akademisk Forlag

Karoliussen, Mette (2002) Sykepleie – tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming. (1.udgave, 1.oplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold M (2003) Videnskab for praksis. København: G.E.C. Gads Forlag

Kjeldstadli K (2002) Fortiden er ikke hvad den har været – en indføring i historiefaget. Roskilde; Universitetsforlaget

Kvale S (2004) Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag a/s; København



Larsen K (2000) Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider – et observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen. Ph.d.-afhandling. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet 1999. UCSF.

Larsen K (2001) Med arkitektur som læremester – om praktikdannelse af sygeplejestuderende. I: Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker. Petersen KA (red.) Forlag: Akademisk

Lindskov, Anders (2003) Kunsten at være langsom i det korte møde. Asterisk 2003, Danmarks Pædagogiske universitet

Løgstrup, Knud E. (2004) Den etiske fordring. Gyldendal: København

Martinsen K (1993) Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo:Tano Aschehoug

Martinsen K (1996) Fænomenologi og omsorg. Tre dialoger. Oslo:Tano Aschehoug

Martinsen K (2001) Øjet og kaldet. København: Munksgaard

Martinsen K (2002) Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I: Møte mellom pasient og sykepleier. Torunn Bjørk I, Helseth S, Nortvedt F (red.) Gyldendal Norsk Forlag; Oslo

Martinsen K (2005) Samtalen, skjønnnet og evidensen. Akribe; Oslo

Mcilpatrick S, Sullivan K, McKenna H (2006) Nursing the clinic vs. nursing the patient: nurses experience of day hospital chemotherapy services. I: *Journal of Clinical Nursing*. Vol.15 No.9 Pp.1170-1178

Moland LL (2006) Moral Integrity and Regret in Nursing. I: The complexities of care. Nursing reconsidered. Nelson S, Gordon S (red) New York: Cornell University Press

Murphy F (2001) Understanding the humanistic interaction with medical imaging technology. In: *Radiography An.2001 No.7 Pp.193-201*

Nelson S, Gordon S (2006) The complexities of care. Nursing reconsidered. New York: Cornell University Press

Nordlyk A (2004) At balancere på en knivsæg – Kolonopererede patienters oplevelse af et accelereret forløb. Kandidatspeciale

Nyström M, Dahlberg K, Carlsson G (2003) Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. I: *International Journal of Nursing Studies. An.2003 No.40 Pp.761-769*

Olesen S (1993) Sygepleje i Endoskopisk laboratorium. I: Sygepleje, Århus kommunehospital 1893-1993.

Olsen JKB (2003) Tid – fysiske, filosofiske og videnskabsteoretiske perspektiver. Biofolia

Rasmussen M, Olesen MA (1992a) Pleje ved endoskopi. I: *Sygeplejersken Vol. 92 No. 20*

Rasmussen M, Olesen MA (1992b) Endoskopi. I: *Sygeplejersken Vol. 92 No. 20*

Scheel, ME (1993) Perspektiver på udvikling af sygeplejens teori og praksis. I: Overvejelser og metoder i sundhedsforskning. Ramhøj P (red) Akademisk Forlag A/S: København

Scheel, ME (2001) Interaktionel sygeplejpraksis. Vidensgrundlag – etik og sygepleje. (2.udgave, 6.oplag) Munksgaard Danmark: København

Spradley J (1980) Participant Observation. New York: Holt, Rinehart & Winstone

Sundhedsstyrelsen (2004) Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. Version 1.3 2004. København: Sundhedsstyrelsen

Van Manen M (1990) Researching Lived Experience. Human science for an action sensitive pedagogy. The University of Western Ontario, London; Ontario, Canada

Van Manen M (2002) Writing in the Dark. Phenomenological Studies in Interpretive Inquiry. Canada: THE ALTHOUSE PRESS

Wadel C (1991) Feltarbeid I egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning. Flekkefjord: SEEK A/S

Wackerhausen S (2004) Det skolestiske paradigme og mesterlære. I: Mesterlære, læring som social praksis. Nielsen K og Kvale S(red.). København: Hans Reitzels Forlag

