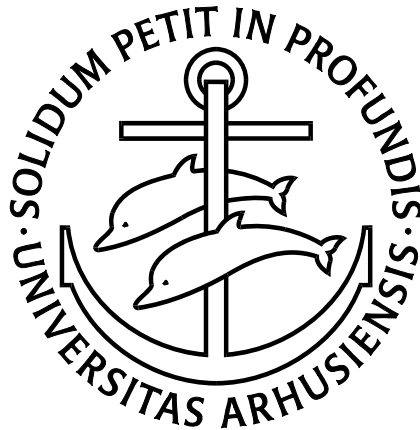


# Kandidatspeciale



## At være en del af et fællesskab

En undersøgelse af patienters oplevelse af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb

af

**Annemarie Ginnerup Toubøl**

## KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Annemarie Ginnerup Toubøl  
Modul: Kandidat speciale  
Måned og år: April 2008  
Vejleder: Merete Bjerrum  
Anslag: 191.395

# At være en del af et fællesskab

En undersøgelse af patienters oplevelse af medpatienters betydning under  
indlæggelse i Joint Care forløb

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

---

Copyright © Annemarie Ginnerup Toubøl og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet  
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>  
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-39-7

Dette kandidatspeciale har i 2008 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

# Indholdsfortegnelse

<b>1. INDLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Problembeskrivelse med litteraturgennemgang .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Refleksioner over litteraturgennemgang .....	7
<b>1.2 Afgrænsning i forhold til udvælgelse af patientgruppe.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Egen erfaring .....	8
1.2.2 Joint Care .....	9
<b>1.3 Sammenfatning, formål og problemformulering.....</b>	<b>12</b>
<b>2. METODE .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Van Manens fænomenologiske hermeneutiske tilgang .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Forforståelse.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Teoretisk forforståelse .....	17
2.2.2 Refleksioner over egen forforståelse .....	18
<b>2.3 Van Manens seks strukturelle elementer .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Van Manens fire livseksistentialer .....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Datamateriale.....</b>	<b>21</b>
2.5.1 Overvejelser over valg af informanter .....	21
<b>2.6 Dataindsamlings metode .....</b>	<b>23</b>
2.6.1 Det kvalitative forskningsinterview .....	23
2.6.2 Refleksioner over egne forudsætninger som interviewer.....	25
2.6.3 Interviewene .....	25
2.6.4 Interviewguide .....	27
2.6.5 Ethiske overvejelser.....	29
<b>2.7 Analyseprocessen.....</b>	<b>30</b>
2.7.1 Det vertikale analyse niveau .....	30
2.7.2 Det horisontale analyse niveau .....	31
2.7.3 At fremstille teksten.....	33
<b>3. UNDERSØGELSENS RESULTATER .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Sammendrag af det første vertikale analyseniveau .....</b>	<b>34</b>
3.1.1 1. Helhedsforståelse .....	34
3.1.2 2. Helhedsforståelse .....	35
3.1.3 3. Helhedsforståelse .....	35
3.1.4 4. Helhedsforståelse .....	36
<b>3.2 Andet horisontale analyseniveau.....</b>	<b>37</b>
3.2.1 At være en del af et fællesskab og leve op til dette.....	37
3.2.2 At være kendt i en ukendt verden .....	39
3.2.3 At møde forståelse hos ligestillede .....	42
3.2.4 At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed .....	45

<b>4. DISKUSSION AF FUNDENE .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 At være kendt i en ukendt verden .....</b>	<b>49</b>
4.1.1 Mødet med sygehuset .....	49
4.1.2 Bekymring for hinanden .....	52
4.1.3 En særlig måde at være sammen på.....	53
4.1.4 Opfyldelse af sociale behov .....	55
<b>4.2 At møde forståelse hos ligestillede.....</b>	<b>58</b>
4.2.1 Privathed og blufærdighed.....	58
4.2.2 At dele erfaringer.....	61
<b>4.3 At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed .....</b>	<b>65</b>
4.3.1 At føle et forpligtende ansvar .....	65
4.3.2 At holde fokus .....	67
4.3.3 At blive set som et hold .....	69
<b>4.4 Sammenfatning af diskussionen .....</b>	<b>73</b>
<b>5. KONKLUSION .....</b>	<b>75</b>
<b>6. PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>80</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>84</b>
<b>BILAGSFORTEGNELSE .....</b>	<b>88</b>

## 1. Indledning

Under indlæggelse på sygehus deler man for det meste sengestue med en eller flere andre patienter. De vante hjemlige fysiske rammer er altså skiftet ud med sygehusets rammer, under hvilke tilværelsen fortsætter og tilbringes med ukendte personer. Spørgsmålet bliver hertil om disse personer kan give den tryghed og erstatte en del af det sociale behov som ellers dækkes af pårørende? En stor del af den tid indlæggelsen varer tilbringes altså sammen med fremmede medpatienter. Dette betyder at man som patient rent fysisk er meget tæt på personer man ikke kender, samtidigt med at man selv og de øvrige patienter befinder sig i et sygdomsforløb, hvor fx dele af kroppens normale funktioner ikke fungerer. I relation hertil kan det være relevant at overveje om patienterne oplever at deres intimsfære brydes og i så fald, om de forsøger at opretholde den eller om den mister sin betydning under indlæggelse? Herudover kan der overvejes, hvilken rolle sygeplejersken har i dette forhold. I forbindelse med det tætte samvær kan det også formodes at patienter deler glæder med hinanden, såsom fremgang i mobiliseringen eller positive prøvesvar og at de ser en fordel i at have hinanden så tiden ikke føles lang. Man kan tale om at være underlagt et tvunget fællesskab, idet patienterne sjældent selv vælger deres fysiske placering under indlæggelse. Den norske sociolog Dag Album skriver meget dækkende herom;

*” Medpasienter er fremmede, og de er nære. De har aldrig set hverandre før, men de bor sammen. De vet lite om hverandre, men det de vet, er intimt ” (Album 1996: s 37)*

Spørgsmålet bliver hertil, om den fysiske nærhed og det at være patient, gør at patienter oplever det som meningsfyldt at dele oplysninger og erfaringer om eget sygdomsforløb med medpatienter?

Indlæggelse på sygehus kan altså indeholde kontrasterende elementer i forhold til kontakten til medpatienter, idet det ikke kun handler om at dele tid og rum, men også at dele erfaringer med sygdom og oplevelser af særlig privat karakter med personer man ikke kender. Man må formode at det kan være vanskeligt at fokusere på egen sygdom, hvis samværet med medpatienter fordrer, at man også tager del i deres situation. Spørgsmålet bliver hertil igen, hvilken rolle sygeplejersken spiller i dette forhold? Heroverfor kan man dog også forestille sig, at der opnås en vis fortrolighed og

bekymring for hinanden patienterne i mellem, grundet den viden og det kendskab man får om og til hinanden.

For at indkredse, hvilken viden der eksisterer om patienters oplevelser af betydning af medpatienter, er der foretaget en litteratursøgning. Der er foretaget søgning på ordene; patient relations, relationer mellem patienter, fellow patients og peer support kombineret med søgeordene; indlæggelse og hospital i databaserne bibliotek.dk, CINAHL og Medline. Herudover er der søgt i referencer på den fundne litteratur. Fx fremkom der ved søgning i CINAHL 31 hits på ordet fellow patients og på peer support fremkom 475 hits, kombineret med hospital blev det reduceret til 54. Alle relevante hits er gennemgået manuelt og omhandlede i varierende grad temaet betydning af medpatienter, med overvejende fokus på selvhjælpsgrupper indenfor og udenfor hospitalsregi. Enkelte poster viste sig at omhandle oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i forskellig variation. I det følgende afsnit fremlægges resultaterne af litteratursøgningen med relevans for temaet, dels for at tydeliggøre, hvilken viden der allerede eksisterer på området, men også for at nuancere problematiseringen af den indledende beskrevne problematik.

### ***1.1 Problembeskrivelse med litteraturgennemgang***

Undersøgelser viser, at medpatienters betydning under indlæggelse kan opleves positivt i forhold til den indbyrdes forståelse, der eksisterer mellem patienterne, herudover opleves det positivt, at man kan drage nytte af andres erfaringer i forbindelse med sygdom og indlæggelse. En vigtig pointe er, at patienter faktisk foretrækker at dele oplevelser med medpatienter frem for med pårørende, idet de her møder den største forståelse. En overvejelse i forbindelse hermed kunne være om patienterne rent faktisk oplever, at de pårørendes rolle i form af støtte og omsorg er af mindre betydning under indlæggelsen end medpatienternes? Det viser sig også, at patienterne oplever at motivationen for hurtig rekonvalescens er større pga medpatienters betydning, samt at det at give hinanden håb om fx fremtidig udskrivelse eller snarlig bedring er særligt vigtigt. Disse fund refererer til PhD studerende, lektor og sygeplejerske Astrid Isaksens undersøgelse af kræftpatienters oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse, hvor fundene er fremkommet ved kvalitative dybdeinterviews (Isaksen 1996, 2000). I en anden undersøgelse er det ligeledes fundet at medpatienter havde stor

gavn af hinanden i forhold til at møde forståelse hos medpatienter, idet det gøres klart, at kun ligestillede kan forstå de følelser der opstår, når man bliver ked af det, har ondt osv, fordi de selv har prøvet det. Spørgsmålet bliver her om det er af betydning om man er indlagt af samme årsag eller om det blot er det at være patient, der afgør om man oplever at medpatienter kan have en vigtig funktion? Herudover viser det sig, at udveksling af erfaringer af såvel praktisk som mental art både under og efter udskrivelsen, samt oplevelsen af øget motivation til at vende tilbage til det normale liv tillægges stor betydning (Isaksen & Gjengedal 2006). Denne undersøgelses resultater er fremkommet ved hjælp af fokusgruppeinterviews med hjerteinfarktpatienter, hvor muligheden for at have fokus på dynamikken blandt informanterne er stor.

Man kan således stille spørgsmål til, om medpatienter spiller en vigtig rolle på lige fod med sundhedspersonalet i forhold til at opnå forståelse for egen sygdom og motivation for at opnå habituel sundhedstilstand, hvor dette er muligt?

Andre undersøgelser viser at patienternes indbyrdes relationer giver sig udtryk i et uformelt regelsystem, hvor udveksling af indbyrdes erfaringer er medvirkende til en nuanceret og bedre sygdomsforståelse (Album 1989, 1996:61-80). Er det således et udtryk for, at man som patient accepterer det tvungne fællesskab og ser det som en forpligtelse at hjælpe medpatienter og er der derved tale om en helt speciel samværsform, som karakteriserer livet mellem patienter under indlæggelse? Dag Album har gennem deltagende observation og efterfølgende interview med patienter undersøgt patientkulturen i tre forskellige afdelinger, reumatologisk, kardiologisk og onkologisk, med særligt fokus på det uofficielle liv mellem patienter indlagt på sygehus. Han har således haft mulighed for at vende tilbage til felten og bekræfte data og diskutere sin forståelse med informanterne. Han finder også, at det fællesskab patienter opbygger, er præget af nærhed og distance i eksistentiel betydning: *"Sygdom og innleggelse fører dem mot utkanten af tilværelsen. Det seremonielle samværet trekker dem innover igjen."* (Album 1996:135). Betyder dette således at medpatienter er uundværlige når det handler om at håndtere fx manglende kropslig kontrol, idet samværet gør, at man via en fælles forståelse kan genvinde kontrollen og blive et helt menneske igen?

Resultater fra amerikanske undersøgelser viser, at patienter der skal gennemgå kosmetisk kirurgi og som oplever høj kontakt med medpatienter er meget tilfredse med indlæggelsen og ser en stor fordel i den emotionelle støtte medpatienter kan give hinanden (Kulik 2000). Det beskrives yderligere, hvordan kirurgiske patienters ængstelse mindskes præoperativt, hvis de er sammen med postoperative patienter eller patienter som ikke skal opereres, idet angsten for det der skal ske kan øges, hvis medpatienterne også er utrygge for et forestående indgreb (Kulik 1993). I et andet studie (Kulik 1996) findes at kirurgiske patienter der ligger på flersengsstuer har kortere rekonvalescenstid end andre. Forsker i Psykologi, James Kulik, har i de tre referencer undersøgt, hvordan patienter oplever betydningen af medpatienters tilstedeværelse ved hjælp af strukturerede interview og spørgeskemaer. Resultaterne fra disse undersøgelser peger således på, at patienter der skal opereres faktisk værdsætter det tvungne fællesskab og foretrækker at dele stue med andre patienter.

Der kan sås tvivl om, hvorvidt patientperspektivet er tilgodeset i de sidstnævnte amerikanske undersøgelser, da strukturerede interviews og spørgeskema undersøgelser ikke nødvendigvis kommer omkring det, der står centralt i den enkeltes oplevelser og erfaringer med indlæggelsen, men kun beskæftiger sig med på forhånd fastlagte spørgsmål. Sådanne undersøgelser har primært fokus på kvantitative data og indfanger således ikke dybden i den enkeltes oplevelser med fænomenet (Polit, Beck og Hungler 2001:195).

Oplevelsen af medpatienters betydninger viser sig dog også at kunne indeholde negative aspekter som at blive bange for fremtiden, når man møder nogle med samme diagnose som en selv, som er længere fremme i sit sygdomsforløb (Isaksen 1996, 2000). I forlængelse heraf viser det sig også, at det kan skabe angst, når de patienter man har lært at kende dør (Isaksen 1996: 35-39). Herudover fandtes det, at forstyrrelse fra medpatienter, som skyldes enten forværring i tilstand eller uro pga mange besøgende, påvirkede patienternes oplevelser af betydning af medpatienter i en negativ retning (Isaksen & Gjengedal 2006). Kunne dette være et udtryk for at man som patient ikke magter at forholde sig til medpatienter, hvis ikke kontakten og udfaldet heraf er forbundet med gensidighed og hvis det ikke opfylder egne behov?



### 1.1.1 Refleksioner over litteraturgennemgang

Der eksisterer således sparsom viden om fænomenet *medpatienters betydning under indlæggelse*, baseret på patienters oplevelser. Dog peger den eksisterende viden på, at patienter oplever, at medpatienter har stor betydning i forhold til en række områder, såsom at blive mødt med forståelse og blive motiveret til at genvinde habituel sundhedstilstand. Hertil antyder litteraturen, at det for patienterne er en kunst at balancere på vippen mellem nærhed og distance, idet man er fysisk tæt på hinanden, samtidigt med at man som patient eksistentielt kan befinde sig i den yderste afkrog af tilværelsen. Man kan stille spørgsmål til, om denne viden kan anses for at være repræsentativ for alle patienter indlagt på sygehus, idet den kun henviser til udvalgte patientkategorier.

Enkelte kilder (Album 1989, Isaksen 2000) antyder, at det er et område der er værd at have fokus på, dels pga den positive effekt medpatienter kan have for patienternes såvel fysiske som psykiske velbefindende, men også fordi det viser sig at patienterne er hinandens vigtige faglige informationskilder under indlæggelsen og derved en forudsætning for "overlevelse" i systemet. Hertil kan igen stilles spørgsmål til om medpatienter spiller en ligeså betydningsfuld rolle som sundhedspersonalet i forhold til at komme godt igennem et sygdomsforløb?

I vurderingen af kildernes overførbarehed er, at der på trods af geografiske afstande ikke er de store forskelle på nordiske sygehuse, hvorfor man må formode at kunne have fundet de samme resultater i Danmark, hvorimod der i USA, hvorfra de tre af kilderne stammer, er andre forhold som ikke umiddelbart kan overføres til danske forhold, fx det økonomiske aspekt, som betyder at den patientgruppe der er undersøgt formodentligt ikke viser et bredt udsnit af befolkningen. Dette gør ikke kilderne ubrugelig, men ovennævnte er vigtigt at have for øje i sammenligningen med danske forhold.

Det kan undre, at der ikke er forsket mere i fænomenet, idet der, som Isaksen (1996:11) skriver, altid er medpatienter, hvor der er patienter. Herudover er det undersøgt at patienter har kontakt med personale i ca. 10 % af den tid de er indlagt på sygehuset og tilbringer således det meste af den resterende tid med medpatienter (Axelsen 1976).

Derfor er det oplagt at undersøge, hvad der sker i den tid personalet ikke er på stuerne. En mulig begrundelse for at dette ikke har fået opmærksomhed, kan evt. hentes i Albums forklaring af personalets opfattelse af at være patient, som bærer præg af den holdning, at når patienterne ikke er sammen med personalet, så foregår der ikke noget: ”*Da er tida tom*” (Album 1996:18). I relation hertil skriver Isaksen & Gjengedal: ”*care providers may tend to regard themselves as key persons when it comes to information. However, it is striking to see how little attention they pay to information shared between patients in the hospital*” (Isaksen & Gjengedal 2000:385). Herudover hævdes det at interessen for at beskæftige sig med patientkulturen, og derved hvad der foregår mellem patienterne, er forsvundet pga manglende tiltro til betydningen for sundhed og sygdom og erstattet af en fokusering på effektivitet (Zusmann 1993). Derfor ser jeg det som en invitation til at undersøge patienters oplevelse af fænomenet *medpatienters betydning under indlæggelse*.

## **1.2 Afgrænsning i forhold til udvælgelse af patientgruppe**

For at komme nærmere en indkredsning af specialets specifikke problemformulering, foretager jeg en afgrænsning i forhold til den patientgruppe, der vil blive undersøgt, idet en undersøgelse af indlagte patienter generelt ville være for omfangsrig og resultaterne vil blive udetaljerede. Denne afgrænsning begrundes dels i min egen erfaring med og undren over fænomenet, men henter også sin begrundelse i den udvalgte patientgruppes specielle forhold under indlæggelsen. Derfor fremlægges min egen faglige oplevelse og undren omkring fænomenet *medpatienters betydning under indlæggelse*. Hvorefter følger en kort beskrivelse af de særlig patientforløb, som patienterne i denne undersøgelse deltager i, samt hvilke faglige betragtninger der findes på disse forløb.

### **1.2.1 Egen erfaring**

Som sygeplejerske har jeg erfaret, at der tales om ”gode stuer”, hvor patienterne har det godt med hinanden og ”mindre gode stuer”, hvor stemningen virker anspændt. Min interesse for fænomenet, *medpatienters betydning*, blev for alvor skærpet, da jeg var ansat på en ortopædkirurgisk afdeling, som tilbød særligt tilrettelagte Joint Care forløb. Her har jeg ofte reflekteret over, hvilke mekanismer, der er i spil på sengestuerne, når samværet blandt patienterne som oftest fungerer godt, idet min fornemmelse har været, at enkelte patienter kunne udgøre et irritationsmoment for *medpatienter*, hvorimod

andre patienter har udtrykt glæde ved at have hinanden. Hertil har det undret mig, at patienterne ikke har talt om, hvordan de oplevede betydningen af det at være med på et hold, i forbindelse med udskrivelsessamtale og evaluering af forløbet, idet det var min fornemmelse at den individuelle sygepleje blev sat i baggrunden. En forklaring på dette kunne være i overensstemmelse med min oplevelse af, at fokus i patientforløbene var rettet mod målbare forhold, såsom antal indlæggelsesdage og dette på trods af, at en del af konceptet var, at man blev opfattet som et hold, som skulle hjælpe og støtte hinanden under indlæggelsen.

### **1.2.2 Joint Care**

Det tvungne fællesskab, som alle indlagte patienter er underlagt under indlæggelse, er i Joint Care forløb særligt i fokus, idet en del af konceptet netop er, at man følges ad i hold før, under og efter indlæggelsen. Dette betyder at medpatienterne på forhånd er kendte og dermed repræsenterer en vis stabilitet gennem hele forløbet. Flere steder er et kriterium for at indgå i Joint Care forløb at patienten udviser compliance, forstået som en høj grad af efterrettelighed i forhold til at følge faglige råd (Elsass 2003). Joint Care forløb tilrettelægges ud fra standardiserede dagsprogrammer, med mål for ernæring, mobilitet osv. Konceptet er udviklet på en ortopædkirurgisk afdeling i Florida og har primært haft til formål at reducere omkostninger ved indlæggelser og forbedre patienttilfredshed. På et utal af amerikanske hospitalers hjemmesider kan man se, at konceptet anvendes og det fremhæves som yderst positivt at man under hele sygdomsforløbet er sammen med ligestillede, fordi det motiverer til hurtig genoptræning<sup>1</sup>. Tankegangen i konceptet er tilpasset det offentlige danske sundhedsvæsen og hører således under kategorien accelererede patientforløb<sup>2</sup>. I Danmark anvendes konceptet på flere ortopædkirurgiske afdelinger som foretager udskiftning af knæ- og hofted. Fokus er især rettet mod det postoperative forløb, hvor

---

<sup>1</sup> Se fx: [www.whhs.com/services/joint/expertise.htm](http://www.whhs.com/services/joint/expertise.htm),  
[www.palmswesthospital.com/CustomPage.asp?guidCustomContentID=%7B88634699-24BA-4A18-A803-983A8E4BDFE6%7D](http://www.palmswesthospital.com/CustomPage.asp?guidCustomContentID=%7B88634699-24BA-4A18-A803-983A8E4BDFE6%7D)  
[www.readinghospital.org/OPage.asp?PageID=OTH000076](http://www.readinghospital.org/OPage.asp?PageID=OTH000076)

<sup>2</sup> Accelererede forløb er et behandlingskoncept, hvor man reducerer den kirurgiske stressfaktor, har fokus på hurtig mobilisering, ernæring, smertebehandling og præoperativ information. Kriterierne for udskrivelse er de samme, men patienterne er klar til udskrivelse tidligere end i konventionelle forløb (Egerod m.fl. 2006)

der fokuseres på egenomsorg og interaktion mellem patienter, idet al træning, information og øvrige aktiviteter foregår gruppevis. Heri ligger en forventning om, at man som patient både hjælper sig selv, men også aktivt hjælper og støtter medpatienter (Pilmark 2004, Kjærsgaard-Andersen et al 2004).

Fra et fagligt perspektiv er der i Danmark bla. skrevet følgende om Joint Care; Patienter, som følger Joint Care konceptet har glæde af hinanden både under og efter indlæggelsen. Det pointeres, at det fællesskab patienterne har, indeholder et moment af konkurrence patienter imellem, men også at man hjælper, støtter og opmuntrer hinanden i genoptræningen og at det er positivt at være sammen i grupper, idet det mindsker følelsen af at være syg under indlæggelsen, da der tales om andet end sygdom. Yderligere pointeres det, at patienter der følger Joint Care forløb er meget tilfredse patienter, hvilket tilskrives det, at de befinder sig i et raskt miljø med ligestillede patienter (Pilmark 2004, Mikkelsen et al. 2004, Aagaard 2005). Det viser sig således at det sundhedsfaglige personale har en positiv opfattelse af, hvordan patienterne oplever medpatienters betydning. Hertil refereres der til de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser<sup>3</sup>, hvor patienterne er blevet spurgt om fastlagte spørgsmål og derfor har svaret inden for denne ramme. I relation hertil er en vigtig pointe, at resultater fra patienttilfredshedsundersøgelser ikke fører frem til et ægte patientperspektiv, men et patientorienteret behandlers perspektiv, når spørgsmål stilles og svaret tolkes med eget begrebsapparat. I forbindelse hermed lades man tilbage med tanken om, hvad der er tilbage i patientens oplevelser, når fokus er oplevelsen af medpatienters betydning, idet det faglige perspektiv ikke giver patienterne mulighed for at komme frem med alle erfaringer og oplevelser som knytter sig til fænomenet. Det bliver mere forskning for og ikke så meget med patienter og mere fokus på kvantitet frem for kvalitet (Duus 1999) og man kan stille spørgsmål til om det der ikke er spurgt til, ikke eksisterer. I relation til ordvalget i ovennævnte kilder, kunne det antages at

---

<sup>3</sup> Formålet med de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser er at sammenligne og offentliggøre patienttilfredsheden på sygehusniveau. Undersøgelserne omhandler temaerne: Kerneydelse (behandling og pleje), behandlingsforløb (koordination), kommunikation, information og frit sygehusvalg. Det er emner, som patienter generelt finder væsentlige i forbindelse med indlæggelse på et sygehus. Patienterne svarer ved hjælp af spørgeskema. (<http://www.sum.dk/publikationer/sundpolred2001/kap6.htm>)

patienterne, af personalet bliver opfattet som en samlet enhed, der har brug for sygepleje, idet der overvejende anvendes ord som patienter, hold og gruppe og spørgsmålet bliver hertil, hvilken betydning dette kan have for patienternes oplevelse af medpatienternes betydning?

Der findes altså ikke dokumenteret viden som angår oplevelsen af medpatienters betydning set fra patientens perspektiv i disse Joint Care forløb. Hvordan patienterne egentligt oplever medpatienters betydning i Joint Care forløb kræver derfor en dyberegående undersøgelse, idet der, som Elisabeth Hall (Hall 2003) skriver, er fænomener vi har begreber for, uden at have begreb om hvad dette fænomen indeholder. Hertil hævdes det, at beskrivelsen af et fænomen kan nuanceres, hvis den kvantitative forskning suppleres med kvalitativ forskning (Mainz 2001).

Derfor er det oplagt at inddrage patientperspektivet, idet dette vil nuancere beskrivelsen af patientforløbene med en dimension, som kunne tydeliggøre på hvilken måde betydning af medpatienter opleves og om denne oplevelse er særlig betydningsfuld at have for øje i Joint Care forløb. Herved kan der skabes en større forståelse af patienters oplevelser, hvilket kan bidrage til udvikling af ny viden indenfor patientologien, som er kundskab om patienters oplevelser og adfærd i forbindelse med sygdom, og som udgør et centralt område indenfor sygeplejevidenskabens kernefelt (Brink 1978, Kristiansen & Digernes 1982). Anvendelse af en sådan viden kan således sikre at patientperspektivet inddrages i den kliniske sygepleje, samt medvirke til kvalitetsudvikling i forhold til sygeplejen. Herudover vil forskning med et individuelt patient perspektiv, ifølge professor Marit Kirkevold, udgøre et centralt område i fremtidig sygeplejeforskning (Vesterdal 2002). Undersøgelser viser endvidere, at der kan frembringes ny viden om et fænomen, som ikke altid er i overensstemmelse med det faglige personalets opfattelser, ved at have fokus på patientperspektivet, idet Gjengedal (Gjengedal 1994) fandt at sygeplejerskerne troede de vidste hvordan patienterne oplevede situationerne, hvilket ikke var i overensstemmelse med patienternes egentlige oplevelser.

