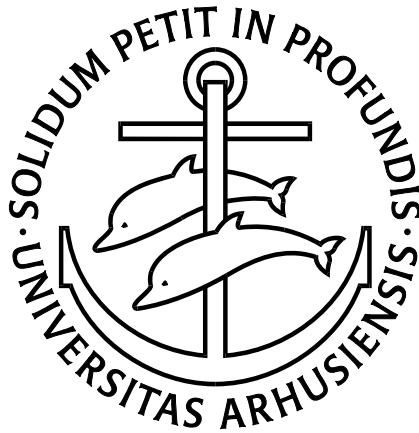


Kandidatspeciale



Det relationelle møde mellem patient og sygeplejestuderende i medicinsk afdeling

af

Lone Birgitte Skov Jensen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Lone Birgitte Skov Jensen
Modul: Speciale
Måned og år: November 2008
Vejleder: Regner Birkelund
Anslag: 177.570

Det relationelle møde mellem patient og sygeplejestuderende i medicinsk afdeling

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

Copyright © Lone Birgitte Skov Jensen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-69-4

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

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	s. 3
2.0 Beskrivelse af problemfeltet	s. 5
2.1 Den sygeplejestuderendes oplevelse af det relationelle møde med patienten	s. 5
2.2 Patientens oplevelse af det relationelle møde med den studerende	s. 6
3.0 Afgrænsning og begrundelse for valg af problemstilling	s.9
4.0 Fokus for undersøgelsen	s.11
5.0 Metode	s.12
5.1 Grounded theory	s.12
5.2 Litteratur	s.15
5.3 Datagrundlag	s.16
5.4 Dataindsamling	s.17
5.5 Tilrettelæggelse, praktiske overvejelser og gennemførelse af observationer	s.17
5.6 Analyseprocessen	s.18
5.7 Ethiske overvejelser	s. 20
5.8 Validitet	s. 21
6.0 Præsentation af fund	s.22
6.1 Præsentation af hovedkategori og underkategorier	s.22
6.2 Hovedkategori A: Patientens rettethed mod den studerende i det relationelle møde	s.26
6.2.1 Underkategori A1: At værne om egen og den studerendes væren	s.28
6.2.2 Underkategori A2: At vejlede den studerende	s.31
6.2.3 Underkategori A3: At yde omsorg for den studerende	s.35
6.3 Hovedkategori B: Den studerendes rettethed mod patienten i det relationelle møde	s.37

6.3.1 Underkategori B1: At værne om egen og patientens væren	s.39
6.3.2 Underkategori B2: En stræben efter den gode sygepleje	s.43
7.0 Anvendt litteratur til diskussion af fund	s.48
8.0 Diskussion af fund	s.50
8.1 Patient og studerendes rettethed mod den anden i det relationelle møde	s.51
8.2 At værne om egen og den andens væren	s.56
8.3 At vejlede den studerende	s.62
8.4 At yde omsorg for den studerende	s.66
8.5 En stræben efter den gode sygepleje	s.69
9.0 Diskussion af metode	s.72
10.0 Konklusion og perspektivering	s.74
10.1 Konklusion	s.75
10.2 Perspektivering	s.76
11.0 Resume	s.78
12.0 Summary	s.79
13.0 Referenceliste	s.81
14.0 Bilagsoversigt	s.88
15.1 Bilag 1	s.89
15.2 Bilag 2	s.90
15.3 Bilag 3	s.91
15.4 Bilag 4	s.92

1.0 Indledning

Dette speciale handler om patient og studerendes relationelle møde¹ i den medicinske afdeling. Min interesse for studerende-patient relationen udspringer af mine erfaringer i forbindelse med en mindre interviewundersøgelse af, hvilke fænomener der bestemmer ældre mandlige patienters oplevelser af pleje og omsorg i medicinsk afdeling (Jensen 2007). Her fandt jeg udenfor undersøgelsens fokus, at flere patienter tilkendegav at ”*de unge piger oftest var de sødeste*” (Jensen 2007). De unge piger var elever og studerende i afdelingen, som nogle af de ældre patienter beskrev som hjælpsomme, smilende og mindre stressede. En ældre mand fortæller under interviewet:

”Det er svært at få fat i en sygeplejerske, de farer hele tiden af sted, vi har travlt, vi har travlt, læg dig nu hen. Så ligger man og venter og venter og venter. Og jeg kan godt sige dig, at de flinkeste mennesker her på afdelingen, det er de unge piger. Det er sådan, at de kommer ind og siger ”davs” og ”hvordan går det?”, ”nu skal vi give dig”, og ”var det ikke noget med en vitamin drik?” (Jensen 2007).

Flere af patienterne beskrev de unge studerende som hjælpsomme venlige og mere imødekommende end det uddannede personale og en patient mente at ”de unge behandler dig med meget mere respekt”(Jensen 2007). Patienterne satte tilsyneladende pris på de studerende, og fortalte, at der var langt bedre tid til bad og små tjenester, som de studerende tilbød patienterne såsom at hente drikkevarer, hjælpe med toiletbesøg, skifte sengetøj og lignende (Jensen 2007). Patienternes syn på de studerende, har jeg noteret og beskrevet i mine feltnoter, men de indgik ikke i min færdige opgave, der som tidligere nævnt havde et andet fokus (feltnoter 2007). Disse fund fik mig til at undre mig over, hvilke fænomener der gjorde sig gældende i det relationelle møde mellem den studerende og patienten. Hvordan så patienterne selv deres rolle i forhold til de studerende ? Var der ”kun” tale om, at de unge sygeplejestuderende servicerede de

¹ Jeg har valgt at kalde mødet mellem patient og studerende for det relationelle møde, idet dette speciale har fokus på det møde, hvor såvel patient som studerende i et eller andet omfang engagerer sig og involverer sig i mødet med den anden. Relationer og afhængighed er grundlæggende i menneskers liv og menneskers liv er forviklet med hinanden(Martinsen 2006). Det er derfor med udgangspunkt i Martinsens forståelse af det relationelle, at patient og studerendes møde skal forstås.

ældre patienter eller gjorde andre fænomener sig gældende i deres møde? Og hvilke fænomener var i så fald i spil?

Som underviser på en sygeplejeskole har jeg ligeledes ofte oplevet, hvordan de studerende vendte tilbage til skolen fra klinikken med værdifulde oplevelser fra det relationelle møde med patienten. Møder, de studerende ofte beskrev som personligt og fagligt udviklende og hvor de beskrev et stort engagement og lyst til at støtte og hjælpe patienten. Det er ikke kun studerende og resten af afdelingens personale der har fokus på patienten. Der er i dag ligeledes et stigende politisk ønske og krav om, at patientperspektivet medinddrages i hospitalernes udvikling (Andersen 2006). Der er da også i dag en stigende interesse for patientperspektivet, og patienternes tilfredshed forsøges afdækket i både landsdækkende såvel som lokale initiativer, der skal sikre, at patienternes høres, og at deres behov og ønsker tilgodeses. Et eksempel er den landsdækkende fortløbende undersøgelse, Den Gode Medicinske Afdeling der blev etableret i 1995, og hvis formål er at kvalitetsudvikle de samlede patient forløb i de medicinske afdelinger i hele landet ([www. Dgma.dk](http://www.Dgma.dk)). Mange hospitalsafdelinger laver ligeledes bruger- og patienttilfredshedsundersøgelser, som skal afdække patienternes tilfredshed og utilfredshed med pleje og behandling under indlæggelser i afdelingen. Her er kultursociolog Helle Timm, som har skrevet en p.hd afhandling om brugerundersøgelser, skeptisk overfor, om der bliver handlet på baggrund af de udførte patienttilfredshedsundersøgelser, ligesom hun stiller sig tvivlende overfor, om der i virkeligheden sker en reel inddragelse af patienterne (Kjeldsen 1997). På trods af den stigende interesse for patientperspektivet er der kun lavet et begrænset antal undersøgelser, der udfolder patienternes perspektiv på mødet med den studerende. Sygeplejestuderendes perspektiv på mødet med patienten er langt bedre undersøgt, mens undersøgelser der medtager begge perspektiver er sjældne. Min interesse for patient-sygeplejestuderende relationen udspringer derfor af en undren over, hvilke fænomener der udfolder sig mellem patient og sygeplejestuderende i deres møde i medicinsk afdeling, og hvordan disse kan forstås og begrundes.

2.0 Beskrivelse af problemfeltet

Jeg vil i de følgende afsnit inddrage litteratur om sygeplejestuderende-patient relationen, og forsøge at indkredse problemfeltet og pege på forskellige mulige sammenhænge, forudsætninger og faktorer, der har betydning for deres relation.

2.1 Den sygeplejestuderendes oplevelse af det relationelle møde med patienten

Der har igennem de sidste årtier været en stigende interesse for at beskrive og afdække sygeplejestuderendes oplevelser i klinikken (Suikkala & Leino-Kilpi 2001). Det er i dag bredt anerkendt, at sygeplejestuderende-patient relationen har stor betydning for den studerendes læring i klinikken (Twinn 1995, Morgan & Sanggaran 1997, Robinson & Cubit 2007). For de studerende i klinikken er patientkontakten den vigtigste sygepleje funktion der støtter dem i deres sygeplejefaglige udvikling. Igennem kontakten med patienten opnår den studerende en bedre indsigt i sine egne personlige styrker og grænser, og lærer at se situationen fra patientens perspektiv (McKinlay & Cowan 2001, Bergland & Lærum 2002). Flere såvel kvalitative som kvantitative undersøgelser har undersøgt sygeplejestuderendes interaktion med patienter, med fokus på hvordan relationen giver den studerende øget selvværd, mestringsevne og empowerment. De studerende har behov for at gøre en forskel i forhold til patienten og oplever selv, at de ofte har meget at tilbyde patienterne i forhold til engagement og nærvær (Rogan & Wyllie 2003, Robinson & Cubit 2007). Bradbury-Jones & Sambrook & Irvine undersøger i en kvalitativ undersøgelse, hvad der øger sygeplejestuderendes empowerment i klinikken og finder følgende temaer: At gøre en forskel, at være en del af plejegruppen, at være i tæt kontakt til en eller flere patienter, samt at have sufficient tid til omsorg. I et interview i undersøgelsen siger en studerende: *"One time I felt that I made a difference to patients is when a few ladies on the ward wanted their hair washing and set. All care staff were busy so I asked my mentor if it was okay to wash their hair....the five ladies felt much better after having their hairs washed. I felt it made a difference anyway"* (Bradbury-Jones & Sambrook & Irvine 2007). At gøre en forskel og heri at "gøre noget for" patienten, italesætter den studerende i citatet som vigtigt for

hendes oplevelse af at lykkes som studerende i klinikken. Artiklen peger på, at relationen til patienten har stor betydning for sygeplejestuderendes udvikling af empowerment, og at studerende er i risiko for disempowerment, når de ikke har mulighed for at knytte relationer til patienter, men udsættes for manglende patientkontinuitet på grund af afdelingsstrukturen (Bradbury-Jones & Sambrook & Irvine 2007). De sygeplejestuderendes sårbarhed i relation til patienten er ligeledes beskrevet i flere undersøgelser, hvor patienters død, usikkerhed på egne kliniske færdigheder eller moralske overvejelser og selvbebrejdelser over egen eller andres mangelfulde sygepleje beskrives som angstskabende og stressende for mange studerende i klinikken (Robinson & Cubit 2007, Nau & Dassen & Halfrens & Needham 2007). Der er ingen af de nævnte undersøgelser, der medtager patient perspektivet på de sygeplejestuderendes oplevelser i klinikken, selvom flere forfattere peger på, at patientperspektivet ligeledes er væsentligt at få nærmere belyst (Bradbury-Jones & Sambrook & Irvine 2007, Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2008).

2.2 Patientens oplevelse af det relationelle møde med studerende

Patientens perspektiv på det relationelle møde med den studerende er som netop påpeget langt mindre undersøgt og afdækket end sygeplejestuderendes perspektiv på mødet med patienten. I en oversigtsartikel fra 2001, der gennemgår litteratur om patient-sygeplejerskerelationen, har blot tre artikler patientperspektivet i fokus (Suikkala & Leino-Kilpi 2001). De omtalte artikler har foretaget deres undersøgelser i primærområdet, idet klienterne er henholdsvis småbørnsforældre, psykiatriske patienter, samt ældre hjemmepleje brugere, der interviewes i eget hjemmemiljø. Da disse undersøgelser beskriver patienternes perspektiv på relationen, har jeg valgt kort at redegøre for deres indhold i det omfang, det er relevant for min problemstilling. Pulliam undersøger ældre amerikanske hjemmeboende klienters tilfredshed med det lokale sundhedscenter i Delaware i et semi struktureret fokusgruppeinterview af 9 ældre mennesker over 70 år (Pulliman 1991). I artiklen fremgår det, at ingen af hendes nøgletermer som udgangspunkt omhandlede studerende. De indgår i undersøgelsen, fordi flere klienter uopfordret omtaler unge studerende i Centeret som har haft betydning for deres oplevelse af tilfredshed med Centeret. Klienterne var generelt begejstrede over kontakten med sygeplejestuderende, fordi de brugte meget tid til at

undervise og yde følelsesmæssig støtte til klienterne. En klient fortæller i undersøgelsen:

“My student nurse, when she first came to me, she told me her name, why she was there, where she had come from. Then she asked, did I want to talk about my self, my health and all? I told her I didn't feel like it today. So she said, “well, maybe the next time.” Then the next time-I don't know – I forgot it or something. Anyway, we didn't have no conversation. But that third week-that's when me and her really got together and we talked for about 2 hour or 3 hours. She sat with me....she stayed with me until I felt better...This is why I don't want her to be taken away from me.....I used to just wait for her to come. I was really glad for her to come”(Pulliam 1991;107)

Den studerendes tilgængelighed og tid til patienten havde tilsyneladende betydning for, at klienten brugte den studerende til at tale med, og at de herigennem fik en relation, som blev betydningsfuld for klienten. Pulliam analyserer ikke nærmere klienternes udsagn, men omtaler klienternes forhold til de studerende som ”enthusiastic”. I begyndelsen af 1990'erne interviewede Twinn 24 kvinder i Hong Kong om deres oplevelser med sygeplejestuderendes besøg i hjemmet i forbindelse med sundheds og barnepleje. Kvinderne tilkendegav, at de var mere afslappede i selskab med de studerende, men hvor deres eget udbytte af de studerendes vejledning i blandt andet barnepleje fordelte sig i 2 lige store grupper af henholdsvis tilfredsstillende og ikke tilfredsstillende vejledning. Alle kvinderne mente, at de havde et ansvar for de studerendes læring under besøgene og var villige til at lade dem selv og deres småbørn bruge til dette formål. En stor del af kvinderne var ligeledes glade for de studerendes selskab, hvilket kommer til udtryk i følgende udsagn, hvor en mor beskriver en studerende ved navn Brenda: *”A lot of women Brenda goes to and visits are fairly lonely and bored and enjoy it”* (Twinn 1994;294). Relationen til den sygeplejestuderende ser derfor ud til, at være præget af forskellige forskydninger i magtforholdet, hvor klienten på den ene side tager ansvaret for den studerende læringsmiljø og på den anden side tilbyder en mere en mere subjekt-subjekt orienteret relation, hvor den studerende får tildelt en mere personlig rolle som gæst i hjemmet til adspredelse af mødrene. I den sidste undersøgelse har forfatterne ønsket at afklare, hvordan brugere af et psykiatrisk sundhedscenter i Australien oplever deres relation og rolle i forhold til de sygeplejestuderendes læring i sundhedscenteret (Morgan &

Sanggaran 1997). Der deltog 74 klienter i undersøgelsen, der indeholdt såvel spørgeskema, fokusgruppeinterview samt enkelte semistrukturerede interviews af udvalgte klienter. Klienterne gav de studerende feedback på deres sygepleje, selvom enkelte klienter var nervøse for, om det kunne give de studerende problemer. De fleste patienter mente selv, at deres rolle som læremester var vigtig og nødvendig for de studerende. De var i høj grad opmærksomme på, at deres attitude kunne lette eller besvære de studerendes muligheder for læring i klinikken. De mente, at venlig feedback til de studerende var medvirkende til at øge de studerendes selvtillid. 91 % af de adspurgte klienter mente, at de kunne bidrage til de studerendes læring ved at undervise, være sociale og gennem at dele deres viden og forståelse af psykiske problemer og sygdom (Morgan & Sanggaran 1997). Disse 3 undersøgelser er muligvis ikke direkte overførbare til danske forhold, idet forholdene formentlig er væsentligt anderledes for hjemmebesøg i Amerika, Hong Kong og Australien, lige som det må antages, at der er kulturelle og curriculummæssige forskelle fra Danmark. Ikke desto mindre peger alle 3 undersøgelser på, at klienter/patienter gør sig mange overvejelser om deres ansvar for studerendes læring i klinikken. I en undersøgelse fra 2008 undersøger Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto sygeplejestuderende – patient relationen i medicinske afdelinger i Finland. Her finder de, at patienterne opfatter sig selv som modtagere af omsorg og gode råd fra de studerende. De opfattede ikke sig selv som aktivt deltagende i de studerendes læring, men så mere sig selv som anvendt til læring hos de studerende. Forfatterne peger på, at en mulig forklaring ligger i at patienternes sygdomme og lidelser, gør dem sårbare og afhængige af plejepersonalets støtte og omsorg (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2008). Andre undersøgelser støtter opfattelsen af, at patienter ikke deltager aktivt i den studerendes læring, og at kun få patienter så det relationelle møde som en mulighed for at tilpasse og individualisere den sygepleje de modtog, eller deltage i de studerendes læring (, Morgan & Sanggaran 1997, White 2003). Disse fund tyder umiddelbart på at de medicinsk indlagte patienter er mere sårbare og mindre aktive i de sygeplejestuderendes læring i klinikken i modsætning til klienter og mødre og ældre i eget hjem.