Weinberg D (2006) When Little Things Are Big Things: The Importance of Relationships for Nurses' Professional Practice. I: The complexities of care. Nursing reconsidered. Nelson S, Gordon S (red) New York: Cornell University Press

Århus Amt (2002) Århus Kommunehospital (2.måling) – set med patientens øjne: Århus Amts trykkeri

[http://da.wikipedia.org/wiki/Knud\\_Ejler\\_L%C3%B8gstrup](http://da.wikipedia.org/wiki/Knud_Ejler_L%C3%B8gstrup) 07.05.15

<http://www.phenomenologyonline.com/max/index.html> 07.03.15

<http://www.leksikon.org/art.php?n=1039> 07.05.14

<http://www.leksikon.org/art.php?n=407> 07.05.24

<http://www.teorier.dk/tekster/wittgenstein.php> 07.05.25

<http://www.elkan.dk/filosofi/heidegger.asp> 07.06.05

Kort men godt!

---

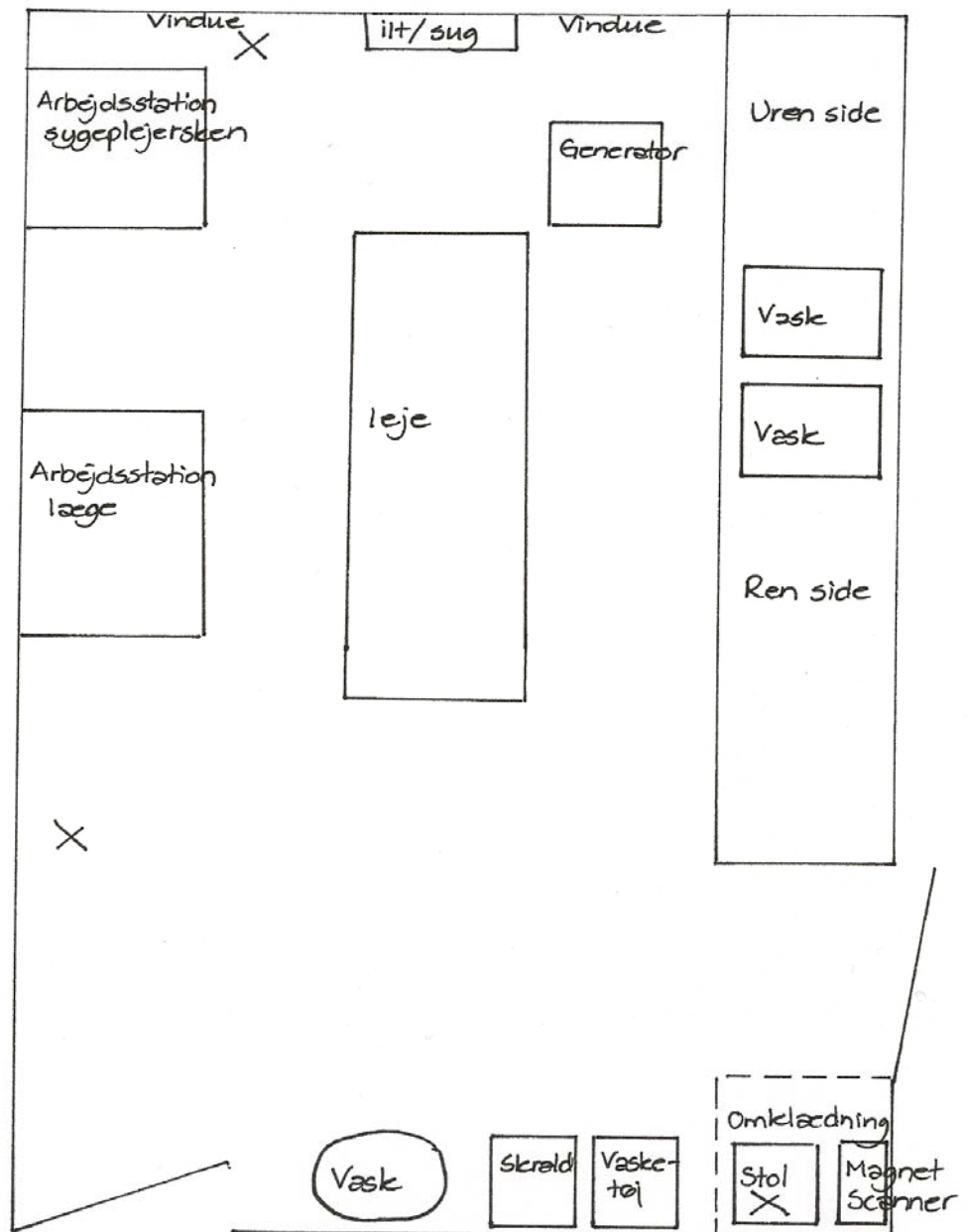
Undervisningsmateriale:

Malchau S (2006) Dansk Sygepleje 1856-2006. Februar 2006

## **14 Bilagsfortegnelse**

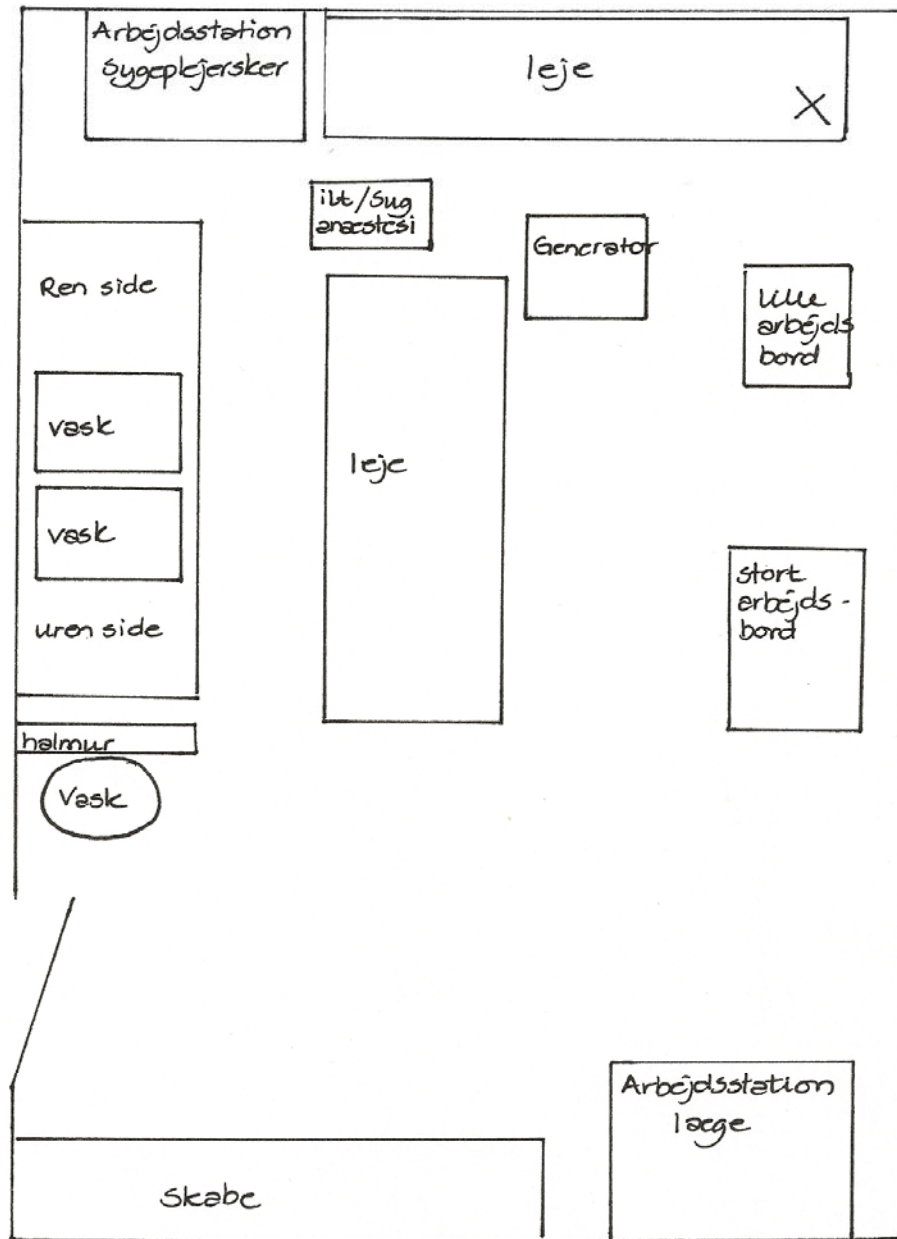
- Bilag 1 Skitse af den lille undersøgelsesstue
- Bilag 2 Skitse af den store undersøgelsesstue
- Bilag 3 Brev til oversygeplejerske på kirurgisk gastroenterologisk afdeling
- Bilag 4 Brev til sygeplejerskerne på det endoskopiske afsnit