### **1.3 Sammenfatning, formål og problemformulering**

Den foregående problematisering med litteraturgennemgang viser, at patienters oplevelse af medpatienters betydning kan være forbundet med modsatrettede følelser i forbindelse med konventionelle indlæggelser. Det handler således om at knytte tætte bånd, at hjælpe hinanden gennem sygdomsforløb, men også om hvordan medpatienters sygdomsbillede kan skabe angst og uroen fra medpatienter kan virke forstyrrende. Yderligere peges der på at medpatienter kan opfylde en række sociale og psykiske behov under indlæggelse. Herudover beskrives Joint Care konceptet, med afsæt i personalets udtalelser, at indeholde positive elementer, når fokus er betydning af medpatienter. Hertil afslørede litteraturen at personalet kan have antagelser om medpatienters betydning, uden at der er belæg for disse, ligesom der også savnes viden om personalets intervention i forhold til medpatienters indbyrdes relationer. Litteraturen afslørede også en stigende interesse for at dokumentere fænomenet, idet der findes sparsom viden herom.

Samlet set rejser ovenstående spørgsmålet, om patienter i Joint Care forløb i virkeligheden oplever medpatienters betydning som særligt betydningsfuldt i forhold til patienter i konventionelle indlæggelser?

Derfor bliver specialets problemformulering:

*”At beskrive hvordan patienter indlagt efter Joint Care konceptet oplever betydning af medpatienter og diskutere hvilke sygeplejefaglige aspekter der kan knyttes hertil?”*

Formålet med specialet bliver således at tilvejebringe viden om indlagte patienters oplevelser af betydning af medpatienter i Joint Care forløb, samt at klarlægge hvilke implikationer denne viden kan have for klinisk sygepleje. Der gøres brug af en kvalitativ tilgang, hvor data fra forskningsinterviews vil udgøre det empiriske grundlag. Undersøgelsens overordnede referenceramme er fænomenologisk/hermeneutisk, idet denne tilgang, netop anerkender indefra patientperspektivet, hvor patientens egne oplevelser og fortællinger står som et centralt element i forskningen (Harder 1990).

## 2. Metode

Dette kapitel indeholder en redegørelse for undersøgelsens metodologiske tilgang og metodens gennemførelse. At være bevidst om distinktionen mellem metodologi og metode er ifølge Van Manen<sup>4</sup> en nødvendighed, idet disse begrebers forskellighed tilsammen udgør grundstammen for kvalitativ forskning. Metodologi henviser til den filosofiske og epistemologiske ramme og er således teorien bag metoden, som henviser til den tekniske fremgangsmåde og procedurer i forbindelse hermed (Van Manen 1990:27-28). Ved en synliggørelse af arbejdsprocessen gennem hele undersøgelsen med tydelige og åbne beskrivelser af metodens gennemførelse og overvejelser i relation til egen rolle, er det således muligt at opnå den gennemsigtighed, der er afgørende når viden skal vurderes i forhold til opfyldelse af de tre grundlæggende krav til videnskabelighed viden; validitet, generaliserbarhed og reliabilitet (Fredslund 2003).

Da formålet med denne opgave er, at indhente viden om patienters oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb, anvendes en kvalitativ metode, idet denne tilgang gør det muligt at komme i dybden med et fænomen, der i forvejen ikke findes meget viden om (Polit, Beck & Hungler 2001:214-216). Videnskabsteoretisk henter undersøgelsen sit grundlag i en fænomenologisk hermeneutisk ramme.

### 2.1 Van Manens fænomenologiske hermeneutiske tilgang

Max Van Manens hermeneutiske fænomenologiske tilgang til forskningen er valgt som primær reference, dels pga at hans systematiske og gennemskuelige fremstilling, men primært fordi formålet indenfor denne tilgang er, at afdække en dybere forståelse af betydningen af oplevede erfaringer i livsverdenen og eksplicite den væsentlige mening ved et fænomen (Van Manen 1990). Hermed er det relevant at anvende denne tilgang i specialet, hvor fænomenet der undersøges er *medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb* og hvor der er søges viden om, hvordan disse patienter egentligt oplever medpatienters betydning under indlæggelse.

Van Manens metode tager udgangspunkt i det levede liv mellem mennesker i livsverdenen: "*Hermeneutic phenomenology is a human science which studies persons*"

---

<sup>4</sup> Max Van Manen er professor i pædagogik

(Van Manen 1990:6), derved er der interesse for det unikke, uerstattelige og usammenlignelige ved hvert enkelt menneske. Van Manen henter sit grundlag i den fænomenologiske hermeneutiske tænkning, idet han videreudvikler den traditionelle fænomenologi, fremlagt af Husserl<sup>5</sup>, som overvejende er en beskrivende aktivitet ved at inddrage Gadamer<sup>6</sup> hermeneutiske fortolkningstænkning i sine tanker om de levede erfaringer (Ibid:24-27). I det følgende redegøres kort for den fænomenologiske hermeneutiske tilgang og hvorledes den kommer til udtryk og anvendes af Van Manen.

Husserl er optaget af at redegøre for, hvordan fænomener konstituerer sig i bevidstheden. Husserl udfordrer Descartes dualismetænkning ift krop og bevidsthed, idet han med bevidsthedens intentionalitet beskriver, hvordan man altid er rettet mod noget (Husserl 1999/1950:62-67). Denne rettedhed er netop det der skal afdækkes for at finde ind til et fænomens natur (Husserl 1997/1950:79-98). Det centrale i fænomenologisk forskning er, at dokumentere den mening den enkelte oplever i forhold til et givent fænomen i sin livsverden<sup>7</sup>. Husserls tænkning ses tydeligt i Van Manens metodologi, her beskrevet som hensigten med fænomenologisk forskning: ” *to uncover and describe the structures, the internal meaning structures, and lived experience*” (Van Manen 1990:10). Det er således med den fænomenologiske tilgang muligt, at foretage en direkte beskrivelse af patienternes udsagn om, hvorledes de oplever medpatienters betydning, som det er erfaret i livsverdenen.

Med udgangspunkt i den direkte beskrivelse af et fænomen er der skabt grundlag for at foretage en indirekte beskrivelse, som ved hjælp af fortolkningens kunst vil give et billede af den mening som ligger bag erfaringerne med fænomenet. Netop derfor mener Van Manen, at den fænomenologiske tilgang ikke kan stå alene, når der skal gøres et forsøg på at forstå meningen ved fænomenerne, idet man, for at komme til forståelsen af ”det rene fænomen”, ifølge Husserl må sætte sin forforståelse i parentes (epoche) i refleksionerne over det levede liv (Husserl 1999/1950:33-43). Van Manen tager afstand fra denne tanke om ”epoche”, idet han, med reference til Gadamer hermeneutiske

---

<sup>5</sup> Husserl (1859-1938) regnes for at være grundlæggeren af den moderne fænomenologi

<sup>6</sup> Gadamer (1900-2002) repræsenterer en filosofisk hermeneutisk tilgang, hvor hensigten er at klargøre betingelser for at forståelse kan finde sted.

<sup>7</sup> Livsverden er den verden vi lever og erfarer i



tænkning, mener, at man ikke kan gengive en oplevelse, men altid har sin forforståelse med, når man skal opnå en dybere forståelse af et fænomens natur. Hvorledes den fænomenologiske filosofi bindes sammen med den hermeneutiske filosofi vil i relation til specialets problematik betyde at fænomenet medpatienters betydning beskrives i sin renhed, dvs; Hvordan opleves betydning af medpatienter egentligt? Hvad er den dybere mening med dette fænomen og hvad ligger der evt skjult bag dette fænomen? Herudover søges der mod at opnå en ny viden om fænomenet, som ikke er mulig, hvis ikke den forforståelse jeg bringer med ind i undersøgelsen om fænomenet expliciteres og anvendes i fortolkningen af patienternes oplevelser. Således bliver en forståelse af meningen med fænomenet mulig, når datamaterialet analyseres i spil med min horisont.

Hermeneutikkens opgave er ifølge Gadamer (Gadamer 2007/1960:253-285) ikke at udvikle en metode til forståelse, men derimod at tydeliggøre under hvilke betingelser forståelsen sker. Centrale begreber som fordomme, forforståelse, horisont og horisontsammensmeltning er kernen i Gadamers hermeneutiske betragtninger om forståelse, som en hændelse der overgår os, en forvandling; ” – *hvor man ikke forbliver, den man var*” (Ibid:359). Ved afslutningen af dette speciale vil jeg således have udvidet min horisont, jeg vil have en ny forståelse af fænomenet medpatienters betydning, som dog ikke er fastlåst men kan udvides igen ved gentagne udfordringer.

Gadamer introducerer begreberne fremmedhed og fortrolighed som poler i et spændingsfelt, hvori vi må befinde os, som udgangspunkt for det hermeneutiske arbejde og dermed at forståelse kan finde sted. I relation til specialet er det således patienternes oplevelser og udsagn der repræsenterer denne fremmedhed og min egen viden og forforståelse, som udgør det fortrolige element. Et fænomens eller en teksts fremmedhed må give modstand hvis vi skal lære noget nyt, hermed menes at noget taler til os og at vi for at opnå forståelse (horisontsammensmeltning) må suspendere egne fordommes gyldighed ved at sætte dem i spil. Således udgør fordommene betingelsen for at forståelsen kan finde sted og samtidigt er det fordommene der kan besværliggøre forståelsen, idet de er bundet til os gennem traditionen (Gadamer 2007/1960:253-258,443-444).

Enhver forståelse har ifølge Gadamer en horisont, som er det synsfelt, den enkelte ser og forstår verden igennem og omfatter det der på et givent tidspunkt er synligt for os. Forståelseshorisonten kan udvides, når vi bringer vores forforståelse i spil, dette betyder at man ser ud over, men ikke bort fra sin egen horisont i forsøget på at opnå en ny helhedsforståelse via sammensmeltning af vores egen horisont og den fremmede horisont. Den ny forståelse vil altid omhandle en sag, dvs noget fælles tredje (Gadamer 2007/1960:367). Forståelse er således en dialektisk proces mellem enkeltdele og helhed, idet forståelsen kan udvides i takt med at der stiles nye spørgsmål, hvilket igen kan udvide horisonten, denne cirkelbevægelse benævnes den hermeneutiske cirkel. Van Manen siger med henvisning til Gadamer at kunsten er: *"to keep the question open"* (Van Manen 1997:98). Fortolkningen anses ikke som et supplement til forståelsen, men udgør forståelsens explicitte form, idet fortolkningen viser hvordan forståelsen af det nye fælles er blevet til ens eget (Gadamer 2007/1960:293).

Den fænomenologiske hermeneutiske tilgang er derfor ikke oplagt til at teste teorier eller give forklaringer, men giver os: *"the possibility of plausible insights that brings us in more direct contact with the world"* (Van Manen 1990:9). Denne tilgang gør det således muligt at komme tæt på patienternes oplevelser af medpatienters betydning og ved hjælp af den hermeneutiske cirkel udfordres forforståelsen, hvilket giver grundlag for udvikling af en fælles forståelse af sagen, som i denne undersøgelse er hvorledes patienter oplever medpatienters betydning i Joint Care forløb. En vigtig pointe er her at det individuelle og situationsbestemte i forskningen betyder, at den ny viden altid indeholder noget universelt og ikke kan generaliseres (Ibid:92-96).

## **2.2 Forforståelse**

Blandt forskere inden for den kvalitative forskning har det været et diskussionsemne, hvorvidt det var hensigtsmæssigt at forskeren havde kendskab til det undersøgte fænomen, primært fordi man stillede spørgsmål til om det er muligt at være åben overfor andres forståelse på baggrund af egen viden (Eilertsen 2000). Set fra Gadamers synsvinkel er forforståelsen nødvendig for at komme på sporet af en forståelse og for at kunne stille spørgsmål. Det er ifølge Van Manen (Van Manen 1990:47) vigtigt at gøre sin forforståelse eksplicit og rette opmærksomheden på hvilken rolle den spiller gennem forskningsprocessen. Dette for lettere at kunne holde den på afstand, men også for at

kunne reflektere og diskutere de empiriske fund i forhold hertil. Ifølge Gadamer (Gadamer 2007/1960:329-343) indgår der såvel en erfaringsmæssig, som en teoretisk del i forforståelsen. Den erfaringsmæssige forforståelse, som jeg bringer med mig, er ekspliciteret i beskrivelsen af egen erfaring med fænomenet og den teoretiske fremlægges i det følgende. Denne eksplicitering kan modvirke subjektivitet og vilkårlighed i fremlæggelsen af resultaterne, ligesom denne synlighed gør det muligt for udefrakommende at bedømme, hvordan forforståelsen har haft indflydelse i analyseprocessens slutninger.

### **2.2.1 Teoretisk forforståelse**

Min teoretiske forforståelse skal ses som den måde jeg opfatter betydningen af menneskers relationer og interaktion med hinanden. Den henter sit grundlag i en humanistisk og holistisk tilgang, som ser på mennesket som en helhed og er inspireret af en fremtrædende sygeplejeteoretiker, som beskæftiger sig med det relationelle aspekt som ideal for at opnå gensidig forståelse (Travelbee 1971). Der er tale om en normativ teori, som er præget af en eksistentiaalistisk teoretisk referenceramme.

Omdrejningspunktet for Travelbees beskrivelse af relationen som et gensidigt menneske-til-menneske-forhold, er etablering af dette forhold, som foregår ved at komme den anden i møde og reagere på den andens menneskelighed. Mennesket opfattes som et unikt, uerstatteligt individ og relationen er ikke altid centreret om et problem eller en sag, men afhænger i høj grad af de involverede parter evne til at være nærværende. Hvorledes den enkelte oplever menneske-til-menneske-forholdet, giver sig til udtryk i en oplevelse af gensidig forståelse, idet den fælles erfaring er betydnings- og meningsfuld for alle parter. Som følge af sit engagement og involvering i den tætte relation oplever hver enkelt således den gensidige forståelse ud fra sit eget udgangspunkt (Travelbee 1971:119-156).

Udfra denne optik er det vigtigt at mennesket ikke kategoriseres når bestræbelserne går i retning af at danne relationer, forklaret med Travelbee; "*Only human beings establish relatedness, not categories og labels*" (Travelbee 1971:132).

### **2.2.2 Refleksioner over egen forforståelse**

Den forforståelse forskeren har med sig, er altså et udtryk for den opfattelse og forståelse man har af et fænomen, der undersøges. Forforståelsen er ifølge Gadamer vigtig at ekspliciteres for at kunne være åben over for en ny forståelse af det undersøgte fænomen og netop nødvendig for at kunne stille spørgsmål til datamaterialet og derved bevæge sig i spændingsfeltet mellem fremmedhed og fortrolighed. I løbet af denne undersøgelse er mine fordomme blevet sat i spil og min horisont udvidet, idet jeg under interviewene har været bevidst om at sætte min forforståelse i baggrunden og give plads til informanternes oplevelser for herigennem at nå til en dyberegående sagsforståelse, dvs. en dybere forståelse af fænomenet medpatienters betydning under Joint Care forløb.

I forbindelse med det indledende arbejde til denne undersøgelse blev mine fordomme sat på prøve, da jeg tog kontakt til personalet fra Silkeborg Centralsygehus og Kolding Sygehus og herved fandt ud af at Joint Care blev praktiseret på en anden måde end jeg selv har erfaret. Dette kom bag på mig, idet jeg havde den opfattelse at Joint Care konceptet praktiseredes på samme måde over hele landet. Derfor har jeg hentet datamateriale gennem patienter indlagt på Vejle Sygehus, hvor mine personlige erfaringer også stammer fra og hvor konceptet praktiseres som beskrevet i det indledende afsnit.

### **2.3 Van Manens seks strukturelle elementer**

Van Manen beskriver de følgende seks dynamiske forskningsaktiviteter, som praktisk hjælpeguide til den hermeneutiske fænomenologiske forskning.

*At vende sig mod et fænomen, der virkelig interesserer os;* Forskeren drives af en særlig optagethed af et fænomen og til en vis grad er der tale om en følelsesmæssig overgivelse, når det der skal udforskes, åbnes for forskeren, som er opmærksom på ikke at lade sig rive med af forudindtagethed. *At udforske erfaringer som vi lever dem, i stedet for som vi begrebsligger dem;* henviser til at forskeren må gå til sagen selv og indhente beskrivelser fra den levede verden og derefter undersøge de levede erfaringer i alle deres afskygninger. *At reflektere over væsentlige temaer;* omhandler refleksionen af den levede erfaring som en særlig reflektiv analyse, der kan hidføre det der giver en levet erfaring dens specielle kendetegn og derved nærme sig det der tilsyneladende er usagt og ureflektet. I denne aktivitet kan man hente hjælp i de fire livseksistentialer,

krop, rum, tid og relation. Disse eksistentialer er valgt som pejlemærker gennem hele forskningsprocessen og uddybes i næste afsnit. *At beskrive fænomenet gennem kunsten at skrive og beskrive*; hermeneutisk fænomenologisk forskning er at sprogliggøre et fænomen og når dette sker opdager vi først hvad det er vi vil. *At opretholde en stærk orientering mod fænomenet*; kræver at forskeren på en disciplineret måde bevare kontakten med det fænomen der undersøges og ikke lader sig forstyrre af forudfattede meninger eller abstrakte teorier.

*At balancere forskningskonteksten ved at tage højde for dele og helheder*; omhandler kunsten at kunne træde et skridt tilbage fra enkeltdelene for at se på helheden i fænomenet, herved balanceres der mellem kontekst, helheden og betydningen af de enkelte dele (Van Manen 1990:30-167).

Der er med de 6 strukturelle elementer imidlertid ikke tale om en fastlåst procedure for videnskabelig forskningen, men mere en inspirationsnøgle som tilmed også er **systematisk**, idet den anvender de specielle metodiske kriterier ift interview, fokusering og refleksion. Den er **explicit** fordi den sprogliggør meningsstrukturer i de levede erfaringer. Den er **selv-kritisk**, idet den kommer i dialog med egne mål og metoder og den er **intersubjektiv**, da forskeren må gøre brug af andre for at komme i dialog med fænomenet, for således at kunne validere det beskrevne fænomen (Van Manen 1990:11). I relation til specialets problemformulering er det således, som det også pointeres af Van Manen (Ibid.:7), vigtigt at der, ved denne kritisk, reflekterende indfaldsvinkel til informanternes oplevelser, handles med omtanke og taktfuldhed i såvel interview som analyseprocessen. Dette betyder bla. at informanternes udsagn behandles med respekt, således at betydning ikke fordrejes i fortolkningen med henblik på et ønsket resultat.

## **2.4 Van Manens fire livseksistentialer**

Som en guide til refleksionen over de levede erfaringer henviser Van Manen (1990) til fire eksistentialer, som vil være til stede i alle menneskers livsverden uanset historisk, kulturel eller social kontekst. De fire eksistentialer er således en del af den filosofiske ramme i Van Manens teori og vil træde tydeligt frem på det metodiske niveau i denne undersøgelse, idet interviewspørgsmålene er stillet med disse eksistentialer som omdrejningspunkt, ligesom eksistentialerne er anvendt som pejlemærker gennem hele

analyseprocessen, for at indfange det fællesmenneskelige i patienternes oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse i joint care forløb.

På hvilken måde de fire eksistentialer kan anses for fundamentale strukturer i menneskets livsverden, og hvorledes eksistentialerne er forbundet fremstår ikke helt tydeligt i Van Manens fremlægning (Van Manen 1990:102). Der henvises til den franske fænomenolog Maurice Merleau-Ponty (Merleau-Ponty 1945/1994:20), der primært har fokus på kroppen, idet vi herigennem er til stede i og kommer i kontakt med verden. Kroppen forstås som værende bæreren af "væren-i-verden". Merleau-Ponty (Ibid.:97-111) berører dog også det tidslige og rumlige perspektiv, idet vi med udgangspunkt i kroppen kommer i forbindelse hermed, ligesom han berører det relationelle mellem mennesker i fremstillingen af sproget som tankens ydre ledsager og som det bånd der forbinder os med verden. På trods af denne lidt uklare henvisning anvendes de fire eksistentialer gennem hele undersøgelsen for at indfange det fællesmenneskelige i de levede erfaringer. Herudover fremlægges eksistentialerne også af Polit, Beck og Hungler (Polit, Beck & Hungler 2001:215), som værende centrale i fænomenologisk, hermeneutisk forskning, når målet er at beskrive levede erfaringer i sin helhed. Eksistentialerne er desuden anvendt tidligere med dette mål for øje i sygeplejeforskning<sup>8</sup>.

Eksistentialerne som fremlægges i det følgende, skal ses i en sammenhæng, men der kan differentieres mellem dem, for at få essensen af en levet erfaring frem.

**Levet rum** henviser ikke til noget målbart, men til at vi bliver følelsesmæssigt påvirket af rummet vi er i. Rummet påvirker oplevelsen af os selv. **Levet krop** henviser til det faktum, at vi altid er kropsligt tilstede i verden. Vi møder altid verden og andre mennesker med vores krop og vil ofte bevidst eller ubevidst afsløre og skjule noget med denne kropslighed. **Levet tid** er tidsoplevelsen i livsverdenen og ikke et udtryk for fysisk tid. Oplevelsen af levet tid påvirkes af hvad vi bruger tiden til. De tidsmæssige dimensioner, fortid, nutid og fremtid skaber vores timelige liv. **Levet relation** refererer

---

<sup>8</sup> Hall og Abraham (Hall & Abraham 2003), har i deres undersøgelse af hotelpatienters oplevelser anvendt eksistentialerne som analyseramme.

til den relation vi opretholder med andre i det interpersonelle rum vi deler med dem. Vi møder andre kropsligt og ved denne kropslige væren danner vi os et indtryk af den anden i den måde den anden præsenteres sig for os. I mødet med andre er vi i stand til at udvikle et kommunikativt fællesskab, som gør at vi vover os ud over os selv, for at søge en større forståelse af eller mening med andre mennesker og livet i et eksistentielt perspektiv (Van Manen 1990:101-106).

Det er således tydeligt, at det er med kroppen vi erfarer livsverdenen og at det er gennem kroppen vi kan forholde os til tiden, rummet og relationerne. Kroppen er således både et subjekt og et objekt (Merleau-Ponty 1945/1994, Van Manen 1990:20), hvilket må betyde, at en ændring af kroppens funktioner som følge af operation vil afføde en ændring af vores livsverden. Ud fra den betragtning er det relevant at anvende eksistentialerne som analyseramme i denne undersøgelse, idet den undersøgte patientgruppe gennemgår en kropslig ændring og derved vil opleve, at se den verden de lever og erfarer i, i et nyt perspektiv. Dette betyder således, at det kropslige udgangspunkt kan danne baggrund for, hvordan patienterne i herværende analyse oplever sygehusrummet, tiden under indlæggelse og relationerne til medpatienterne under indlæggelsen. Ved at anvende eksistentialerne, som udgør en sammenhængende helhed i patienternes livsverden, bliver det således muligt at beskrive patienternes oplevelser nuanceret og specifikt og derved svare på problemformuleringen og de antagelser, der ligger bag. Antagelserne, som problemformuleringen bygger på, kan også relateres til de fire eksistentialer, som fx at det må være utrygt at entrere sygehusrummet og at blufærdigheden i forhold til ændret krop får en anden betydning under indlæggelse. Dette giver en bestyrket begrundelse for at eksistentialerne kan være en hjælp til at indfange det, der er fælles menneskeligt og af særlig betydning, når oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i joint care forløb undersøges.

## **2.5 Datamateriale**

### **2.5.1 Overvejelser over valg af informanter**

For at kunne give svar på problemformuleringen med en: *beskrivelse af hvordan patienter indlagt efter Joint Care konceptet oplever betydning af medpatienter* var det vigtigt at finde informanter der kunne bidrage med oplevelser og erfaringer i relation

hertil. Derfor blev inklusionskriterierne sat med udgangspunkt i at informanterne skulle kunne levere et datamateriale, som kunne angive tydelige og oprigtig respons i forhold til at kunne give et præcist billede af hvordan fænomenet faktisk opleves. Kriterierne var at patienterne skulle være indlagt på samme Joint Care hold på Vejle Sygehus, de skulle gennemgå en ukompliceret knæ- eller hoftealloplastik operation og de skulle kunne tale og forstå dansk, samt være orienterede i tid og sted.

Det empiriske materiale blev indsamlet i perioden marts-april 2007, hvor der blev foretaget 4 semi-strukturerede interviews, disse interviews udgør således datamaterialet. Muligheden for at nå i dybden i analysen gives herved gode vilkår, idet det påpeges at der er fordele ved få intensive interview, frem for et stort empirisk materiale, som kan give en overfladisk analyse. Kravet om at et lille datamateriale skal afdække såvel variation og fællestræk er dog vigtig at have for øje i udvælgelsen af informanter (Polit, Beck & Hungler 2001:247-248, Kvale 1997:101). Derfor pegede jeg, i samarbejde med den sygeplejerske der havde ansvaret for Joint Care holdet den pågældende dag, på mulige informanter, med variationer som alder, køn og erfaring med indlæggelse for øje. For at sikre validitet af undersøgelsens resultater, er det hensigten at frembringe en viden om fænomenet; *medpatienters betydning i Joint Care forløb* så bredt som muligt indenfor de rammer problemformuleringen kan dække over, dog med øje for at bevare de væsentlige træk, som for den enkelte har været betydningsfuldt.

Patienterne blev informeret skriftligt<sup>9</sup> og mundtligt om undersøgelsen på informationsdagen og blev efter operationen tilfældigt udvalgt og spurgt om villighed til deltagelse af plejepersonalet i afdelingen. To sygeplejersker spurgte hver to patienter på tilfældigt udvalgte stuer om villighed til deltagelse. Efter positiv tilbagemelding fra patienterne aftalte jeg med personalet et passende tidspunkt for interviewet. Inden interviewene startede underskrev informanterne en samtykkeerklæring med accept om deltagelse i undersøgelsen<sup>10</sup>. Udvalgte kom til at betyde at der var tre mænd og en kvinde med en aldersspredning fra 56-72 år, der deltog, hvilket med Van Manen (1990:18-19) kan give anledning til at stille spørgsmål ved om dette giver den variation og mangfoldighed, som metoden foreskriver. Det viste sig dog at det empiriske

---

<sup>9</sup> Bilag 2

<sup>10</sup> Bilag 3



materiale indeholdt varierende udsagn, som gjorde at oplevelsen af medpatienters betydning blev belyst fra mange sider.