3.0 Afgrænsning og begrundelse for valg af problemstilling

Jeg har valgt at afgrænse min undersøgelse til at omhandle ældre patienter og sygeplejestuderendes møde i den medicinske afdeling. Der er flere grunde til, at jeg er særligt interesseret i den ældre medicinske patient. For det første bliver de medicinske afdelingers patientgruppe stadig ældre og større med komplekse og delvist ikke helbredelige sygdoms problematikker af kronisk karakter. Patienterne er derfor indlagt i længere forløb, hvilket giver gode muligheder for at studere patient-sygeplejestuderende relationen. Den ældre medicinske patient har desuden typisk brug for mere tid, og har behov for flere plejemæssige ydelser end yngre patienter (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000). Disse er typisk opgaver, som den studerende kan påtage sig, hvilket giver mig gode muligheder for at studere deres relationelle møde (Rogan & Wyllie 2002). Ældre patienter er ofte mere tilfredse med sygeplejen end yngre patienter (Larsson 1999, Foss & Hofoss 2004). Dette ser jeg ikke som en ulempe, idet jeg ikke er interesseret i det møde, som ikke lykkes, men snarere i hvordan de relationelle fænomener udfolder sig mellem studerende og patient. For det andet mener jeg, at patientens perspektiv på relationen med de studerende i afdelingen under en indlæggelse er en central opgave at have fokus på. Kun igennem viden om patientens oplevelser og tanker kan vi øge vores viden og forståelse for patientens perspektiv. Den tredje grund til, at jeg finder den ældre medicinske patient perspektiv særlig relevant for min undersøgelse, er, at denne patientgruppe ofte er udsat for fordomme og stereotype forestillinger om ”hvordan ældre mennesker er” (Høie 2005, Happel 1999). Undersøgelser af de studerendes syn på ældre patienter peger på, at de opfatter afdelinger med overvejende ældre patienter som et deprimerende sted at arbejde, der mangler faglige udfordringer (Happel 1999). Disse opfattelser af ældre patienter møder også de studerende i klinikperioderne, idet også sygeplejerskerne i de medicinske afdelinger ser deres arbejde som mindre fagligt udviklende og prestigefyldt end mere intensive, specialiserede afdelinger (Moyle 2003, McLafferty 2005). Men også sygepleje perspektivet er vigtigt at medtage af flere grunde. Den studerendes læring i klinikken er som tidligere beskrevet et vigtigt element i hendes sygeplejefaglige udvikling og faglige identitetsdannelse (Bradbury-Jones & Sambrook & Irvine 2007). Da patientkontakten er en vigtigt og central læresituation for den studerende, mener jeg, at den tilgængelige viden om den studerendes oplevelser og perspektiver på mødet hele tiden bør kvalificeres. Den studerende har brug for

patientens viden om hans krop og egen sygdom i sin læreproces i klinikken (Twinn 1995, Larsen 2000). Dette giver nogle særlige præmisser for mødet mellem den studerende og patienten. En studerende fortæller i et interview med Kristian Larsen om sin startfase i sin klinikuddannelse:

”Man lærer jo af patienternes reaktioner og sine egne reaktioner.””Altså man lærer jo hele tiden, når man har kontakt med patienterne...ham wagn....han er jo lidt af en speciel herre...ik..måden han reagerer på ik..det er da helt sikkert med til at give erfaring, altså at have med sådan en mand at gøre...måden han reagerer på og måden man så selv reagerer på . Altså det havde nok været bedst, at han var kommet ud og var blevet vasket, selv om han havde ondt...og..så..ser man ligesom...det VIL han bare ikke...man kan bare ikke overtale ham...han siger blankt nej...og det får man jo også noget ud af ikk?...man lærer jo noget om menneskers reaktionsmønstre.”
(Larsen 2000;193).

Relationen med patienten er i citatet en vigtig kilde til viden for den studerende, og hun er tilsyneladende bevidst om, at hun gennem patienten får mulighed for at lære noget meget centralt om menneskets reaktioner i belastede situationer. Den studerende har desuden undervisningsmæssige mål fra sygeplejeskolen, der skal nås i klinikperioden, og hendes vejleder skal evaluere hendes kliniske og teoretiske kompetencer i klinikken samtidig med, at den studerende skal lære at håndtere det relationelle møde med patienten. Men også hospitalet og den enkelte afdeling repræsenterer ofte en ukendt kultur, som den sygeplejestuderende i de første klinikker skal bruge mange kræfter på at lære at kende og agere i. Larsen peger på, at de studerende mødes af mange indtryk, som trænger sig på hos den studerende, og som måske ikke mere kan rekonstrueres og beskrives af den erfarne sygeplejerske. Det nye er massivt nærværende, og lige meget hvor den studerende bevæger sig, er der lyde, lugte og nye synsindtryk der knytter sig til det medicinske felt sammen med patienter der er trætte, forsagte, dårlige, vrede grædende eller glade. Alt sammen indtryk der trætter og belaster den studerende (Larsen 2000). Larsen beskriver her elementer af de forudsætninger de studerende møder patienten med, og som også må medtages for at forstå den studerendes betingelser for læring i klinikken. Den sygeplejestuderendes perspektiv på det relationelle møde med patienten er beskrevet i mange artikler, hvorimod patientens perspektiv på mødet er langt mindre velbeskrevet. Undersøgelser, hvor såvel den studerendes som patientens perspektiv på mødet undersøges, er sjældne selvom flere forskere peger på, at dette felt

bør nærmere undersøges (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2008). Meget få studerende ønsker i store undersøgelser at arbejde på almen medicinsk afdeling med overvejende ældre patienter efter endt uddannelse (Happel 1999, Robinson & Cubit 2007). Forfatterne peger på det problematiske i, at sygeplejestuderende tilsyneladende finder det uden attraktionsværdi at arbejde i medicinske afdelinger med ældre patienter, idet et stigende antal hospitalsindlæggelser netop er indenfor denne patientkategori (Happel 1999, McKinley 2002). Jeg er enig med forfatterne i denne bekymring, og ønsker med denne opgave at bidrage til et øget fokus på den ældre medicinske patient og hans relationelle møde med den studerende. Det er ikke min intention at undersøge, på hvilken måde denne problematik gør sig gældende i det relationelle møde mellem patient og studerende, selvom det er tænkeligt, at det kan have en vis indflydelse på det relationelle møde. Derimod ønsker jeg, at medvirke til at diskutere, hvad det relationelle møde mellem den ældre medicinske patient og den sygeplejestuderende i afdelingen rummer, for herigennem på længere sigt at kunne pege på, hvordan denne viden kan anvendes til at kvalificere plejen af den ældre medicinske patient igennem nye måder at ”tænke om” patientens aktive deltagelse i de sygeplejestuderendes læring i klinikken. Desuden ønsker jeg at bidrage til diskussionen om, hvordan den studerende gør brug af den ældre medicinske patient i sin læring i medicinsk afdeling.

4.0 Fokus for undersøgelsen

Jeg har valgt en åben og ikke- problemorienteret tilgang til mit undersøgelsesfelt som anbefalet af Glaser (Glaser 1992). For Glaser er det afgørende, at undersøgerens problemfelt udgår fra feltet. Han skriver:

“The grounded theory researcher whether in qualitative or quantitative data, moves into an area of interest with no problem. He moves in with the abstract wonderment of what is going on that is an issue and how it is handled.” (Glaser 1992;22).

Mit undersøgelsesfokus er indledningsvist meget bredt og formuleret efter de første feltobservationer, hvilket åbner mulighed for at undersøgelsesfeltet viser mig, hvori de mest interessante og relevante temaer skal findes. Mit undersøgelses spørgsmål tager

derfor udgangspunkt i min undren over, hvilke relationelle fænomener der udfolder sig i mødet og bliver derfor:

Hvilke centrale relationelle fænomener udfoldes i mødet mellem den ældre medicinske patient og den sygeplejestuderende?

5.0 Metode

5.1 Grounded theory

Til at besvare mit undersøgelsesspørgsmål har jeg valgt en kvalitativ teorigenererende forskningsmetode, ”grounded theory”, som videnskabelig ramme for specialet. Denne metode er valgt, fordi den egner sig til at udforske aktørperspektivet og den betydning mellem menneskelige interaktioner og sociale relationer har (Lomborg 2005).

Selvom metoden er udviklet indenfor sociologien, er den blevet en stadigt hyppigere anvendt metode indenfor omsorgsforskning (Lomborg 2005, Lomborg og Kirkevold 2003, Gyvå og Hyllander 2005). Det videnskabsteoretiske grundlag, som grounded theory er baseret på, er pragmatismens videnskabsfilosofi samt den symbolske interaktionisme. Jeg vil derfor kort redegøre for de overordnede tanker i disse videnskabsteoretiske retninger. Pragmatismen mener, at mennesket skaffer sig viden om verden som aktive deltagere i den verden de lever i, og at den menneskelige erfaring derfor er udgangspunktet for al viden. Pragmatismen betragter mennesket som kollektivt og i stadig socialt samspil mennesker imellem, hvor mennesket til stadighed prøver at håndtere de virkelige problemer, de støder på i handlingsforløbet, hvor tænkning og erkendelse forstås pragmatisk som en del af en kollektiv handlingssammenhæng (Andersen & Kaspersen (red.) 2003). I pragmatismen formuleres det synspunkt, at virkeligheden ikke eksisterer som nogen given størrelse, men at den skabes af mennesker. Den symbolske interaktionisme har sit udgangspunkt i amerikansk pragmatisme og var især under påvirkning af John Deweys (Lomborg 2005, Gyvå & Hyllander 2005). Den symbolske interaktionisme som forskningsmetode har 3 grundlæggende præmisser:

1. Menneskets handlinger kan forstås ud fra den betydning, som forskellige genstande eller fænomener har for dem.
2. Dette betydningsindhold har sin oprindelse i social interaktion med andre.
3. Gennem individets tolkning håndteres og forandres dette betydningsindhold i mødet med andre (Gyvå og Hyllander 2005;31).

Fra den symbolske interaktionisme kommer desuden den ide, at hvad man kan udforske må udvides. Strauss udtrykte dette på den måde, at hvad, der kan være, data må udvides til også at indbefatte litteratur og teater med mere. Også at sammenligne det tilsyneladende usammenlignelige stammer fra den symbolske interaktionisme. Denne metode er videreudviklet i Grounded Theory som den sammenlignende metode. At finde ligheder mellem forskellige grupper af iagttagelser, der nøje er udvalgt med henblik på sammenligning. Grounded theory er udviklet i et samarbejde mellem sociologerne Barney Glaser og Anselm Straus som et opgør mod den deskriptive kvalitative metode, og ikke mindst et opgør mod at lægge teori ud over et felt, for dernæst at forsøge at få data til at passe ind. Metoden var ifølge forfatterne et forsøg på at skabe sammenhæng mellem teori og empirisk forskning ved at anlægge et induktivt forskningsperspektiv, der lagde vægt på opdagelse af nye teorier i stedet for deduktiv testning af kendte teorier. De pegede på, at hvis man undersøger, hvordan mennesker konstruerer deres virkelighed, kan man ikke forudsætte bestemte begreber, idet man ikke kan forudsætte, at de er relevante for det, man undersøger. I stedet mente de, at man i forskningsprocessen burde koncentrere sig om at udarbejde begreber på baggrund af datamaterialet (Hartman 2005). Glaser og Straus udviklede senere forskellige opfattelser af metoden i Grounded Theory, hvilket gør det nødvendigt at vælge den retning indenfor Grounded Theory, man finder mest relevant og egnet, idet metoderne i forskningsprocessen er forskellige. Forskningsprocessen skal ifølge Glaser indledes med så få forudfattede meninger som muligt. I stedet skal man søge at finde frem til, hvad der er vigtigt eller problemet for de mennesker, man undersøger. Jeg har indledningsvis valgt at beskrive forskningsprocessen i Grounded Theory ved en meget kort gennemgang for senere at uddybe min egen forskningsproces i afsnittet "Forskningsprocessen". Jeg har valgt udelukkende at anvende den retning i Grounded theory, som Glaser og Strauss tidlige arbejder repræsenterer, og som Glaser senere

forfølger i sine arbejder. Forskningsprocessen i Grounded Theory indledes med *den åbne fase*. Den første åbne fase er den fase i forskningsprocessen, hvor man forsøger at finde kategorier. En kategori er et meningsfænomen for mennesker, som tilhører en bestemt gruppe, og det er dette fænomen, man forsøger at beskrive begrebsmæssigt. Et eksempel er de relationelle fænomener mellem patient og studerende, som er denne undersøgelses fokus. Disse kategorier får man ved at analysere data. Fasen kaldes åben, fordi der ikke er begrænsninger på antallet af kategorier, men man lader det være åbent hvilke kategorier, der senere viser sig at være relevante. I denne fase foregår det vekslende arbejde mellem at indsamle og analysere data. På et tidspunkt i den åbne fase vil der ikke findes flere kategorier i data, og datamaterialet vil være mættet. Ifølge Glaser vil man på dette tidspunkt i forskningsprocessen allerede have fundet kernekategorien. Herefter kommer en selektiv fase i forskningsprocessen, hvor man vælger at koncentrere sig, om nogle af de kategorier man har fundet, og hvor andre samtidigt vælges fra. Reglen for selektionen er, at de kategorier man bevarer, skal være relaterede til kernekategorien, og hvor man forsøger at bestemme hvilke kategorier, der er vigtige, og bestemme og beskrive deres egenskaber.

Herefter følger den teoretiske fase, hvor man skal finde ud af, hvordan de forskellige kategorier forholder sig til hinanden og deres indbyrdes relationer og sammenhænge. Her formuleres hypoteser, og man foretager igen dataindsamling, hvorefter teorien er udviklet og resultatet sammenskrives (Hartman 2005;60-61). Glaser peger blandt andet på vigtigheden af, at de grounded fund ikke kan eller skal verificeres af anden teori og forskning. Han peger på, at fundene må være fri fra at bygge på andres ideer, arbejder og problemer og understreger at grounded teori alene får sin troværdighed gennem teoriens workability. Denne tilgang til fundene giver ifølge Glaser en større mulighed for, at det er data, der taler, og ikke forud forståede teorier, der lægges ind over data (Glaser og Strauss 1967). Det betyder ikke, at metoden udelukker anden teori om undersøgelsesområdet. For Glaser er det afgørende ikke at have fokuseret på læsning af relateret litteratur, inden undersøgelsens hoved kategorier er fundet. Mine indledende afsnit med litteratur gennemgang er derfor skrevet sent i forløbet, og efter at hovedkategorien var fundet. Glaser skriver at: *“When the theory seems sufficiently grounded in a core variable and in an emerging integration of categories and properties, then the researcher may begin to review the literature in the substantive*

field and relate the literature to his own work in many ways” (Glaser 1992;32). Jeg har derfor, som anbefalet af Glaser ikke anvendt litteratur eller andres begreber i mit afsnit om undersøgelsens fund, men anvendt litteraturen i mit diskussions afsnit til at relatere litteraturen til mine fund.

5.2 Litteratur

Den første indledende litteraturlæsning har udelukkende drejet sig om metodisk samt metodologisk litteratur relateret til grounded theory (Glaser & Strauss 1967, Glaser 1978, Glaser 1992, Lomborg 2003, Lomborg & Kirkevold 2005, Andersen & Kaspersen, Gyvå og Hyllander 2005, Hartman 2005). Min litteratursøgning og- læsning af relateret litteratur har været delt over to perioder. Først en indledende litteratursøgning, læsning og indsamling af forskningsartikler med inklusions kriteriet, at litteraturen skulle bidrage til belysning eller perspektivering af fundene. Relevant litteratur blev herefter udvalgt, og indgår i diskussionsafsnittet. Senere foretog jeg en søgning og læsning af etisk, sygeplejevidenskabeligt, filosofisk og sociologisk orienteret litteratur, relateret til det relationelle møde mellem patient og sygeplejerskestuderende, hvilket udgør rammen i mine diskussionsafsnit.

Jeg har brugt søgeordene: nursing student- patient relationship, patients perspective, students perspective, student-patient relationship, interpersonal relations; patients, interpersonal relations students. Der er søgt i databaserne CINAHL og MEDLINE. Litteraturen til diskussionsafsnittet består, udover forskningsartikler som relateres til mine fund, primært af litteratur der var mig kendt i en vis udstrækning i forvejen, og er fundet ved hjælp af det lokale biblioteks hjemmeside og www.bibliotek.dk. Litteraturen til diskussionsafsnittet er udvalgt på baggrund af dets relevans for mine fund, samt muligheder for at bidrage til at diskutere og perspektivere mine fund.