### UNDERSØGELSESTUE 1



Når jeg observerede såd jeg et af de 3 steder der er sat kryds.

UNDERSØGELSESTUE 2.



Når jeg observerede sad jeg på de sted der er afmærket med et kryds.

Til  
Oversygeplejerske  
XXX  
XXX  
XXX

Kære XXX.

Jeg er, som du ved, i fuld gang med at fuldføre kandidatstudiet i sygepleje på afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet. I januar afsluttede jeg mit tredje og sidste semester og er nu nået så langt, at jeg skriver speciale. Mit speciale handler om korttidssygepleje, hvilket er et emne, som har interesseret mig igennem flere år. Mere specifikt ønsker jeg at sætte fokus på det relationelle område, på hvad der sker mellem patient og sygeplejerske i det korte møde.

Jeg har planlagt at indsamle data til specialet gennem et feltstudie i et korttidsafsnit, og ved fra egne erfaringer, at Endoskopisk laboratorium netop er en sådan afdeling. Her er møderne mellem patient og sygeplejerske korte og intense, og der praktiseres, hvad der for mig kan karakteriseres med begrebet korttidssygepleje. Jeg henvender mig derfor til dig, som oversygeplejerske for XXX for at høre om det ville være muligt for mig, at udføre mit feltstudie i denne afdeling.

Jeg har haft forskellige overvejelser, om Endoskopisk Laboratorium er den rigtige afdeling for mig at studere. Overvejelser der vedrører, den indforståethed jeg har med kulturen i afdelingen, og mit kendskab til sygeplejersker og læger. Vil det være omstændigheder, der er hæmmende for et feltstudie her? Jeg er kommet frem til, at netop mit kendskab til afdelingen og kulturen vil kunne hjælpe mig i min rolle som "flue på væggen". Kendskabet til afdeling og kultur vil derfor ikke være hæmmende, men tværtimod en styrke for feltarbejdet. Endnu et aspekt der er vigtigt i denne sammenhæng er, at ingen af de sygeplejersker, der i dag er ansat på Endoskopisk laboratorium, har arbejdet med mig som kollega.

Jeg vil gerne præcisere, at et eventuelt feltstudie i Endoskopisk laboratorium ikke vil



resultere i en vurdering af den observerede sygepleje i afdelingen, som god eller dårlig. Det jeg ønsker er, at studere er interaktionen og relationen mellem patient og sygeplejerske. Jeg vil se efter gennemgående mønstre i både patienters og sygeplejerskers reaktioner og handlemåder.

Umiddelbart regner jeg med at bruge 2 uger på feltstudiet. Jeg vil ikke være i afdelingen fra den åbner til den lukker, men studere 3-4 timer om dagen. Jeg forventer at tage feltnoter, sidde i et hjørne på undersøgelsesstuen og observere. Det bedste vil nok være at jeg låner en hvid kittel, ikke det grønne tøj, da det vil kunne forvirre patienterne. Derudover vil jeg selvfølgelig være påpasselig med ikke at overskride patienter, sygeplejersker og lægers etiske grænser.

Jeg vil selvfølgelig gerne forud for et feltstudie besøge Endoskopisk laboratorium, for at afklare spørgsmål, som sygeplejersker eller andre involverede parter eventuelt måtte have.