Informanterne i denne undersøgelse mødte hinanden ugen før operationen til et fælles informationsmøde på sygehuset, hvor jeg deltog og informerede om undersøgelsen, og de genså hinanden ved indlæggelsen, hvor de fulgtes ad, med operation samme dag og efterfølgende mobilisering og genoptræning i fællesskab. Efter udskrivelsen mødtes de efter 4 uger hos fysioterapeuten og evt igen ved de øvrige ambulante kontroller.

## **2.6 Dataindsamlings metode**

### **2.6.1 Det kvalitative forskningsinterview**

Eftersom omdrejningspunktet i specialet er *patienters oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse* vælges metodisk en kvalitativ tilgang med en empirisk undersøgelse, hvor patienters oplevelser vil udgøre datamaterialet. Indsamling af data vil være oplagt at foretage ved hjælp af fokusgruppeinterviews, idet denne metode vil gøre det muligt, at opfange dynamikken blandt informanterne med henblik på hvordan de i fællesskab konstruerer en opfattelse, hvilket er relevant, når omdrejningspunktet er den betydning medpatienter opleves at have. Denne tilgang er dog fravalgt pga min manglende erfaring som interviewer. At opholde sig i felten for at observere fænomenet og vende tilbage til informanterne for at bekræfte og nå til en forståelse af observationerne kunne også være en velegnet metode til at få svar på problemformuleringen, idet man herved ville få direkte indblik i interaktionen mellem patienterne som den faktisk udspiller sig. Den deltagende observation er dog fravalgt pga specialets tidsmæssige horisont. Derfor vælges dataindsamlingen indhentet via det semistrukturerede forskningsinterview, idet dette anses for at være en unik metode til at indfange interviewpersonernes perspektiv i forhold til oplevelser af deres hverdagsliv og betydningen heraf. Spørgsmålene er her åbne, men holdes indenfor emnet ved brug af en interviewguide (Kvale 1997:129-140, Fog 2004:45-46, Polit, Beck & Hungler 2001:265). Denne åbenhed giver plads til spontanitet i forhold til de beskrivelser informanten kan give, men stiller samtidig krav til interviewerens forberedelse og evne som interviewer (Fog 2004:62-115).

Det kvalitative forskningsinterview har som formål at undersøge menneskers oplevelser af betydninger i deres livsverden, samt at få en dybere forståelse hvordan de beskrevne fænomener opleves og erfares (Kvale 1997:129-140, Fog 2004:38, Polit, Beck & Hungler 2001:114-116), hvorfor det er oplagt at anvende denne metode i undersøgelsen. Dvs der søges mod en ny forståelse, som inden undersøgelsen er ukendt og som i denne undersøgelse retter sig mod, *hvordan patienter indlagt efter JC konceptet egentligt oplever betydning af deres medpatienter?* En ny forståelse som kun er mulig ved hjælp af samtalen, som fordrer to eller flere parter.

Forskningsinterviewet beskrives som et håndværk, hvor forskeren bruger sig selv som redskab for at få indblik i informantens livsverden<sup>11</sup>, dette stiller store krav til selvindsigt i og bevidsthed om, hvorledes rollen som interviewer forvaltes (Fog 2004:62-115, Kvale 1997:150-160). Ifølge Fog og Kvale (1997:134) er det centralt at intervieweren er opmærksom og lyttende i interviewsituationen, herunder at fremtræde oprigtigt, at udvise empati, nærvær og engagement og at give mulighed for åbenhed i samtalen, idet dette er en forudsætning for at få informanten til at fortælle om sine oplevelser og erfaringer. Jeg bestræbte mig på at have øjenkontakt med informanterne under hele interviewet og forsøgte at fremme informantens fortællelyst ved at nikke anerkendende. Dette gav således anledning til, at informanterne kunne fortsætte en fortælling som faldt udenfor interviewets tema, fx, fortalte Conny meget om, hvordan hun inden indlæggelsen havde været nødt til at indrette sig med puder under benet om natten for at kunne sove, i disse tilfælde anvendte jeg interviewguiden til at komme tilbage på sporet. Denne tilgang til fænomenet må betragtes som komplementær til Van Manens krav til den fuldendte fænomenologiske, hermeneutiske forskning, som hviler på forskerens indsigtfuldhed, skarpsindighed og følsomhed (Van Manen 1990:20-21).

At påpege, hvad der for informanterne fremstår som centrale betydningsfulde oplevelser i relation til medpatienter, bliver således min opgave i undersøgelsen. I første omgang er min egen forforståelse ikke interessant, men må vige for informanternes udsagn. Dette viser således interviewets beskrivende karakter, som den fænomenologiske tilgang forskriver. Forforståelsen af emnet er dog uundværlig, idet man uden en forudgående

---

<sup>11</sup> Den verden man lever og erfarer i.

viden om eller erfaring med emnet ikke vil kunne opnå begreb *om* dette nye, men kun begreber *for* emnet/fænomenet. Interviewet får således også en hermeneutisk indgangsvinkel, idet min erfaringsmæssige og teoretiske viden om emnet giver mig en forforståelse, som sættes i spil, når betydningen af informanternes udsagn skal fortolkes. Fortolkningen starter således allerede under interviewet, idet jeg ved at stille spørgsmål tilbage til informanten med henblik på at få be- eller afkræftelse på den mening jeg lagde i informantens udsagn, bevæger mig i en hermeneutisk cirkel.

I de følgende afsnit vil jeg redegøre for mine overvejelser i relation til egne forudsætninger som interviewer, interviewsituationerne, brug af interviewguide, samt etiske overvejelser i forbindelse med gennemførelse af det kvalitative forskningsinterview.

### **2.6.2 Refleksioner over egne forudsætninger som interviewer**

Min erfaring med at udføre kvalitative interviews er yderst sparsom og overvejende teoretisk funderet, jeg har dog fortaget telefoninterviews med patienter i forhold til ventetid på ambulans behandling. Dette kunne betyde at man ville så tvivl om validiteten, idet man som førstegangsinterviewer ikke opfatter alt i en interview situation og formodentligt ikke formår, at overskue alle de signaler informanterne sender og evt forfølge deres udsagn. Ved en synliggørelse af metodens gennemførelse, samt af mine egne overvejelser vedrørende datamaterialets fremkomst har jeg således forsøgt at kompensere for dette. Den mest brugbare erfaring jeg bringer med mig som ny interviewer er de utallige indlæggelses – og udskrivelsessamtaler jeg har haft med patienter i de 5 år jeg har arbejdet som sygeplejerske på forskellige kirurgiske afdelinger. Jeg har i forbindelse hermed altid reflekteret over såvel mine egne som patientens verbale og nonverbale udtryk i situationerne, ligesom jeg også har været opmærksom på det magtforhold der eksisterer i relationer mellem mennesker.

### **2.6.3 Interviewene**

Der blev foretaget et interview med hver patient. Interviewene fandt sted på afdelingen 3-4 dage efter operationen og en tom sengestue blev anvendt, idet vi her kunne sidde uforstyrret på et neutralt sted. Interviewene startede med en kort briefing (Kvale 1997:132), hvor formålet med interviewet blev ridset op, idet vi gennemgik

informationsmaterialet og talte om hvad jeg skulle bruge det til. Herefter udspillede interviewet sig med en varighed på 45 minutter til en time, dette blev optaget på bånd, hvilket informanterne forinden var blevet informeret om og havde indvilliget i.

Under interviewet bestræbte jeg mig på at være åben og give plads til emner som for mig umiddelbart synes irrelevante og samtidigt sikre, at de fire eksistentialer som overordnet ramme, ville være styrende og danne retning for interviewet (Ibid:129-140). Det var således vigtigt, at jeg fremtrådte lyttende og udviste engagement og nærhed i interviewet. Dette gjorde jeg ved at have øjenkontakt og at besvare informanternes udsagn med et nik eller ”ja, kan du fortælle mere om det” eller ”kan du uddybe, hvordan det virkede på dig”, herved fremmedes informantens fortællelyst og tryghed (Fog 2004). Efter det første interview blev det tydeligt for mig, at det var vigtigt at lade patienten fortælle og skabe den atmosfære der gjorde det sikkert at tale om følelser, oplevelser og erfaringer som var af betydning for informanten, derfor var det nødvendigt at springe mellem temaerne undervejs. Jeg tilstræbte på baggrund heraf, at afrunde berørte temaer ved at stille bekræftende spørgsmål, som ” kan det forstås sådan at..?”, dette for at forebygge misforståelser og samtidigt bidrage til kommunikationens validitet med henblik på at opfange viden om ”det fælles tredje” (Gadamer 2007/1960:367), som netop produceres i informantens og interviewerens fællesskab (Fog 2004, Kvale 1997:187). At balancere mellem dynamikken og tematikken viste sig at være en kunst og jeg oplevede, at jeg måtte have specielt fokus på det tematiske aspekt i det ene interview, hvor informanten ikke i samme grad som de øvrige informanter fortsatte sin fortælling. Ifølge Kvale (1997:134) er det vigtigt, at spørgsmålene i interviewet stilles både i tematisk og dynamisk henseende, idet der herved sikres dels at holde sig til emnet samt at interviewet bliver en fremadskridende interaktion, hvor spørgsmålene er af forskellige typer, mhp at forfølge, verificere og afklare informantens udsagn under interviewet.

Vi sluttede med en debriefing (Kvale 1997:132), som afrunding på interviewet, her gjorde jeg igen klart hvad jeg skulle bruge oplysningerne til, hvilket blev mødt af et ”vi vil meget gerne hjælpe” fra alle informanter, herudover gav afrundingen også anledning til, at informanterne stillede mig spørgsmål vedr. indlæggelsen, som fx smerter og

usikkerhed ved udskrivelse. Herved kunne jeg bruge mig selv som fagperson, hvilket jeg havde gjort klart for informanterne ikke var min rolle under interviewet. Som Hall skriver, er det vigtigt ikke at blande rollerne som fagperson og forsker sammen, idet informanterne derved kan have forventninger til os, som vedgår begge roller (Hall 2003). Efter hvert interview reflekterede jeg kortvarigt over min fornemmelse af interviewet, herunder samspillet med informanten og hvorledes informantens kropslige udtryk og ansigtsudtryk fremtrådte. Dette noterede jeg, så jeg i forbindelse med analysen hurtigt ville kunne genkalde mig oplevelsen af de enkelte interviews.

#### **2.6.4 Interviewguide**

Flere metodekilder (Polit, Beck & Hungler 2001:265, Fog 2004:45-46, Kvale 1997:133-136) påpeger vigtigheden af at have udarbejdet en interviewguide forud for det kvalitative forskningsinterview. Dette for at sikre sig at komme omkring de essentielle temaer der skal undersøges og som interviewerens har bestemt på baggrund af erfaring og indsigt i viden på området. Der ligger dog en fare ved at anvende interviewguiden stringent, idet der som Fog (2004) hævder, er en risiko for at man mister informanten i bestræbelserne på at følge guiden, derved bliver den teoretiske og erfaringsbaserede viden styrende for det informanter fortæller og vil træde i stedet for den oplevede virkelighed ud fra informantens perspektiv. At udvise opmærksomhed i situationen er således en forudsætning for at informantens fortælling bliver anvendelig, idet en konstant skelen til de forberedte spørgsmål vil gøre informanten og interviewerens usikre på den relation de sidder i.

Den interviewguide<sup>12</sup> jeg havde udarbejdet tager udgangspunkt i Van Manens fire livseksistentialer, som anses for at være centrale kategorier at reflektere informanternes udsagn i forhold til (Van Manen 1990). De fire eksistentialer danner således skelettet i guiden og dermed de overordnede forskningsspørgsmål, idet de i denne undersøgelse anses for fundamentale elementer i menneskers livsverden. Der er overordnet spurgt til, hvilken betydning medpatienter har i forhold til rummet, i forhold til tiden under indlæggelsen, i forhold til oplevelsen af egen krop og i forhold til behovet for relationer. Dette for at indfange de centrale aspekter i patienternes oplevelser, som gør det muligt

---

<sup>12</sup> Bilag 1

## Skema 1

Indledende antagelser og undren	Livseksistentialer	Spørgsmål i interviewguiden
<p>Forsøges blufærdigheden opretholdt under indlæggelse eller mister den sin betydning?</p> <p>Er det af betydning at man er indlagt af samme årsag?</p>	Levet krop	<p>Hvordan oplevede du det at din krop gennemgik ændringer og din fysiske formåen ændrede sig og du på samme tid var sammen med dine medpatienter, kan du sige noget om de følelser der opstod?</p> <p>Hvilken betydning havde det for dig at din krop fremtrådte ændret eller ude af balance i andres påsyn?</p> <p>Gav det mening at I alle gennemgik den samme forandring og var påvirket i Jeres fysiske formåen? Hvorfor – hvorfor ikke?</p>
<p>Hvordan opleves det at være tæt på andre mennesker i en fremmed verden?</p> <p>Er det sådan at patienterne foretrækker fleresengsstuer, idet samværet med medpatienter opleves som positivt?</p> <p>Hvad foregår der på stuen blandt patienterne?</p>	Levet rum	<p>Hvordan opleves det at skulle forlade de kendte hjemlige rammer og at skulle være et ukendt sted sammen med medpatienter?</p> <p>Kunne du tænke dig at have haft enestue?</p>
<p>Er det naturligt at dele oplevelser og erfaringer med sygdom med medpatienter?</p> <p>Er det svært at koncentrere sig om egen sygdom, når medpatienter er tilstede?</p> <p>Kan medpatienter dække de sociale behov under indlæggelse på sygehuset?</p> <p>Er medpatienter uundværlige for at opnå habituel sundhedstilstand?</p> <p>Er kontakten til personalet af mindre betydning end kontakten til medpatienter?</p>	Levet relation	<p>Hvad var den mest almindelige form for samvær/kontakt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ift tilstedeværelsen <ul style="list-style-type: none"> <li>o er det vigtigst for samværet at man blot er til stede eller skal man fortage sig noget?</li> </ul> </li> <li>- ift samtale <ul style="list-style-type: none"> <li>o hvad taler man om?</li> <li>o er det vigtigt hvad man taler om eller er det vigtigste blot at man taler sammen?</li> </ul> </li> </ul> <p>Oplevede du det som en naturlig ting, at dele erfaringer og oplevelser med medpatienterne?</p> <p>Var kontakten overfladisk eller oprigtig meningsfuld – kan du sige noget om de følelser der opstod?</p> <p>Hvordan oplevede du det at være en del af et hold og samtidigt skulle fokusere på egen situation?</p> <p>Hvordan opleves betydningen af medpatienter i forhold til betydning af dine pårørende mens du er indlagt?</p> <p>Oplevede du at medpatienterne var vigtige for dig i forhold til at magte følgerne efter operationen?</p> <p>Hvordan oplevede du betydningen af kontakten til medpatienter kontra til personalet?</p>
<p>Hvilken betydning har medpatienter i forhold til om tiden føles at gå langsom eller hurtig?</p>	Levet tid	<p>Hvordan oplever du den tid du tilbragte alene sammen med dine medpatienter?</p> <p>-sneglede tiden sig af sted eller gik den hurtigt i de andres selskab?</p> <p>Hvordan har du tidligere oplevet tiden under en indlæggelse?</p> <p>Har du gjort dig nogen tanker om fremtiden ift lign. indlæggelseskoncept?</p>

at beskrive og forstå *hvordan patienter indlagt efter JC konceptet egentligt oplever betydning af deres medpatienter?* Herudover er interviewspørgsmålene i guiden udarbejdet med baggrund i den viden, jeg indtil undersøgelsens start havde om emnet, dvs min personlige, faglige erfaring/undren om emnet og den viden jeg har erhvervet mig via litteratur skrevet om emnet. Hvorledes jeg er kommet fra den indledende formodning og undren, over Van Manens livseksistentialer og til spørgsmålene i interviewguiden er fremstillet skematisk i skema 1.

Jeg overvejede om jeg skulle vise informanterne interviewguiden inden interviewet, så de kunne forberede sig, men valgte dette fra ud fra den betragtning, at de så ville lade deres udsagn styre at dette. Jeg brugte selv lidt tid på at læse guiden igennem inden interviewene, idet jeg var nervøs for at glemme noget. Under interviewet anvendte jeg guiden sparsomt, idet ”snakken gik” og den blev mest anvendt til at give interviewet retning.

### **2.6.5 Ethiske overvejelser**

Undersøgelsen er anmeldt til datatilsynet efter gældende regler for lov om behandling af personoplysninger<sup>13</sup>. Der er endvidere indhentet tilladelse til gennemførelsen af interviewene gennem afdelingens ledende overlæge, oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske, hvor det blev præciseret at hensigten med undersøgelsen var at indfange patientperspektivet via patienternes oplevelser og ikke vurdere kvaliteten af JC forløb i afdelingen.

Herudover er de etiske retningslinier fra Sykepleiernes Samarbejd i Norden (1995) fulgt, idet deltagelsen har været frivillig, der er indhentet informeret samtykke, der er sikret anonymitet, samt givet skriftlig og mundtlig information forud for deltagelsen (Bilag 2).

Jeg har haft overvejelser om, hvorvidt det var for meget for patienterne at deltage i undersøgelsen under deres korte indlæggelse, men som det pointeres flere steder er interviewsituationen ofte en positiv oplevelse for informanterne, idet dialogen er fokuseret og interviewerens lytter engageret (Hall 2003, Kvale 1997:133).

---

<sup>13</sup> Journal nr. 2007-41-0078

## 2.7 Analyseprocessen

Dataanalysen følger Van Manens fænomenologiske hermeneutiske metodologi (Van Manen 1990) og foregår trinvis på to niveauer, det vertikale, hvor der kigges isoleret på hvert enkelt interview og det horisontale, hvor interviewene ses i en sammenhæng. For at sikre stringens har Van Manens livseksistentialer, krop, tid, rum og relationer været anvendt som pejlemærker gennem hele analyse processen. Intentionen med analysen er at gøre beskrivelsen af informanternes udsagn levende, for derigennem at fokusere på fænomenets væsentlige mening (Ibid:62). Det er i analysen vigtigt at være opmærksom på, at der skelnes mellem den direkte beskrivelse af fænomenet i livsverdenen, som det erfares og den indirekte beskrivelse, som via fortolkning rummer den mening som ligger bag erfaringen. Dette illustrerer, hvorledes Van Manen (Ibid:25,38) gør brug af såvel den fænomenologiske som den hermeneutiske tilgang. Det er således ikke informanternes subjektive udsagn der er interessante, idet disse blot er til låns for derigennem at finde de essentielle temaer, som udgør skelettet i det undersøgte fænomen. Det er altså meningen med erfaringen, der skal fremtræde i analysen. Hvorvidt et tema kunne opfattes som essentielt eller som tilfældigt for fænomenet blev bestemt ved at stille spørgsmålene: Er oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb det samme uden dette tema? Mister oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb sin fundamentale mening uden dette tema? Denne temaanalyse proces vil ifølge Van Manen (Ibid:106-109) være ledet af, at finde frem til det, der i datamaterialet taler mest til os. Målet med analysen er således at frembringe de temaer, som beskriver oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb og som fører frem til fænomenets reelle natur fagligt set.

### 2.7.1 Det vertikale analyse niveau

Det **første analysetrin** består i at danne sig en helhedsforståelse af de enkelte informanternes oplevelse af betydning af medpatienter i Joint Care forløb. De transskriberede interviews omsættes herved til korte beskrivelser af patienternes oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb. **Andet analysetrin** beskrives af Van Manen (Van Manen 1990:92-93) som en selektiv tilgang, hvor sætninger eller meninger udvælges med det formål at levendegøre helhedsforståelserne. Dette består i at finde frem til de udsagn der siger noget centralt



om fænomenet ved at stille spørgsmålet; Hvordan belyser dette afsnit eller denne sætning undersøgelsen fænomen; betydningen af medpatienter i Joint Care forløb? Indtil nu er det således vigtigt at det er informantens stemme der høres, idet fænomenet fremtræder så naturligt som muligt. På dette analysetrin er der fundet 20-30 temaer i hvert interview, som alle siger noget om oplevelsen af medpatienters betydning. **Tredje analysetrin** beskrives som en detaljeret læsning, hvor datamaterialet gennemgås med henblik på at finde essentielle temaer hos hver af de fire informanter. På dette trin skelnes, for de fundne temaer i hvert enkelt interview, mellem hvilke der er essentielle og hvilke der er mere tilfældige (Ibid.:106). Det drejer sig om at skille væsentligt fra uvæsentligt, på den måde informanten vægter det. Det handler således om at afgøre om et tema har med betydning af medpatienter at gøre og derved er med til at gøre fænomenet, betydning af medpatienter, til det det er. Temaerne på dette trin er udledt af de unikke temaer, som er fundet på andet analysetrin og er fundet ud fra kriterierne om at være essentielle og gå igen flere gange og er på dette trin indkredset til at udgøre 10-15 centrale temaer omhandlende betydning af medpatienter. Eksempelvis viser det sig at være essentielle oplevelser ”at føle sig tryk ved indlæggelsen” og ”at alle skulle igennem det samme”, idet flere udtalelser relaterede sig hertil.

Indtil nu har analysen bevæget sig på det vertikale niveau, idet hvert enkelt interview er gennemgået selektivt og detaljeret med henblik på en søgen efter de essentielle temaer ved fænomenet. Herfra er det nødvendigt at gå videre til det horisontale niveau, idet hensigten på dette niveau er at finde frem til en dybere forståelse af det fælles i oplevelserne. Det er således på dette niveau, at de fælles grundtemaer findes ud fra de centrale temaer i de enkelte interviews.

### **2.7.2 Det horisontale analyse niveau**

**Fjerde og sidste trin** i analyseprocessen består i at sammenskrive de centrale temaer fra hvert enkelt interview og præsentere dem i et forenende grundtema og undertemaer, som er fælles for samtlige informanter. Derfor blev alle interviewene læst detaljeret igen, men nu som en helhed. Hensigten er på dette niveau at komme tættere på en forståelse af det fælles i oplevelserne. De fælles temaer findes i mange variationer i resultat afsnittet i Kapitel 3 og de forskellige sider af temaerne forsøges belyst ved at

give eksempler og derved vise variationen af det fælles, som Van Manen (Van Manen 1990:18-19) anbefaler det. For at vurdere om et fælles tema var essentielt blev spørgsmålet fra tidligere anvendt igen: Er oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb det samme uden dette tema? Samt spørgsmålet: Mister oplevelsen af medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb sin fundamentale mening uden dette tema? På det horisontale niveau trådte fællesskabet med medpatienterne frem som et overordnet tema, idet det viste sig, at de fælles temaer alle relaterede sig hertil med forskellige indgangsvinkler. Tre undertemaer blev fundet essentielle, hvor det ene er centreret om fællesskabets betydning for oplevelsen af at blive og være patient i joint care forløb, det andet tema er centreret om fællesskabets betydning for oplevelsen af at være syg eller ændret og det sidste tema er centreret om fællesskabets betydning for oplevelsen af at hjælpe og få hjælp og støtte af medpatienter.

For at følge metodologiens anbefalinger om at balancere mellem dele og helheder, blev de horisontale temaer sammenlignet med de vertikale temaer for at sikre kohærens og dermed validere de første fortolkninger jeg foretog i den vertikale analyse. Herefter blev hver helhedsforståelse gennemgået i forhold til de fælles meningsbærende temaer fra den horisontale analyse, hvilket viser at der arbejdes med dialektikken mellem dele og helheder for at sikre overensstemmelsen mellem analysens to niveauer. På dette niveau kommer min forforståelse aktivt i spil i en faglig diskussion, med en nuancering af den betydning der ligger i de enkelte udsagn med henblik på at komme frem til en ny forståelse af fænomenet.

De essentielle temaer, som er fundet ved den horisontale analyse betragtes som undersøgelsens resultater og repræsenterer således, hvad der opleves som centralt i relation til medpatienters betydning under indlæggelse i Joint Care forløb. Resultaterne i denne undersøgelse vil dog aldrig kunne beskrives som entydige sandheder om fænomenet *medpatienters betydning i Joint Care forløb*, men vil altid være et udtryk for, hvordan fænomenet *kan* opleves, idet de er baseret på subjektive oplevelser. Dette med Van Manens *pointe in mente* om at levet erfaring aldrig kan beskrives udtømmende; "*lived human experience is always more complex, than the result of any*

*singular description, and that there is always an element of the ineffable to life*” (Van Manen 1990:16). Det er således ikke muligt i den valgte forskningsretning at opnå generaliserbarhed i ordets egentlige forstand, idet dette vil betyde at man skal se fænomenet uafhængigt af dets kontekst, hvilket med Gadammers tanker om et fænomens situerethed er umuligt. Der kan dog opnås generaliserbarhed, forstået som omsættelighed, idet de temaer der træder tydeligt frem i undersøgelsens resultater belyses og verificeres af udefra kommende teorier (Fog 2004:182-205, Fredslund 2003). Herved kan der opnås en italesættelse af fænomenets enkelte temaer, som er så almene at det bliver muligt at relatere begreberne til den kliniske sygepleje.

### **2.7.3 At fremstille teksten**

Skriveprocessen er ifølge Van Manen en vigtig, men vanskelig del af forskningsprocessen, idet forskeren via denne proces distancerer sig, abstraherer og dekontekstualisere sine tanker om den oplevede praksis og bliver via den skrevne tekst i stand til at se noget, som ikke før var muligt; *”Writing teaches us what we know, and in what way we know, what we know”* (Van Manen 1990:127). Skriveprocessen var som Van Manen skriver det vanskelig, idet jeg oplevede at læse og skrive, herefter genlæse og omskrive utallige gange i en konstant vekselvirkning mellem at være sansende og intuitiv i forhold til datamaterialet og samtidigt forholde mig distanceret og kritisk.

## **3. Undersøgelsens resultater**

I det følgende fremlægges undersøgelsens resultater og herigennem synliggøres analysen fortløbende faser og herunder samspillet mellem dele og helhed. Indledende gives en helhedsforståelse af de fire interviews, som er fremkommet ved den vertikale analyse, indeholdende beskrivelser af hver enkelt patients oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse efter Joint Care konceptet. Herudover indeholder beskrivelserne en kort præsentation af undersøgelsens informanter med oplysninger de selv gav under interviewet, idet dette er med til at synliggøre, at der leves op til kravet om variation. Navnene er opdigtede for at overholde tavshedspligten og bevare informanternes anonymitet.

Herefter fremlægges resultaterne af den horisontale analyse og for overskueligheden er de inddelt systematisk ud fra de fælles meningsbærende temaer som fandtes på dette analyse niveau. Resultaterne af den horisontale analyse er dermed en beskrivelse af, hvad der kan være væsentligt i forhold til betydning af medpatienter under indlæggelse efter Joint Care konceptet, set ud fra patientens perspektiv.