5.3 Datagrundlag

Jeg har i mit speciale benyttet empiri i form af interview med sygeplejestuderende og patienter, samt feltobservationer af såvel studerende som patienter i forskellige udvalgte forløb. Der er ingen datakilder, der principielt har forrang for andre, og man kan veksle mellem forskellige datakilder undervejs i processen afhængigt af, hvad der aktuelt er fornuftigt i forhold til de spørgsmål der stilles (Guvå & Hyllander 2004). Jeg har valgt såvel interview som feltobservation, idet jeg derved får mulighed for at efterprøve, i hvilket omfang det, som patienterne og de studerende italesætter, også er det, jeg kan iagttage i feltobservationer, eller i givet fald hvor der er uoverensstemmelser. Dette muliggjorde, at jeg fik flere perspektiver på det samme fænomen. I undersøgelsen indgår data fra to afdelinger indenfor det medicinske speciale. Der deltager 6 studerende i undersøgelsen under deres klinikperiode i en af de deltagende afdelinger. Alle deltagende studerende er interviewet en eller flere gange. Efterfølgende har jeg fulgt dem en eller flere dage i afdelingen under deres kontakt til patienterne. De studerende fordeler sig over 2 klinikperioder i deres uddannelse: 1. klinik periode og 2. klinik periode. De er henholdsvis ½ år og 1 ½ år inde i deres uddannelse ved klinikkens begyndelse. Jeg har fravalgt at inddrage studerende fra den 3. og afsluttende klinikperiode af flere grunde. For det første er disse studerende meget orienteret mod vejleder og de uddannede sygeplejersker. For det andet er de studerende meget optaget af gruppelederfunktionen, med de deraf følgende uddelegeringsopgaver til resten af personalet, samt administrative sygeplejeopgaver. Da disse opgaver må løses på kontoret, vil patientkontakten formentlig være mindre, end det er gældende for 1. og 2. klinik studerende (Larsen 2000). I grounded theory er formålet ikke at udforske individer men sociale processer. På den baggrund er det ikke de enkelte deltagere i undersøgelsen, der er i fokus, men det relationelle der italesættes som er af betydning, med mindre data viser noget andet (Guvå & Hyllander 2004). Kriteriet for udvælgelse af sygeplejestuderende var pragmatisk, idet de blot på undersøgelses tidspunktet skulle være studerende i klinikforløb på en af de to medicinske afdelinger, der indgik i undersøgelsen. De sygeplejestuderendes alder samt tidspunkt i deres uddannelsesforløb var 21 – 28 år (bilag 1). Der deltog 9 patienter i undersøgelsen. Heraf har jeg interviewet de 6 af patienterne. To patienter var ikke i stand til at deltage i en samtale og en patient blev udskrevet efter interviewet. Otte af patienterne indgik i mine

feltobservationer, idet den sidste patient blev udskrevet, inden feltobservationen kunne planlægges (Bilag 1). Kriteriet for udvælgelse af patienter til interview og feltobservation var medicinske patienter af begge køn mellem 70 og 90 år som ikke var i et terminalt forløb men havde kroniske længerevarende sygdomsforløb. De skulle have kontakt med sygeplejestuderende enten under feltobservationen eller haft en studerende som primær omsorgsperson inden for det sidste døgn for at minimere risikoen for, at det væsentlige i relationen med den studerende var glemt. Patienten skulle ligeledes kunne læse og forstå information om projektet og være interesseret i at deltage. Patienternes alder er en afgrænsning, der er foretaget af flere grunde som beskrevet i afsnittet ”Afgrænsning og begrundelse for valg af problemstilling”. Hvilken betydning afgrænsningen kan have på resultaterne og deres anvendelighed vil blive diskuteret i afsnittet ” Diskussion af metode og validitet”.

5.4 Dataindsamling

Dataindsamlingen foregik i det empiriske felt hvor fokus er de aktører, der er involveret i de sociale processer, der udforskes (Lomborg & Kirkevold 2003). Dataindsamlingen foregik over 3 måneder i foråret 2007 i to medicinske afdelinger på et større universitetshospital. Begge afdelinger havde 30- 40 sengepladser, og indlæggelses tiden for respondenterne varierede fra 6 dage til flere uger. Patienterne, der indgår i undersøgelsen, har alle kroniske sygdomme, i hvilken der var kommet en akut forværring eller tilstødende problematikker i tillæg til deres grundsygdom. Alle interviewede patienter havde tidligere været indlagt i samme afdeling (Bilag 1).

5.5 Tilrettelæggelse, praktiske overvejelser og gennemførelse af observationer

Kontakten til de medvirkende afdelinger foregik via oversygeplejerske, afdelings sygeplejerske og dernæst kliniske vejledere der stod for den praktiske koordinering af de dage, hvor jeg fulgte de sygeplejestuderendes kontakt med tildelte patienter, interviewede, samt udleverede information til patienter og studerende og samtykkeerklæring (Bilag 2). Feltobservationerne forløb over 9 dage fra kl. 7.00 - 15.00 og var fordelt over 2 måneder. Efter hver observationsdag fulgte flere dage hvor feltobservationerne blev nedskrevet og indledningsvis kodet under dato og patient eller

studerende (Bilag 1). Interview af patienter og sygeplejestuderende blev primært afviklet om eftermiddagen efter kl. 14.00, idet patientundersøgelser typisk var færdige og de studerende havde mere ro til at tale, fordi de havde afsluttet dagens arbejdsopgaver. Interviewene af patienter og studerende tog mellem ½ time og 1 time. Efter hvert interview som alle blev båndoptaget, fulgte flere dage med transkribering og indledende kodning af data (Bilag 3 & 4). Jeg har i transkriberingsfasen og under noteskrivning forsøgt at arbejde meget systematisk og nøjagtigt for at understøtte, at ”skjulte” fænomener i data kunne træde tydeligere frem.

5.6 Analyseprocessen

Analyseprocessen i Grounded Theory består som tidligere beskrevet af den åbne fase, den selektive fase og den teoretiske fase. Analyseprocessen foregår ikke som en lineær proces, men det metodiske omdrejningspunkt er, at der gennem parallelle processer løbende indsamles data, der analyseres (Lomborg 2003).

Glaser siger om den åbne kodning:

“open coding is the initial step of theoretical analysis that pertains to the initial discovery of categories and their properties. The mandate of open coding is the analyst starts with conceptual nothing- no concepts. Open coding comes to an end when it yields a core category. During open coding the data are broken down into incidents, to be closely examined and compared for similarities and differences, while constantly asking of the data the neutral question ”What category or property of a category does this incident indicate?”. This question and open coding are the basic grounding approaches to the data and lead to emergent discoveries (Glaser 1992;39).

Igennem hele analyseprocessen har jeg forsøgt at være loyal mod Glasers metode, hvilket jeg vil forsøge at redegøre for hér i min gennemgang af analyseprocessen. Den åbne kodning startede allerede, som Glaser anbefaler, under de første feltobservationer, hvor jeg fulgte to sygeplejestuderende i deres første klinikperiode i en afdeling. Her viste sig allerede nogle egenskaber ved patienternes relation til de studerende, som jeg indledningsvist noterede som en opmærksomhed og interesse vendt mod den studerende. Disse iagttagelser noterede jeg i memoer og arbejdede videre med i de transskriberede interviews og de efterfølgende feltobservationer både hjemme og under feltobservationer og interview. Dette er ifølge Glaser ikke ualmindeligt, og han siger hertil: *“The underlying principal in grounded theory which leads to a*

researchable problem with high yield and relevance is that the research problem and its delimitation are discovered or emergent as the open coding begins on the first interview and observations.”(Glaser 1992;21). I analyseprocessen var jeg opmærksom på ikke at lade min for forståelse sløre de egenskaber ved de fænomener, jeg så og hørte. Jeg stillede spørgsmål til de data jeg indsamlede, både under selve indsamlingen og bagefter under transskribering af interview og feltobservationer. De 15 interview, der indgik i undersøgelsen, blev ordret transskriberet. Her har jeg gjort en undtagelse fra Glasers anbefalinger, idet jeg har transkriberet alle interview, hvilket Glaser faktisk fraråder, idet han finder processen for tidskrævende og fjerner fokus fra de ting, der er på færde i det felt, der undersøges (Glaser & Strauss 1967, Glaser 1978, Glaser 1992). Jeg har dog som uerfaren interviewer og feltobservatør haft behov for at kunne arbejde mere struktureret med materialet i begyndelsesfasen, hvilket jeg oplevede, de transkriberede interview og feltobservationer gav mig bedre mulighed for. Der foregik en løbende memoskrivning af de indfald, tanker og ideer som mødet med patienter og studerende åbnede for. Alle data blev pindet ud i egenskaber og begreber, imens jeg arbejdede med at forfølge ideer, forkaste nogle og arbejde videre med andre samt kontinuerligt arbejdede med at se efter forskelle og ligheder i materialet. Herefter samlede jeg alle data i koder. Det betød, at al kodet tekst blev samlet i foreløbige koder og samlende kategorier på baggrund af deres egenskaber. Herefter samlede sig nogle foreløbige kategorier. Disse foreløbige kategorier blev løbende reguleret, justeret og sammenlignet med data for ligheder og forskelle. Der viste sig efterhånden et mønster hvor patienten og den studerendes rettethed mod hinanden, havde en tydelig overordnet forklaringskraft i forhold til de andre kategorier. Hovedkategorien blev identificeret som : Patienten og den studerendes rettethed mod den anden i det relationelle møde. I den selektive fase var der indledningsvist mange underkategorier, der samlede sig omkring kernekategoriens to perspektiver, henholdsvis patientens og den studerendes rettethed. Her foregik et sorteringsarbejde, hvor de kategorier med den største forklaringskraft i relation til hovedkategorien blev udvalgt. Underkategorier, der ikke støttede hovedkategoriens forklaringskraft, blev hér forkastet. Hér foregik også en analyse af, hvilke egenskaber som kategorierne havde. Det bevirkede en mere præcis beskrivelse af hvad de fænomener, som kategorierne beskrev, betød for patienter og studerende, og hvordan de så på og oplevede fænomenerne(kategorierne). I sidste fase af

analyseprocessen arbejdede jeg med at formulere hypoteser om, hvordan kategorierne relaterede sig til hinanden. Dette var den vanskeligste proces i analysen, idet underkategorierne viste sig at være tæt sammenvævet og relateret til hinanden, hvilket besværliggjorde at forstå og beskrive dem adskilt. Afslutningsvis fremstod hovedkategorien og underkategorier tydeligt, og deres egenskaber, relationer og sammenhænge var beskrevet, hvorefter analyseprocessen var afsluttet og sammenskrivningen af fund kunne påbegyndes.

5.7 Ethiske overvejelser

Interview undersøgelser er altid et moralsk foretagende. Den personlige interaktion i interviewet påvirker den interviewede, og den viden interviewet producerer, påvirker vores forståelse af menneskets situation (Kvale 2004). Det bør derfor altid nøje overvejes, hvilke konsekvenser undersøgelsen kan have for de involverede. Der findes ingen klare regler for de etiske problemer, der kan opstå under en interviewundersøgelse, men jeg har igennem samtalerne med patienter og studerende løbende reflekteret over etiske spørgsmål. Jeg har blandt andet forsøgt at være opmærksom på situationer, der var følsomme for såvel patient som studerende. For ikke at krænke patienter og studerende i undersøgelsen har jeg forsøgt at trække min tilstedeværelse, hvor jeg har oplevet, at situationen blev for svær for dem. Eksempelvis besluttede jeg i en feltobservation at vente udenfor badeværelsesdøren, selvom patienten havde givet tilladelse til, at jeg deltog, idet patienten alligevel virkede beklemmt ved situationen på vej mod badeværelset. Det har derfor været en balancegang mellem at se og deltage i de studerende og patienternes hverdag, og samtidig undgå at jeg krænkede informanterne. Mit udgangspunkt har været, at hvis jeg har været i tvivl om min tilstedeværelse kunne virke krænkende for patient eller studerende, har jeg afsluttet feltobservationen og eventuelt aftalt et nyt møde senere.

Anonymitet blev sikret ved, at bånd og materiale med følsomme data blev destrueret efter transkribering af interview. Alle interview og feltobservationer er nummererede, uden at patienterne kan identificeres på andet end køn, alder og afdeling, ligesom informanterne ikke vil kunne genkendes i den færdige opgave. Undersøgelsen er godkendt af datatilsynet.

5.8 Validitet

Validiteten af denne undersøgelse blev nøje overvejet på flere forskellige måder.

Igennem analyseprocessen med dataindsamling, kodning og noteskrivning har jeg forsøgt at holde mig strengt til Glasers anbefalinger af analyseprocessen som beskrevet i foregående afsnit (Glaser 1992). En vigtig forudsætning for "grounded theory" er som anført at gå til feltet uden allerede at have "set" det essentielle eller "problemet" i feltet. Det betyder i praksis at gå til feltet uden forhåndsbestemte antagelser for at minimere risikoen for ikke at få øje på det essentielle. Dette har været vanskeligere, end jeg umiddelbart havde forestillet mig og jeg har udelukket litteratur læsning om patient studerende relationen for ikke at være forhåndsindtaget inden feltobservationerne. Jeg satte mig for at se på patient og studerende i den medicinske afdeling uden at have bestemt på forhånd, hvad jeg ville se efter. Dette er i overensstemmelse med Glaser, der siger, at en undersøgelse altid skal starte med en generel interesse for et problemfelt og ikke med en specifik problemstilling, der vil kunne fastlåse og gøre en blind for, hvad der er i spil i feltet (Glaser 1992). Som beskrevet af Glaser og anført i forrige afsnit, så jeg allerede efter de to første feltobservationer et interessant fænomen i mødet mellem patient og studerende, hvor patienten havde en stor opmærksomhed rettet mod den studerende. Disse feltobservationer førte til spørgsmål og ideer, som nye feltobservationer og nye interview afklarede, og dernæst igen skabte nye ideer og spørgsmål til feltet. Glaser afviser, at det giver nogen mening at forsøge at verificere reproducerbarhed og generaliserbarhed i en undersøgelse der anvender metoden "grounded theory" (Glaser 1992). Glaser påpeger, at den funderede teori bør bedømmes på rækkevidden af teoriens forklaringskraft sammen med følgende kriterier: Fit, work, relevance og modifiability (Glaser 1992;117). Med udgangspunkt i ovenstående anbefalinger vil jeg i afsnittet "Diskussion af undersøgelsens validitet" forklare begreberne lidt nærmere samt forsøge at indkredse i hvilket omfang, jeg opfylder kriterierne i dette speciale, for at det kan kaldes Grounded theory.

6.0 Præsentation af fund

Jeg har valgt indledningsvis kort at præsentere hovedkategori og underkategorier, inden den egentlige præsentation af fund finder sted under de enkelte afsnit. Det har jeg valgt for indledningsvis at skabe et bedre overblik ved at præsentere de begreber, der senere bliver uddybet og forklaret nærmere. Af hensyn til læsevenligheden har jeg valgt at kalde den studerende ”hun” og patienten ”han” i de følgende kapitler.

6.1 Præsentation af hovedkategori og underkategorier

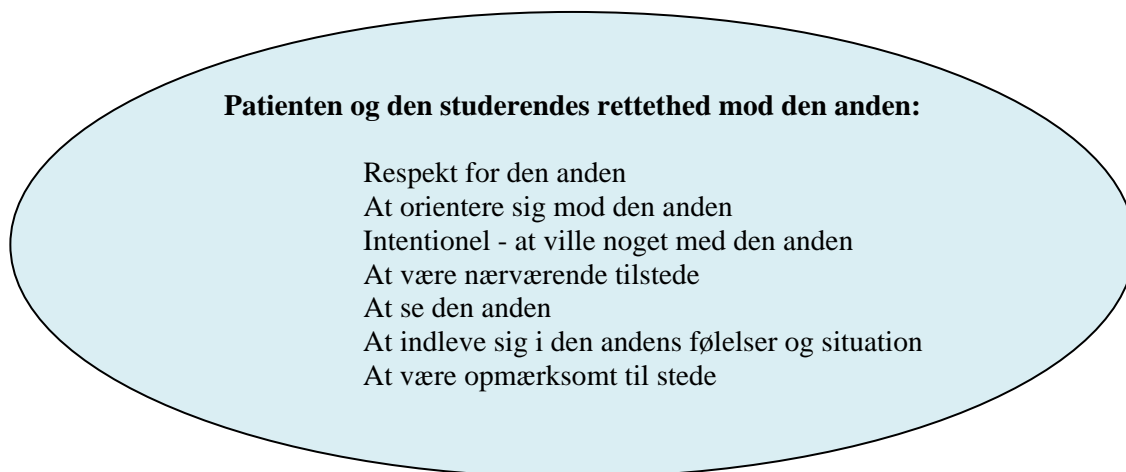
I min analyse af det indsamlede materiale blev kernekategorien identificeret som:

Den studerende og patientens rettethed mod den anden i det relationelle møde.

Rettetheden viste sig som en evne til at orientere sig mod den anden og at være opmærksom og nærværende til stede samt en evne til at se den anden og indleve sig i den andens følelser i situationen. Men rettetheden blev i undersøgelsen også identificeret som en særlig tilgang i mødet med den anden. Det viste sig i fundene ved en personlig intention hos patient og studerende, som betød, at de oplevede det relationelle møde som betydningsfuldt, ikke blot for dem selv men i lige så høj grad for den anden. Det betød for eksempel at patienten oplevede at betyde noget og gøre en forskel for den studerendes læring i afdelingen. For den studerende betød det blandt andet en oplevelse af at give patienten noget særligt i form af omsorg, loyalitet og engagement i patienten.

Rettethedens elementer er forsøgt illustreret i nedenstående figur.