Jeg ser meget frem til at høre fra dig. Du kan kontakte mig på mail [karin.bundgaard@privat.dk](mailto:karin.bundgaard@privat.dk) eller telefon 86 91 21 57 / 61 38 64 97

Med venlig hilsen  
Karin Bundgaard  
Stud. cur.

## Til sygeplejersker og læger i Endoskopisk laboratorium.

Mit navn er Karin Bundgaard, og jeg er i fuld gang med at fuldføre kandidatstudiet i Sygepleje på Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet.

Jeg færdig gjorde sygeplejerskeuddannelsen i 1991. Med mig har jeg 12 år erfaringer fra klinisk praksis, heraf 3 år på Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling XX og 9 år på Endoskopisk laboratorium på XXX Sygehus.

I 2004/2005 fuldførte jeg Suppleringsuddannelsen og i efteråret 2005 startede jeg på Kandidatuddannelsen i Sygepleje.

I januar afsluttede jeg mit tredje og sidste semester, og er nu nået så langt, at jeg skriver speciale. Mit speciale handler om **korttidssygepleje**, hvilket er et emne, der har interesseret mig meget gennem flere år, og hvilken jeg blandt andet i mine år på Endoskopisk laboratorium arbejdede med at forbedre.

For at udforske begrebet eller fænomenet **korttidssygepleje**, har jeg besluttet at udføre et feltstudie, og efter at have talt med oversygeplejerske XXX, har jeg fået lov til at udføre det i Jeres afdeling, Endoskopisk laboratorium.

Mere specifikt ønsker jeg, at sætte fokus på det relationelle område, på hvad der sker mellem patient og sygeplejerske (og læge) i det korte møde.

Et feltstudie går kort fortalt ud på, at jeg sidder et sted på undersøgelsesstuen, hvor jeg ikke er i vejen for hverken sygeplejerske, patient eller læge. Herfra observerer jeg og tager feltnoter. Feltnoter er observationer, der er beskrevet så objektive som muligt. Jeg vil gerne præcisere, at mine observationer af sygepleje i Endoskopisk laboratorium ikke vil resultere i, at jeg vurderer sygepleje i afdelingen, som god eller dårlig. Derimod ønsker jeg, at studere interaktionen og relationen mellem patient og sygeplejerske. Efterfølgende vil jeg behandle observationerne og bearbejde dem til data til brug i specialet. Det jeg ser efter er gennemgående mønstre i patienter og sygeplejerskers reaktioner og handlemåder.

Som udgangspunkt regner jeg med at bruge 2 uger på feltstudiet, og at studere 3-4 timer om dagen. Det bedste vil nok være, at jeg låner en hvid kittel, til at tage over mit private tøj. Jeg vil ikke bære det grønne tøj sygeplejersker og læger bærer, da det vil kunne skabe forvirring om, hvilken rolle jeg har på undersøgelsesstuen. Gastroskopistuen eller coloskopistuen er, med det kendskab jeg har til de undersøgelses og behandlingsformer, der udføres på Endoskopisk laboratorium, de bedste stuer at studere på.

Jeg har spurgt mig selv, om Endoskopisk Laboratorium er den rigtige afdeling for mig at studere. Jeg har overvejet om den indforståethed jeg nødvendigvis må have med kulturen i afdelingen, efter at have arbejdet her i 9 år, og mit eventuelle kendskab til sygeplejersker og læger, vil være faktorer, der er hæmmende for et feltstudie? Jeg er kommet frem til, at netop mit kendskab til afdelingen og kulturen, ikke vil hæmme mig, men tværtimod vil være en styrke, da den kan hjælpe mig i rollen som "flue på væggen". Med hensyn til kendskabet til afdelingens læger og sygeplejersker, er der faktisk ingen af de sygeplejersker, der i dag er ansat på Endoskopisk laboratorium, der har arbejdet med mig som kollega. Ligeledes vil der kun være få læger, der kender mig.

Jeg ser meget frem til et godt samarbejde med Jer, og vil i min færden på afdelingen selvfølgelig være påpasselig med ikke at overskride patienter, sygeplejersker og lægers grænser.

Med venlig hilsen

Karin Bundgaard