### **3.1 Sammendrag af det første vertikale analyseniveau**

De fire helhedsforståelser fra den vertikale analyse præsenteres i det følgende som korte beskrivelser af patientens oplevelse af medpatienters betydning. Helhedsforståelserne er således et billede af, hvad der gav mening for den enkelte informant i forhold til betydningen af medpatienter og kan sammenlignes med Kvaales (Kvale 1997:190) meningskondensering, hvor udsagn fra interviews sammenfattes til kortfattede formuleringer.

#### **3.1.1 1. Helhedsforståelse**

Anders er 67 år har fået indsat kunstigt hoftelid og er ikke tidligere blevet opereret. Bor sammen med rask ægtefælle og er fortsat erhvervsaktiv i eget firma. Anders oplevede, at det gav en stor tryghed, at han havde mødt dem han skulle ligge på stue med ved informationsmødet ugen inden indlæggelsen. Han gav udtryk for, at være bekymret for medpatienterne, hvis alt ikke gik som forventet og tilskrev dette, at man havde nået at lære hinanden lidt at kende inden operationen. Det var både godt og skidt at være så tæt på hinanden under indlæggelsen. Godt fordi man kunne støtte og opmuntre hinanden i forbindelse med genoptræningen og skidt fordi han det første døgn havde lyst til at være alene pga kvalme og smerter og derfor havde dårlig samvittighed overfor sine medpatienter. Anders beskrev i forhold til en medpatient, der hørte dårligt, at han oplevede det som en stor opgave at få ham med og at han brugte meget energi på dette, hvilket gjorde ham træt. Anders beskrev det som naturligt, at tale med sine medpatienter om kroppens reaktioner efter operationen frem for at berette om dette for sine pårørende, idet de ikke ville have den samme forståelse. Han oplevede, at medpatienterne blev brugt til at give støtte og vejledning, hvorimod personalet blev brugt til at afklare medicinske spørgsmål. I samværet med de andre patienter oplevede Anders, at man forsøgte få alle med, dette betød at man talte om noget alle kunne være

med på, hvilket godt kunne gøre samtalen overfladisk. Anders oplevede at han ikke havde det store behov for at få besøg af sin kone under indlæggelsen.

### **3.1.2 2. Helhedsforståelse**

Bent er 72 år har fået indsat kunstigt hofteled og er tidligere opereret i den anden hofte. Bor alene og er folkepensionist. Bent oplevede i forhold til tidligere indlæggelser, at det var positivt at være en del af et hold gennem indlæggelsen, da det styrkede både egen og andres motivation til genoptræning, da man havde det samme udgangspunkt og ofte de samme problemer og herved kunne spejle sig i hinanden. For Bent var det trygt at vide, hvem han skulle være på hold med under indlæggelsen forud for denne. I forbindelse hermed oplevede han det som positivt, at man blev mødt med forståelse hos sine medpatienter og at man delte viden og erfaringer om symptomer hos medpatienter i første omgang, frem for at spørge personalet. Hertil gav det mening for ham, at ligge på stue med andre, idet han tidligere havde oplevet det ensomt, at være på enestue. Han oplevede, at der hurtigt opstod en form for samhørighed, hvor man kunne aflæse hinanden i forhold om den anden havde lyst til at snakke eller ej. I relation hertil oplevede Bent, at man havde en forpligtelse til at få samværet til at fungere, så ingen følte sig udenfor, hvilket i nogle tilfælde kunne betyde at man opfyldt andres behov frem for egne. Bent gav udtryk for at tiden fløj af sted og at man ikke sad og ventede på at få besøg.

### **3.1.3 3. Helhedsforståelse**

Conny er 61 år har fået indsat kunstigt knæled og har tidligere fået foretaget gynækologisk operation. Bor sammen med rask ægtefælle og er efterlønsmodtager. Conny oplevede at føle sig tryk og mindre fremmedgjort på indlæggelsesdagen, fordi hun havde mødt sine medpatienter forinden. Hun oplevede også, at være bekymret for sin medpatient, idet hun ikke mødte ham på gangen som forventet. Hun oplevede det som særligt betydningsfuldt, at man fejlede det samme og fulgtes gennem hele forløbet, idet hun udtrykte, at det gjorde det nemmere at opbygge et forhold til medpatienterne og gjorde det mere naturligt at spørge hinanden til råds og drage nytte af hinandens erfaringer. Hertil oplevede hun, at hun "glemte" sin blufærdighed, hvilket hun tilskrev det faktum, at alle havde det mere eller mindre på samme måde. Hun havde i forbindelse med tidligere indlæggelser oplevet, at man ikke spurgte så meget til

hinandens velbefindende, da man ikke helt vidste hvad den anden fejlede. Conny udtrykte, at det lå som en udtalt forståelse blandt patienterne, at man havde et fælles ansvar for at alle var med i genoptræningen, hvilket på den ene side kunne være hårdt hvis man selv havde det skidt og på den anden side givtigt, idet man kunne spejle sig i eller agere rollemodel for de andre. Conny oplevede, at det gav mening at være sammen med medpatienter i de dagligdags aktiviteter og at hun ikke havde det store behov for besøg.

#### **3.1.4 4. Helhedsforståelse**

Dan er 56 år, har fået indsat kunstigt knæled og er ikke tidligere opereret. Bor sammen med rask ægtefælle og er fortsat erhvervsaktiv. Dan oplevede, at det var forbundet med tryghed at møde medpatienterne igen på indlæggelsesdagen, idet han følte at de allerede kendte hinanden og det tog toppen af nervøsiteten. Dan oplevede, at blive talt til som et hold og savnede den individuelle opmærksomhed fra plejepersonalet. Han oplevede det til tider som en belastning at alt skulle foregå i hold og følte sig presset til at følge med. Han var dog interesseret i at være sammen med de andre patienter og være en del af fællesskabet, idet det også var motiverende for genoptræningen og fordi man kunne bruge medpatienters erfaringer, selvom han oplevede at denne kontakt ikke kunne erstatte den hjælp man havde brug for fra personalet. Dan udtrykte, at man socialiserede med de andre patienter for at vise respekt og oplevede, at det ikke var så vigtigt at tale om noget bestemt, men bare at man viste interesse for og var aktiv i samværet. Han fandt det positivt at han på intet tidspunkt følte sig alene.

Det ser således ud til at de fire beskrivelser lever op til kravene om variation og mangfoldighed, idet beskrivelserne er forskellige, fordi hver enkelt informant havde sit helt særlige fokus i forhold til betydningen af medpatienter. Forskelligheden går især på erfaring med indlæggelse og forventninger til opmærksomhed fra personalet. Helhedsforståelserne illustrerer også ligheder, idet alle informanter overordnet er optaget af, hvordan man får det bedst mulige ud af at være en del af et hold under indlæggelsen.

De fire eksistentialer har været med som pejlemærker gennem hele analysen og vil derfor ses tydeligt i beskrivelsen af de essentielle grundtemaer, uden at der henvises til dem. Herudover vil de flette ind og ud mellem hinanden, idet de ofte er sammenkædet i en og samme oplevelse. Eksempelvis indeholder Dans oplevelse af, at det bliver naturligt at tale med medpatienter om sin vandladning alle eksistentialer, idet sygehuset som rum opleves som et sted, hvor det bliver ufarligt at tale med andre om intime emner, hertil er oplevelsen af egen krop karakteriseret ved, at det var naturligt at møde andre og synligt vise sit kateter. Oplevelsen af levet relation henviser til, at det var fællesskabet med medpatienter, der gjorde det muligt at vove sig frem. Oplevelsen af levet tid henviser til, at nutiden under indlæggelsen gjorde det meningsfyldt at dele oplevelsen med andre, hvilket ikke var naturligt for ham, idet han plejede at værne mere om private emner.

## **3.2 Andet horisontale analyseniveau**

### **3.2.1 At være en del af et fællesskab og leve op til dette**

I dette afsnit fremlægges de temaer som er fundet ved den horisontale analyse og som beskriver noget væsentligt om, hvordan medpatienters betydning opleves. Oplevelserne blev sammenfattet i et forenende grundtema, som er; *at være en del af et fællesskab og leve op til dette*. I dette tema ligger således den dybere mening med fænomenet, idet det viste sig, at datamaterialets mange udtalelser, som blev omsat til essentielle temaer, kan relateres til oplevelser i forhold til det at skulle deltage i et fællesskab, som en af betingelserne for at være indlagt i et Joint Care forløb.

Temaet, at være en del af et fællesskab og leve op til dette, viste sig at blive yderligere belyst af tre sammenhængende undertemaer, som udfoldes og begrundes med empirien i nedenstående afsnit.; *at være kendt i en ukendt verden, at møde forståelse hos ligestillede, at balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed*.

I nedenstående skema 2 illustreres et eksempel på, hvorledes der er fundet frem til de forenende grundtemaer i analyseprocessen. Kolonne 1 viser de spørgsmål, der er stillet i interviewet ud fra interviewguiden. I kolonne 2 ses, hvad der svares og dermed siges i forbindelse med spørgsmålet, hvilket ikke nødvendigvis er et direkte svar, men en

oplevelse som spørgsmålet gav anledning til at fortælle om. Dette er illustreret ved citater fra interviewene og er dermed, hvad der gav mening for patienterne. Herfra udledes betydningsenheder, altså hvad der tales om, som ses i Kolonne 3. Sidst viser kolonne 4, hvilket tema der uddrages af de essentielle temaer.

## Skema 2

Spørgsmål fra interviewguiden	Den selektive tilgang Informanternes udsagn	Detaljeret læsning vertikalt Essentielle temaer	Detaljeret læsning horisontalt Forenende temaer
Hvordan opleves det at skulle forlade de kendte hjemlige rammer og at skulle være et ukendt sted sammen med medpatienter?	D: <i>så lå de der og ventede på mig, ja sådan følte jeg det, det var nærmest gensynsglæde</i> C: <i>det var ikke en fremmed og utryk verden, det betød så meget at der var en at sige; "hej" til</i> C: <i>det betød altså meget at vi ikke startede helt fra bunden</i>	Gensynsglæde  Tryghed ved det kendte	At være kendt i en ukendt verden
Var kontakten overfladisk eller oprigtig meningsfuld – kan du sige noget om de følelser der opstod?	C: <i>da blev jeg da lidt betænkelig og nåede at tænke at bare der nu ikke var tilstødt ham noget</i> A: <i>Så begyndte tankerne at køre rundt og bare der nu ikke var sket ham noget... men hvis jeg ikke havde vidst hvad han var her for, så tror jeg da ikke jeg havde tænkt over at han ikke kom tilbage</i>	Man bekymrede sig for hinanden, bla fordi man kendte hinanden lidt.	
Hvad var den mest almindelige form for samvær/kontakt - skal man tale sammen eller er det vigtigt at man blot er tilstede?	A: <i>man lader som om man kender hinanden, vi taler ikke om de dybere ting i tilværelsen eller forsøger at diskutere, men tager lidt gas på hinanden, det kan vi alle være med på, så det bliver vel lidt overfladisk til en start</i> B: <i>vi brugte egentligt meget humor, det er noget alle kender</i> C: <i>hun satte sig i stolen og det var bare så rart, selvom vi ikke udvekslede et eneste ord</i>	En særlig måde at være sammen på, hvor der både tales men hvor man også blot er tilstede	
Hvordan opleves betydning af medpatienter i forhold til betydning af dine pårørende mens du er indlagt?	C: <i>jeg synes jeg får dækket mit behov for at være social og min mand er der jo når jeg kommer hjem igen</i> B: <i>der er ikke noget med at kaste lange blikke efter personalet på gangen, eller at vente på at få besøg, vi har jo vores egen lille verden her på sygehuset</i> A: <i>det var ikke fordi jeg ikke ville have besøg, men vi er jo sammen med hinanden herinde hele tiden og hun kan ikke snakke med om det vi taler om alligevel</i>	Man får dækket sociale behov under indlæggelse med medpatienter	



### 3.2.2 At være kendt i en ukendt verden

Dette tema indeholder oplevelser om, hvordan det føltes trygt at blive indlagt, fordi medpatienterne på forhånd var kendte, hvilket også mindskede nervøsiteten over at skulle indlægges. Herudover henviser temaet til oplevelserne af, at det var kendetegnede for samværet mellem patienterne, at der var fokus på ikke at udelukke nogen fra fællesskabet og at man samtidigt bestræbte sig på at holde gang i fællesskabet. Hertil blev det tydeliggjort, at det forekom mere naturligt at bekymre sig for hinanden fordi man havde fået kendskab til hinanden inden indlæggelsen. At man som patient oplevede et særligt samvær med medpatienterne, betød at behovet for at være social blev opfyldt af medpatienter og at specielt behovet for nærvær var fremtrædende, idet det betød meget at man ikke følte sig alene. Netop det at tilbringe tiden sammen med andre gjorde at tiden opleves at gå hurtigt.

I forbindelse med indlæggelse til operation var det vigtigt for patienterne at de blev mødt af kendte mennesker på afdelingen og de fremhævede alle, at det var af stor betydning at de havde mødt de øvrige patienter, som de skulle tilbringe indlæggelsen sammen med, ugen forinden. Dette var således medvirkende til at de følte sig trygge og at sygehuset føltes knap så fremmed. Conny siger herom:

*”..man forlader jo de trygge rammer derhjemme for at tage herop, men det var ikke en fremmed og utryg verden, det betød så meget at der var en at sige; ”hej” til, det var ligesom at det betød: ”godt du kom”.*

Hvordan det at føle sig tryk kan nedtone nervøsiteten ved indlæggelsen illustreres i følgende citat fra Dan:

*”Det at jeg havde mødt dem om torsdagen og så lå de der og ventede på mig, ja sådan følte jeg det, det var nærmest gensynsglæde og jeg kunne ikke komme hurtigt nok i det sygehustøj og jeg glemte faktisk helt at jeg var nervøs”.*

Følelsen af at være tryk og mindre fremmedgjort i sygehusverden, fordi man var sammen med ”kendte” mennesker, var medvirkende årsager til at patienterne udviste bekymringer for hinanden. Dette viser de to nedenstående citater, hvoraf man også kan se, at det for Anders vedkommende ikke er en helt vant situation at have sådanne følelser overfor en person han ikke kender ret godt. Conny udtrykker:

*”Man er jo lidt opmærksom på hinanden og da en af mændene fra stue 18 ikke kom ud til morgenmad i går, da blev jeg da lidt betænkelig og nåede at tænke at bare der nu ikke var tilstødt ham noget. Så jeg måtte lige hen til personalet for at høre om han var OK”*

Hertil siger Anders:

*” det undrede mig meget at B ikke kom tilbage fra operationen om aftenen, da han jo var den første der blev opereret. Så begyndte tankerne at køre rundt og bare der nu ikke var sket ham noget, det kom egentligt lidt bag på mig at jeg var så bekymret, Jeg er ikke en der bekymrer mig særlig meget... men hvis jeg ikke havde vidst hvad han var her for, så tror jeg da ikke jeg havde tænkt over at han ikke kom tilbage”*

Patienterne tillagde altså det at de kendte hinanden inden operationen og at de skulle være sammen under indlæggelsen stor betydning i forhold, hvilke følelser der opstod overfor hinanden. I løbet af indlæggelsen kom dette også til udtryk ved at man deltog i fællesskabet på fællesskabets præmisser og derved forsøgte at leve op til de forventninger, man oplevede som væsentlige i forhold til at få fællesskabet til at fungere. Fx fortæller Dan om hvordan han oplevede det at være sammen med sine medpatienter under genoptræningen:

*”Vi talte jo sammen på en lidt uformel måde og det tror jeg var fordi vi vidste at vi skulle være sammen gennem hele forløbet og så havde vi jo også nået at lære hinanden lidt at kende inden og jeg tror at det betød at stemningen var afslappet for vi skulle jo ikke opnå noget hver især men holdet skulle”*

Bent oplevede også at det var vigtigt at indfri de forventninger der lå til fællesskabet, idet han siger:

*” Vi havde jo en fælles opgave og det var som om at vi var opmærksomme på hinanden... altså at alle havde det godt. Så det var bare om at hænge i, ja og også at få de andre med, der var en inde hos os der ikke hørte så godt og ham fik vi med, selvom det ikke altid var helt nemt”.*

Fællesskabsfølelsen er således af betydning for patienterne og det er mindre vigtigt at konkurrere og komme først til målet, men vigtigt at samværet er uformelt og at der er plads til alle. Anders beskriver at man forsøgte, at få samværet til at fungere ved at indtage en neutral holdning, så man ikke virkede hverken ligeglad eller dominerende:

*” man lader som om man kender hinanden, vi taler ikke om de dybere ting i tilværelsen eller forsøger at diskutere, men tager lidt gas på hinanden, det kan vi alle være med på, så det bliver vel lidt overfladisk til en start”.*

Om at vælge en neutral indstilling siger Bent også:

*” vi brugte egentlig meget humor, det er noget alle kender og det kan være befriende at grine sammen, så er der i hvert fald ikke nogen der er mere eller mindre vigtige end andre”.*

Det var vigtigt for patienterne, at man ikke følte sig alene, hvilket blev opvejet af fællesskabet med de andre patienter. Dette betød dog ikke, at man ikke kunne have lyst til at være alene, samtidigt med at man værdsatte den nærhed, der var i samværet med de andre. Hvordan det var at befinde sig i dette skisma og hvorledes dette kunne løses kan illustreres ved Connys udtalelse om at have det skidt og have lyst til at være alene og alligevel ønske at den anden bliver på stuen:

*”jeg lå der med en våd klud på panden og hun kiggede godt nok på mig og signalerede at hun ville gå ud, men jeg vinkede hende tilbage og hun satte sig i stolen og det var bare så rart, selvom vi ikke udvekslede et eneste ord”.*

En variation over dette dilemma med at have lyst til at være alene og på samme tid befinde sig i et fællesskab beskriver Andres på følgende måde:

*”jeg kunne godt have ønsket mig enestue den første morgen, hvor jeg havde så meget kvalme, både for min egen og de andres skyld. Jeg havde egentlig lidt dårlig samvittighed overfor de andre over at jeg ikke kunne deltage i snakken. Vi havde jo spøgt lidt med at vi ville gå op og hente morgenmad den første morgen”.*

På samme måde berører Dan også ovennævnte skisma, når han fortæller om, hvordan det oplevedes at skulle op den første gang og have rigtigt ondt, men alligevel være glad for de andre patienters nærvær:

*”jeg havde mest lyst til at skribe rigtigt højt, det havde jeg gjort hvis jeg havde været alene, men der var noget beroligende ved at de andre var der og så strammer man sig vel lidt an”.*

Empirien viste også, at det betød meget for patienterne, at de lå på stue med andre patienter. Der var således ingen af dem der ville ønske enestue, idet det samvær man havde med de andre patienter gjorde at tiden oplevedes at gå hurtig og at man ikke følte sig som en lille brik i det store system. Bent udtrykker det på baggrund af tidligere erfaring på denne måde:

*”der er ikke noget med at kaste lange blikke efter personalet på gangen....., vi har jo vores egen lille verden her på sygehuset og et mål vi skal nå. Jeg har før været på enestue og jeg følte mig helt isoleret fra omverdenen”.*

Ovenstående citat viser således at patienterne etablerer sig under de forhold, der er givet under indlæggelsen og at fællesskabet med medpatienterne kan opfylde de sociale behov der opstår. Følgende citat fra Conny afslører også, hvordan pårørende kan opleves som mindre væsentlige end medpatienter desangående:

*”min mand har da været her hver dag og det er jeg selvfølgelig glad for, men jeg har egentligt brugt ham mest til det praktiske, altså han kom med et par rene bukser, som jeg kunne have på når jeg skal hjem, men vi har ikke talt ret meget sammen alene, jeg synes jeg for dækket mit behov for at være social og han er der jo når jeg kommer hjem igen – så kører vi i vores eget tempo og så er det kun **mig** der har brug for støtte”.*

Anders beskriver en variation af dette forhold, idet han savner sin kone, men alligevel ikke opfordrer hende til at komme den lange vej ind på sygehuset, når han alligevel snart skal hjem. Følgende citat viser også hvordan det kan opleves at have to roller og at det er nemmest at holde disse adskilt i de verdener de hører hjemme:

*”det var ikke fordi jeg ikke ville have besøg, men vi er jo sammen med hinanden herinde hele tiden og hun kan ikke snakke med om det vi taler om alligevel. Men jeg ser da frem til at være sammen med hende igen, ja og være mere mig selv igen”.*

### **3.2.3 At møde forståelse hos ligestillede**

Dette tema omhandler, hvorledes blufærdigheden omkring intime forhold mistede sin betydning, idet det gav mening at dele sine oplevelser og erfaringer med medpatienter, fordi man her blev mødt med og kunne opnå en helt særlig forståelse, som ikke var mulig hos hverken pårørende eller personalet. Det træder også klart frem, at den forståelse patienterne opnår, primært henter sin berettigelse i at patienterne befinder sig i parallelle forløb, og dermed er ligestillede. Tilsvarende viser empirien, at det var nærliggende og ufarligt at opmuntre hinanden og komme med gode råd, når man oplevede medpatienters uvante kropslige reaktioner give ubehag, idet man kunne sætte sig i den andens sted. Dette tema rummer således også en eksistentiel dimension, idet det omhandler, hvorledes man håndtere kropslige reaktioner og ubehag, som man ikke selv kan kontrollere og som derved kan ændre den opfattelse man har af sig selv. At medpatienterne har en afgørende betydning for, hvordan de eksistentielle udfordringer håndteres viser patienternes udtalelser eksempler på.

Følgende citat illustrerer, hvordan Conny skubbede blufærdigheden i baggrunden, fordi hun oplevede at blive mødt med accept og forståelse fra sin medpatient:

*”jeg kom ud fra badeværelset med åben skjorte, uden noget inden under... det ligner ellers ikke mig, men jeg vidste at hun ville forstå mig... altså hvorfor jeg hellere ville ligge i min seng og knappe den, hun havde jo lige været der. Hvis hun ikke havde været igennem det samme som mig, ville hun måske have syntes at det var lidt mærkeligt”.*

Dan beskriver et eksempel på, hvordan han oplevede at det pludseligt var naturligt at tale med andre om sin vandladning. Noget som plejer at foregå ubesværet og uden at involvere andre i det. Han havde efter operationen et blærekateter, som er synligt for andre og netop dette gav anledning til at medpatienter gav gode råd på baggrund af egne erfaringer. At overskride denne intime grænse, var for Dan ikke lige til, men han oplevede at det gav mening, idet han synes at han kunne bruge medpatienters erfaringer som et supplement til personalets vejledning. Han udtaler:

*”det var egentligt ikke fordi jeg havde de store problemer med at vise mig for de andre, men jeg var da lidt træt at den der pose på stativet. Men det var der jo flere der havde og det var ligesom helt naturligt og alle vidste at det var fordi man var bedøvet i ryggen, så der var ikke noget i det..... Vi talte jo om at komme til at tisse selv igen og jeg var glad for at de fortalte mig, hvad jeg kunne forvente, det bliver ligesom mere autentisk, når de selv har prøvet det”.*

Anders oplever også at man bruger personalet og medpatienter i forskellige henseender:

*”Når det handler om at finde ud af hvad der skal ske og hvilken medicin man skal have eller ikke have, er det nok personalet man henvender sig mest til, men når man skal have styr på maven, så er det medpatienterne der bliver spurgt, de kender det jo.”*

I nedenstående citat fortæller Anders videre om hvordan han oplever de intime grænser rykket i samværet med medpatienter og han tydeliggør, at årsagen til at det er så naturligt er, at man befinder sig i parallelle sygdomsforløb:

*”hvis der nu havde ligget en med cancer sammen med os, så havde der måske været nogle helt andre årsager til at man kunne have problemer med maven. Det er lettere for os at snakke om, fordi vi kender årsagen.....morfin! Og vi ved at det går over, det gør det måske aldrig for dødssyge og vi er jo raske, men er bare inde for at blive repareret”.*

Lidt senere siger han i forlængelse heraf:

*”jeg har slet ikke fortalt min kone at jeg bøvlede med maven, det kunne hun jo ikke bruge til noget”.*

Alle patienter fortæller, at den opmuntring man mødte fra medpatienterne havde stor betydning for motivationen. I forbindelse med den daglige træning blev der således gjort brug af opmuntrende bemærkninger, som specielt var tiltænkt dem som havde det lidt svært. I det følgende ses, hvordan Dan oplevede denne opmuntring udspringe dels af fællesskabet, men også af at man vidste at alle fejlede det samme og skulle igennem det samme for at nå samme mål:

*”det er da sådan at de andre opmuntrer én, hvis man har en dum dag og det gør de jo fordi de forstår hvordan man har det og fordi de ved hvad man fejler”.*

Ligeledes fortæller Conny, at hun foreslog sin medpatient at drikke citronvand og hæve hovedgærdet på sengen, da hun havde kvalme, selvom personalet havde været med noget kvalmestillende medicin og at hun kun gjorde dette, fordi hun vidste, at det var den samme kvalme hun selv havde haft:

*”hvis jeg ikke havde vidst hvad hun fejlede tror jeg ikke jeg havde sagt noget, men jeg kunne lige sætte mig i hendes sted og det tror jeg altså ikke personalet kan”.*

Nedenstående citat fra Bent illustrerer, hvordan det opleves at møde forståelse blandt medpatienter i forbindelse med at påbegynde genoptræningen i de andres påsyn, når der opleves et pres fra personalet om at skulle gå lidt længere.

*”jeg havde jo ikke så langt til spisestuen, men jeg kunne ikke gå mere, selvom jeg godt kunne mærke på terapeuten, at det burde jeg kunne. De andre der var kommet derned sagde at det var flot og det var fordi de vidste hvor hårde de først gå ture kan være, for det er jo ikke særligt flot kun at gå 10-20 meter”.*

Conny beskriver også, hvordan det at blive mødt med forståelse, udover at det var fordi man var ligestillet, også kunne hænge sammen med den viden man havde om hinanden fra starten af forløbet.