Figur 1

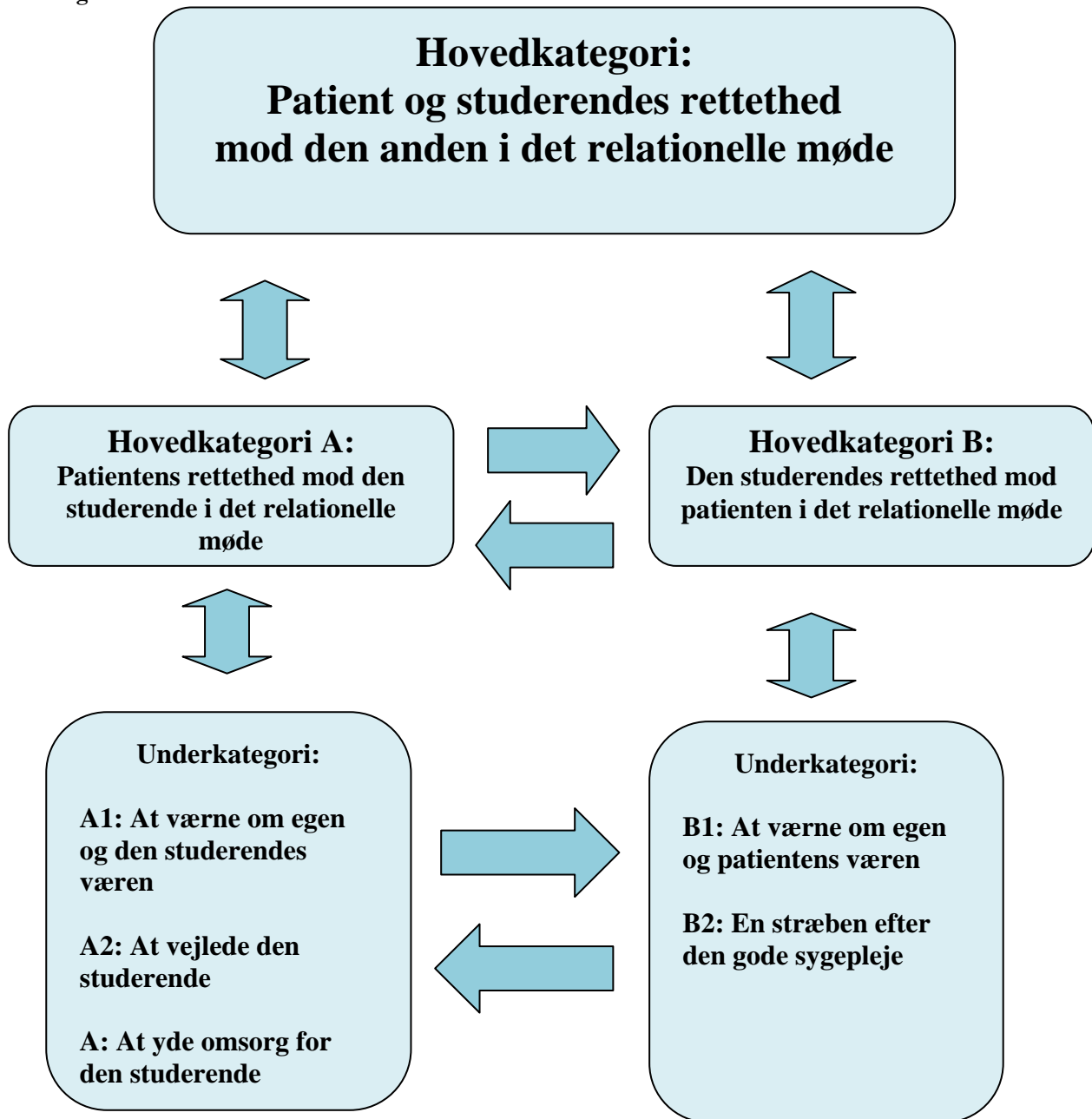


Hoved kategorien er opdelt i et patientperspektiv og et sygeplejestudent perspektiv, hvor begge perspektiver er vigtige for forståelsen af den genererede hovedkategori. Det samlede fænomen for hovedkategorien er det relationelle møde, hvori rettetheden udfoldede sig. Rundt om kernekategorien viste der sig et mønster bestående af flere underkategorier for patientens og den studerendes rettethed mod den anden, som kan forklare og understøtte hvilke fænomener, der prægede rettetheden i det relationelle møde.

Den anden skal i denne opgave forstås som den anden i relationen, altså henholdsvis den studerende eller patienten som møder patienten eller den studerende i det relationelle møde i afdelingen. Udtrykket "den anden" er fastholdt, idet det bedre indfanger det specifikke ved hovedkategorien, at der er tale om en specifik rettethed fra patient eller studerende mod en sygeplejestuderende eller patient i deres møde. For patientens vedkommende var rettetheden blandt andet præget af en optagethed af at støtte den studerende i hendes faglige og personlige udvikling. Dette kom til udtryk gennem **underkategorien: at vejlede den studerende. Men også andre underkategorier var fremtrædende: at værne om egen og den andens væren, samt at yde omsorg for den studerende.** For den studerende var rettetheden præget af en optagethed af at "gøre for" patienten, og den studerende havde mange etiske overvejelser over, hvordan sygeplejen burde være. Dette kom til udtryk i **underkategorierne: at værne om egen og den andens væren samt en stræben efter den gode sygepleje.** Som allerede antydte i ovenstående viste rettetheden sig såvel på samme måde men også forskelligt hos patient og studerende. Jeg mener ikke, at der er tale om to hovedkategorier, idet patientens og den studerendes rettethed var forbundet med hinanden, og fordrer at den anden i mødet også indgik i en rettethed med den anden. Et eksempel på dette viser sig i følgende citat, hvor en helt ny studerende i afdelingen fortæller om sit første selvstændige møde med sin "egen patient", som skal have hjælp til bad og personlig pleje. Hun har umiddelbart inden fortalt om sin anspændthed og nervøsitet over situationen. Hun fortæller: *"Ja det der med at det er min første patient og jeg har kun hende (patienten), og det er lidt, og det fortæller jeg hende så, og så siger hun. Åhhh! så tror jeg vi skal tage et bad i dag og, vi skal lige*

have ordnet mine negle og lidt hudlotion. Det syntes jeg var dejligt (Patientens reaktion). (interview studerende 2). Den studerende og patienten har gensidigt noget at tilbyde hinanden og ser begge dette. Den studerende har brug for tid og patientens forståelse for hendes usikkerhed til at lære personlig pleje og at indgå i relationer med patienten, og patienten får tilbudt et grundigt bad, hvor alle plejebehov kan opfyldes. Jeg har af hensyn til læsevenlighed og eget overblik valgt at præsentere rettetheden separat i egne afsnit for såvel patientens som den studerendes rettethed. Jeg har valgt at kalde patientens og den studerendes rettethed for henholdsvis hovedkategori A og hovedkategori B. Hovedkategorien og dens underkategorier er forsøgt illustreret i nedenstående figur. Figuren illustrerer, hvordan der sker en udveksling og gensidighed i rettetheden mellem patient og studerende. Denne gensidighed er forsøgt illustreret med dobbeltpile, der viser, at rettetheden og dens underkategorier er i et kontinuerligt samspil med hinanden.

Figur 2



Hovedkategori A og B har enkelte pile, der peger mod hinanden, hvilket skal illustrere, at patientens rettethed mod den studerende lever og næres af den studerendes rettethed mod patienten og omvendt. Eller sagt på en anden måde: Rettetheden forudsætter tilsyneladende en gensidighed i rettetheden i det relationelle møde mellem patient og studerende. I de efterfølgende afsnit vil fundene blive uddybet på en beskrivende måde underbygget af citater fra interview med patienter og sygeplejestuderende, samt feltobservationer af det relationelle møde mellem patient og studerende. Udover at redegøre for den genererede hovedkategori og dens underkategorier vil jeg belyse deres egenskaber og sammenhænge. Rettetheden og underkategorierne er tæt sammenvævede, og det har betydning for fremstillingen af mine fund. For det første kan de valgte citater i de nedenstående afsnit i mange tilfælde forklare og illustrere mere end én underkategori. Af hensyn til specialets stringens har jeg dog valgt kun at anvende citater én gang ét sted i specialet, velvidende at flere med lige så stor berettigelse kunne eksemplificere andre underkategorier. For det andet vil det i præsentationen af fund ofte være svært at illustrere og forklare en kategori uden samtidig at medinddrage aspekter af andre kategorier. Jeg vil derfor i begge afsnit under præsentation af hovedkategori A og B samtidigt medinddrage elementer fra underkategorierne, i det omfang det gør afsnittet mere læsevenligt.

6.2 Hovedkategori A: Patientens rettethed mod den studerende i det relationelle møde

Rettetheden hos patienten viste sig overordnet ved, at patienten så og reagerede på den studerendes behov i det relationelle møde. Patienten var meget optaget af den studerendes faglige og menneskelige udvikling og så sin egen rolle som central og vigtig for hendes læring. Patienten mente selv, at hans attitude og imødekommenhed havde betydning for, om den studerende ville gennemføre klinikperioden. Det betød, at patienten gjorde sig mange anstrengelser og overvejelser, for at imødekomme den studerendes muligheder for faglig og menneskelig læring i det relationelle møde. Patientens rettethed mod den studerende sås blandt andet i patientens optagethed af, at den studerende var tryk og velbefindende i mødet. Patienten så ofte den studerendes sårbarhed og usikkerhed og beskyttede hende mod krænkelser af hendes væren². Det

² Jeg har valgt at bruge ordet "væren" som et udtryk for en autentisk eller ærlig måde at møde den anden på, og som indebar en subjektiv oplevelse af at være sig selv og åben om sine hensigter i mødet med den anden.

viste sig ved, at patienten kunne undlade, at påtale den studerendes fejl, når andet personale var på stuen eller anvendte humor eller ironi, når patienten havde behov for at italesætte mangler ved den studerendes sygepleje. Det betød også, at patienten, når en situation udviklede sig i en uheldig retning, der kunne true den studerendes væren, indimellem valgte at vende ansigtet bort i mødet og ignorere den studerendes forlegenhed for at forhindre en krænkelser af den studerendes væren. Patienten beskrev ofte de nye studerende i afdelingen som usikre og forvirrede, samt at de studerende havde brug for deres hjælp og støtte til at udvikle sig fagligt. Patienten mente selv, at have et stort ansvar for den studerendes læring i afdelingen og brugte bevidst anerkendelse og ros for at fremme den studerendes selvtillid og læringsmiljø. Patienten brugte aktivt sig selv som læringsobjekt og gav tilbagemelding på sygeplejen kropsligt og verbalt. Et andet fund i undersøgelsen viste, at patienten kunne identificere den studerendes relationelle behov i mødet og var motiveret for at imødekomme disse. Undersøgelsen syntes at pege på, at den studerendes ydmyge tilgang i relationen var en vigtig faktor for patientens villighed til at underkaste sig den studerendes behov.

”De er nogle af de sødeste, og de er ikke generte som da vi startede. De siger pænere goddag, og er lidt mere friske i det. Vi andre kom nærmest krybende, ikke ?”(interview patient 6)

Den ydmyge tilgang som den studerende møder patienten med, øgede tilsyneladende patientens rettethed mod den studerendes og hendes behov. Undersøgelsen viste desuden, at patienterne tilsyneladende kan se forskel på en studerende og en uddannet. Patienten syntes at være meget positiv og imødekommende indstillet overfor den studerendes usikkerhed og ydmyge tilgang i mødet. En patient forklarer, hvordan han ser forskellen mellem de uddannede og de studerende:

”Det er måden de opfører sig på. De går rundt med papirer, og siger til de studerende, ”kan du ikke lige gøre sådan og sådan”, og de er ligesom lidt mere dominerende. De snakker mere, fortæller mere, og siger, du skal gøre sådan og sådan. Og de studerende spørger mere, og er mere forsigtige.

De studerende anvendte ofte udtryk som, at være tilstede, og at være tro mod sine holdninger til sygepleje. Patienterne anvendte ligeledes ”at være” i forhold til den studerende i deres samtaler med mig. Her blev, at ”være åben”, at ”være imødekommende”, at ”være ærlig” og at ”være indstillet på at hjælpe den studerende” anvendt som en særlig tilgang hos patienten i mødet med den studerende. Hvordan begrebet i denne opgave videre skal forstås og bliver brugt vil blive nærmere uddybet i næste afsnit: Underkategori A1: At værne om egen og den studerendes væren.

”Skal jeg gøre sådan og sådan, og ”vil du have det sådan”. Det er meget sødt, det synes jeg det er, de er lidt mere bly og tilbageholdende i det, det er de andre ikke”(interview patient 2)

Undersøgelsen viste, at den studerende ofte appellerede til de mere omsorgsfulde dele i patienten, hvilket medførte en undertiden beskyttende og omsorgsfuld og loyal tilgang hos patienten. Loyaliteten viste sig blandt andet ved, at ingen af de deltagende patienter kritiserede eller rettede på de studerende, når uddannet personale var på stuen. Dette foregik oftest når de var alene på stuen. Under et interview med en patient umiddelbart efter en feltobservation af patient og studerende spørger jeg patienten, hvordan han oplever den studerendes usikkerhed på stuen. Han svarer følgende

Øhhh jeg prøver jo at være lidt munter, det er jo første dag ikke og hun er lidt nervøs? og øhhh det er vel meget naturligt ikke, og så går du der bag i hende og er ”secret eye” ikke, det gør det nok ikke nemmere, at du holder øje med dem, så det er der ikke noget at sige til, at de bliver lidt nervøse vel, og så mener jeg også, det er første gang, at nogen har vasket mig, hvor jeg ikke har kunne klare mig selv ikke! (interview patient 4)

Patienten handler loyalt overfor den studerende og argumenterer for hendes usikkerhed med hendes manglende erfaring, min tilstedeværelse og patientens egen forlegenhed. Patientens iagttagelse viser en rettethed mod den studerendes situation og følelser, der kræver et nærvær og et blik for at se mere end blot det åbenbart synlige i situationen. Patienterne udviste stor aktivitet, empati og indlevelse rettet mod den studerende og havde tilsyneladende et overskud og evne til at handle på vegne af de studerende når patienten mente, at situationen krævede det af dem. I de følgende afsnit, vil jeg forklare, uddybe og relatere de genererede fund i underkategorierne til patientens rettethed mod den studerende.

6.2.1 Underkategori A1: At værne om egen og den studerendes væren

En del af patientens rettethed mod den studerende viste sig som tidligere nævnt at tage udgangspunkt i en optagethed af at opretholde egen og den studerendes væren.

Med væren menes der her det sårbare og unikke, som omgiver det enkelte menneske, og som såvel studerende som patient mente kunne krænkes gennem den andens handlinger. At værne om den andens væren viste sig desuden som en respekt for den studerende, hendes grænser samt muligheder for at udtrykke sig. Denne væren viste sig kun

indirekte igennem situationer der kunne krænke væren, og hvor patienten derfor værnedede om den.

De fænomener, der af patienter og studerende blev opfattet som en trussel mod væren, og derfor uønskede, krænkende og ubehagelige i relationen, var: Skam, forlegenhed, tab af prestige i mødet, usikkerhed, og blottelse af manglende kundskaber. Både patienter og studerende enten reagerede i feltobservationer på disse eller beskrev disse fænomener i interviewene, som krænkende for den anden, sig selv eller begge, og det er derfor med udgangspunkt i disse at værensbegrebet fremover bruges i dette speciale. Undersøgelsen viste, at patienterne var meget opmærksomme på ikke at krænke den studerendes væren. Ved at patienten ignorerede eller så bort fra den studerendes forlegenhed, blev en krænkelse af den studerendes væren undgået. Patienten påtog sig tilsyneladende en særlig attitude, der havde til formål at berolige den nervøse studerende og give hende mere indflydelse på situationen ved patientens tilbageholdenhed. En patient udtrykte det på følgende måde:

”Åh ja mange gange så prøver jeg på at være lidt mere frisk i det ikke, og den mindste smule hvor jeg opdager at de er nervøse, og det kan de jo godt være ikke, særligt de helt unge ikke? Så lader jeg som ingenting, og, ”jamen det var så det, hvad skal vi så finde på?”, noget i den retning, så letter det lidt” (interview patient 3)

Citatet viser, at patienten bevidst giver den studerende kontrol over situationen igen ved at ignorere den studerendes nervøsitet. Ved at patienten peger på nye handlinger, der skal planlægges, flytter patienten fokus fra det pinlige til nye sygeplejetiltag, som retter den studerendes opmærksomhed fremad og væk fra det pinagtige. Samtidig underspiller patienten betydningen af den studerendes nervøsitet og ignorerer og foregiver, at han ikke har bemærket den.

Et andet fund i undersøgelsen viste, at det var vigtigt for patienten, at være respektfuld og anerkendende i relationen til den studerende, hvilket blev fremhævet af flere patienter. Det syntes at vise en holdning hos patienten, hvor opretholdelsen af den studerendes væren var centralt for patienten. Patienten i det nedenstående citat fortæller om, hvordan han gør sig umage for at undgå, at de studerende bliver forlegne, når de skal hjælpe ham med vask og påklædning:

”Jo for, det skal man sgu gøre, gøre sig umage. For de skal jo føle sig tilrette med det ikke, og ikke være forlegne, og slet ikke på grund af mig vel, altså jeg ville ligge og smågræde af bare ærgrelse, hvis jeg havde fået dem til at føle sig forlegne!”(interview patient 5)

Patientens velbefindende hænger her tilsyneladende sammen med, i hvilken grad den studerendes oplever tryghed og velbefindende i det relationelle møde. Her italesætter patienten sine egne interesser og væren som underordnet den studerendes behov og væren. Patienten forholder sig aktivt til det relationelle møde og oplever selv at have et stort ansvar for, om mødet med den studerende lykkes eller ej. Andre patienter skabte en situation, hvor de begge fik mulighed for at opretholde væren eksempelvis som her ved hjælp af humor.