*”jeg tror at vi forstod hinanden bedre fordi vi kendte lidt til hinanden, den dag vi var her til møde, der spurgte personalet om der var nogen der havde prøvet det eller det og på den måde vidste man jo lidt om hinanden på forhånd....det betød altså meget at vi ikke startede helt fra bunden”.*

### 3.2.4 At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed

Dette tema rummer udtalelser vedrørende det ansvar patienterne følte for hinanden og som det var svært at fravige, bla fordi man kendte hinanden og derfor allerede fra starten af indlæggelsen havde en viden om hinanden, som gav interaktionen et moralsk præg. Temaet indeholder oplevelser om, hvordan det kunne være svært at tage sig af andre, når man selv er sårbar, idet gensidigheden ikke altid var til stede og at det kunne være anstrengende at give uden at få. Oplevelser om at føle en stærk tilknytning til fællesskabet, pga at man var ligestillet og derved kunne blive mødt med og hente forståelse i dette fællesskab, blev yderligere forstærket af, at man følte sig set som et hold, idet patienternes udtalelser antyder, at man kunne savne individuel opmærksomhed fra personalet.

Anders udtaler hvordan han oplevede det at hjælpe en anden uden at få så meget igen og hvordan han i den forbindelse nærmest glemte sig selv:

*” ...jeg fulgte efter ham til spisestuen med hans skråpude, den glemte han tit og så satte jeg mig ned uden min egen, heldigvis skete der ikke noget”*

Han siger videre:

*”det er jo ikke fordi man skal have noget igen, men jeg bruger egentligt meget energi på at tænke på hvordan han klarer det”.*

Anders´ udtalelse viser, hvordan han føler en forpligtelse til at hjælpe sin medpatient, hvilket resulterer i at han tilsidesætter sig selv og det illustrere således at det kan være vanskeligt at fokusere på både sig selv og andre, uden at opleve omkostninger.

Samtidigt viser det, at det kan være svært at fravige den forventning der ligger til fællesskabet om at hjælpe hinanden, når man først er trådt ind i dette.

Conny udtrykker hvordan hun oplever det som en forpligtelse, der ligger i det at være indlagt efter Joint Care konceptet, at udvise interesse for hinanden, samt hvorledes det forekom hende svært at lade være med at føle ansvar for de andre:

*”på et tidspunkt den anden dag var jeg meget fokuseret på at blive dus med stakkene, men da jeg gik forbi stue 18 måtte jeg bare stoppe op og spørge om det gik bedre med kvalmen i dag”.*

Dan anvendte metaforen om at være på et hold under indlæggelsen, som at være medspillere og ikke modspillere i forbindelse med den opmærksomhed man rettede mod hinanden. I denne sammenhæng udtrykte han, at man hjalp hinanden med at vinde kampen og at der heri lå en motivation for at være på niveau med de andre i forhold til genoptræningen. Bag metaforen skjulte sig imidlertid en efterlysning af individuel opmærksomhed fra personalet, idet han indimellem oplevede, at man blev set som en del af et hold og ikke som en person i sig selv. Dan giver et eksempel på denne oplevelse:

*” de spurgte; kommer I op og spiser? Og selvfølgelig fulgte jeg med, men egentligt mest for fællesskabets skyld, der var ingen der spurgte mig om jeg havde lyst eller kræfter til det”*

Dette eksempel viser, hvordan man som patient forsøgte at leve op til den forventning der ligger i Joint Care konceptet om at være en del af et hold og deltage i fællesskabet under indlæggelsen og på bekostning heraf lade egne behov komme i baggrunden.

Anders fortæller, hvordan han oplevede at patienterne orienterede sig mod hinanden, idet han følte at personalet lod dem være meget for sig selv:

*”Vi er jo et hold, der skal arbejde sammen og det er da ikke sådan at vi holder sygeplejerskerne ude fra stuen, de er da mere end velkomne til at blande sig, men det gør de nu ikke”.*

I det næste citat fra Bent ser man også, at han oplever at fokus er på holdet, idet han hører personalet sige at; ”stue 18 selv går op og henter kaffe”. Heri opfatter han, at der ligger en dobbelt forventning om at man både sørger for sig selv og for de andre. Han beskriver dog i modsætning til Dan ikke at være bekymret over den manglende individuelle opmærksomhed på egen vegne, men mere på vegne af den medpatient, som ifølge Bent ikke ville være klar til udskrivelse på samme tid som de andre, hvis ikke de havde sørget for ham. Han siger:

*”jeg sagde til ham, at nu måtte vi hellere gå op og få den kaffe, og han spurgte mig om det var nødvendigt at gå op nu igen og jeg sagde at han var nødt til at følge med. Det var egentligt mig der bestemte, men ikke i negativ forstand, der var jo ikke andre der sagde hvad han skulle. Jeg havde trænet nok, men jeg vidste at han havde ligget i sengen det meste af formiddagen og det var jo næsten ikke til at bære at han ikke kunne komme hjem som os andre, fordi der ikke var nogen der havde sagt til ham at det var vigtigt at træne selv.*



Dette eksempel viser hvordan Bent i den grad føler sig forpligtet til at tage ansvar for sine medpatienter og at han således forsøger at leve op til de forventninger der ligger til fællesskabstankegangen i Joint Care konceptet. Han er således også bevidst om, at det er vigtigt, at patienterne hjælper hinanden, fordi det ellers kunne betyde at fællesskabet ville gå i opløsning og er ikke interesseret i at påtage sig ansvaret for dette.

Conny beskrev fællesskabet mellem patienterne som et net der var bredt ud under dem, idet hun oplevede at der var nogen der greb én hvis man faldt og at man også selv greb andre hvis man kunne se at de var ved at falde. Hun brugte denne metafor til at udtrykke den tryghed der var forbundet med fællesskabet og hvorledes man tog sig af hinanden, men understregede samtidigt, at det ikke var helt omkostningsfrit at skulle have øje for de andre, når man selv var lidt sårbar. Fx siger hun:

*”hende ved siden af mig havde jo haft det dårligt med kvalme, så hun havde egentligt ikke så meget brug for mig lige der om formiddagen, men jeg kunne mærke på hende at hun gerne ville snakke om eftermiddagen da hun fik det bedre og så blev vi på stuen, selvom jeg rigtigt gerne ville have været ude at træne lidt mere, for jeg havde faktisk brug for at bevæge mig lidt, også for at få maven i gang, men det kunne jo lige så godt have været mig der havde brug for at hun blev”.*

Dette citat viser, at Conny valgte at fokusere på fællesskabet og for omsorgen for medpatienten, i stedet for at koncentrere sig om at løse egne problemer og dermed opfylde egne behov. Dette bunder dels i at hun føler et ansvar for at tage del i medpatientens situation, men også at hun medtænker den gensidighed der ligger i forholdet, i relation til at hun selv gerne ville have følt den samme opmærksomhed, hvis rollerne havde været byttet om.

#### **4. Diskussion af fundene**

Resultaterne fra den empiriske analyse bringes nu i spil med problemformuleringen.

Resultaterne siger således noget om, hvad der er betydningsfuldt set fra patientens perspektiv og bringes nu videre i en diskussion, hvor de udgør begrundelserne for svarene på, hvad der indledningsvist gjorde det undersøgte fænomen interessant.

Hensigten med diskussionen er at klarlægge, hvad patienterne finder betydningsfuldt i relation til medpatienters betydning, samt at sætte fokus på, hvad der i sammenhæng

med patienternes oplevelser af medpatienters betydning i joint care forløb, er vigtigt i sygeplejen. Diskussionens formål bliver således at besvare problemformuleringen som lyder: *At beskrive hvordan patienter indlagt efter Joint Care konceptet oplever betydning af medpatienter og diskutere hvilke sygeplejefaglige aspekter der kan knyttes hertil?*

Diskussionen struktureres overordnet efter de tre temaer: *at være kendt i en ukendt verden, at møde forståelse hos ligestillede og at balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed*, som viste sig ved den horisontale analyse. Indenfor disse tre temaer har analysen vist, at de fire livseksistentialer, levet krop, levet rum, levet relation og levet tid udgør grundstammen i patienternes oplevelser og derved indfanger patienternes oplevelser af medpatienters betydning i livsverdenen under indlæggelse i joint care forløb. Dette validerer således at den teoretiske analyseramme, der er anvendt til at udlede de empiriske data, har været medvirkende til, at der kan gives svar på problemformuleringens bagvedliggende antagelser, som netop angik oplevelsen af medpatienters betydning i forhold til; oplevelsen af at træde ind i sygehusverdenen som en fremmed verden, at medpatienter kunne få en afgørende betydning i forhold til forståelse af egen situation, samt om det kunne opleves som en forpligtelse af hjælp og støtte medpatienter. For at komme i dybden med diskussionen af de antagelser, der ligger til grund for problemformuleringen, er det nødvendigt at foretage en yderligere inddeling af de overordnede temaer, idet denne tematisering i tre temaer kan ses som en empirisk-teoretisk konstruktion af, hvad der gav mening set ud fra patientens perspektiv i relation til medpatienters betydning og er således rent beskrivende. Derfor inddeles diskussionen af temaerne i undertemaer, som er fremkommet ved at vende tilbage til problemformuleringens bagvedliggende antagelser og spørgsmål og sammenholde disse med resultaterne fra analysen af det empiriske materiale. Herved bliver det muligt at tydeliggøre, at det empiriske materiale kan give svar på problemformuleringen, idet materialet diskuteres med de indledende formodninger og forklaringer på mulige sammenhænge som problemformuleringen bygger på. *At være kendt i en ukendt verden* udgør det første tema og dette underinddeles i temaerne; *mødet med sygehuset, bekymring for hinanden, en særlig måde at være sammen på, opfyldelse af sociale behov*. *At møde forståelse hos ligestillede*, er det næste tema der diskuteres og dette

inddeles i undertemaerne; *privathed og blufærdighed* og *at dele erfaringer*. **At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed** udgør det sidste tema og undertemaerne er her; *at føle et fælles ansvar, at holde fokus og at blive set som et hold*.

Hvert afsnit indledes med en præsentation af den indledende antagelse eller det spørgsmål problemformuleringen bygger på. Hertil inddrages fund fra analysen, som svar på problemformuleringen. For at underbygge fundet og til diskussion heraf, inddrages litteratur fra den indledende problematisering, samt andet relevant litteratur som kan nuancere diskussionen. I forlængelse heraf gives der bud på, hvad denne viden kan betyde for den kliniske sygepleje i joint care forløb.

#### **4.1 At være kendt i en ukendt verden**

At møde mennesker man i forvejen følte man kendte, viste sig i analysen at være af stor betydning for patienter i deres møde med den ukendte verden, som sygehuset udgjorde. Det kunne gøre at man følte sig mere tryk og at nervøsiteten over indlæggelsen mindskedes. Herudover viste det sig, at medpatienterne under indlæggelsen repræsenterede den kendte verden, hvori de sociale behov blev dækket, samt at man som patient bestræbte sig på at holde fællesskabet i gang med medpatienter ved at være sammen på en særlig måde og at man på grund af det fællesskab man fik opbygget, nærrede en særlig bekymring for hinanden.

##### **4.1.1 Mødet med sygehuset**

I dette afsnit diskuteres spørgsmålet, der indledningsvist er stillet til om medpatienter kan give patienterne en følelse af tryk i forbindelse med, at de forlader de hjemlige omgivelser og indlægges på sygehuset, idet det har vist sig at medføre et element af utryk, når de hjemlige omgivelser skiftes ud med sygehuset. Der svares således på, hvordan patienterne oplever medpatienternes betydning, når de møder sygehuset i forbindelse med indlæggelse efter joint care konceptet.

Hvordan det oplevedes tryk at møde medpatienterne ved indlæggelsen er udtrykt i følgende citat fra Conny: *det var ikke en fremmed og utryk verden, det betød så meget at der var en at sige; "hej" til*. At patienterne ved indlæggelsen på sygehuset mødte

medpatienter, de havde mødt forinden, gjorde at altså at sygehuset føltes mindre fremmed. Genkendeligheden bliver således afgørende for, at patienterne oplever overgangen mellem hjemmet og sygehuset som tryk. Ligeledes bliver visheden om at medpatienterne venter på én, en vigtig faktor i følelsen af, at man som patient føler sig velkommen og inviteret ind i fællesskabet, ligesom dette kan gøre at nervøsiteten i forbindelse med indlæggelse og operation mindskes. Dan siger om møde med medpatienterne på indlæggelsesdagen: *og så lå de der og ventede på mig, ja sådan følte jeg det, det var nærmest gensynsglæde..... jeg glemte faktisk helt at jeg var nervøs.* Det tyder altså på, at de patienter som er først ankomne, byder de nytilkomne velkommen og bliver således initiativtagere til at kontakten og fællesskabet åbnes. Tilsvarende finder Album, at det er den etablerede patient, der hjælper den nyankomne i gang (Album 1996:56). Således er der ved det indledende møde mellem patienterne allerede skabt en fælles forståelse af det fællesskab patienterne skal fungere i. En fælles forståelse som udtrykker, at fællesskabet er af stor betydning og som er baseret på patienternes opfattelse af hvilken adfærd, der synes passende. Dette kan sidestilles med Albums fund af, at patienterne hurtigt finder en fælles definition af situationen, så det er tydeligt, hvordan samværet skal foregå, idet han giver eksempler på hvordan patienterne vover sig frem og stiller spørgsmål til medpatienter om ufarlige ting, som fx rummenes placering og at denne henvendelse i sig selv er et udtryk for gerne at ville have kontakt til medpatienter (Ibid.:107-108). Selvom patienterne i herværende undersøgelse kun havde mødt hinanden kortvarigt forud for indlæggelsen, var dette medvirkende til at overskuddet og viljen til at gå ind i fællesskabet med medpatienter var styrket. Conny siger herom: *det betød altså meget at vi ikke startede helt fra bunden.* I dette udsagn gives der udtryk for at det havde været mere anstrengende, hvis både medpatienter og sygehuset var fremmed. At være medpatienter og ikke bare fremmede mennesker gjorde altså at patienterne følte at de havde et fælles projekt allerede ved indlæggelsens start. At joint care patienter har mødt hinanden inden indlæggelsen betyder således, at de har mulighed for at forberede sig til mødet med de andre patienter og at det giver en følelse af tryghed, at de ved hvem de kan forvente at møde og at disse medpatienter er ligestillede med dem selv. Dette gør sig, i modsætning hertil, ikke gældende i konventionelle indlæggelser, hvor Album beskriver, at det altid vil være forbundet med en vis usikkerhed og uvished at møde medpatienter første gang, idet man som patient

ikke ved noget om den nye medpatient, udover at han er patient. Album beskriver videre, hvordan patienternes samliv er et møde mellem fremmede, idet de for første gang bliver en del af hinandens liv, men at det udvikler sig til et fællesskab mellem medpatienter, idet sammenligneligheder i deres situationer og fælles oplevelser, som fx måltiderne på sygehuset, fremhæves gennem samvær og samtale (Ibid.:29-30,55-56). Hermed menes at patienterne bruger starten af indlæggelsen til at finde en fælles definition af situationen og udvikle et fællesskab, hvilket er i modsætning til patienterne som følger joint care forløb, idet patienterne her allerede har gennemgået det første møde inden indlæggelsen. Dette afsnit har vist at patienterne som følger joint care konceptet kan opleve betydningen af medpatienter som afgørende for, at man ved indlæggelsen føler sig tryk, netop fordi man har mødt hinanden forud for indlæggelsen og derved allerede er en del af et fællesskab. Overgangen mellem at være i det hjemlige rum og til at bevæge sig over i sygehusrummet opleves altså forholdsvis uproblematisk pga medpatienters tilstedeværelse. Dette kan således forklares fænomenologisk, idet patienterne tilsyneladende oplever ”at blive det rum de er i” (Van Manen 1990:102), idet de hurtigt bliver en del af patientfællesskabet og dermed påvirkes deres adfærd af den kontekst, som sygehusrummet er.

Fra teoretisk side har flere beskæftiget sig med hvilke problematikker, der kan opstå, når sygehuset ses som en fremmed verden, hvor patienternes daglig liv under indlæggelse skal foregå. Scheel (Scheel 1995:197,260-263) og Loftager (Loftager 1990) har med udgangspunkt i Habermas’ teori om system og livsverden beskrevet, hvordan sygeplejen udspiller sig i et spændingsfelt mellem system og livsverden og at patienten i dette spil kan føle sig som en lille brik i et stort fremmedgjort system pga det systemiske overtag og hvor udfordringen til sygeplejen bliver at mindske dette overtag. Et eksempel på, hvordan det kan føles at befinde sig i sygeplejen i spændingsfeltet mellem livsverden og system, findes i en undersøgelse af patienters oplevelse af, at få en sygdom og komme i kontakt med sundhedsvæsenet, hvor sygehuset opleves som en helt anden verden, med egne normer og værdier, hvilket kunne forstærke usikkerheden og angsten ved indlæggelse (Jensen 2002:32). At sygehuset som udgangspunkt var ligestillet med en fremmed verden, viser Connys udsagn, idet hun mod forventning oplever, at det *ikke* var en fremmedgjort verden hun mødte, pga medpatienternes

tilstedeværelse i forbindelse med indlæggelsen. Det ser således ud til at joint care forløb er tilrettelagt således, at de netop mindsker følelsen af systemets overtag, idet patienterne oplever at føle sig trygge og mindre fremmedgjorte ved indlæggelsen pga fællesskabet med medpatienterne. Dog kan man stille spørgsmål til om patienternes fællesskabsfølelse kan stå alene, når blikket vendes mod den pleje og omsorg de har brug for under indlæggelsen og som også udspiller sig i dette spændingsfelt?

#### **4.1.2 Bekymring for hinanden**

I dette afsnit diskuteres den indledende antagelse om, at patienterne bekymrer sig om medpatienter på grund af den viden om og det kendskab får til hinanden under indlæggelse. Der svares altså på, om patienter indlagt efter joint care konceptet oplever denne bekymring i relation til oplevelsen af medpatienters betydning.

At være en del af et fællesskab under indlæggelse og dermed have viden om og kendskab til medpatienters situation, gjorde at patienterne bekymrede sig om hinanden. Anders udtrykker den følelse af bekymring, der kom over ham, da medpatienten ikke kom tilbage fra operation: *Så begyndte tankerne at køre rundt og bare der nu ikke var sket ham noget.* Conny siger om bekymring for en medpatient: *da en af mændene fra stue 18 ikke kom ud til morgenmad i går, da blev jeg da lidt betænkelig og nåede at tænke at bare der nu ikke var tilstødt ham noget.* Dette vidner om at patienterne bekymrede sig om medpatienter, når det ikke gik helt som forventet. Bekymringen udsprang således af at de vidste hvad medpatienterne skulle igennem og derfor hvilket resultat de kunne forvente at se. Anders siger også efterfølgende: *hvis jeg ikke havde vidst, hvad han var her for, så tror jeg da ikke at jeg havde tænkt over at han ikke kom tilbage,* hvilket underbygger, at det er den viden man har om den anden, som danner grundlag for bekymringen. Det tyder altså på at samværet med medpatienten, spiller en stor rolle og derfor kan ses som et gensidigt samarbejde, som indeholder mere end information og samtale mellem patienterne. Som følge af at patienter tilbringer tid sammen bliver de således aktive deltagere i hinandens liv under indlæggelse. Isaksen (Isaksen 1996:53-54) finder også at patienterne bekymrer sig om hinanden, hvilket også begrundes i at patienterne kender til hinandens situation og dermed udviklingen i hinandens sygdom, når hun beskriver hvordan cancerpatienter spørger til andre

patienters velbefindende gennem personalet. Fx er det typisk at medpatienter bekymre sig om og derfor spørger personalet om en patients tilstand, hvis vedkommende er blevet flyttet på enestue. Denne bekymring retter sig formodentligt mod det faktum at medpatienten har fået det dårligere og måske vil dø, hvorimod den bekymring joint care patienterne oplever ikke retter sig mod så fatale livsbegivenheder. Isaksens eksempel bruges dog alligevel som belæg for synspunktet, idet det siger noget om, at den bekymrende følelse kan opstå når man kender og er i et fællesskab med medpatienter, uanset om man er indlagt med en livstruende sygdom eller ej.

Dette forhold at patienterne faktisk bekymrer sig om hinanden og at det er vigtigt for dem at vide, hvordan der går deres medpatienter, kunne med fordel prioriteres i sygeplejen, idet sygeplejersker, med bevidsthed om, at det er væsentligt for patienterne at få svar på deres spørgsmål, kunne se dette som en ressource i forhold til opretholdelse af fællesskabet, dog med tavshedspligten for øje.

#### **4.1.3 En særlig måde at være sammen på**

I dette afsnit diskuteres det indledende spørgsmål, som angår, hvorvidt patienter under indlæggelse indgår i relationer med hinanden ud fra særlige regler, som er karakteristisk for livet som patient. Der svares således på, hvorledes patienter indlagt efter joint care konceptet oplever betydningen af medpatienter med fokus på den måde man er sammen på.

I samtalerne mellem patienter var det af stor betydning at holde fokus på neutrale emner, idet det var vigtigt at alle kunne være med, så ingen følte sig udelukket fra fællesskabet. At samværet havde en særlig form siger Anders udsagn noget om: *man lader som om man kender hinanden, vi taler ikke om de dybere ting i tilværelsen eller forsøger at diskutere ..... så det bliver vel lidt overfladisk til en start.* Denne udtalelse rummer en pointe om, at det ikke var så vigtigt hvad man talte om, men mere vigtigt at man talte sammen og dermed viste at man gerne ville fællesskabet. Samtalen bliver således det, der giver mulighed for at opbygge fællesskabet i takt med at man lærer hinanden bedre at kende. Denne pointe er også at finde hos Album, idet han beskriver at samtalen mellem patienterne kommer af sig selv og at det er mere unaturligt ikke at

snakke sammen, når man er så tæt på hinanden, fordi det bliver mere unaturligt at vide meget om hinanden uden at tale sammen, end det gør, hvis man taler sammen og forsøger at lære hinanden at kende. Samtalen bruges ifølge Album til at overskride fremmedheden mellem patienterne (Album 1996:97-99). Humor blev anset for en god måde at få alle med og hvor man fortsat holdt sig på neutral grund. Bent fortæller hvordan man forsøgte at holde stemningen neutral: *vi brugte egentligt meget humor, det er noget alle kender*. Sammenfaldende hermed finder Album (Ibid.:61-76) at patienterne lever efter et regelsystem indeholdende forbuds og påbudsnormer, når de er indlagt. Hvor forbudene drejer sig om at undgå konflikter og derved at blive uenige, samt at undgå at samværet bliver alt for intimt og følelsesladet. Påbudsnormerne indeholder krav om at søge enighed, at være imødekommende og at være morsom. Hertil finder Album (Ibid.:121-122) at patienterne taler om emner, som er med til at fastsætte normen om at alle er ens. Derved bliver det også legalt at tale om sygdom, hvilket diskuteres i afsnit 4.2.2.

Samværet mellem patienterne kunne også opleves som værdifuldt ved at medpatienter blot var til stede og uden at der nødvendigvis siges noget. Conny beskriver hvordan hun oplevede samhørighed og nærvær med medpatienten, uden at der var noget krav om hun skulle tale med hende: *hun satte sig i stolen og det var bare så rart, selvom vi ikke udvekslede et eneste ord*. Forinden havde Conny vinket medpatienten hen til sig, idet medpatienten ville forlade sengestuen for at lade Conny være i fred, fordi hun havde det skidt. Gennem det regelstyrede fællesskab, som indeholder forbuds- og påbudsnormer, som beskrevet ovenfor, lærer patienterne en adfærd overfor medpatienter, der enten signalerer behov for nærhed eller distance og medpatienter forstår hensigten uden forudgående forklaring. Connys adfærd beskrives af Album (Ibid.:46-47), som at vise at man er tilgængelig og at man derved gerne vil fællesskabet, selvom ens fysiske tilstand ikke signalerer dette. Ligheden mellem patienterne, hvilket også er gældende i Connys eksempel, skaber ligeledes en nærhed, præget af en rolig og afslappet stemning, hvor patienten ikke behøver at forklare sig, fordi medpatienten allerede ved, hvad det handler om (Ibid.:96). Tilsvarende finder Isaksen at der ikke altid behøver at være så mange ord mellem patienter for at opleve medpatientens nærhed og forståelse (Isaksen 1996:48).



#### 4.1.4 Opfyldelse af sociale behov

Diskussionen i dette afsnit tager udgangspunkt i det indledende spørgsmål om, på hvilken måde medpatienter kan erstatte pårørendes rolle i forhold til at opfylde sociale behov og dermed udfylde tiden under indlæggelse. Herved svares der på, hvordan patienter indlagt efter joint care konceptet oplever medpatienters betydning i relation til at opfylde sociale behov under indlæggelse.

Pårørende kommer for joint care patienter til at spille en birolle i forhold til at opfylde sociale behov for samvær og kontakt med andre mennesker, mens patienterne er indlagt, idet medpatienterne kan udfylde denne rolle, bla fordi de befinder sig i samme kontekst, hvor de deler alle aktiviteter og dagligdags gøremål, som fx måltider, genoptræning og indbyrdes samtaler og derved oplever det samme. Conny siger om at få dækket de sociale behov under indlæggelsen, samt hvordan hendes mand kommer til at spille en mindre vigtig rolle i forbindelse hermed: *jeg synes jeg får dækket mit behov for at være social og han er der jo når jeg kommer hjem igen.* Dette fortæller om, at behovet for at være sammen med og tale med andre mennesker bliver dækket af medpatienter og at der er særlige sociale behov, som er knyttet til den vante hverdag og særlige sociale behov, som er knyttet til patienttilværelsen og at der i disse to verdener er bestemte personer der kan opfylde behovene. Dette viser også hvordan oplevelsen er relateret til det rum og de relationer, patienterne befinder sig i, idet der er ét som foregår under indlæggelse på sygehus og noget andet der foregår derhjemme. Anders' udsagn understøtter ligeledes dette: *det var ikke fordi jeg ikke ville have besøg, men vi er jo sammen med hinanden herinde hele tiden og hun kan ikke snakke med om det vi taler om alligevel.* Dette illustrerer, at de sociale aktiviteter, som at tale sammen og at spise sammen og træne sammen er knyttet til det at være patient i joint care forløb. Det er altså primært livet på sygehuset, det at være syg og det at være patient, der udgør kernen i det sociale samvær og det tilhørsforhold patienterne oplever, at få opfyldt hos hinanden. Dette er de pårørende ikke en del af, derfor bliver det ikke naturligt at inddrage dem. Isaksen (Isaksen 1996:44,91) finder også at det er mere acceptabelt for patienterne at vise medpatienter, hvis man har et problem, som knytter sig til indlæggelsen og sygdommen, end at inddrage pårørende i dette, fordi de ikke har den samme forståelse for problemets betydning i forhold til det at være patient. Hertil finder Album (Album 1996:64)

tilsvarende, at patienter ofte taler om emner, som er af mere sygdomsrelateret og intim karakter, som de ikke taler med deres pårørende om, fordi patienterne oplever hinanden i uvante situationer og derigennem finder en fælles forståelse af, hvad der sker med dem.