”i går sagde jeg til en af de unge piger: ” det er ikke for at være uterlig overfor dig, men jeg vil gerne have dig med ud i bad i dag, og hun blev helt rød i kinderne (ler), og det har hun sikkert ikke hørt før, men så bliver det lidt nemmere på den måde og, ja jeg har sgu heller ikke prøvet det før (at blive badet). Så glider det jo nemmere, at hjælpe så godt man kan”(interview patient 4)

Her skærmede patienten ikke blot den studerende, men også sin egen blufærdighed mod en krænkelse. Truslen mod patienten og den studerendes væren er her forlegenhed og måske skam over patientens forestående nøgenhed i badeværelset, hvor patienten og den studerende sammen skal gennemføre patientens brusebad. Senere denne dag følger jeg patienten og den studerende ud til badeværelset, hvor patienten vælger en mere kortfattet formel og afstandstagende holdning til den studerende. Patienten fortæller den studerende, hvad hun skal gøre og den studerende afventer i hele forløbet patientens initiativ og directioner. Her valgte patienten tilsyneladende at betone det professionelle i deres relation for at undgå en intimitet, der kunne krænke integriteten hos dem begge. Under denne feltobservation har jeg noteret, at patienten tager alle afgørende initiativer til sygeplejehandlinger. Vask, barbering, tandbørstning med mere (feltobservation juni 2007). Patienternes handlemåder i forhold til at opretholde egen og den studerendes væren syntes at være fleksible og variable og afhænge af kontekst. Det gennemgående syntes at være, at patienten tog initiativet til at undgå tab af væren hos begge. Patienten påtog sig tilsyneladende en mere aktiv patientrolle, hvor den studerende var usikker, eller hvor patienten anså sin egen integritet som truet og vigtig at opretholde i

situationen. Samtidigt støttede patienten den studerende, når hun tog initiativ til sygeplejehandlinger og ”overtog” den aktive rolle i relationen.

6.2.2 Underkategori A2: At vejlede den studerende

Patienterne var meget optaget af den betydning, de havde som læremestre for de studerende, men gav ikke eksplicit udtryk for deres egen oplevelse af betydning og rolle i den studerendes læring i det konkrete møde med den studerende. Patienten kaldte ikke sig selv vejleder men brugte ord som at ”vise hende”, ”at hjælpe hende til bedre at kunne”, og ”at lære hende”. Patienten formulerede refleksioner og overvejelser over den studerendes tilgang til sygeplejen, som de anså som vigtig for hendes arbejde. Flere patienter anså evnen til at se menneskets individuelle behov som central for at lære at udøve god sygepleje. En patient fortæller:

”Men det er jo også vigtigt at de er modtagelige. Så hvis hun lytter til patienten, så får hun lært noget der er meget mere, så får hun lært, at vi alle sammen er forskellige og skal have det forskelligt ikke? Det er meget vigtigt!(interview, patient 1).

I feltobservationerne så jeg at de erfarne patienter med lange indlæggelser bag sig ofte vejledte de studerende i, hvordan de skulle gribe forskellige kliniske færdigheder an som blodtryksmåling, puls, samt nedskrivning af værdier på skema. I en feltobservation i undersøgelsen retter patienten på manchetten, så den sidder korrekt men kommenterer ikke sin handling til den studerende. Udover, at den studerende er meget længe om proceduren, beder hun patienten om at tage patientskjorten helt af, så han sidder i underbukser i en stol. Patientens og den studerendes møde forløber på følgende måde:

Studerende: ”godmorgen, øhhh du skal have målt dit blodtryk må jeg”

Patient: ”Du kommer bare”

Studerende: ”Jeg skal!”.

Patient ”Du kan gøre som du vil”(smiler)

(den studerende beder patienten tage skjorten af, hvilket han gør). Den studerende fumler med blodtryks apparatet, og patienten hjælper hende med at placere manchetten)

Studerende: ”Jeg har lidt svært ved” (smiler)

Patient: ”Der er ikke noget der er for svært, du skal bare lige prøve det ikke?”

Studerende: (Smiler og nikker) (feltobservation tirsdag den 22. Maj 2007)

Patienten viser her en villighed til at lade sig bruge af den studerende i hendes oplæring i kliniske færdigheder. Patienten opmuntrer og afventer tålmodigt, at den studerende skal færdiggøre blodtryksmålingen. Patienten sidder næsten nøgen i stolen på en 2-sengs stue med døren åben ud til gangen. I andre situationer kunne patienten muligvis have reageret med vrede eller forlegenhed på denne situation. Men i denne feltobservation afventer patienten tålmodigt og imødekommende, at den studerende bliver færdig. Han optræder overfor den studerende, som om det er ganske naturligt at sidde med bar overkrop, når et blodtryk skal måles. Da jeg senere spørger patienten, om han normalt sidder i bar overkrop når det daglige blodtryk skal måles svarer han:

”Nej nej men hun var jo helt ved siden af, så, og det var sgu synd for hende, det var det, men de skal jo også lige lære det, al begyndelse er svær, så er det ligegyldigt hvad man går i gang med.” (interview patient 9)

Patienten er således tilsyneladende indstillet på et vist ubehag, hvor det tjener det formål, at den studerende får en positiv oplevelse med et af de første blodtryk hun tager på en ”rigtig patient” i afdelingen. Patienternes rettethed mod de studerendes læring udsprang tilsyneladende til dels af egne erfaringer med undervisning og vejledning. Patienterne koblede ofte deres overvejelser over de studerendes læringsmuligheder sammen med tidligere job eller relationelle kontakter med eksempelvis hjemmehjælpere. En patient fortæller eksempelvis, hvordan han mener at anerkendelse er en naturlig del af hans tilgang til plejepersonale:

”jeg øhhhh er jo et servicemenneske selv, jeg har arbejdet mange år i service branchen, jeg er oprindeligt uddannet kok og butler, så jeg ved godt hvad det vil sige. Jeg anerkender et godt stykke arbejde og øhhhhh. Jeg ved ikke om det er automatisk men øhhh, Dorthe som er kommet hos mig i 8 år og givet mig støttestrømper på, jeg siger tak for hjælpen når hun går ud af døren, det gør jeg hver gang, godmorgen og tak for hjælpen. Hun bliver glad når hun går ud af døren og ind til min nabo og hjælper hende.”(interview patient 4)

Der ligger heri en tanke om, at anerkendelse kvalificerer den pleje, der ydes, og en tanke om at det ikke kun gavner ham men også andre patienter. En anden patient fortæller, hvordan han som gammel leder bruger anerkendelse til at opmuntre men også stimulere den gode sygepleje:

”og jeg er jo gammel leder og så kan man ikke lade være med at se på det med lederbriller, og hvordan man får gjort arbejdet bedst, og så sige, ”okay nu ligger jeg her og det skal vi så have det bedst mulige ud af” Og så prøve på at, være i så godt humør som man nu kan, og også have en munter bemærkning til medarbejderne, og også sige det hvis man synes de har gjort et godt stykke arbejde. Altså, ”det var skidegodt det du gjorde der”(interview patient 5)

Patienterne brugte desuden ofte anerkendelse som middel til at skabe en afslappet atmosfære på stuen, hvor de med mimik eller ord beskrev det velvære, den studerende gav dem i deres sygepleje. Også patienter med begrænsede ressourcer opmuntrede og tilkendegav deres tilfredshed med den studerende. En studerende fortæller om sit første sengebåd af en meget dyspnoeisk patient, hvor hun fortæller, at hun var meget nervøs:

”Han smilede hele tiden til mig og nikkede, og jeg kunne se at han nød det. Man kunne i hvert fald se på ham, at han var glad nok for at blive vasket. Og han sagde også at det var dejligt at det var blevet gjort, men også at det var dejligt, at det var overstået. (ler)” (interview stud. 2)

Selvom dette citat er fra et interview med en studerende, har jeg alligevel valgt at anvende det her, idet det igennem den studerende glimrende fortæller om, hvordan en meget sårbar patient indgår i en rettethed med den studerende og positivt anerkender den sygepleje, den studerende giver ham. Undersøgelsen viste, som beskrevet i ovenstående citat, at patienterne ofte anvendte egen krop i vejledningen af den studerende. Det viste sig blandt andet ved patientens nonverbale sprog under personlig pleje og påklædning, hvor patienten ved lyde og kropssprog udtrykte ubehag eller velvære ved den studerendes pleje, som ovenstående citat antyder. Humor var en anden hyppigt anvendt metode hos patienten til at vejlede den studerende. Flere patienter mente selv, at denne metode gjorde det nemmere, at få fortalt den studerende hvilke fejl hun havde lavet, eller hvordan hun skulle gribe en situation an. En patient fortæller i nedenstående citat, hvorfor han finder det vigtigt at give den studerende tilbagemelding på hendes sygepleje:

”Det gør jeg mest for, at hun skal føle sig mere sikker, og når hun så går videre til den næste stue, så sidder det allerede i hende. Hun stod feks og rodede efter sin kuglepen og jeg sagde ”hvad med højre lomme” og hov! ”ja der var den jo” (ler)altså de bliver hurtigt forvirrede ikke, og jeg sagde”

skriv værdierne ned med det samme” ikke, fordi så er det på plads, når hun går ind på næste stue ikke. Så har hun allerede fat i det ikke! Derfor er det vigtigt, at vi gør dem opmærksomme på det med det samme ikke, så man ligesom hjælper dem lidt på vej ikke” (interview patient 2)

Patienten viser her et eksempel på, hvordan han anvender en henkastet og humoristisk form for tilbagemelding til den studerende. Patienterne veg tilsyneladende tilbage for en mere direkte og konfronterende vejledning, som jeg ikke så i hverken feltobservationer eller interview. Men patienten handler tilsyneladende ud fra en tanke om, at han på denne måde hjælper den studerende på vej i sin læring. Undersøgelsen viste, at patienten ofte overtog kontrollen med situationen, hvor den studerende var ved at blive nervøs eller forlegen. Den studerendes væren havde for patienten tilsyneladende forrang frem for den studerendes læring. Det betød, at patienten afbrød eller tilbød nye valg, når situationen krævede det for at opretholde den studerendes væren. I følgende feltobservation afvikles ”morgenrunden”, hvor alle patienter i gruppen får målt værdier. Den studerende møder patienterne første gang denne morgen:

Den studerende nikker og siger godmorgen til patienten.

Stud.: du skal have målt dine værdier

Pt.: nikker og stikker hånden frem og stritter med pegefingern. (Den studerende kan ikke måle på fingeren og apparatet bipper fejl hele tiden. Den studerende bliver rød i hovedet og forsætter med at prøve indtil patienten bryder ind)

Pt : Vil du prøve den anden?(stikker den anden pegefinger frem)

Stud. Ja lad os det. Målingen lykkes nu og den studerende nedskriver værdierne

(Feltobservation maj 2007)

Patienten tager her over for den studerende og beslutter, at den anden pegefinger på modsatte hånd må afprøves. Patienternes ændringsforslag eller overtagelse af kontrollen i mødet blev i undersøgelsen accepteret og anerkendt af den studerende. Det var gennemgående for undersøgelsen, at når patienterne overtog styringen i mødet, foregik det på en humoristisk, underspillet eller henkastet måde, så den studerendes manglende kliniske færdigheder ikke blev udstillet åbenlyst.

6.2.3 Underkategori A3: At yde omsorg for den studerende

Omsorgen for den studerende viste sig i undersøgelsen at være en del af patientens rettethed mod den studerende, hvor patienten drog omsorg for den studerende på mange måder. Patienten bekymrede sig om den studerendes velbefindende i afdelingen, og om situationer gjorde den studerende bange eller ængstelig. Patienterne udtrykte medfølelse, når en situation havde skabt forlegenhed eller krænket den studerendes væren. En patient fortæller om, hvordan han reagerer, når en studerende er blevet forlegen på stuen:

”Jo men så gør jeg bare det, at jeg lader som ingenting, og når jeg så lader som ingenting og siger, nå og hvad så mere?, så føler hun sig mere!, og så næste gang, så føler hun ikke det mere. Fordi, så har hun opdaget, hvordan jeg er. Så er der ikke mere, for jeg ville ikke bryde mig om at have det sådan, at blive forlegen, så skal de andre sgu heller ikke.” (interview patient 4)

Patienten tager her udgangspunkt i sig selv for at handle på den rette måde. Herved viser patienten en tilgang til omsorgen, der er styret af et ønske om at værne den studerende mod forlegenhed. Patienten ser tilsyneladende også, at hans taktik virker, idet han fortæller, at den studerende er mere tryk i mødet næste gang de mødes. Omsorgen for den studerende gav sig ligeledes udslag i en opmærksomhed rettet mod at tilpasse egen rolle i relationen, så den studerende følte sig veltilpas i mødet. Patienterne gjorde sig mange overvejelser om, hvordan den studerende kunne skjermes bedst muligt mod negative oplevelser i relationen med patienten under udførelsen af hendes sygepleje. Jo mere usikker og ny den studerende var, desto mere omsorgsfuld og påpasselig syntes patienten at være i sin tilgang. En patient fortæller om, hvordan hun passer på de nye usikre studerende:

”Jo altså det gør jeg ikke, jeg passer meget på ikke. Det kan jo ikke nytte noget at jeg sårer eller forskrækker dem vel, så jager jeg dem bare ud af arbejdet ikke, det er jo ikke meningen vel, det kan jo ikke nytte noget vel? De skal jo gerne blive og lære det ikke?”(interview patient 6)

Patienten påtager sig et ansvar for, at den studerende gennemfører sin klinik i en positiv og udviklende relation med patienten. Patienten ønsker tilsyneladende med sin adfærd at lette den studerendes læring og hjælpe hende på vej i sygeplejen.

At det med en aggressiv og uvenlig tone kan påvirke den studerendes klinik negativt, er patienten tilsyneladende opmærksom på og vil undgå. Her fortæller en patient om, hvordan han ville fortælle en studerende, at han var utilfreds med hendes sygepleje:

”Så ville jeg sige, kan du ikke gøre sådan og sådan for mig, hvis du har tid, for at få dem til at hjælpe mig. Det ville jo være det værste, det ville jo sætte dem tilbage i deres arbejde hvis jeg skældte ud. Jeg kan jo huske den gang jeg selv havde elever. Jeg havde en der var meget genert, og han blev hele tiden skældt ud af de andre, og så blev han jo bare mere utryg og var bange for at komme til at gøre noget galt ikke. Det har jeg fandeme tænkt på mange gange, det må man sgu ikke.”(interview patient 2)

Patienten ser her med udgangspunkt i sine egne erfaringer, at hård kritik kan ødelægge den studerendes tro på sig selv og virke hæmmende på den studerendes læring i klinikken. Patienten udtrykte et ønske om at beskytte den studerende mod denne form for kritik af hendes arbejde. Han havde en selvoplevet erfaring med, hvad det kunne gøre ved mennesker. Denne patient vendte tilbage til ovenstående historie flere gange, som handlede om en kokkelev, han engang havde arbejdet med, og som blev psykisk ødelagt af gamle kollegaers konstante hårde kritik af hans arbejde. Patienten ser tydeligvis denne historie som mulig at overføre til de uerfarne nye studerende i afdelingen og ønsker at medvirke til at undgå en gentagelse af historien. Patienterne i undersøgelsen udtrykte ofte omsorg for de nye studerende og mente, at det mange gange var svært for den studerende at lære de praktiske færdigheder i sygeplejen og tackle den kliniske situation. Patienten så ofte den studerendes sårbarhed og forlegenhed og havde medfølelse med hende. Omsorgen for den studerende syntes at vise sig på mange felter. Som støtte i at opretholde den studerendes væren, praktisk hjælp når de kliniske færdigheder ikke slog til eller en medfølelse og empati i situationen. En patient fortæller her om en oplevelse, hvor han havde medfølelse med de nye studerende i afdelingen:

”Ja der har lige været en der ikke kunne finde ud af det, hverken at tage temperatur eller lignende, men hun var altså også helt ny. Hun skal jo altså også først lige prøve det ikke, og hun skulle måle puls og hun kunne slet ikke finde ud af det, men det er jo ikke noget der er sket noget ved vel? men øhh hun var helt forvirret(ler)og, Ja jeg synes da det var synd ja, det var da rart at der var nogen der kom og hjalp hende, hun var helt forvirret, det kan jeg jo godt forestille mig, at der er sådan en helt ny der skal til at lære noget som man ikke har prøvet før, og så virker det ikke, men det var jo kun et øjeblik. Og jeg tænkte, herregud hun skal jo også lige lære det først. Al begyndelse er svær ikke!” (interview patient 6)

Patienten viser en evne til at udholde det pinagtige med den studerende og sætte sig i hendes sted. Omsorgen viser sig i, at patienten udviser empati og medfølelse med den forvirrede studerende og glæder sig over, at den studerende endelig får hjælp. Patientens perspektiv er rettet mod den studerende og hendes forlegenhed i stedet for sin egen situation. Uagtet at patienten formentlig har måtte vente længe på at få overstået og målt de daglige værdier, afventer patienten, at den studerende fuldfører sine kliniske handlinger.

I de ovenstående afsnit har jeg gennemgået mine fund vedrørende patientens rettethed mod den studerende. I de følgende afsnit, vil jeg forklare, uddybe og relatere de genererede fund vedrørende den studerendes rettethed mod patienten og dens underkategorier.

6.3 Hovedkategori B: Den studerendes rettethed mod patienten i det relationelle møde

Den studerende var i undersøgelsen optaget af ”være for” patienten og italesatte ofte sin tilgængelighed. Den studerende tilbød sin assistance på en enten ydmyg eller høflig og forsigtig måde, der gav patienten mulighed for at være dominerende eller tage initiativ i relationen. Undersøgelsen viste, at patienten værdsatte denne ydmyghed, der gav patienten mulighed for at indtage en mere aktiv patientrolle. Senere i deres møde kunne relationen udvikle sig til en mere afslappet samværsform, hvor humor og ironi og pjatteri blev anvendt til at lære hinanden bedre at kende og til emner, der var svære at tale om for den studerende eller patienten eller dem begge. Den studerende var meget optaget af patienten som menneske og anvendte ofte termer som ”at hygge sig med min patient”, og ”at gøre for min patient”. De studerende i undersøgelsen handlede tilsyneladende ud fra en evne til at se og sætte sig i patientens situation. Den studerende handlede ofte, som hun selv ønskede at blive behandlet, hvis hun var i patientens sted. Den studerende reagerede og handlede på det, hun så, og de følelser som dette vækkede i hende. Denne evne til at sætte sig i patientens sted kan illustreres i følgende feltnotat, hvor patienten lidt henkastet fortæller den studerende at hun skal på toilettet. Samtidig er madvognen netop ankommet til afdelingen og de øvrige personaler er ved at anrette maden:

Pt.: ja, jeg skal jo egentlig også på toilettet men jeg ved ikke om i har tid?
Stud.: ved du hvad, vil du ikke godt love mig, ikke at tage så meget hensyn til os
Pt.: jamen jeg ved i har så travlt
Stud.: hvis man skal på toilettet så skal man ikke? Så skal man på toilettet!
Pt.: joooo!
Stud. : jeg finder lige en bækkenstol til dig ikke,(feltobservation maj 2007)

Den studerende siger efterfølgende ude på gangen henvendt til mig: ”Gider du ikke lige hjælpe med at få hende over...(på bækkenstol). Hun skal altså ikke sidde med fyldt blære og spise” (feltobservation stud. 2). Den studerende bruger her sin egen viden om det ubehagelige ved at have en fyldt blære til at sætte sig i patientens sted. Hun ignorerer det dårlige tidspunkt i forhold til maden og vælger at hjælpe patienten i stedet for at bede hende vente, til det passer bedre. Rettetheden mod patienten var tilsyneladende mest tydelig hvor patienten havde mulighed for at kunne respondere på den studerendes rettethed. Det viste sig ved, at den studerende blev usikker og rådvild, hvor patienten ikke kunne svare eller respondere på den studerendes rettethed i mødet. Under flere feltobservationer så jeg hvordan den studerende blev usikker og så væk fra den bevidstløse eller bevidsthedssvækkede patient og undlod eller undgik at forsøge at skabe kontakt. En studerende forklarede ubehaget ved et møde, hvor patienten ikke kunne deltage aktivt, på følgende måde:

”Det er helt vildt svært når patienten ikke er med og bare ligger der, og man bare skal gøre det uden at hun ved hvorfor, puhhh! Og hun taler helt vildt i tåger.” (interview studerende 3)

Den studerende havde her svært ved at sætte ord på sin oplevelse men følte ubehag ved at ”gøre” med patientens krop uden, at patienten kunne samarbejde eller modsætte sig plejen.

Rettetheden mod patienten skabte en følsomhed hos den studerende, der betød, at hun så patient svigt og manglende tid til omsorg af patienten meget tydeligt. En studerende fortalte mig, hvor meget det gik hende på ikke at have tid nok til omsorg og pleje af patienterne. Hun fortalte at hun havde betroet sig til sin vejleder, der havde svaret hende følgende:

”Man lærer jo hurtigt at lukke øjnene sagde hun (vejleder)

Den studerende sagde efterfølgende til mig:

”men hvad sker der, hvis vi alle gør det?(studerende)”

Den studerende ser meget fint den risiko der ligger heri, for at sygeplejen bliver kynisk og umenneskelig. Denne evne til at se sygeplejens etiske dilemmaer var tilstedeværende allerede fra den første klinikperiode og så tilsyneladende ud til at hænge sammen med den studerendes rettethed mod patienten.

6.3.1 Underkategori B1: At værne om egen og patientens væren

Undersøgelsen viste, at den studerende ligesom patienten, var optaget af at værne om egen og patientens væren. Med væren menes der som tidligere omtalt det sårbare og unikke, som omgiver det enkelte menneske, og som såvel studerende som patient mente, kunne krænkes gennem den andens handlinger. Men væren blev også i undersøgelsen identificeret som en særlig tilgang i mødet med den anden. Det viste sig i fundene ved en personlig intention hos patient og studerende, som betød, at de oplevede det relationelle møde som betydningsfuldt. Ikke blot for dem selv men i lige så høj grad for den anden. Det betød, at den studerende selv oplevede at betyde noget og gøre en forskel for patientens plejeforløb i afdelingen. For den studerende betød det ligeledes en oplevelse af at give patienten noget særligt i form af sin omsorg loyalitet og engagement. At værne om den andens væren betød også en respekt for den anden, hans grænser og muligheder for at udtrykke sig. De fænomener der af studerende blev opfattet som en trussel mod væren og derfor uønskede, krænkende og ubehagelige i relationen var: Skam, forlegenhed, tab af prestige i mødet, usikkerhed, og blottelse af manglende kundskaber. De studerende var opmærksomme på at deres egen forlegenhed, kunne forårsage forlegenhed hos patienten. I undersøgelsen viste feltobservationerne, at den studerende ikke oplevede kontrol over de situationer der udviklede sig til forlegenhed. I modsætning til patienten viste den studerende mindre initiativ til at overtage kontrollen og forhindre krænkelsen igennem aktiv handlen. Derimod responderede den studerende på patientens forsøg på at opretholde begge integritet gennem humor, ignorering eller ved at kaste opmærksomheden bort fra det krænkende. En studerende svarer, da hun bliver spurgt, om hun tror, at patienterne ser hendes forlegenhed:

*”Det tror jeg bestemt. Det tror jeg de er meget opmærksomme på. Og jeg tror også, at de selv kan blive forlegne, over at jeg bliver forlegen”
(interview studerende 4)*

Undersøgelse viste, at de studerende var opmærksomme på deres egen blufærdighed og forlegenhed i mødet med patienten og var bevidste om, at patienterne hjalp dem igennem forlegenheden på forskellige måder. En studerende fortæller i nedenstående citat om hendes første dag i afdelingen i hendes første klinikperiode:

”den første dag hvor jeg skulle måle værdier inde på stuen og jeg har en tendens til at blive rød i hovedet så det blev jeg(ler). Og der kunne jeg godt mærke, at patienten vendte hovedet den anden vej, fordi han kunne se på mig, at jeg måske havde lidt svært ved det. Og så for ligesom at afværge det, så i stedet for at kigge på mig, og måske selv blive forlegen, så vendte han ansigtet væk”(interview studerende 1)

Selvom den studerende så patientens forlegenhed, oplevede hun tilsyneladende ikke, at hun selv havde muligheder i situationen til at afværge den. Det betød ikke at den studerende ikke var meget optaget af, at patientens integritet skulle opretholdes. De studerende så og italesatte mange overgreb på patienters integritet og følte sig harme og solidariske med patienterne. Undersøgelsen pegede på, at den studerende oplevede at det lå uden for hendes rækkevidde at undgå krænkelser af patienterne. To studerende fortalte under interview samtalerne at patienterne ofte måtte sidde 10-15 minutter og nogle gange længere inden klokken blev svaret og der kom hjælp ud på toilettet, hvor patienten sad. To studerende fortæller :

*”Altså hvis man er blevet sat ud på toilettet og man så ringer men der kommer ikke nogen og man kan ikke selv komme op. Så sidder man der, det må være så nedværdigende (begge studerende nikker og kigger på hinanden)og skulle sidde der og vente på, at der kommer nogen og hjælper en. Og de kan sidde 10 -15 minutter og vente, ja det, så,...viser man jo ikke respekt.”
(interview studerende 5)*

De studerende problematiserer her den forlegenhed eller krænkelser, som patienten udsættes for. Ingen af de studerende taler om, hvordan de bør handle og reagere på de krænkende situationer, men udelukkende hvordan de oplever og forholder sig til patientens krænkelser. De ser tilsyneladende ikke, at de har tilgængelige redskaber til at

ændre ved afdelingens rutiner for at svare klokker. Undersøgelsen viste desuden, at sengebad af patienter var en stor udfordring for de helt nye studerende i 1. klinikperiode. Balancen mellem patienten som menneske og patienten som krop var tilsyneladende svær at finde for de uerfarne studerende. Samtlige 1. Klinikstuderende, der deltog i undersøgelsen oplevede de første møder med patientens nøgne krop som svære. En studerende fortæller i det følgende om sine første oplevelser med sengebade i afdelingen:

”Grænseoverskridende, jeg synes det kan være svært, at skulle ind hos et andet menneske jeg ikke kender og skal bade, øhhh, så intimt som jeg faktisk synes det er. Der ligger jo overhovedet ikke noget seksuelt i det, men det er meget svært for mig at gå ind og skulle bryde den der, altså den der sfære de har om sig selv, at man så skal ind og...” (interview studerende 4)

Den studerende er forlegen, og ser ikke muligheder for, at situationen kan håndteres, uden at patientens væren krænkes. Den studerende oplevede det som meget krævende at tale om og havde, som det fremgår af citatet, svært ved at finde de rigtige ord for sit ubehag ved situationen. En anden 1. klinik studerende fortæller om sine overvejelser om, hvordan hun tror at patienten oplever at skulle sengebades:

Det må også være underligt for dem, det tror jeg. Sådan ville jeg da også selv have det, hvis der skulle komme nogen og vaske mig, fordi jeg ikke selv var i stand til det. Det tror jeg de fleste vil føle underligt, ikke bare ældre. At der er nogen der kommer lidt for tæt på. Det er måske nok et spørgsmål om at vænne sig til det, det er det jo nok. Der er i hvert fald lige nogen grænser der skal overskrides, synes jeg (interview studerende 2)

Den studerende fortæller her, at hun oplever sengebadet som grænseoverskridende, lidt for tæt på, og at det bryder eller truer patientens integritet. Den studerende giver ikke udtryk for, at hun ser, at hun har nogen mekanismer eller måder at beskytte eller værne om egen og patientens integritet men taler om, at rutinen i form af at vænne sig til patientens krop og nærhed vil gøre det nemmere med tiden. Den studerende valgte tilsyneladende i nogle situationer, hvor sygeplejen blev for svær, at fravælge rettetheden mod patienten. Det viste sig blandt andet i situationer, hvor patienten ikke var i stand til at fastholde et nærvær på grund af fysisk og åndelig svækkelse forårsaget af sygdom. Den studerende reagerede med usikkerhed og rådvildhed, når patienten ikke magtede at deltage aktivt i mødet. Den studerende undgik i feltobservationerne øjenkontakt med

patienten og havde fokus på de praktiske sygeplejehandlinger som situationen krævede. Under en felt observation, hvor den studerende deltager i et sengebåd af en bevidsthedssvækket patient, ser hun næsten udelukkende på vejlederen og hendes hænder. Når patienten vander sig, ser hun kort på patienten og vender dernæst sit fokus på vejlederens hænder igen. Hun fortæller mig senere:

*”Det er helt vildt svært når patienten ikke er med og bare ligger der og man bare skal gøre det uden at hun ved hvorfor. Og hun taler helt vildt i tåger!.”
(feltobservation studerende 6)*

Den studerendes usikkerhed hænger her tilsyneladende sammen med, at den studerende ikke får patientens hjælp til at korrigere sin sygepleje. Den studerende måtte tilsyneladende også i et vist omfang se bort fra nærværet med patienten, når hun deltog i plejen af en patient med en sygeplejerske. Så længe sygeplejersken var tilstede sammen med den studerende på sengestuen lå hendes loyalitet delt mellem sygeplejerske og patient. Denne balancegang for den studerende illustreres i følgende feltobservation:

Patienten bliver vasket forneden af vejleder. Patienten fortæller at hun ikke vil vaskes i skridtet da hun får urinvejsinfektioner af dette. Vejleder svarer lidt forbavset ”nå ?” og forsætter lidt i tavshed med at vaske bagpå. Så tilføjer hun ”ja det bestemmer du jo helt selv” i en lidt afvisende tone. Den studerende er tavs og kigger intenst på vaskeproceduren. Hun forlader den nøgne patient for at hente rent undertøj og går mod døren. Den studerende drejer sig rundt og tager et lagen fra bordet og lægger over patientens blottede underkrop i en hurtig bevægelse. Patienten smiler til den studerende og siger ”tak”. Den studerende gengælder smilet (feltobservation juni 2007).

Den studerende taler ikke om sin handling til sygeplejersken men handler lidt ”diskret” og hurtigt. Jeg spørger senere den studerende, hvorfor hun lagde et lagen over patienten.

” fordi det, det må være ubehageligt, at ligge blottet når døren går op. Måske ser nogen ind ude fra gangen. Ja jeg ville i hvert fald ikke selv bryde mig om det, at ligge der helt blottet” (interview studerende5)

Den studerende så det som naturligt at handle på patientens nøgenhed og brugte sig selv som målestok til at handle rigtigt. Det var tilsyneladende lige så naturligt for hende ikke at konfrontere sygeplejersken med hendes sygepleje. Den dårlige sygepleje blev tilsyneladende accepteret af den studerende som et vilkår, både patient og studerende

måtte acceptere. De studerende fortalte flere historier om dårlig sygepleje i afdelingen, som de gav udtryk for, at de havde det skidt med. De udtrykte dog ikke at have det svært med, at de valgte at se bort fra den dårlige sygepleje i situationen. De studerende valgte tilsyneladende, når de ikke mente situationen gav dem andre muligheder, at undlade at se kränkelsen af patienten. I det ovennævnte eksempel kunne den sygeplejestuderende handle ved hjælp af et lagen og imødegå kränkelsen af patientens krop og nøgenhed. Men da sygeplejersken krænker patientens ret til at vide bedst, hvordan hun skal vaskes, reagerede den studerende ikke. Den studerende så tilsyneladende ikke nogen mulighed for at støtte patientens integritet uden at krænke sygeplejersken, og kränkelsen bliver derfor tilsyneladende ikke set af den studerende.

6.3.2 Underkategori B2: En stræben efter den gode sygepleje

I undersøgelsen var de studerende meget optaget af at tilfredsstille patientens behov og være patientens tillid værdig. De viste et engagement i patienten som var meget personligt rettet mod den enkelte patient. De stillede høje krav til deres eget overblik og faglighed. Det betød, at de ofte blev skuffede over egen sygepleje når de lavede fejl eller glemte en tjeneste, de havde lovet en patient:

”Der er så travlt her og man glemmer. En dag lovede jeg en patient at komme med en fjernbetjener til fjernsynet, og jeg sagde jeg, jeg kommer om lidt, men jeg glemte det, og så kom jeg først i tanke om det da jeg var hjemme. Det bliver man rigtig ked af” (interview studerende 4)

Den studerende gav her udtryk for, at det påvirkede hende følelsesmæssigt at hun svigtede en aftale med patienten. Oplevelserne i afdelingen var tit præget af dårlig samvittighed og en utilstrækkelighedsfølelse over ikke at gøre det godt nok. At opretholde patientens tillid var tilsyneladende et vigtigt omdrejnings punkt for de studerende i det relationelle møde.

En studerende fortæller om sin bekymring over den sygepleje hun tilbyder patienterne i afdelingen:

”Patienterne mister også tilliden ikke? Jeg siger ”jeg kommer lige straks”, og så siger patienten, ”men kommer du nu også lige straks”. De ved godt, de oplever tit, at vi alligevel ikke kommer tilbage” (interview studerende 2)

Vilkårene i afdelingerne gjorde det ifølge de studerende svært at leve op til deres egne forventninger til den sygepleje, de udøvede. De italesatte mange frustrationer over ikke at udføre den sygepleje, som de egentlig mente, at patienterne havde brug for. En studerende fortæller mig en sen eftermiddag om hendes dag i afdelingen og alle de ting, hun ikke nåede:

”Det er smadder synd for patienterne, alle ønsker jo at blive vasket hver dag ikke? Vi skulle også have haft mobiliseret patienterne i dag. Det nåede vi heller ikke. Jeg får bare så dårlig samvittighed, for jeg ved jo godt, at det er vigtigt” (interview studerende 6)

De studerende i undersøgelsen var meget optaget af at udøve en sygepleje, hvor patienten blev set som menneske og ikke som patient. Det betød, at de lagde mindre vægt på patientens diagnose og sygdomshistorie og mere vægt på patientens liv udenfor sygdom og hospital. De studerende mente, at god sygepleje handlede meget om at se og lytte til patienten og at vise indlevelse i det, der optog patienten i hans daglige liv udenfor hospitalet. En studerende fortæller i det følgende, hvad hun mener er vigtigt i sygeplejen til den ældre indlagte patient:

”Jeg tror, at det vigtige er, den der kontakt, omsorg altså at det ikke bare er sådan hurtigt ind og så ud igen. At man er der og snakker med patienterne, deres liv og sådan. Altså hvad har de lavet førhen, hvad de laver i fritiden, børn, børnebørn og oldebørn og sådan. Fordi det viser, at man er interesseret, interesse!” (interview studerende 4)

Den studerende er her optaget af at se patienten som menneske og ikke en sygdom og understreger, at hun ønsker at vise patienten at det er som menneske, at han interesserer hende og betyder noget. Den studerende i 1. klinikperiode var meget optaget af patienten som menneske. Det var tilsyneladende svært for hende samtidig at rumme patientens sygdom og lidelse.