Det sociale samvær viser sig imidlertid også at have en funktion, som angår det at udfylde tiden, så dels at tiden ikke opleves at gå langsomt, men også så man ikke føler sig ensom under indlæggelse. Bent siger: *der er ikke noget med at kaste lange blikke efter personalet på gangen, eller at vente på at få besøg, vi har jo vores egen lille verden.* Han siger videre: *Jeg har før været på enestue og jeg følte mig helt isoleret fra omverdenen.* Medpatienter har altså en afgørende rolle, når det handler om, ikke at føle sig ensom når tiden under indlæggelse tilbringes sammen med medpatienter. Bents eksempel viser, hvordan medpatienter har stor betydning for, hvordan tiden opleves og hvordan fortiden også inddrages for at understøtte oplevelsen. Tilsvarende finder Isaksen (Isaksen 1996:64, 67-68) at samværet med medpatienterne er vigtig, idet dette betyder at man ikke føler sig ensom under indlæggelse, når man har nogle at snakke med og gøre ting sammen med

Det ser således ud til at de pårørende til patienter i joint care forløb indtager en tilskuer rolle frem for en deltager rolle, når det handler om at opfylde sociale behov under indlæggelse, idet det sociale samvær mellem patienterne er centreret om, at dele erfaringer om håndtering af de udfordringer indlæggelsen og operationen bringer. Distinktionen mellem at have en deltagende eller en tilskuer rolle som pårørende, er også undersøgt i et andet studie, hvor formålet har været at få viden om, hvad der fra sygeplejerskens og de pårørendes perspektiv er betydningsfuldt i terminale onkologiske forløb i forhold til pårørendes rolle i klinisk praksis. Det konkluderes bla. at det er vigtigt, at den pårørende indtager en deltagende rolle i forhold til at være nærværende hos patienten og at de pårørende støttes heri af sygeplejersken (Linderoth 2004:13,82-83). Disse fund siger således ikke noget specifikt om pårørendes rolle i forhold til at opfylde patienternes sociale behov, men kan være med til at illustrere, at pårørendes rolle i sygeplejen kan være af betydning, uanset om den ses fra et deltager eller tilskuerperspektiv. At det giver mening for patienterne i joint care forløb, at de

pårørende tildeles en tilskuerrolle, når det handler om at opfylde sociale behov, begrundes af empirien med, at deltagelsen fra medpatienter opleves at varetage dette. At det forholder sig således kan forklares med de korte indlæggelser og at patienternes tilstand kan ses som, at være syge raske patienter, forstået som rask ved indlæggelsen og udskrivelsen, i modsætning til terminale onkologiske patienter, som er og forbliver syge, tilmed livstruende syge. Dette kan give andre behov for pårørendes nærvær, både fra den pårørendes, men også fra patientens perspektiv (Ibid.:56-57), idet alvorligheden i sygdommen uvilkårligt vil gribe mere ind i pårørendes liv end en ukompliceret hofte eller knæ operation vil gøre det..

Empirien synes altså at dokumentere, at medpatienter kan dække patienternes sociale behov under indlæggelse efter joint care konceptet. Ovenstående diskussion tyder på, at det er patienterne selv der definerer behovet for at være social, med udgangspunkt i det rum og de relationer man befinder sig i og at det i denne forbindelse giver sig selv, hvem der kan opfylde dette behov. Fra sygeplejeteoretisk side har Virginia Henderson (Henderson 1995/1966) været fortaler for, at det er sygeplejersken, der identificere patientens behov og at hjælp til behovsopfyldelse sker der, hvor patienten mangler vilje, viden og styrke. Et af de fundamentale behov beskrives af Henderson som behovet for kommunikation og samvær med andre. Dette behov kunne indeholde patientens behov for samvær med medpatienter under indlæggelse, som også beskrives af Isaksen, må være et væsentligt behov at have for øje, idet samværet med andre og det at udføre dagligdags ting med medpatienter, kan reducere den belastning man i øvrigt er udsat for, når man er syg (Isaksen 1996:67-68). Dette bliver dog ikke anset som et reelt behov i Hendersons teori, idet hun skriver, at opfyldelse af behovet for samvær og kommunikation med andre kolliderer med hospitalisering, idet indlæggelse på hospital føre til isolation fra omverdenen, forstået som det, at være afskåret fra det vante sociale liv, der blev ført inden indlæggelse, hvilket gør patienten til en brik i et stort system (Henderson 1995/1966:31). Dette er således en direkte modsætning til det, vi indtil nu har set i diskussionen, hvor det er blevet tydeliggjort at indlæggelse på sygehus ikke underminerer opfyldelsen af de sociale behov under indlæggelse i Joint Care forløb, idet medpatienterne opfylder disse. Herudover har diskussionen vist at patienterne i Joint Care forløb, ikke oplever afsavn i forhold til vante sociale aktiviteter og personlige

relationer, men tvært imod, at de føler en stærk tilknytning til medpatienter, som netop giver dem tryghed ved indlæggelsen og med hvilke der skabes et socialt rum, som det giver mening at være en del af. Hendersons teori er dog også blevet kritiseret for at ikke tage hensyn til at mennesket altid er en del af en social sammenhæng (Kirkevold 1992:93-96). Det kan dog være vanskeligt at berettige en kritik af teorien med direkte henvisning til Joint Care konceptet, uden at have tidsaspektet for øje, idet Hendersons teori er skrevet i en tid, hvor accelererede Joint Care forløb, var et ukendt begreb. Ovenstående diskussion viser dog, at det er på tide at bevæge sig væk fra opfattelsen af sygeplejersken som en nøgleperson for identifikation af patientens behov, idet noget tyder på, at patienterne i forhold til at identificere sociale behov, selv kan tage hånd om dette. Det kan hertil formodes at patienterne kan drage nytte af, at tilrettelæggelsen af joint care forløb, tager højde for, at patienters relation til og samvær med medpatienter anses som et reelt behov under indlæggelse i forhold til at opleve et meningsfyldt indlæggelsesforløb, idet behovet for at være social og de sociale aktiviteter medpatienterne deler, i høj grad knytter sig til faktorer, ved det at være patient.

## **4.2 At møde forståelse hos ligestillede**

At møde forståelse hos ligestillede handlede for informanterne især om den særlige forståelse man blev mødt med og kunne hente hos medpatienter i forhold til egen sygdom og situation. I forbindelse hermed viste det sig at kroppens betydning i forhold til at føle sig og være anderledes og at befinde sig i en ny livssituation fik en særlig opmærksomhed blandt patienterne.

### **4.2.1 Privathed og blufærdighed**

I dette afsnit diskuteres spørgsmålet om patienter under indlæggelse forsøger at opretholde intimsfæren overfor medpatienter eller om det giver mening at dele oplysninger og erfaringer af intim eller privat karakter med medpatienter. Der svares på, hvilken betydning medpatienter har for patienter indlagt efter joint care konceptet i forhold til at værne om privatheden og blufærdigheden.

For patienter indlagt efter joint care konceptet blev det naturligt at overskride intimitetens sædvanlige grænser, idet det oplevedes at give mening at dele oplevelser

med medpatienter, idet man her kunne hente en helt særlig forståelse. Conny fortæller hvordan hun oplevede blufærdighedsgrænsen rykket: *jeg kom ud fra badeværelset med åben skjorte, uden noget inden under... det ligner ellers ikke mig, men jeg vidste at hun ville forstå mig.* Dette siger altså noget om, at det var oplevelsen af egen krop, sygehusrummet og relationen til medpatienten, der gjorde det acceptabelt at gå med åbentstående skjorte, ellers ville hun aldrig have vist sig sådan for nogen. At det giver mening, at privatlivet og grænserne for blufærdigheden ændres når man indlægges, ses også i citatet fra Dan, hvor han fortæller hvordan han i første omgang føler sig generet af at skulle vise sig med sin kateterpose, idet han mente at vandladning er en privat sag: *det var egentligt ikke fordi jeg havde de store problemer med at vise mig for de andre, men jeg var da lidt træt at den der pose på stativet. Men det var der jo flere der havde og det var ligesom helt naturligt og alle vidste at det var fordi man var bedøvet i ryggen, så der var ikke noget i det.* Sammenfaldende med den opfattelse de to patienter normalt (når de ikke er indlagt) har af privathed, er Isaksens beskrivelse af, at normen i vores kultur er, at privatlivet ikke må krænkes, idet privatlivet angår den enkelte. Privatlivet er således noget andre ikke har ret til at træde ind i. Isaksen skriver videre at privatlivet kan have svære betingelser på hospitalet, fordi der næsten altid vil være medpatienter til stede og man derved ikke har mulighed for at trække sig tilbage og give sin sygdom mindre opmærksomhed, idet medpatienterne minder én herom (Isaksen 1996:63-64). At det modsatte gør sig gældende for joint care patienter kan evt hente sin forklaring i at disse patienter, ikke får ubehagelige informationer, som angår alvorligheden i deres sygdom og at de kropslige ubehag man kan opleve som joint care patient, for det meste har en åbenlys årsag, hvilket ikke gør sig gældende for de cancerpatienter Isaksen skriver om.

Hvorledes sygeplejen kan tilrettelægges så privatheden ikke krænkes har den australske professor i sygepleje Jocalyn Lawler (Lawler 2003/1991) beskæftiget sig med. Hun har i sin Ph. D. afhandling beskrevet vigtigheden af, at sygeplejersken værner om patientens forlegenhed over at mangle kontrol over kroppen. Forlegenhed beskrives som et udtryk for at blufærdigheden er krænket. Hun er således overordnet optaget af, at beskytte patientens privathed, ved at skabe en kontekst, der gør det muligt at bryde de sociale regler om privatisering af kroppen, på en sådan måde at privatiseringen bevares.

Lawlers beskrivelse handler således om situationer, hvor patienten har brug for hjælp eller hvor kropsfunktioner er ude af kontrol for patienten, og hvor sygeplejersken skal gøre situationen holdbar for patienten (Ibid.:149-157, 162-182). I relation til fundene i dette speciales analyse kan man således stille spørgsmål tegn ved, om det er for patientens eller sygeplejerskens skyld, at man skal betragte kroppen som et privat anliggende. Fx fortæller Dan hvordan det gav mening at vise sig med og tale om det, at have blærekateter med sine medpatienter, ligesom flere af informanterne beretter, at det forekommer helt naturligt at tale med hinanden om private og mere intime emner, som fx afføringsproblemer. Kritik af Lawlers tankegang gives bla af Lomborg (Lomborg 1994), som meget forudsigende pointerer, at det er på tide at fjerne sig fra, at lade sig styre af privatheden og derimod skabe et socialt rum for afprivatisering af kroppen for indlagte patienter. Dette mener hun bla. kan gøres ved at samle patienter med samme diagnose og problemstillinger, hvilket falder helt i tråd med Joint Care konceptet og hvor analysen viser at dette koncept netop skaber et socialt rum, hvor betydningen af privathed mindskes.

Interessant er det også at Bäck og Wikblad (Bäck og Wikblad 1998) i en undersøgelse af sygeplejerskers og patienters opfattelser af behov for privathed under indlæggelse, finder at sygeplejerskerne fandt det mere væsentligt at værne om patienternes behov for privathed under indlæggelse end patienterne selv gjorde. Dette tilskrives, at sygeplejerskerne føler sig på hjemmebane i sygehusverdenen og forstår at agerer efter overordnede tillærte, teoretiske principper, hvorimod patienterne befinder sig i en uvant situation og verden. Hertil fandt de, at patienter oplevede at have større behov for privathed i hjemmet end under indlæggelse. Dette er også påpeget tidligere i dette afsnit ud fra empirien, hvor patienterne oplevede at det gav mening at dele intime oplysninger og erfaringer med medpatienter under indlæggelse, idet man herved kunne opnå en større forståelse for egne situation, hvilket kan forklares fænomenologisk, idet den viden man havde om hinanden, hørte sygehus rummet til. Fx udtrykker Anders at han, når han kommer hjem, bliver sig selv igen og at han ikke ser nogen grund til at inddrage sin kone i de problemer han havde med afføringen, hvilket kan tyde på at patienterne i Joint Care forløb oplever, at den intime viden man får om hinanden, hører til i den fælles verden man deler under indlæggelse. Album finder også, at den viden patienterne

får om hinanden ikke er væsentlig efter udskrivelse, idet den kun er aktuel, når man befinder sig i det rum, hvor viden om hinanden er relevant at have, for at opnå en gensidig forståelse. Han beskriver ligeledes, at det er lettere at håndtere intimiteten med medpatienter, når man ved at denne nærhed slutter ved udskrivelsen og derved vil den oplevelse eller viden man har delt med medpatienter ikke være en sårbarhed, der vil forfølge én resten af livet, som en intim afsløring overfor familien ville gøre det (Album 1996:32,84).

At det er ufarligt at have viden om mere intime elementer hos hinanden, idet denne viden bliver i sygehusrummet viser således, at medpatienterne formår at værne om hinandens privathed, så man ikke oplever blufærdigheden krænket. Alle informanter var også enige om, at det var uproblematisk at dele viden og erfaringer med hinanden, når alle var i samme situation, idet man blev mødt med en forståelse der ikke var mulig at få hos andre. I Isaksens (Isaksen 1996:46-47) undersøgelse gør informanter brug af metaforen ”at være i samme båd”, om det at være i samme situation. Denne metafor ser derfor også ud til at kunne dække over de oplevelser patienter i herværende undersøgelse har.

#### **4.2.2 At dele erfaringer**

Omdrejningspunktet for diskussionen i dette afsnit er spørgsmålet om, hvilken rolle medpatienter spiller i forhold til at håndtere de udfordringer som indlæggelse og sygdom medfører. Der søges således svar på, hvordan patienter indlagt efter joint care konceptet oplever medpatienters betydning i relation til at genvinde en følelse af at være sig selv, i forlængelse af de kropslige udfordringer operationen giver.

Som følge af at blufærdighedens og privathedens grænser overskrides, ser det ud til at patienter indlagt efter joint care konceptet ser medpatienter som uundværlige i forhold til at opnå forståelse for egen situation og dermed at føle sig som et helt menneske, idet denne overskridelse tilsyneladende skaber en åbning for at tale om og dele erfaringer om sygdomsoplevelser. Dan fortæller: *Vi talte jo om at komme til at tisse selv igen og jeg var glad for at de fortalte mig, hvad jeg kunne forvente, det bliver ligesom mere autentisk, når de selv har prøvet det*”. Om at dele erfaringer, fortæller Conny om

baggrunden for at vejlede en medpatient der havde kvalme, på trods af at personalet havde forsøgt sig med kvalmestillende medicin: *men jeg kunne lige sætte mig i hendes sted og det tror jeg altså ikke personalet kan*. Dette viser at medpatienter anses for at være den mest troværdige informationskilde og at det er lettere for patienten at tale med medpatienter frem for personalet, idet medpatienter kan bidrage med viden på baggrund af gennemlevet erfaring. Sammenfaldende hermed finder Album (Album 1996:150-154) at patienter gennem udveksling af erfaringer og oplevelser med medpatienter, får mere kontrol over situationen, idet det gør det mere gennemskueligt at få greb om, hvad de har gennemgået og hvad de kan forvente sig. Fx skriver han, at der på en sengestue, hvor der lå mænd, der alle skulle have gennemført en røntgenundersøgelse af hjerte, blev talt og fortalt om denne undersøgelse, så ingen gik til undersøgelsen uden at føle sig godt forberedt herpå. Ligeledes finder Isaksen, at det kun er hos medpatienter man kan blive forstået hundrede procent, idet man ikke fuldt ud forstår, hvordan det er at være syg, før man selv har prøvet det. På denne måde lærer man sin egen sygdom at kende gennem medpatienten Den erfaringsbaserede viden anses for at være mest troværdig for patienterne, fordi den er gennemlevet, derfor giver det mening at tale med nogen der har samme oplevelser som en selv, da man kan skabe sig overblik og forståelse af ens egen situation ved at få indsigt i andres erfaringer. Dette kommer bla til udtryk i et eksempel med en patient, som møder en patient med samme diagnose som ham selv og som er blevet rask, hvilket giver ham en forståelse for at han også selv kan blive rask igen (Isaksen 1996:23-24,28-30,48-49). Herudover skriver Isaksen, at medpatienter kan medvirke til at man føler sig mere hel, idet de føler en samhørighed med hinanden. Patienterne spejler sig i hinanden, hvilket giver sygdommen et ansigt og er dermed medvirkende til at styrke identiteten som patient (Ibib.:25-26). Isaksens fund stammer fra undersøgelser af cancerpatienter, hvorfor man kan så tvivl om, hvorvidt hendes resultater kan sige noget om undersøgelse af joint care patienters udveksling af sygdomserfaringer, idet disse patienter oplever forholdsvis ufarlige problemstillinger modsat cancerpatienter, som kan opleve skelsættende kropslige forandringer. Isaksens resultater medtages dog, idet patienter uanset sygdom og indlæggelsesårsag, tilsyneladende har brug for at dele erfaringer med ligestillede.



For patienterne i joint care forløb opnås forståelsen for egen sygdom og sygdomsrelaterede problemstillinger ved at dele erfaringer med medpatienter, men på et område anses personalet dog for at være eksperter. Anders siger: *Når det handler om at finde ud af hvad der skal ske og hvilken medicin man skal have eller ikke have, er det nok personalet man henvender sig mest til.* Tilsvarende finder Isaksen, at patienterne forsøger at kombinere viden fra personalet, med den viden de henter i medpatienternes erfaringer viden, for at få det bedste billede af deres situation. Dette begrundes i at personalet har faglig viden og medpatienterne har viden om, hvordan en speciel behandling eller undersøgelse opleves og om det er noget man skal være bange for (Isaksen 1996:28). Album finder også at patienterne ikke ser personalets information som uinteressant, men at det de ofte bruger personalet til er at få medicinske og tekniske forklaringer. Han finder videre at medpatienter og personalet er de to typer af eksperter, som patienterne benytter sig af og at de bedste af medpatienterne er dem som fejler præcis det samme som en selv, idet han pointerer at ligheden gør det lettere at sætte sig i den andens sted og at det nærmest får karakter af at opleve sammen med medpatienten. Fx bliver oplevelsen af at være ked af at udskrivelser bliver udskudt mødt med forståelse fra medpatienter, idet de også selv har oplevet dette under indlæggelse (Album 1996: 86;96,150-154). At Album finder at patienters lighed i sygdomsbillede er af afgørende værdi for at opnå den bedste forståelse for egen sygdomssituation kan således validere fundene i analysen i og med at, patienternes udsagn beretter om, at det at befinde sig i parallelle forløb og dermed være ligestillet gennem hele sygdomsforløbet er afgørende for at opnå den bedste forståelse for egen situation. Følgende udsagn siger noget herom: *så er det medpatienterne der bliver spurgt, de kender det jo (Anders). Fordi de forstår hvordan man har det(Dan). Jeg tror at vi forstod hinanden bedre(Conny). De andre der var kommet derned sagde at det var flot og det var fordi de vidste hvor hårde de først gå ture kan være (Bent).*

At tale med medpatienter om sygdomserfaringer og oplevelser i relation til kropslige symptomer giver altså patienter i joint care forløb mulighed for at opnå bedre forståelse for egen situation og dermed føle sig som et helt menneske i et eksistentielt perspektiv, idet der sættes ord på oplevelsen via samtale med medpatienter. Hermed siges der noget om, at den oplevede relation til medpatienterne får en afgørende betydning for

selvforståelsen. Dette falder helt i tråd med Albums (Album 1996:135) udlægning af, at det er igennem samværet med andre, at man finder sig selv igen, når man er i en sårbar situation, som er nævnt i det indledende afsnit. Isaksen og Gjengedal (Isaksen & Gjengedal 2000: 385) skriver meget præcist om dette: ”*You get to know your own illness through others*”, idet der beskrives, hvordan en patient oplever at få information om kemoterapi og hvordan han kan forvente at reagere via medpatienter. Det tyder altså på at patienter i joint care forløb oplever det som uundværligt at tale med medpatienter om sygdom, hvilket bliver et modargument mod Albums udlægning af personalets opfattelse af sygdomssnak som ensoprett og negativt, idet det kan skabe forvirring og unødigt angst hos patienterne, hvis patienternes viden fx er præget af misforståelser (Album 1996:142; Album 1989). At der er en divergent opfattelse mellem patienternes og personalets holdning til patienternes sygdomssnak ses også i (Mikkelsen, B. et al. 2004), hvor det af personalet udtrykkes, at det er positivt for joint care patienter at være sammen i grupper med ligestillede patienter, idet der ikke bliver så meget snak om sygdom, hvilket antyder en holdning til sygdomssnak som noget negativt ladet.

Analysens fund giver et fingerpeg om at det er værd at rette opmærksomheden mod patienten som en ressource, når det handler om patienters forståelse af egen situation. Isaksen refererer en udtalelse fra en patient, som i lighed hermed ytrer, at patienter er den mest uudnyttede ressource på sygehuset, idet det opleves værdifuldt for begge parter at hjælpe og støtte hinanden under indlæggelse (Isaksen 1996:97). Hvorledes denne udfordring kan tages op, er der ikke i denne undersøgelse søgt svar på, men noget tyder på at der er forskellige opfattelser af funktionen af patienternes fællesskab, som det også ses i (Isaksen & Gjengedal 2006:385) ”*care providers may tend to regard themselves as key persons when it comes to information. However, it is striking to see how little attention they pay to information shared between patients in the hospital*”. Et mere ydmygt syn på sig selv som nøgleperson, når det handler om at give information, kunne fra sygeplejerskernes side være en mulighed, hvilket tilsyneladende ville give en mere konvergent opfattelse af medpatienters betydning mellem patienter og personale, i forhold til at videregive informationer, erfaringer og oplevelser. At bruge patienterne aktivt i informationen til medpatienter kunne være en mulighed, som også Isaksen (Isaksen 1996:86-87) foreslår, idet hun ser positivt på at medpatienter bruges som

informanter af personalet, idet det både opleves som en god gerning at hjælpe en medpatient, samt at den patient der får informationen, får en ægte erfaring fortalt. Hun er dog inde på at den planlagte information fra patient til patient overvejende skal omhandle erfaringer og oplevelser om undersøgelser og behandling.

### **4.3 At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed**

At balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed omhandler det moralske ansvar der fulgte med det, at være en del af et hold, samt hvorledes dette ansvar kunne forvaltes så ingen blev tabt. I relationerne til medpatienterne viste det sig, at patienterne følte en forpligtelse til at tage sig af hinanden, samtidigt med at egenomsorgen var væsentlig for at nå målet for indlæggelsen. Samlet set kunne dette opleves som en uoverkommelig opgave for den enkelte patient. I konflikten mellem egennyttighed og uegennyttighed i relationerne mellem patienterne, blev omsorgen fra personalet set som en mangelvare og analysen peger således på, at tankegangen bag Joint Care kan påvirke den orientering personalet har til patienterne, idet patienterne følte at de blev set på som en gruppe.

#### **4.3.1 At føle et forpligtende ansvar**

Hvorvidt patienter under indlæggelse føler en forpligtelse til at hjælpe og tage del i medpatienters sygdom er kernen i dette diskussionsafsnit. Der svares således på, hvordan patienter indlagt efter joint care konceptet oplever medpatienters betydning, når fokus er forpligtelsen om deltagelse i hinandens forløb.

Når man er indlagt efter joint care princippet, ser det ud til at man føler en forpligtelse til at deltage i hinandens forløb, hvilket giver sig udtryk i støtte og praktisk hjælp mellem patienterne. Herudover er det tydeligt, at patienterne følte et ansvar for at medpatienterne havde det godt og fulgte de fastlagte dagsprogrammer. Følgende udsagn fra Conny viser, hvorledes der handles på baggrund af en oprigtig interesse for medpatientens velbefindende: *men jeg kunne mærke på hende at hun gerne ville snakke om eftermiddagen da hun fik det bedre og så blev vi på stuen.* At føle sig forpligtet til at tage del i medpatientens forløb hænger nøje sammen med det at være ligestillet, idet eksemplet også illustrere at Conny kunne identificere sig med medpatienten og dermed fornemme, hvad medpatienten ønskede. Isaksen finder ligeledes at patienter netop kan give hinanden støtte, fordi de kan sætte sig i hinandens sted og derfor ved hvad de selv

havde ønsket, hvis det var dem selv der havde brug for støtte. Hun giver et eksempel på, hvordan en patient, der var dårlig og sengeliggende, oplevede en medpatient, som havde været igennem samme sygdomsforløb, være nærværende og tale med hende, hvilket blev set som afgørende for at hun kom videre (Isaksen 1996:50-53). I Wilson & Lukers artikel "At home in hospital?", hvor de har undersøgt cancerpatienters interaktion med medpatienter under indlæggelse, findes, at samværet mellem patienterne, indeholder såvel sympati som empati. Patienten udtrykker sympati for medpatienten, der har samme diagnose som en selv og empati for medpatienten med en anden diagnose end en selv (Wilson & Luker 2005). Forskellen på at føle empati og sympati for et andet menneske beskrives af Travelbee. Empati beskrives som evnen til at være nærværende og forstå den andens tilstand, forudsat at der er en grad af lighed mellem parterne. Sympati beskrives som at gå et skridt videre end at føle empati, idet der til sympati er knyttet et handlingsaspekt, hvor intentionen er at hjælpe og samarbejde med den anden. At have sympati kræver altså en involvering med direkte deltagelse i den andens situation, hvorimod empati "kun" kræver en mental deltagelse (Travelbee 1971: 143-144). At patienterne i joint care forløb, føler sympati for hinanden og dermed handler for og med medpatienten kan hente sin begrundelse i at de er ligestillede. Conny udtrykker således også at hun ikke ville have handlet, hvis medpatienten ikke havde været ligestillet: *hvis jeg ikke havde vidst hvad hun fejlede tror jeg ikke jeg havde sagt noget*. At give støtte og praktisk hjælp til medpatienter ud fra følelsen af et forpligtende ansvar for hinanden, udsprang ofte af en bekymring for, om medpatienten kunne efterleve retningslinierne for det postoperative forløb og derved følge programmet sammen med de øvrige medpatienter. Følgende eksempel fra Bent viser, hvordan han tog ansvar for medpatienten, som ikke selv tog initiativ til mobilisering: *Det var egentligt mig der bestemte, men ikke i negativ forstand, der var jo ikke andre der sagde hvad han skulle.....det var jo næsten ikke til at bære at han ikke kunne komme hjem som os andre*. Anders fortæller, hvordan han rent praktisk hjalp sin medpatient: *jeg fulgte efter ham til spisestuen med hans skråpude, den glemte han tit*. Dette viser, ligesom ovenstående eksempel fra Bent, at han hjælper medpatienten, fordi han er i samme situation og derfor kender vigtigheden af at huske skråpuden og dermed også hvilke konsekvenser det kan få hvis den ikke benyttes. Han tager således ansvar for, at medpatienten overholder de postoperative retningslinier. Isaksen finder også i sin

undersøgelse, at patienter kunne føle et ansvar for hinanden og at dette bl.a. kom til udtryk i den praktiske hjælp og støtte der blev givet mellem patienter. Det handlede for patienterne om at hjælpe der hvor man kunne se at medpatienten ikke selv formåede at handle eller gøre opmærksom på sit behov og den praktiske hjælp kunne bestå i at hente mad og drikke til medpatienten (Isaksen 1996:55-56). Ligesom ovenstående eksempler fra empirien dokumenterer, finder Isaksen også, at ansvaret for den anden byggede på at man vidste, hvordan medpatienten havde det, fordi man var i samme situation (Ibid.). Sammenfaldende hermed er et fund i Albums undersøgelse at patienterne kan opleve, at have et forpligtende ansvar overfor medpatienter, som de ikke synes klarer sig så godt. Hertil finder han, at det kan opleves som uoverskueligt, når man føler at man får for meget ansvar og når karakteren af ansvaret får et moralsk præg, idet det er for meget at forlange af en patient, som også selv er i et sygdomsforløb. Han refererer her til et eksempel med en patient, der føler ansvar for en dårlig medpatient, som ikke selv kan ringe efter hjælp og som oplever dette ansvar som uoverkommeligt, fordi hun selv er plaget af smerter (Album 1996:105-106). At føle et forpligtende ansvar for medpatienten hænger således nøje sammen med, hvordan man kan balancere mellem at give støtte og hjælp til medpatienten og på samme tid koncentrere sig om eget forløb, hvor man også samtidigt har brug for at modtage støtte og omsorg. Denne balance og spørgsmålet om hvilke rolle gensidigheden spiller i dette forhold diskuteres i næste afsnit.