” jeg kan bare mærke, at jeg ville blive mere påvirket, hvis jeg vidste en kræftsyg patient, øhhh og hvis jeg ved, at patienten har mange knuder eller, så vil jeg få sådan et billede inde i mig selv hvor jeg synes ”gud nej!” det var da ulækkert! Grimt! og sådan vil jeg helst ikke have det, når jeg skal ind til patienten, så er det rarere, at vide noget om dem i stedet for hvad de fejler. Jeg kan jo ikke undgå det. Men jeg vil have svært ved at skulle abstrahere fra hvad de fejler. For så synes jeg det er så enormt synd for dem, og så får jeg medlidenhed med dem, og det skal jeg jo helst ikke Jeg

skal jo helst prøve at motivere og - være glad og komme ind fra en lidt anden vinkel end sygdom.” (interview studerende 2)

Den studerende er tilsyneladende her nødt til at adskille menneske og sygdom, fordi begge ikke kan rummes og integreres i hendes syn på patienten. Hun vælger derfor bevidst at se bort fra sygdom og i stedet se mennesket. Hun undgår derved en indre konflikt, hvor væmmelse og afsky truer med at tage pladsen for empati og medmenneskelighed

De studerende fra 2. klinikperiode så derimod diagnosen som et supplement til deres viden om patienten, der hjalp dem til at kvalificere deres pleje. En studerende kan dog godt huske sin 1. klinikperiode og fortæller:

”jeg kan ikke huske så meget men det gik mig på, at møde så meget sygdom, ja det er lidt svært. Især når det er hårde sygdomme, så var det lidt svært, men nu, synes jeg det er godt at vide hvad de fejler. Det hører også med til den gode sygepleje, at man kender sygdommene og ved hvad man skal holde øje med” (interview studerende 5)

Undersøgelsen viste, at de uerfarne nye 1. klinikstuderende havde brug for at knytte relationelle bånd til patienten, hvor fokus var patienten som menneske. Derimod magtede den mere erfarne 2. klinikstuderende ofte at integrere patientens lidelse og sygdom i det relationelle møde. De studerende så ofte sig selv som alene i personalegruppen med deres syn på plejen af patienterne. De følte sig ofte afvist af de uddannede sygeplejersker og oplevede ikke at få den hjælp, de bad om, i relation til plejen af patienterne. Under et besøg i afdelingen sidder jeg i kaffe stuen og overværer hvordan en studerende forsøger at få hjælp til at få en patient i seng igen fra toilettet. Sygeplejerskerne diskuterer længe frem og tilbage, om der ikke er andre, der kan hjælpe, end de 5 sygeplejersker der sidder i kaffestuen. Til sidst rejser en sygeplejerske sig lidt vrissent og går efter den studerende. Den studerende fortæller senere på dagen om denne oplevelse:

”Ingen gider hjælpe én og det sker tit at man må gå rundt og ingen har tid. Og patienten sidder ude på toilettet og er træt og vil gerne i seng. Det kan ikke være rigtigt. Og jeg var lige ved at sige til hende, hvorfor rejser du dig ikke bare op og hjælper mig? Men det gjorde jeg jo ikke. Hende der til sidst hjalp var sur, det kunne jeg da godt mærke og jeg tænkte, at det nyttede jo ikke noget. Jeg kunne jo ikke slæbe hende ind i sengen alene vel? Hun var al for tung for mig” (interview studerende 3).

De studerende i undersøgelsen var præget af en magtesløshed i forhold til det uddannede personales tilgang til sygeplejen. De var loyale mod patienterne og så deres omsorgsbehov og handlede på disse, hvor det var muligt. De undgik konfrontationer med det uddannede personale, hvor de var uenige i sygeplejen og blev meget frustrerede over at måtte gå på kompromis med deres holdninger til sygeplejen som i ovenstående eksempel. De studerende gav ikke udtryk for, at de så det som muligt for dem at ændre på plejerutiner i afdelingen. Respekten for patienten var gennemgående i de studerendes holdning til patienterne. De opfattede generelt de uddannede sygeplejersker som mindre til stede i relationen og så en distinktion mellem deres egen sygepleje og den uddannedes. De oplevede sig selv som værende tilstede i det relationelle møde og gav patienten tid. I modsætning hertil så de studerende den uddannede som fortravlet og forhastet i sin sygepleje. En 1. klinikstuderende fortalte mig om sin oplevelse af sygeplejen i afdelingen:

” det virker som om de slet ikke har tid til patienterne, og gamle mennesker de skal have tid ikke. Jeg tror ikke på, at de kan tåle det der med, at det skal gå hurtigt og al det der. Og at det bare skal overstås hurtigst muligt og jeg tror ikke at de kan overskue det (sygeplejerskerne). Der er for mange patienter. Så de ældre mennesker kan godt mærke på dem, at de slet ikke har tid til dem. Og de bliver meget frustrerede og vrede” (interview studerende 4).

Den studerende viser her en meget fin indlevelse i den ældre patients vilkår i den travle medicinske afdeling. Den studerende ser hvad afdelingens stress og jag gør ved patienten og forstår og sympatiserer med den ældre patients frustrationer. De studerende selvoplevelse var, at de tilbød patienten noget særligt. De pegede selv på bedre tid til plejen som det afgørende, men en anden rettedhed mod patienten var tilsyneladende også til stede. En studerende fortæller her, hvad hun mener er vigtigt i den daglige sygepleje til den ældre patient:

”Det er vigtigt at de ikke bliver, at man ikke hundser med dem. At man ikke fortæller dem: ”det og det skal du gøre” men fortælle dem på en pæn måde hvad de skal gøre, når de skal vaskes. De siger ”du er sygeplejerske kan du ikke vaske mig” , at man så ikke bare siger ”det skal du selv” men forklarer dem, hvorfor det er vigtigt, at de selv bliver ved med at hjælpe til ikke? Og

det med at man øhh! taler pænt til dem. Det mener jeg er vigtigt. At man ikke taler så koldt. Det tror jeg kan ødelægge meget” (interview studerende 3).

Den helt nye studerende i afdelingen viser her en stor indsigt i patientens behov for en pædagogisk tilrettelagt sygepleje, der tager hensyn til patientens manglende viden om blandt andet mobilisering. Men hun tilkendegiver også, at hun ser en respektfuld tilgang i mødet med patienten som vigtig og modsat, hvordan tonen i sygeplejen kan blive umenneskelig og ødelæggende for relationen. Men også tiden syntes at være vigtig for den studerende. Tid til at se patientens reaktioner og indgå i relationer med patienterne. For samtlige studerende i undersøgelsen var tid i mødet centralt for den gode sygepleje. En 2. klinikstuderende svarer her på, om hun har den tid hun skal bruge hos patienterne:

”der er så travlt, så det er bare ind ad døren og så videre. Den kunne godt være bedre, mere omsorgsfuld. I dag f.eks. har jeg gået og hygget med mine patienter, snakket og pjattet med dem. Det synes jeg ikke der er tid nok til ellers” (interview studerende 6).

Den studerende ser tiden som vigtig for, om hendes sygepleje er tilfredsstillende eller ej for hende og patienten. Det var vigtigt for den studerende at fastholde at se patienten som menneske og ikke en diagnose. Hendes blik på overgreb og ligegyldighed overfor patienten viste sig at være fremtrædende i undersøgelsen, men hun så ikke sig selv i en situation, hvor hun havde mulighed for at ændre dette. De studerende i undersøgelsen fortalte sjældent deres vejleder eller andre uddannede om deres syn på plejen men diskuterede internt blandt de andre studerende, hvad den gode og dårlige sygepleje i afdelingen var. En studerende fortæller om sit indtryk af sygeplejen i afdelingen i sin første klinik:

”Mit første indtryk af det her med sygepleje, der hører man også kun hvad de fejler. Når lægerne kommer og sygeplejerskerne går med deres lille vogn bagved så, så står de og snakker om hvordan har du det? Og så er det det. Der oplever jeg lidt at, men der er det næsten ligesom en sygdom, der ligger i sengen, og det er dét man koncentrerer sig om, som sygeplejerske” (interview studerende 2)

Den studerende ser sygeplejen som sygdoms fokuserende og er stærkt kritisk i forhold til dette. Hun er opmærksom på den fremmedgørelse af patienten, der ligger heri, og kan reflektere kritisk over sygeplejen. De studerende i undersøgelsen udtrykte på mange måder deres frustration over sygeplejen i den afdeling hvor de var i klinik, og italesatte

mange overgreb på patienternes integritet til mig eller medstuderende. Ingen af de studerende gav udtryk for, at de mente, de havde nogen indflydelse på sygeplejen i afdelingen.

7.0 Anvendt litteratur til diskussion af fund

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for valg af litteratur til diskussionsafsnittet. Om anvendelse af litteratur til at relatere til egne fund siger Glaser: *"When the theory seems sufficiently grounded in a core variable and in an emerging integration of categories and properties, then the researcher may begin to review the literature in the substantive field and relate the literature to his own work in many ways."* (Glaser 1992;32). Litteraturen er som anbefalet af Glaser, udvalgt ud fra relevans for kernekategorien og dens underkategorier. Ikke for at verificere fundene men snarere for at perspektivere, nuancere, anskueliggøre og diskutere de relationelle fænomener i mødet mellem patient og studerende. Det relationelle møde mellem patient og studerende viste sig at udfolde en rettedhed mod den anden, som blandt andet viste sig igennem en respekt og en værnen om den anden samt en gensidig tillid til den andens gode intentioner. Disse fund peger på, hvordan mennesker tænker og handler i mødet med den anden, hvilket har etiske implikationer. Jeg har derfor på baggrund af disse fund valgt at diskutere etiske fænomener. Her mener jeg, at særligt K.E. Løgstrup kan bidrage til diskussionen, idet han i sit arbejde med begreberne "den etiske fordring" og dens livs ytringer afdækker fænomener, som vi alle møder og forholder os til i mødet med vores medmennesker. Det er ligeledes fænomener som mine fund delvist afdækker og som Løgstrup beskriver som tillid, oprigtighed, barmhjertighed og talens åbenhed. Idet Løgstrup er bærende for diskussionsafsnittet, har jeg valgt kort at forklare den etiske fordring samt livsytringerne og deres indbyrdes sammenhæng i dette afsnit. Løgstrup argumenterer for, at tilliden er primær i forhold til mistilliden og gør sig gældende i al kommunikation. I tilliden udleverer man mere eller mindre af sig selv. Løgstrup siger at:

"Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden. Det er ikke blot tilfældet, når vi træffer et menneske, vi kender godt, men det gælder også, når vi møder en vildtfremmed//..På forhånd tror vi hinandens ord, på forhånd har vi tillid til hinanden. Det er måske

mærkeligt nok, men det hører med til at være menneske. Det ville være livsfjendsk at bære sig anderledes ad. Vi kunne simpelthen ikke leve, vort liv ville visne, det ville blive forkrøblet, om vi på forhånd mødte hinanden med mistillid, tiltroede den anden at stjæle og lyve, forstille sig og føre os bag lyset”(Løgstrup1956/1991;17).

Af denne tillid opstår fordringen om at tage vare på det af det andet menneskes liv, man har i sin hånd. Alternativet, at ødelægge den andens liv er ikke en ægte mulighed, så overgangen fra kendsgerning til fordring sker umiddelbart. Fordringen er tavs i den forstand, at den ikke foreskriver bestemte handlinger, men at den enkelte selv med fantasi, indlevelse og forståelse må finde ud af, hvad der er det rette at gøre. Løgstrup beskriver den etiske fordring som: *”Fordringen der giver sig af tilliden, der i elementær og omfattende forstand hører vort menneskeliv til”* (Løgstrup 1956/1991;27). Løgstrup udvider sit etiske synspunkt senere i forfatterskabet til også at omfatte de suveræne livsytringer. Det er fænomener som kærlighed, barmhjertighed, tillid, og talens åbenhed. Disse er ifølge Løgstrup muligheder, der er givet med livet selv, og de bærer alt samvær mellem mennesker. I overgivelsen til disse livsytringer er vi frie og os selv. Selvrealisering er ikke et valg, ifølge Løgstrup, men sker spontant (Løgstrup 1991). Løgstrup forklarer, at udebliver den suveræne livsytring, stilles vi under den etiske fordring om at handle, som vi ville have gjort, hvis livsytringen havde fundet sted. Løgstrup forklarer, hvordan de suveræne livsytringer er sammenvævet med den etiske fordring på følgende måde: *”Lade der være måde med ens tillid, oprigtighed eller barmhjertighed er ugørligt, i samme nu er man i mistilliden, i uoprigtigheden og ubarmhjertigheden. Men ikke alene svarer de suveræne livsytringer til den etiske fordring, den etiske fordring kan kun lyses med de suveræne livsytringer der overflødiggør den.”* (Løgstrup1996;25). Denne holdning til det andet menneske, der udtrykker sig igennem den etiske fordring er human og universel. Martinsen pointerer, at Løgstrup ser livsytringerne som en universel omsorgsholdning udtrykt i den spontane kærlighed og at *”livsytringerne er selve kærlighedens spontanitet, den etiske fordrings fordringsløshed”* (Martinsen 2000;84-86).

Jeg vil nu forlade denne korte beskrivelse af Løgstrups begreber men vende tilbage til disse i diskussionsafsnittet i det omfang, det er relevant for diskussionen. Jeg vil nu i det følgende gå videre med min gennemgang af anvendt litteratur. Jeg har desuden valgt at

inddrage Kari Martinsen. Hun anvender og omsætter blandt andet Løgstrup ind i en særlig sygeplejefaglig ramme, hvilket giver hendes bud på skønnet, krænkelser og overgreb i sygeplejen et meget relevant perspektiv for dette speciale. Jeg vil inddrage flere af hendes tekster i diskussionsafsnittet i det omfang det er relevant for mine fund. Jeg har desuden valgt at inddrage Erving Goffman, der var canadisk sociolog og socialantropolog (1922-1982). Han var primært optaget af at afdække den sociale verdens elementære former for socialitet i hverdagslivet. Hans primære interessefelt var den orden og struktur, han mente fandtes i menneskers daglige ansigt til ansigt møde. De situationer, der optog ham mest, var små dagligdags møder afgrænset af tid og rum hvor han iagttog og analyserede menneskers konkrete samhandlings adfærd. Hans teori om ansigtsarbejde, ærbødighed og forlegenhed i mødet mellem mennesker er i særlig grad interessante og relevante for mine fund, hvorfor det er med udgangspunkt i disse begreber at jeg inddrager Goffman. Jeg har også valgt at inddrage sygeplejerske og cand. phil. i pædagogik, Kristian Larsen, idet han også bidrager med relevant forskning til diskussionen af mine fund. Han argumenterer i sin ph.d. afhandling for, at den uerfarne nye studerende anerkender og anvender relationen til patienten aktivt i sin læring, hvorimod den ældre studerende og de uddannede sygeplejersker miskender de fysiske og psykiske relationer til patienten som lærings aktiver. Desuden vil jeg inddrage både skandinavisk og anden udenlandsk forskning undervejs i diskussionen til at belyse, pege på og diskutere på hvilken måde mine fund kan bidrage til diskussionen af hvilke fænomener, der udfoldes i det relationelle møde mellem den ældre medicinske patient og den sygeplejestuderende i afdelingen.

8.0 Diskussion af fund

Jeg har i de følgende diskussionsafsnit valgt først at diskutere hovedkategorien samlet med såvel patient som studerendes rettethed mod den anden. Herefter følger et afsnit hvor patient og studerendes værnen om væren diskuteres samlet. Det har jeg valgt at gøre, fordi rettetheden og værnen er fælles for patient og studerende og ses hos begge i deres tilgang til den anden. De følgende underkategorier er diskuteret i hver deres underafsnit, idet de resterende underkategorier er forskellige for henholdsvis patient og studerende.

8.1 Patient og studerendes rettethed mod den anden i det relationelle møde

Studiets overordnede hovedkategori viste en rettethed mellem patient og studerende i det relationelle møde i den medicinske afdeling. Rettetheden viste sig som en evne til at orientere sig mod den anden, at skabe et nærvær i mødet og en evne til at se den anden og indleve sig i den andens følelser i situationen. At se den anden, skabe et nærvær og indleve sig i den andens følelser, var tilsyneladende styrken i deres møde men samtidig en kilde til mange frustrationer hos den studerende med følelser af magtesløshed, modløshed samt mistillid til de uddannede sygeplejersker. For patienten betød rettetheden snarere en kilde til omsorg og empati for den studerende, som patienten brugte til at hjælpe den studerende på vej i sin sygeplejefaglige udvikling. Patienten og den studerendes evne til at se og indleve sig i den andens situation var ikke statisk men varierede afhængig af behov og styrken, med hvilket behovet blev udtrykt. Det betød, at den meget høflige, forlegne og usikre studerende ofte fik mere støtte af patienten til at opretholde egen og patientens væren og blev opmuntret og anerkendt, hvor det var muligt. Såvel patient som studerende havde tillid til den andens gode intentioner i mødet. De var venligt og positivt stemt overfor hinanden og forventede, at den anden anerkendte deres gode intentioner. At se den andens intentioner og følelsesmæssige situation og reagere og handle herpå var i undersøgelsen centrale områder for den studerendes og patientens relationelle møde. Denne rettethed mod den anden beskriver Kari Martinsen som en ”opmærksomhed i skønnet”. Hun taler om en ”opmærksom situationsnærhed” og ser stilheden som en forudsætning for denne rettethed. Kari Martinsen siger at:

” Stilheden gør det muligt at åbne sig for verden – se, høre, lugte, berøre – i tålmodighed, tilbageholdenhed og langsomhed. Det er hvad opmærksomheden i skønnet rummer. Skønnet kan ikke være hurtigt eller støjende. Vi kan blive krænkede hvis vi ikke får tid og tager os tid til at skønne eller vurdere, men kun handler efter regler og standarder. Så hverken ser eller hører vi opmærksomt. I det at vurdere eller have evne til at skelne, ligger der en opmærksom situationsnærhed og tilbageholdenhed så vi får rum og tid til at vurdere” (Martinsen 2004;62).