#### **4.3.2 At holde fokus**

Det er indledningsvist antaget at det kan være svært at fokusere på egen sygdom, hvis det tætte samvær med medpatienter fordrer, at man også tager del i deres situation og herunder er der spurgt til om det er af betydning om delagtigheden er gensidig. Denne antagelse er det centrale i dette afsnit. Der søges svar på, hvordan patienter indlagt efter joint care konceptet oplever medpatienters betydning i relation til at holde dette fokus og på hvilken måde gensidigheden spiller ind i dette forhold.

At man som patient i joint care forløb, kan opleve det som vanskeligt at fokusere på egen situation, samtidigt med at deltagelse i fællesskabet med medpatienter gør, at man føler et ansvar for disse, ses der i empirien dokumentation for. Conny udtrykker med følgende citat, hvordan hun bevidst vælger at tilsidesætte egne behov og derved fravælger at koncentrere sig om at løse egne sygdomsrelaterede problemer ved at

forblive på stuen hos medpatienten: *jeg havde faktisk brug for at bevæge mig lidt, også for at få maven i gang, men det kunne jo lige så godt have været mig der havde brug for at hun blev.* Det handler altså om at gensidigheden ikke nødvendigvis skal vise sig i situationen, men at der ved deltagelse i medpatienters situation ligger en underforstået opfattelse af, at medpatienterne føler en gensidig forpligtelse til at vise delagtighed, når situationen byder det, idet det er noget alle kan få brug for. I følgende udsagn fra Anders tales der også om gensidigheden: *det er jo ikke fordi man skal have noget igen, men jeg bruger egentligt meget energi på at tænke på hvordan han klarer det.* Hermed gives der også udtryk for at gensidigheden er mindre væsentlig i situationen, men der antydes samtidigt at der bruges ressourcer på at koncentrere sig om medpatienters situation og derved at det kan have betydning for den energi, der er tilbage, når man skal rette fokus mod egen situation. Hvordan man helt kan glemme sig selv, når deltagelse i medpatienters situation prioriteres, viser følgende, hvor Anders fortæller om omkostningen ved at huske medpatienten på at huske sin skråpude: *så satte jeg mig ned uden min egen, heldigvis skete der ikke noget.* At gensidigheden spiller en mindre væsentlig rolle, når man som patient i joint care forløb, deltager i medpatienters forløb og derved kan have svært ved at fokusere på eget forløb, kan evt hente sin forklaring i den bagvedliggende holdning om, at man føler ansvar for hinanden, som ligger i fællesskabet blandt patienterne. Fællesskabet giver som tidligere vist en mulighed for at møde forståelse hos ligestillede og denne ligestillethed, som patienterne i joint care forløb, oplever, er måske det der i virkeligheden er det afgørende for, at gensidigheden i den konkrete situation føles mindre vigtig, idet patienterne har nemt ved at sætte sig i den andens sted. Anderledes gør dette sig gældende for andre patientgrupper som Isaksen bla har undersøgt, idet det kommer frem, at nydiagnosticerede kræftpatienter ikke har overskud til at deltage i andre patienters forløb, hvis ikke der er gensidighed i forholdet. Dette betyder at, hvis man som patient har sparsomme ressourcer til at håndtere egen situation, er der ikke plads til at tage sig af, støtte og hjælpe medpatienten (Isaksen 1996: 44-45,65). Disse patienter er dog også mere ramt af sygdommen og har spørgsmålet om liv og død tæt inde på livet, hvilket ikke gør sig gældende for joint care patienter, hvorfor en sammenligning af spørgsmålet om behovet for gensidighed bliver vanskelig pga forskellene i indlæggelses årsagernes alvorlighed.

Det ser altså ud til at patienter som følger joint care forløb på den ene side, kan opleve at befinde sig i en konflikt mellem at fokusere på eget forløb eller medpatienters forløb, idet ovenstående viser, at det kan være vanskeligt at gøre begge dele på samme tid. På den anden side giver det mening for patienterne, at deltage i hinandens forløb, idet det er antydning, at der i fællesskabet mellem patienterne ligger en grundlæggende holdning om, at man tager ansvar for hinanden, hvorfor gensidigheden får mindre betydning. Som Isaksen pointerer, er det vigtigt at være bevidst om, at både den der giver, som den der modtager hjælp fra hinanden skal opleve dette som meningsfuldt, idet ingen patient har pligt til at deltage i andres indlæggelsesforløb (Ibid.:98).

Empirien i denne undersøgelse har ikke vist antydninger af, at det for patienterne kan blive en forpligtende opgave i negativ forstand, at deltage i fællesskabet og dermed i medpatienters situation. Det kan dog i sygeplejen til disse patienter være vigtigt, at have for øje, at patienterne ikke tager dette ansvar for hinanden så alvorligt, at de mister grebet om egen situation i kampen om at få medpatienterne med, eller modsat at patienter tabes på gulvet, fordi medpatienter ikke kan leve op til ansvaret om delagtighed i hinandens situation. Herved bliver en vurdering af den enkelte patients ressourcer til at håndtere dette dobbelte ansvar aktuel.

### **4.3.3 At blive set som et hold**

I dette sidste afsnit i diskussionen diskuteres antagelsen om at personalet opfatter patienterne som en samlet enhed og om dette kan have indflydelse på den måde patienterne oplever betydningen af medpatienter. At svare på hvorledes medpatienters betydning opleves i relation til den opmærksomhed patienter indlagt efter joint care konceptet oplever at få fra sygeplejerskerne bliver hensigten med dette afsnit.

Denne undersøgelse har ikke haft til hensigt at undersøge sygeplejerskernes syn på eller tilgang til patienterne i joint care forløb, men af patienternes udsagn ses en bekræftelse på antagelsen om, at personalet ser patienterne som et hold. Bent fortæller, hvordan han høre patienterne omtalt: *....at stue 18 selv går op og henter kaffe*. Sammen med følgende udtalelse fra Dan om den måde man blev talt til i flertal illustrere dette, hvordan patienterne oplevede at blive set som en enhed: *kommer I op og spiser?* Dette siger

således noget om, hvordan personalets orientering mod patienterne kan opleves af patienterne.

At blive set som et hold kan få konsekvenser for den betydning patienterne i joint care forløb, oplever medpatienterne har, fordi patienterne primært orienterer sig mod medpatienter, idet de føler den stærkeste tilknytning til dette fællesskab. Baggrunden herfor er, at det er i fællesskabet med medpatienter, man kan få opmærksomhed og derved blive lyttet til, blive forstået, få støtte og praktisk hjælp, hvilket henviser til diskussionen af de forrige temaer. Samtidigt hermed kan personalets orientering forstærke den forventning der ligger i joint care konceptet, om at man som patient har et fælles ansvar for at alle kommer godt igennem forløbet. Bent udtrykker med følgende udsagn, hvordan han dels følte et ansvar for medpatienten, men også havde en oplevelse af, at han handlede som personalet forventede og derfor opfordrer medpatienten til mobilisering: *der var jo ikke andre der sagde hvad han skulle*. I denne udtalelse kan der gemme sig en følelse af, at; ”hvis ingen andre gør det, er jeg nødt til det”. At personalets holdning kan have indflydelse på den måde patienter agere overfor medpatienter findes også af Holloway (Holloway 1998), som har undersøgt, hvordan patienter indlagt på hospital, oplever tiden under indlæggelsen. Hun finder, at patienter ikke vil være til besvær overfor plejepersonalet, eftersom patienterne opfatter personalets tid som meget kostbar og betydningsfuld. Derfor gør patienterne ikke opmærksom på behov for omsorg, men søger at anvende tiden under indlæggelse til at få kontakt til medpatienter og herigennem få overblik over deres situation. Resultaterne fra herværende undersøgelse kommer ikke med oplysninger om, hvorvidt patienter anser personalets tid som særlig betydningsfuld eller at de ikke ville ulejlig personalet, selvom de oplevede at have et behov for opmærksomhed. Derimod kan Holloways fund underbygge, at patienterne i joint care forløb forsøger at tilpasse sig de forventninger, personalets med deres attitude giver udtryk for at have til patienterne. Derfor retter patienterne deres opmærksomhed mod fællesskabet med medpatienterne og forsøger at leve op til de krav der ligger til dette. Empirien afslører dog, at der ved at tilpasse sig også gives udtryk for afsavn i forhold til, at personalet ser den enkelte patient.

At det har givet mening for patienterne at være en del af et fællesskab, har tidligere afsnit i diskussionen vist, idet det er dokumenteret at patienterne bla. oplever at



medpatienter kan give tryghed, de kan opfylde sociale behov og at de hos medpatienter kan opnå forståelse for egen situation ved at dele erfaringer. I følgende udsagn fra patienterne skjuler sig imidlertid en efterlysning af individuel opmærksomhed fra personalet, hvilket dermed siger noget om, at den opmærksomhed og støtte man som patient gav og fik fra medpatienter ikke kunne stå alene. Dan siger: *de spurgte; kommer I op og spiser? Og selvfølgelig fulgte jeg med, men egentligt mest for fællesskabets skyld, der var ingen der spurgte mig om jeg havde lyst eller kræfter til det.* Conny fortæller, at hun glæder sig til, at hun selv skal bestemme tempoet, når hun kommer hjem og betoner ordet mig, når hun siger: *så er det kun mig der har brug for støtte.* Heri kan også ansføres et ønske om at få individuel opmærksomhed fra personalet og at dette har været savnet i fællesskabet med medpatienterne, idet oplevelsen af at være en del af dette fællesskab bla. har betydet, at man forsøgte at leve op forventningerne til fællesskabet og derved bestræbte sig på at alle var med.

Det var således ikke et bevidst valg eller ønske fra patienterne, at de orienterede og knyttede sig til fællesskabet med medpatienter og at de herved ikke anså personalets opmærksomhed mod den enkelte som væsentlig. Men det ser ud til at fællesskabet med medpatienter og den særlige forståelse man her kunne opnå, blandt andet også blev anvendt som compensation for den opmærksomhed man savnede fra personalet. Følgende citat fra Anders viser at patienterne ikke lukkede personalet ude: *det er da ikke sådan at vi holder sygeplejerskerne ude fra stuen, de er da mere end velkomne til at blande sig, men det gør de nu ikke.* Herved taler datamaterialet imod fundene i andre undersøgelser som fortæller, at personalet ikke inddrages i samtaler mellem patienterne under indlæggelse, idet man var i tvivl om, hvad man kunne spørge personalet om (Album 1996:184-186, Isaksen 1996:22), fx beretter Album om et eksempel med en patient, som har svie ved vandladning, men som er i tvivl om, hvorvidt han skal inddrage personalet i dette, idet det ikke er det han er indlagt for. At der er forskel i fundene i denne henseende kan evt forklares ved at joint care forløb, er karakteriseret ved korte indlæggelser og at der skal foregå meget information på de få dage, patienterne er indlagt, hvorimod de andre fund er hentet fra undersøgelser af onkologiske og medicinske patienter, som har længere og ofte tilbagevendende indlæggelser og hvor samværet med medpatienter også ses som en måde at udfylde

tiden under indlæggelse (Album 1996:101). Om man har brug for mere individuel opmærksomhed fra sygeplejerskerne under korte indlæggelser end ved længere indlæggelser er der ikke givet svar på, men det er antydnet, at fællesskabet med medpatienterne ikke alene kan opfylde det behov, man har for omsorg og støtte som patient i joint care forløb.

At patienterne følte sig set som en enhed af personalet, kan betragtes positivt, idet det betød, at tilknytningen til fællesskabet, hvor der er meget at hente, blev stærkere. Omvendt kan det få den betydning at der opstår en følelse af, at der er ”dem”, som er personalet og ”os”, som er patienterne og at den hverdag man deler på sygehuset bliver opdelt med baggrund i den opgave, der synes at være væsentlig for hver gruppe. Album (Album 1996: 82-85) skriver tilsvarende, at patienter i fællesskabet med medpatienter opnår en ”vi” følelse overfor ”de andre”, som er personalet. Denne ”vi” følelse som patienterne har, er afgrænset i tid og rum, idet den kun hører tilværelsen på sygehuset til og dette gør det lettere for patienterne at være åbne overfor hinanden. At danne et ”vi” på baggrund af, at man er fælles om at være patient og derved deler skæbne, kan ifølge Album betyde at samværet ikke bliver fattigt, men derimod givtigt for alle parter, idet patienterne i dette samvær opnår en følelse af meningsfuldhed i forhold til det at være patient og være indlagt. Han finder også at selvom patienterne føler sympati for hinanden, gør de ikke personalet opmærksom på, hvis de oplever at en medpatient har brug for omsorg.

Skarpt opstillet ser det ud til at patienternes primære opgave bliver, at være en del af et fællesskab og få dette til at fungerer og personalets opgave bliver at få holdet igennem indlæggelsen ud fra de kriterier, der ligger hertil. Med dette for øje kan det være væsentligt for sygeplejen, at explicittere gensidige forventninger mellem patienter og personale i joint care forløb, idet dette kan være med til at synliggøre, at der kan ligge en uoverensstemmelse i synet på den primære opgave for sygeplejerskerne, en uoverensstemmelse, som patienternes perspektiv i dette speciale har tydeliggjort, idet den individuelle opmærksomhed blev efterlyst. At patienterne føler sig set som et hold kan sidestilles med at blive mødt som en kategori, hvilket i følge Travelbee, er udgangspunktet for et hvert møde mellem sygeplejersker og patient, hun præciserer, at

det er sygeplejerskens opgave at bryde kategoriseringen, da det ellers ikke er muligt at sanse mennesket bag (Travelbee 1971:31-38). Begrundelserne for at en gensidig forventningsafstemning og dermed opmærksomhed på den enkelte patient, kan være relevant, træder således tydeligt frem, idet det kunne give patienterne mulighed for at gøre opmærksom på individuelle behov for omsorg. At dette kan være et problemfelt, der er værd at tage op i sygeplejen, understøttes også af Isaksen (Isaksen 1996:112), som skriver, at selvom plejepersonalet og patienter er tæt på hinanden, kan den hverdag, begge grupper er en del af, alligevel synes meget forskellig og netop dette kan være medvirkende til, at man ikke ser, hvilke sammenhænge der giver mening for den modsatte part.

Dette kan således være en påmindelse til den kliniske sygepleje om, at den sygepleje der udføres, kan hvile på nogle skjulte værdier, som gør sygeplejen til problemløsning med risiko for at miste blikket for den enkelte patient.

#### **4.4 Sammenfatning af diskussionen**

Den foregående diskussion har vist at medpatienters betydning i joint care forløb opleves overvejende positivt, idet fællesskabet med ligestillede og på forhånd kendte patienter gør det nemmere at håndtere de udfordringer og problemstillinger man kan møde som patient. Hertil har diskussionen peget på at der er områder i den kliniske sygepleje, hvor der er udviklingspotentiale i forhold til at optimere sygeplejen til patienter i joint care forløb.

Det kom frem at medpatienterne var medvirkende til, at indlæggelsen som patient i joint care forløb følte tryk og at patienterne følte sig mindre fremmedgjorte, fordi de på forhånd kendte medpatienterne. At patienterne kendte lidt til hinanden betød også at man nærede en bekymring for hinanden, fordi man vidste, hvad den anden skulle gennemgå og hvad man kunne forvente af dette forløb. Hertil viste det sig, at fællesskabet med medpatienter udgjorde den kendte verden i sygehusrummet, hvor samværet med medpatienter udspillede sig, et samvær som bar præg af, at man både talte sammen, men også at man blot var nærværende. Karakteristisk for samværet var at patienterne bestræbte sig på at skabe en neutral tone, så alle kunne være med i fællesskabet. Medpatienterne viste sig også at være de personer, der under indlæggelse

kunne opfylde de sociale behov der opstod, idet de behov man som patient havde, hørte såvel sygehusrummet, tilværelsen som patient, som tiden under indlæggelse til og i denne forbindelse viste det sig at patienternes pårørende indtog en tilskuerrolle. Hertil er det påpeget at patienternes sociale interaktion bør betragtes som et reelt behov under indlæggelse, et behov, hvis indhold og opfyldelse heraf, identificeres af patienterne selv. Det blev dog præciseret at fællesskabet som det forum, hvor patienterne interagerede med hinanden, ikke bør ses som en erstatning for den pleje og omsorg, man som patient kan få brug for under indlæggelse i joint care forløb.

At man var ligestillet med medpatienter i forhold til operationstidspunkt og operationstype, gjorde at man kunne forstå hinanden bedre. Det var muligt at få og give autentiske erfaringer og informationer videre og det forekom ukompliceret at dele intime og private forhold med hinanden. Det var ganske ufarligt at tale om sygdom og vise sig for medpatienter i en, normalt set, ”privat” situation. Dette gav anledning til en anbefaling til sygeplejen om at se nærmere på, om patienterne i virkeligheden har et stort behov for at der fra personalets side bliver værnet om blufærdigheden og dermed en opfordring til afprivatisering af det sociale rum patienterne befinder sig i med medpatienter under indlæggelse. Hertil gav det anledning til et forslag om at vægte medpatienterne som en ressource under indlæggelse.

Tilsammen gav det at være kendt og ligestillet, fællesskabet en moralsk dimension, idet man følte et ansvar for hinanden, som til tider kunne overskygge egen situation og derved resultere i at energien blev brugt for medpatienter og egne behov blev udsat. At patienterne følte, at de balancerede på en vippe mellem egennyttighed og uegennyttighed illustrerer, hvordan de forsøgte at leve op til fællesskabet. I forbindelse hermed blev det anbefalet, at den enkelte patients kapacitet hertil må vurderes, så ingen bliver tabt.

Disse tre dimensioner, at være kendt, at være ligestillet og at føle et moralsk ansvar, betød en stærk tilknytning til fællesskabet, hvor man med medpatienter, følte man hørte til under indlæggelse i joint care forløb. Denne følelse af at høre til, blev yderligere forstærket af følelsen af, at blive set som et hold, hvilket kunne betyde, at man savnede

individuel opmærksomhed fra personalet og derfor kompenserede herfor gennem fællesskabet. Fundene fra empirien og forskningslitteratur pegede på at patienterne efterlyste individuel opmærksomhed fra personalet, selvom der ikke direkte blev givet udtryk herfor, hvilket kan være en påmindelse til sygeplejen om, at der gennem den orientering man har til patienterne, sendes et signal om, at sygeplejen er problemløsning og at patient og sygeplejerske ikke nødvendigvis står i et menneske-til-menneske forhold til hinanden. Menneske-til-menneske forholdet er af Travelbee skrevet som et forhold karakteriseret ved nærvær og reaktion på den andens menneskelighed, med det formål at opnå en gensidig forståelse (Travelbee 1971:119-156).

## 5. Konklusion

Fænomenet som har været genstand for undersøgelse i dette speciale, er medpatienters betydning under indlæggelse i joint care forløb set fra patientens perspektiv. Joint care forløb er karakteriseret ved indlæggelse i hold og har særligt fokus på fællesskabet mellem patienterne, idet patienterne følges ad fra før indlæggelsen til det efter ambulante besøg, hvor intentionen er, at de skal støtte hinanden gennem forløbet.

Det overordnede synspunkt bag specialet er, at man som patient under indlæggelse må opleve et tvunget fællesskab med medpatienter og at dette tvungne fællesskab kan opleves konfliktfyldt, idet man er tæt på ukendte personer og samtidig i en sårbar situation. Hertil er det antaget, at det kan være vanskeligt at håndtere denne sårbarhed, samtidigt med at medpatientens sårbarhed kommer tæt på. Der er herudfra stillet spørgsmål til om patienter i joint care forløb oplever medpatienters betydning anderledes end patienter i konventionelle forløb, pga det øgede fokus på fællesskabet mellem patienterne.

En litteraturgennemgang af det undersøgte fænomen overordnet set, viste at der fandtes sparsom litteratur på området, hvilket af den fundne litteratur blev forklaret med, at medpatienters betydning af sundhedspersonalet blev anset som uvæsentlig. Der fandtes intet litteratur, der dokumenterede patienters oplevelse af medpatienters betydning i joint care forløb, men fra et fagligt perspektiv siges der, at patienterne oplever forløbene

som positive. Litteraturen om konventionelle forløb pegede dog på, at patienter kunne opleve medpatienters betydning som modsætningsfyldt, idet nærheden med fremmede patienter kunne være givende, fordi man gennem medpatienter blev mødt med en forståelse som ikke var mulig hos hverken personale eller pårørende, hvorimod nærheden også kunne give usikkerhed og angst for eget sygdomsforløb og i tillæg hertil kunne nærheden skabe frustration over den uro medpatienter kunne skabe.

Det overordnede formål med opgaven var, at undersøge om patienter indlagt efter joint care konceptet oplever medpatienternes betydning som særlig vigtigt på grund af konceptets fokus på fællesskabet mellem patienterne og derved tilvejebringe viden om, hvordan medpatienters betydning opleves under indlæggelse i joint care forløb.

Problemformuleringen i dette speciale var *at beskrive hvordan patienter indlagt efter Joint Care konceptet oplever betydning af medpatienter og diskutere hvilke sygeplejefaglige aspekter der kan knyttes hertil?*”

Det kvalitative forskningsinterview viste sig at være en velegnet metode, når formålet var at finde frem til patienters egne oplevelser af medpatienters betydning i joint care forløb. De fire informanter, der bidrog med deres erfaringer og oplevelser til undersøgelsens resultater, er udvalgt ud fra kriterier om, at de skulle være indlagt i joint care forløb og være orienterede i tid og sted og kunne tale og forstå dansk.

Informanterne vurderes til at være troværdige og af et sådan antal, at fundene har en rimelig gyldighed. Selvom det ikke er formålet, at nå til en generalisering af fænomenet medpatienters betydning i joint care forløb i en kvalitativ undersøgelse, giver resultaterne et fingerpeg om, hvordan patienterne oplever dette fænomen. Det er dog som tidligere nævnt vigtigt at have for øje, at joint care konceptet praktiseres meget forskelligt i Danmark, hvor de på nogle hospitaler er hotelpatienter efter operationen, nogle steder har patienterne pårørende med sig under indlæggelsen og andre steder er patienterne en del af et patientklientel, hvor joint care og konventionelle indlæggelser er blandet sammen. Herudover ser det ud til, at den viden der er fremkommet ved undersøgelsen også kunne anvendes i forbindelse med planlægning af patientforløb, som ikke hører under joint care konceptet, idet resultater var sammenfaldende med

resultaterne fra litteraturen, fraset at patienterne i joint care forløb kender hinanden forud for indlæggelsen og her oplever at være 100 % ligestillede. Det er dog tydeligt, at en mere erfaren interviewer kunne have fået flere nuancer og uddybninger af informanternes svar, idet jeg ved transskriberingerne fandt passager, hvor jeg kunne have tænkt mig, at komme mere i dybden. Interviews med flere informanter over en længere tidsperiode ville også have styrket pålideligheden af resultaterne, ligesom det også kunne give et bedre billede af variationerne i oplevelsen af fænomenet, da sandsynligheden for at møde forskellige sammensatte ”hold” ville være større. Det ser dog ud til at resultaterne fra de fire interviews ikke er enestående eksempler, idet resultaterne fra hvert enkelt interview dels er sammenfaldende og da interviewene samlet set også er sammenfaldende med resultater fra andre undersøgelser af patienters oplevelser af medpatienters betydning under indlæggelse.

Der forekom i analysen en del overlap mellem temaerne, idet flere af udsagnene fra det empiriske materiale kunne placeres under flere undertemaer. Det ses også i diskussionen, at den samme oplevelse eller det samme udsagn er anvendt til at eksemplificere forskellige temaer. Det er dog også beskrevet at tematiseringen er en empirisk-teoretisk konstruktion, hvorfor det er vanskeligt at opdele det empiriske materiale i rene temaer. Her er det igen min erfaring som interviewer, men også tidshorisonten, der spiller mig et puds, idet jeg kunne have fået nogle mere tydelige sammenhænge mellem temaerne klargjort under interviewene og i analysen have arbejdet mere i dybden med at forbinde temaerne med hinanden og derved have gjort relationerne mellem de enkelte temaer mere tydelige.

Van Manens fænomenologiske, hermeneutiske analysemetode med de fire eksistentialer, som overordnet ramme, viste sig at være velegnet til at indfange patienternes oplevelser, idet oplevelsen af medpatienters betydning i joint care forløb relaterede sig til oplevelsen af at være i sygehusrummet og hvad dette betød for fællesskabet med medpatienter, til at fremtræde anderledes med kroppen og hvad dette betød for at være i fællesskabet, til tiden under indlæggelsen og hvad fællesskabet med medpatienter betød i relation til tiden og til at opretholde relationer med medpatienterne i det fællesskab man delte med dem. I såvel den rent beskrivende del af analysefasen,

som i den fortolkende del, blev eksistentialerne anvendt for at sikre stringens og det lykkedes at vise, at levede erfaringer i relation til medpatienters betydning i joint care forløb, kan relateres til krop, tid, rum og relation, hvad enten de refereres direkte eller hvis de beskrives indirekte. På denne måde kan den metodologiske ramme anses for særdeles brugbar til udforskning af fænomenet medpatienters betydning i joint care forløb.

Den fænomenologiske-hermeneutiske analyse førte frem til et forenende grundtema; *at være en del af et fællesskab og leve op til dette*, til dette overordnede tema kan alle udsagn som er fundet essentielle knyttes, idet de alle omhandlede oplevelsen af, at være en del af et fællesskab og hvordan man bestræbte sig på at leve op til dette under indlæggelse. Det forenende grundtema blev yderligere belyst af tre sammenhængende undertemaer.

Det første tema *at være kendt i en ukendt verden*, indeholder oplevelsen af, at medpatienterne havde en afgørende betydning for at man følte sig tryk ved mødet med sygehuset, idet medpatienterne var kendte og man ved indlæggelsen allerede følte, at man var en del af et fællesskab. Hertil er oplevelsen af, at man var sammen på en særlig måde, hvor ingen blev udelukket fra fællesskabet og hvor man nærrede en speciel bekymring for hinanden, fordi man var en del af det samme fællesskab, indeholdt i dette tema. Sidst var en oplevelse knyttet til dette tema, at medpatienterne ansås for at være de mest betydningsfulde, at opretholde sociale relationer med under indlæggelse og dermed at medpatienterne kunne opfylde de sociale behov, man havde som patient under indlæggelse i joint care forløb, idet patienterne deltog i hinandens forløb, modsat de pårørende som blev tildelt en tilskuerrolle. Joint care forløb synes altså at overskride det skisma patienter ofte står i ved indlæggelse på sygehus, hvor man kan føle sig lille og fremmed i det store system. Hertil er det dog vigtigt at have for øje, at kendskabet til medpatienterne og derved at være en del af et fællesskab, der gør at man føler sig tryk, ikke kan stå alene, når det kommer til omsorg og pleje i løbet af indlæggelsen. Dog ser det ud til at medpatienters indbyrdes sociale relationer anerkendes som et reelt socialt behov under indlæggelse i joint care forløb og at pårørende og sygeplejersker i den forbindelse spiller en mindre væsentlig rolle.



Temaet *at møde forståelse hos ligestillede*, er centreret om oplevelsen af, at blufærdighed og privathed fik en anden betydning under indlæggelse og i forbindelse hermed betød den ligestillethed, der var blandt patienterne, at medpatienterne fik en afgørende betydning i forhold til at bryde de vante grænser. Temaet indeholdt også oplevelsen af, at det var hos medpatienter man kunne hente og blive mødt med forståelse, fordi man var en del af fællesskabet, hvor man fejlede det samme og derved kunne dele erfaringer. Patienterne i joint care forløb synes således, at have glæde af hinanden i forhold til at dele private og intime erfaringer, som normalt hører under blufærdighedens grænse. Dette kunne være en oplagt pointe til sygeplejen, om nytænkning indenfor dette område og dermed åbne op for en diskussion af, hvis behov det er at beskytte patienterne og dermed værne om deres privathed. Ligeledes viser undersøgelsen resultater at patienter henter meget viden om egen situation hos medpatienter, fordi de her får en mere autentisk forklaring på problemerne, hvilket kunne være et vink til sygeplejen om at udnytte medpatienter som en ressource i joint care forløb, dog med den enkelte patients ressourcer og overskud for øje.

Temaet *at balancere mellem egennyttighed og uegennyttighed* henviser til oplevelsen af, at føle et ansvar for medpatienterne, fordi man var sammen med dem i et fællesskab, samtidigt med at man som patient skulle koncentrere sig om sig selv. Hertil knytter sig oplevelsen af, at give uden at få noget igen, hvilket kunne tage energi. Temaet indeholdt også oplevelsen af, at blive set som et hold, hvilket på den ene side kunne forstærke tilknytningen til fællesskabet med medpatienter, men på den anden side kunne betyde, at man kunne savne individuel opmærksomhed fra personalet. At det kunne være en konfliktfyldt situation at stå i for patienterne, fordi de følte et forpligtende ansvar for medpatienter på grund af fællesskabets karakter og samtidigt skulle fokusere på eget forløb giver en påmindelse til sygeplejen om at vurdere, hvorvidt patienter har ressourcer til at varetage dette dobbelte ansvar. Hertil kunne det være væsentligt at rette opmærksomhed på, hvorledes det syn sygeplejerskerne har på patienterne som et hold, påvirker patienternes handlemønstre, idet det ser ud til, at personalets og patienternes fælles opfattelse af et "dem" og "os" er medvirkende til, dels at patienterne orienterer sig mere mod medpatienter end mod personalet, men også at den individuelle omsorg

ser ud til at forsvinde, til fordel for en sygepleje, der har mere karakter af problemløsning.

## 6. Perspektivering

Den viden, der er fremkommet ved denne undersøgelse, kan ses som et eksempel på, hvordan patienter oplever medpatienters betydning og hvad der i den sammenhæng kan være væsentligt at medtænke i sygeplejen. En viden som viser, at der er store gevinster at hente for patienterne ved at anvende holdtankegangen i sygehusregi, men også at dette har en bagside, som gør at nogle patienter kan føle sig overset og ladt alene. Dette er i sig selv et argument for, at denne fremkomne viden skal have en plads i sygeplejen, i forhold til den konkrete planlægning af joint care forløb.

En af specialets væsentlige pointer var vigtigheden i, at rette opmærksomhed på, hvordan det syn sygeplejerskerne har på patienterne, kan påvirke patienternes oplevelse af fællesskabet i retning af, at skulle klare sig selv som gruppe. Dette forfølges i disse perspektiverende betragtninger, ved at se nærmere på, hvad der evt kan ligge til grund for dette syn på patienterne.

I et reflekterende tilbageblik over arbejdsprocessen med dette speciale, gør en bemærkning fra en sygeplejerske indtryk og viser sig som mere betydningsfuld på nuværende tidspunkt, end da den blev udtalt. Da patienterne, som kunne bidrage med deres oplevelser til denne undersøgelse, skulle udvælges, var kommentaren fra en sygeplejerske i afdelingen; ”det er også et godt hold!”. Dette bekræfter således patienternes oplevelser af, at blive set som et hold og at sygeplejerskerne ser patienterne som et hold. Men det siger således intet om, hvordan personalet ser på den individuelle omsorg for patienterne, samt hvilke behov de oplever patienterne har herfor. At opfattelsen af sygeplejen og dermed patienternes behov for individuel opmærksomhed kunne trænge til et eftersyn i forbindelse med accelererede patientforløb, som er den tilgang, joint care forløbene indskriver sig i, bekræftes af fundene i en undersøgelse af sygeplejerskers erfaring med indførelse af accelererede patient forløb i klinisk praksis. Her findes, at sygeplejerskerne oplever at sygeplejen i de accelererede forløb er mere

upersonlig og at det er svært at nå at etablere en kontakt til patienten, som gør, at det bliver muligt at give psykisk omsorg (Wagner & Carlslund 2004). Om dette fund på samme måde som bemærkningen ovenfor er et udtryk for, at man er en del af en sammenhæng, som kan være svær at gennemskue, kan man dog kun gisne om. Det kan dog tolkes i retning af at samfundslogikken med mål om effektivitet og produktion er blevet forankret i organisationskulturen indenfor sygeplejen, som det er påpeget af Torunn Hamran (Hamran 1995), sker som en konsekvens af, at sygeplejen udspiller sig i en system kontekst.

Når sygeplejerskerne orienterer sig problemløsende i stedet for patientcentreret, er det altså muligt, at det kan være et udtryk for, at der i sygeplejen ligger skjulte værdier om at det er opgaven der er i centrum, hvorved sygeplejen bliver til problemløsning. Dette kan således i forhold til Joint Care konceptet betyde at de dagsprogrammer patienterne skal følge, kommer til at udgøre de standarder sygeplejerskerne tilrettelægger deres arbejde ud fra. Netop dette er værd at give opmærksomhed, idet Kari Martinsen nogle år tilbage rettede kritik mod standarder i sygeplejen, idet de udelukkende giver indsigt i det generelle og det der er fælles. Derved forsvinder den andens anderledeshed og den anden bliver som de andre og dermed til noget man ubegrænset kan gribe ind i og forme i sit eget billede (Martinsen 1993:98-101). At sygeplejerskerne kan orientere sig opgavecentreret tages igen op af McCabe (McCabe 2004), som har undersøgt hvordan patienterne oplever sygeplejerskernes kommunikation. Hun finder at sygeplejerskerne kan orientere sig opgavecentreret eller patientcentreret og peger på at sygeplejerskerne kan socialiseres til at have en mere opgavecentreret tilgang, idet den patientcentrerede tilgang ikke bliver værdsat af organisationen.

Hvorvidt den opgavecentrerede tilgang ligger implicit i Joint Care konceptet er der ikke givet svar på i denne undersøgelse. Men meget i analysen tyder på at den opgavecentrerede tilgang har sneget sig ind med indførelsen af Joint Care konceptet og at tilgangen bliver den grundlæggende værdi, som gør at opmærksomheden trækkes væk, fra det enkelte menneske, som en person med eget liv og livshistorie.

At sygeplejen baseres på opfattelsen af patienterne som en opgave og dermed en samlet enhed, kan sidestilles med at man behandler patienterne ens. Dette giver anledning til inddrage Martinsens teori om blikkets betydning i sygeplejen, hvor hun netop er optaget af, at det i sygeplejen overordnet handler om at finde forskelligheden i ligheden hos patienterne, idet udgangspunktet er værdien om menneskets forskellighed og dermed individuelle behov for sygepleje og omsorg. Martinsen pointerer, at mennesket kan bruge blikket både sansende og registrerende. Når vi ser med det sansende øje, er vi åbne for den anden som et subjektivt følede væsen, fordi sansningen gør det muligt at tage imod det krav, der udgår fra den anden om at blive taget vare på. Det er således med sansningen skabt en åbenhed, som gør det muligt at forstå den anden. Når vi ser med det registrerende øje, ser vi mennesket som et objekt. Herved distancerer vi os, idet dette blik henter sit indhold i nogle bagvedliggende værdier om, at det andet menneske objektivt kan vurderes og at dets selvforståelse er uinteressant. Gøres der brug af det registrerende blik som eneste tilgang til patienten, risikerer relationen til patienten at blive en teknisk sygdomsorienteret relation, hvor patienten afklædes sin menneskelighed, fordi blikket for forskelligheden forsvinder. I det personorienterede blik, det dobbelte øje, er det medmenneskelige og det faglige en integreret del af fagpersonen, hvilket gør den professionelle i stand til at opfatte det unikke i patientens situation, og samtidigt agere fagligt i forhold til det oplevede (Martinsen2000:9-49).

Martinsens teori ser altså ud til at kunne bidrage med en central pointe, idet patienterne i joint care forløb oplevede, at personalet så dem som et hold, hvor der blev fokuseret på patienternes lighed, hvilket kom til at betyde at patienterne savnede og efterlyste den personorienterede tilgang, hvori den individuelle omsorg ligger. Hvis man skal følge Martinsen, tyder det altså på, at der i Joint Care konceptet ligger en risiko for, at det registrerende blik får højeste prioritet på bekostning af det personorienterede blik, hvilket giver sig udslag i, at patienterne oplever at savne medmenneskelig opmærksomhed.

Det vil derfor være oplagt med en undersøgelse af sygeplejerskernes oplevelse af medpatienters betydning i joint care forløb, idet en sådan kunne afdække bevæggrunden for at se patienterne som et hold og derved vælge den mere opgavecentrerede tilgang til

patienterne. Herudover kunne det tydeliggøres, hvorvidt der med indførelsen af accelererede patientforløb og herunder joint care forløb, er brug for at kigge indad i organisationen og starte værdidiskussionen der, så de skjulte styrende værdier kan bringes frem i lyset.

## Litteraturliste

- Album, Dag 1996, *Nære fremmede: Pasientkulturen i sykehus*, Tano, Oslo.
- Album, Dag 1989, "Patients' Knowledge and Patients' Work. Patient-Patient Interaction in General Hospitals", *Acta Sociologica* (32), 3, pp. 295-306.
- Axelsen, Thorbjørn 1976, *Det tause sykehuset*, Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Tromsø, s. 86-123.
- Bäck, Eva og Wikblad, Karin 1998, "Privacy in hospital", *Journal of Advanced Nursing*, vol 27, pp. 949-945.
- Brink, P.J. 1978, "Patientology: just another ology?", *Nursing Outlook*, vol. 26, no. 9, pp. 574-575.
- Duus, Lisbeth 1999, "Kan man yde omsorg for patienten i centrum", *Sygeplejersken*, 10/1999, s. 22-25.
- Egerod I, Rud K, Søre Jensen P 2006, "En pakkøløsning til patienten. Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger", *Sygeplejersken*, 17/2006, s. 42-48.
- Eilertsen, Grethe 2000, "Forståelse i et hermeneutisk perspektiv", *Nordisk Tidsskrift for Sygepleieforskning*, Nr. 3, årgang 2, s. 136-159.
- Elsass, Peter 2003, "Kommunikation og compliance- to vanskelige begreber for lægepatient-forholdet," I *Refleksion og visioner: ontologi*, Det Ethiske Råd 2003, s. 113-124.
- Fog, Jette 2004, *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*, Akademisk forlag, Kbh.
- Fredslund, Hanne 2003, "Hermeneutisk analyse", I *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, Lene Koch og Signild Vallgård, red., Munksgaard, Kbh, s. 91-110.
- Gadamer, Hans-Georg 2007/1966, *Sandhed og metode, Grundtræk af en filosofiske hermeneutik*, Academica, Århus, oversat fra tysk af Arne Jørgensen efter "Wahrheit und Methode", s. 253-446.
- Gjengedal, Eva 1994, *Understanding a World of Critical Illness*, Department of Public Health and Primary Health Care, Universitet i Bergen.
- Hall, Elisabeth O.C. og Ella Abraham 2003, "At være i livgivende atmosfære", *Videnskab og sygepleje*, *Sygeplejersken*, 39/2003, s. 22-31.
- Hall, Elisabeth O.C. 2003, "Relationen mellem interviewer og informant i det kvalitative forskningsinterview," I *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*, Inga Marie Lunde og Pia Ramhøj, red., 1.udgave, 2. oplag, Akademisk Forlag A/S, s. 182-201.
- Harder, Ingegerd 1990, "Fænomenologisk kvalitativ forskning – et bud på metodetilgang i sygeplejeforskning," I *Grundlægsproblemer i sygeplejen*, Torben Jensen m.fl., red., Philosophia, Århus, s. 174-191.

Hamran, Torunn 1995, "Pleie – mellom pasient og helsepolitik," I *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*, Ingunn Elstad og Torunn Hamran, Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 15-38.

Henderson, Virginia 1995/1966, *The Nature of Nursing*, Munksgaard, København.

Holloway, Immy M., Smith, Pam, Warren, Joy 1998, "Time in hospital", *Journal of Clinical Nursing*, vol 7, pp. 940-945.

Husserl, Edmund 1999/1950, *Cartesianske meditationer. En indføring i fænomenologien*, Hans Reitzel, Kbh, oversat fra tysk af Peer Bundgård efter "Cartesianische Meditationen" 1950, s.13-78.

Husserl, Edmund 1997/1950, *Fænomenologiens ide. Fem forelæsninger*, Hans Reitzels forlag, Kbh, oversat fra tysk af Peer Bundgård efter "Die Idee der Phänomenologie" 1959, s. 7-98.

Isaksen, Astrid Steen 1996, *Medpasienters rolle i kreftomsorgen*, Universitetsforlaget, Oslo.

Isaksen, Astrid Steen og Gjengedal Eva 2000, "The Significance of Fellow Patients for the Patient With Cancer", *Cancer Nursing*, vol. 23, no 5, pp 382-391.

Isaksen, Astrid Steen og Gjengedal Eva 2006, "Significance of fellow patients for patients with myocardial infarction", *Scand. J Caring Science*, 20/2006, pp. 403-411

Jensen, Majken, Juhl 2002, *Sygdomsoplevelser, viden og værdier – set fra et patientperspektiv*, Feltrapport, Institut for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet.

Kirkevold, Marit 1992, *Sygeplejeteorier- analyse og evaluering*, 1. udg., 1.oplag. Munksgaard, København, Kap 4 og 5.

Kjærsgaard-Andersen, Per et. al 2004, "Joint Care program", <http://www.rigshospitalet.dk/rh.nsf/Content/enhedforperioperativsygepleje~ortopdkirurgi0~knoghoftealloplastik> Hentet sidst d. 3. april 2008.

Kristiansen, Elsa og Digernes, Aud Sissel 1982, "Sykepleie som samfunnstjeneste og vitenskap", I: *Årbok for sykepleiere* 82, Øivind Aschjem, May S. Fagermoen et al., red., Universitetsforlaget, Oslo, s. 11-26.

Kulik, J.A., et al. 1993, "Stress and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction", *Helth Psychol.*, vol 12, no 2, pp. 118-124.

Kulik, J.A., et al. 1996, "Social Comparison and Affiliation Under Threat: Effects on Recovery From Major Surgery", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 71, No 5, pp 967-979.

Kulik, J.A., et al. 2000, "The effects of fellow patients on the emotional well-being and satisfaction with care of postoperative cosmetic surgery patients", *Plasti. Reconstr. Surgery*, vol. 106, no 6, pp. 1407 – 1414.

Kvale, Steiner 1997, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, 6. oplag, Hans Reitzels Forlag, Kbh.

Lawler, Jocalyn 2003/1991, *Bak skjerm Brettene. Sykepleie, somologi og kroppslige problemer*, Gyldendal Norsk Forlag, oversat fra engelsk af Anne-Marie Smith efter

"Behind the Screens – Nursing, Somology and the Problem of the Body", Kap. 5, 6 og 7.

Linderoth, Helle Rose 2004, *Pårørende i relation til sygeplejepraksis – Et deltager eller tilskuerperspektiv?*, specialeafhandling nr. 67/2004, Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Loftager, Jørn 1990, "Sygeplejen mellem system og livsverden", I *Grundlagsproblemer i sygeplejen*, Torben Jensen m.fl., red., Philosophia, Århus, s. 320-330.

Lomborg, Kirsten 1994, "Krop, modernitet og sygepleje – en diskussion af Jocalyn Lawlers bog "Behind the Screens", *Vård i Norden*. 2-3/1994, pp. 45-48.

Mainz, Jan 2001, "Analyse og fortolkning af kvalitative og kvantitative aspekter", I *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab* Inga Marie Lunde og Pia Ramhøj, red., 1.udgave, 2. oplag, Akademisk Forlag A/S, s. 254-271.

Martinsen, Kari 1993, *Fra Marx til Løgstrup*, Tano, Oslo.

Martinsen, Kari 2000, *Øyet og Kallet*, Fagbokforlaget, Bergen.

Merleau-Ponty, Maurice 1945/1994, *Kroppens fænomenologi*, Det lille forlag, Frederiksberg.

Mikkelsen, Betty B., et al. 2004, "Aktivt forløb med ligestillede", *Sygeplejersken*, 30/2004, s. 30-34.

McCabe, Catherine 2004, "Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences", *Journal of Clinical Nursing*, vol 13, Issue 1, pp. 41- 55

Pilmærk, Vibeke 2004, "Efter operationen er patienterne raske", *Fysioterapeuten*, Nr. 8, april 2004, s. 14-17.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. 2001, *Essentials of nursing Research Methods, Appraisal and Utilization*, Fifth edition, Lippincott, Philadelphia.

Scheel, Merry Elisabeth 1995, *Interaktionel sygeplejepraksis – vidensgrundlag, etik og sygepleje*, Munksgaard, Kbh, 1. udgave, 2. oplag.

Sygepleiernes Samarbejd i Norden 1995, *Etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden*, Revideret optryk, Sygepleiernes Samarbejd i Norden.

Travelbee, Joyce 1971, *Interpersonal Aspects of Nursing*, F.A Davis Company, Philadelphia.

Van Manen, Max 1990, *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York.

Vesterdal, Anne og Jette Bagh 2002, "Forskning skal være klinisk relevant. Og konstruktiv forskning skal fremmes", *Sygeplejersken*, 16/2002, s. 24-29.

Wagner, Lis og Carlsund, Anne Mette 2004, "Accelererede forløb i forbindelse med hysterektomi. Sygeplejerskers erfaring med ny klinisk praksis", *Vård i Norden*, vol. 24, no. 3, pp. 21-25.

Wilson, K. & Luker, KA. 2005, "At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer", *Social Science & Medicine* (62), pp.1616-1627.



Zusmann, R. 1993, "Life in the Hospital: A review", *The Milbank Quarterly*, vol. 71, no. 1, pp. 167-185.

Aagaard, Peter 2005, "Silkeborg – hofternes by", *Dagens Medicin*, 22. April. 2005, nr 12, s. 13-14.

## **Bilagsfortegnelse**

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Patientinformation

Bilag 3: Samtykkeerklæring

## **Interviewguide**

### **Indledende spørgsmål**

Kan du fortælle mig lidt om dine oplevelser i forbindelse med at være indlagt med patienter, som skal gennemgå den samme operation på samme tidspunkt som dig selv, du må meget gerne nævne både negative og positive sider.

### **Forskningsspørgsmål**

Hvordan opleves betydningen af medpatienter i forhold til rum?

#### **Interviewspørgsmål**

##### **Levet rum**

Hvordan opleves det at skulle forlade de kendte hjemlige rammer og at skulle være et ukendt sted sammen med medpatienter?

Hvordan opleves samspillet mellem patienter på sengestuen og i joint care stuen?

Kunne du tænke dig at have haft enestue?

#### **Forskningsspørgsmål**

Hvordan opleves betydning af medpatienter i forhold til tid?

#### **Interviewspørgsmål**

##### **Levet tid**

Hvordan oplever du den tid du tilbragte alene sammen med dine medpatienter?

-Sneglede tiden sig af sted eller gik den hurtigt i de andres selskab?

Hvordan har du tidligere oplevet tiden under en indlæggelse?

Har du gjort dig nogen tanker om fremtiden ift lign. indlæggelseskoncept?

## Forskningsspørgsmål

Hvordan opleves betydningen af medpatienter i forhold til egen krop?

## Interviewspørgsmål

### **Levet krop**

Hvordan oplevede du det at din krop gennemgik ændringer og din fysiske formåen ændrede sig og du på samme tid var sammen med dine medpatienter, kan du sige noget om de følelser der opstod?

Hvilken betydning havde det for dig at din krop fremtrådte ændret eller ude af balance i andres påsyn?

Gav det mening at I alle gennemgik den samme forandring og var påvirket i Jeres fysiske formåen? Hvorfor – hvorfor ikke?

## Forskningsspørgsmål

Hvordan opleves relationerne til de andre patienter?

## Interviewspørgsmål

### **Levet relation**

Hvad var den mest almindelige form for samvær/kontakt?

- ift tilstedeværelsen
  - o er det vigtigst for samværet at man blot er til stede eller skal man fortage sig noget
- ift samtale
  - o hvad taler man om
  - o er det vigtigt hvad man taler om eller er det vigtigste blot at man taler sammen

Oplevede du det som en naturlig ting, at dele erfaringer og oplevelser med medpatienterne?

Hvordan oplevede du det at være en del af et hold og samtidigt skulle fokusere på egen situation?

Var kontakten overfladisk eller oprigtig meningsfuld - kan du sige noget om de følelser der opstod?

Oplevede du at medpatienterne var vigtige for dig i forhold til at magte følgerne efter operationen?

Er der nogen af dine medpatienter du skal se/have kontakt med i fremtiden?

Hvordan opleves betydningen af medpatienter i forhold til betydning af dine pårørende mens du er indlagt?

Hvordan oplevede du betydningen af kontakten til medpatienter kontra til personalet?

## **Projektet – baggrund, formål**

Tidligere udenlandske undersøgelser viser at der er såvel positive som negative oplevelser forbundet med at være tæt på sine medpatienter under indlæggelse.

Jeg vil på baggrund heraf undersøge hvilken betydning patienter tillægger det at have ligestillede medpatienter omkring sig, når man er indlagt i kort tid til en planlagt operation i et Joint Care forløb. Jeg vil have fokus på det samspil og de kontakter der opstår mellem patienter under indlæggelsen.

Jeg vil derfor gerne tale med nogle patienter som har været indlagt i Joint Care forløb, for at høre om oplevelser i forbindelse med indlæggelsen.

## **Deltagelse i projektet**

De interview jeg vil foretage foregår mens du er indlagt og får ikke nogen betydning for din deltagelse i de øvrige aktiviteter på afdelingen under din indlæggelse og vil ikke påvirke den fremtidige pleje og behandling du modtager på afdelingen.

Det er helt frivilligt at deltage og du kan på et hvert tidspunkt trække dig fra deltagelse.

## **Anonymitet**

Alle helbredsrelevante og fortrolige oplysninger som evt kommer frem ved interviewet omfattes af tavshedspligten og alle data til den videre behandling er helt anonyme.

Undersøgelsen er anmeldt til datatilsynet.

## **Lidt om mig selv**

Jeg er sygeplejerske og har tidligere været ansat på afdelingen. Jeg arbejder nu på Fredericia og Kolding Sygehuse samtidig med at jeg er ved at tage Kandidatuddannelsen i Sygepleje ved Aarhus Universitet. Undersøgelsen skal indgå i en opgave i tilknytning til mit studie.

Hvis du har spørgsmål vedr. undersøgelsen og/eller din deltagelse heri er du meget velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen

Annemarie Ginnerup Toubøl  
Sygeplejerske, stud. cur

Email: [aginnerup@gmail.com](mailto:aginnerup@gmail.com)

Tlf: 27472184

## Samtykkeerklæring

Hermed bekræftes det at jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen vedr. patienters oplevelser af indlæggelse med ligestillede i Joint Care forløb.

Jeg er indforstået med at deltage i undersøgelsen og er informeret om at de oplysninger der kommer frem bliver behandlet anonymt og at jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække min deltagelse i undersøgelsen tilbage.

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_

---

Dato

Underskrift