I min undersøgelse er den opmærksomme situations nærhed ikke blot en tilgang hos den studerende, men i ligeså høj grad en rettethed hos patienten. Det er et interessant fund,

idet patienten tilsyneladende er optaget af den samme etiske rettethed som den studerende. Patienten og den studerende er tilsyneladende begge præget af en etik i mødet, der griber ud over den faglige moralske rettethed mod patienten, som Kari Martinsen tager udgangspunkt i. Rettetheden kan hos såvel patienten som den studerende ud fra Løgstrups forståelse ses som et udtryk for den etiske fordring, der altid er tilstedeværende mellem mennesker. Han skriver, at i de umiddelbare forhold mellem mennesker, fuldbyrdes de suveræne livsytringer. Han forklarer det ved, at i mødet vil den ene persons nærvær kalde den anden persons tillid og oprigtighed frem, ligesom den anden persons ulykke vil kalde den første persons barmhjertighed frem (Løgstrup 1972;22). Denne åbenhed og opmærksomhed rettet mod den anden og hans behov i mødet kalder Løgstrup de suveræne livsytringer. Tillid er ifølge Løgstrup elementær i enhver samtale. Han påpeger, at der i den blotte samtale er tale om, at man udleverer sig, idet der i enhver tiltale stilles en fordring til den anden. Han siger videre:

”at der i tiltalen som sådan – uanset indholdets vægt – anslås en bestemt tone, i hvilken den der taler, så at sige går ud af sig selv for nu at eksistere i talens forhold til den anden. Hvorfor fordringen – udtalt – går ud på, at der tages imod én selv ved at ens tone tages op. Ikke at høre eller ikke at ville høre ens anslåede tone betyder derfor, at ens selv overses, for så vidt det er én selv, der har vovet sig frem (Løgstrup1956/1991;24).

For Løgstrup er der altså altid noget på spil i mødet mellem to mennesker, og forventningen om at blive taget imod af den anden er et tema, der altid er tilstede i det relationelle møde. Med Løgstrups begreber kan man sige, at patienten og den studerende hører den tone, som den anden anslår i mødet. At når patienten og den studerende viser en rettethed mod den anden i mødet, er det en villighed og intention hos begge om at tage vare på den anden, der er det grundlæggende etiske fænomen imellem dem. Hvis Goffman inddrages i diskussionen, ser han de fænomener, der udspiller sig i det relationelle møde, som samhandlingsregler, hvor den enkeltes ansigts arbejde står centralt. Jeg vil her indledningsvis kort forklare, hvad Goffman mener med ansigt og ansigtsarbejde. Goffman definerer selv begrebet ansigt, som den positive

sociale værdi et menneske i praksis gør krav på i kraft af den linje³, andre antager, at han har anlagt ved en bestemt kontakt. Han mener, at man kan bære det forkerte, intet ansigt eller tabe ansigt, hvis den linje, der er anlagt, ikke svarer overens med den andens linje. Han forklarer: ”*En person kan siges at bære det forkerte ansigt når der på en eller anden måde fremkommer oplysninger om hans sociale værd som ikke kan forenes med den linje den anden opretholder for ham.*” (Goffman 2004;39). En person kan ifølge Goffman siges at være uden ansigt, når han deltager i en kontakt med en anden uden at være i besiddelse af en linje, som den anden i sådanne situationer kan forvente, at han anlægger. Ansigtsarbejdet er for Goffman de handlinger, den enkelte foretager sig for at sikre, at det, han gør, er i overensstemmelse med ansigtet. For Goffman rummer mødet med den anden en forventning om, at begge opretholder et ansigt, der er passende til situation. Han mener, at der ligger en forventning til det enkelte menneske om, at han opretholder en vis grad af hensyntagen til de andres følelser og ansigt, og at dette gøres frivilligt og spontant, fordi han identificerer sig med de andre og deres følelser. Derfor ønsker den enkelte heller ikke at være vidne til den andens ansigtstab. Det betyder ifølge Goffman, at den enkelte opfører sig på en måde, så hans eget og den andens ansigt bliver opretholdt. Det betyder, at den linje i samtalen, som den anden anlægger, som regel får lov at fortsætte, og hvor begge deltagere i mødet får lov at gennemføre den rolle, han tilsyneladende har valgt til sig selv. For Goffman er den udtalte aftale i mødet en ”praktisk” accept og ikke en ”ægte” accept, fordi den ikke bygger på en enighed om åbent udtalte, dybfølte vurderinger men snarere på en vilje til midlertidigt at foregive holdninger, som deltagerne i virkeligheden ikke er enige i (Goffman 2004;39-46).

For Goffman er det relationelle møde derfor ikke først og fremmest etisk. Han ser mødet som styret af samhandlingsregler, hvis formål det først og fremmest er, at undgå tab af eget og den andens ansigt. Mine fund peger på, at det relationelle møde er mere end samhandlingsregler. Patientens og den studerendes rettethed mod at komme den anden i møde handlede om mere end at skærme sig selv og den anden mod ansigtstab. Rettetheden viste sig ikke kun ved, at patient og studerende værnedes den andens væren.

³ Ansigtet er ifølge Goffman den positive sociale og symbolske værdi, som det enkelte menneske knytter til sig selv, og som andre knytter til ham. Denne værdi kommer til udtryk i den **linje**, som personen anlægger igennem et møde med andre, hvor han kan vælge mellem forskellige niveauer og temaer for denne linje, som han i løbet af samhandlingen må forsøge at sandsynliggøre og opretholde (Goffman 2004).

Rettetheden viste sig også i patientens blik for den studerendes behov for vejledning og omsorg og den studerendes blik for patientens behov for den gode sygepleje. Rettetheden gik derfor udover hvad der måttet være den enkeltes behov og interesser, men var rettet mod den anden og hans behov. Hermed rummede rettetheden et fokus mod at ville den anden det gode, som Goffman ikke forklarer. Inddrages andre undersøgelser, ses det, at flere finder lignende fænomener i den studerendes tilgang til patienten. Her peger forfatterne på, at den studerende skaber tætte relationer til patienten, som er karakteriseret af omsorg, medfølelse og respekt (Gundby 1996, Arnold 1997). En anden undersøgelse viser, at ældre borgere i hjemmeplejen gav udtryk for bekymring over, om de forskrækkede eller belastede de studerende for meget i det relationelle møde (Twinn 1995). Om det kan omsættes til ældre hospitalsindlagte patienter, kan ikke udelukkes. Undersøgelsen viser under alle omstændigheder, at nogle af de tilsvarende fænomener kan findes i mødet mellem den ældre og den studerende udenfor hospitalsregi. En nyere kvalitativ undersøgelse af patientens og den sygeplejestuderendes relation udforskede den studerendes perspektiv på mødet. Her opdagede de, at de studerende havde 3 typer af relationer til patienten: en mekanistisk, en autoritativ og en faciliterende relation. Den mekanistiske relation var styret udefra og fokuserede udelukkende på den studerendes læringsbehov. I den autoritative relation var fokus på, hvad den studerende troede var patientens behov eller i hans interesse. Den faciliterende relation var karakteriseret ved gensidighed og fokuserede på det fælles gode for både patient og studerende. Undersøgelsen viste, at den studerende igennem klinikken adapterede et personperspektiv på patienten og bevægede sig væk fra en mekanistisk tilgang, som fokuserede på opgaver til at være opmærksom på patienten som menneske, hvor den studerende så og responderede på patientens unikke behov (Suikkala & Leino-Kilpi 2005).

Mine fund viste, at de studerende allerede de første dage i deres 1. klinikperiode var meget optaget af patientens unikke behov og italesatte, at netop mennesket og dets livsverden havde forrang frem for et syn på patienten som sygdom og krop. Der er derfor ikke overensstemmelse mellem mine fund og denne undersøgelse. Der er dog også forskel på, hvad der undersøges. Suikkala og Leino-Kilpi undersøger en mulig udvikling i de studerendes opfattelse af egen sygepleje igennem de studerendes eget formulerede perspektiv på egen praksis i et spørgeskema. Min undersøgelse belyser

derimod, hvilke fænomener de studerende selv opfatter som centrale for deres sygepleje her og nu, samt i hvilken grad jeg i feltobservationer kan genfinde de samme fænomener hos de studerende. Min undersøgelse har ligeledes forsøgt at belyse, hvilke fænomener patienterne så som centrale i mødet med den studerende som beskrevet i afsnittene ”Præsentation af fund”. Meget få undersøgelser har underligt nok udforsket den hospitalsindlagte patients perspektiv på det relationelle møde med den studerende (White 2003, Morgan & Sanggaran; Suikkala & Leino-Kilpi 2005, Suikkala & Leino-Kilpi & Katajiisto 2008). Et spørgeskema studie undersøger relationen mellem patient og studerende på 5 medicinske afdelinger i Finland, hvor både patient og sygeplejestudent perspektivet på relationen undersøges. Undersøgelsen viste, at patienter og studerende var enige om at de studerende gjorde deres bedste for at give omsorg, hjælpe patienten med hans fysiske behov og lytte og støtte patienten. Den studerende så patienten som: Ekspert på sin egen situation og at patienten var villig og indstillet på at stille sin viden om sin sygdom til rådighed for den studerende. Den studerende oplevede, at patienten deltog i og udtrykte sin mening til den studerende om hendes sygepleje, ligesom hun så at patienten brugte de studerende til at søge råd og vejledning. Undersøgelsen viste en diskrepans mellem den studerendes syn på patientens rolle i relationen og patientens eget perspektiv på sin rolle i relationen. Patienten så i modsætning til den studerende sig selv som passiv modtager af omsorg og råd fra den studerende, ligesom patienterne fandt det svært at give feedback til de studerende på deres sygepleje, idet de var usikre på niveauet (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajiisto 2008). Min undersøgelse viste, at patienterne tilsyneladende tog en langt mere aktiv rolle i de studerendes læring, end Suikkalas og Leino-Kilpis undersøgelse peger på. Den genererede teori peger på, at patienten tilsyneladende har en rettethed mod den studerende, der initierer en interesse og et engagement i, at den studerende modnes sygeplejefagligt, og at patienten selv oplever at have en vigtig rolle i den studerendes faglige og menneskelige udvikling i klinikken. Hvorfor der ses disse forskelle, kan nye undersøgelser med fokus på såvel patient som student perspektiv måske give nogle svar på.

8.2 At værne om egen og den andens væren

Mit studie viste, at patienten og den studerende var optaget af at opretholde egen og den andens væren. Herunder at undgå de fænomener, som de opfattede som en trussel mod væren, og derfor uønskede, krænkende og ubehagelige i relationen som: Skam, forlegenhed, tab af prestige, usikkerhed, og blottelse af utilstrækkelige kundskaber i mødet. Det interessante i disse fund er, at såvel den studerende som patienten havde den samme oplevelse af hvilke fænomener, der var en trussel i mødet. Der var tilsyneladende en udtalt forståelse imellem dem, der tjente til at afværge krænkende situationer i mødet. Det viste sig ved, at de gensidigt regulerede adfærden, så krænkelsen enten blev negligeret, overset, gjort til genstand for en humoristisk episode, som begge fandt morsom, eller ved at begge overholdt strenge formelle relationer under den krænkende episode. Dette foregik uden at parterne på noget tidspunkt tilsyneladende var i tvivl om hvilke situationer, der krævede en væren af den ene eller begge. Hvordan denne udtalte gensidige væren om egen og den andens væren kom i stand, kan dette studie ikke forklare. Men undersøgelsen har vist, at blandt andet væren om den andens væren er forbundet og relateret til rettetheden. Jeg mener, at flere etiske fænomener kan pege på aspekter af den væren om egen og den andens væren, som studiet viste. Kari Martinsen siger, at sygeplejersken i sin menneskelige faglighed kommer tæt på, hvad hun kalder "sanset hold" og at det rummer følelser som agtelse skyld og skam. Hun peger på, at disse følelser springer ud af den grundstemning, at livet er værd at tage vare på og værne om. Hun mener, at skam, forlegenhed og blufærdighed værner mod, at noget bliver krænket, og at vi bliver skamfulde, når noget, der ikke tilhører os, krænkes. Herved værner skammen om agtelsen (Martinsen 2004; 76-77). Hun siger at sygepleje er i bund og grund et vovestykke: at vove at se mennesket og at vove at være menneske.

"Det er også at vove at være nær skyld og skam. Forudsætningen for det er at man vover at lade sig ramme af de patienterfaringer som vi kan genkende os selv i. Vi genkender os selv i patientens menneskelighed og bliver gjort ansvarlige i forhold til det. At erfare den andens menneskelighed er et værn mod indgreb som kan være krænkende - ja skamløse overfor kroppen"
(Martinsen 2004;78).

Den studerende i afdelingen kom i undersøgelsen tæt på de følelser af skyld og skam som Martinsen beskriver, idet de studerende i undersøgelsen på samme måde lod sig gribe og ramme af de patienterfaringer, de genkendte i sig selv. Et fund i undersøgelsen var netop, at de studerende tog udgangspunkt i sig selv, når de skulle forstå patientens situation og ønskede at værne ham mod krænkelser. At den studerende tager udgangspunkt i sig selv kalder Løgstrup for ”den gyldne regel”. Han forklarer reglen således: *”Den naturligste af alle moralske regler er den regel man kalder for den gyldne regel, og som siger, at hvad du vil, at den anden skal gøre imod dig, skal du gøre imod ham”*(Løgstrup 1996;50)

Løgstrup understreger, at der ikke er tale om en gengældelses regel, hvor den, der har taget sig af dig skal du også tage dig af men understreger, at reglen er radikal. Det radikale i denne moralske regel er ifølge Løgstrup det fantasielement, som den indeholder, idet den siger, at uanset den anden intet har gjort for dig, skal du gøre det for ham som han trænger til. Reglen appellerer derfor ikke til, hvor meget eller lidt den anden har gjort men appellerer til vores fantasi: *”De gerninger som jeg hvis jeg var i den andens sted ville ønske gjort for mig dem skal jeg gøre mod ham”* (Løgstrup 1996;50-51). Fundene viste, at de studerende ønskede at handle og reagere ud fra denne gyldne regel, når de oplevede patienten som truet af krænkelser. Men studiet viste også, at de studerende i nogle sammenhænge så bort fra den gyldne regel og valgte ikke at se krænkelserne af patienten. Det skete som beskrevet i afsnittet ”En stræben efter den gode sygepleje” hvor uddannet personale deltog i plejen og påførte patienten kränkelsen. De studerende gav udtryk for stor frustration over at have oplevelsen af ikke at kunne gøre noget ved kränkelsen. De studerende fravalgte derfor tilsyneladende rettetheden, hvor sygeplejen blev svær, og de ikke så nogen muligheder for at undgå andres krænkelser af patienten.

Løgstrup forklarer ikke, hvad der får mennesket til at vælge ikke at se, men peger på at livsytringerne altid har en modsætning, hvori fordringen kan udarte sig til eftergivenhed eller overgreb. Han forklarer, at den menneskelige tilværelse er muligheder, og at de holder liv i tilværelsens karakter af mulighed: At hvor livsytringerne tillid, oprigtighed og barmhjertighed er en mulighed, er også mistillid, uoprigtighed og ubarmhjertighed en mulighed. Muligheden kan ifølge Løgstrup enten føre videre eller låse fast, enten bryde op eller slutte inde. Han siger, at hvor tillid er en muligheds vedligeholdende

mulighed, er mistillid en mulighedsophævede mulighed (Løgstrup1996; 24-25). I Løgstrups forståelse er det, at den studerende vælger ikke at se, et udtryk for et valg, der låser fast og slutter såvel den studerende som patienten inde. Den studerendes handlemuligheder indskrænkes og kommunikationen udarter sig til eftergivenhed, fordi den studerende tilsyneladende ikke magter at åbne en diskussion med den uddannede sygeplejerske om hendes og afdelingens sygepleje. Patienten var ligeledes optaget af at værne om egen og den studerendes væren. Hvor den studerende var klemmt af sin loyalitet mellem patienten og sygeplejersken, var patientens loyalitet tilsyneladende primært rettet mod den studerende. Det viste sig blandt andet ved, at patienten var opmærksom på at tilbagemelde kritik af den studerendes sygepleje når de var alene, samt ved at patienten beroligede, ignorerede, underspillede eller bagatelliserede den studerendes forlegenhed eller brugte humor til at nedtone betydningen af forlegenheden eller kränkelsen. Martinsen taler kun om sygeplejerskens evne til at erfare den andens menneskelighed. Men i herværende studie kan hendes tanker om at det at erfare den andens menneskelighed som et værn mod overgreb, der er kränkende, i lige så høj grad omsættes til patientens møde med den studerende. Patienten så den studerendes sårbarhed og forlegenhed og ønskede at værne den studerende mod kränkelse af hendes væren. At se den studerendes sårbarhed og at handle for at beskytte sårbarheden syntes at være centralt i studiet. At se den studerende og handle på det, patienten ser, forklarer Løgstrup som den fordring, der ligger i ethvert møde mellem mennesker, og han siger om fordringen at: *”Den enkelte, til hvem den er rettet, skal selv fra forhold til forhold afgøre, hvad den går ud på. //..Men hvordan det så skal ske siges der intet om//Det hører fordringen til, at den enkelte selv med hvad han nu måtte have i behold af indsigt, fantasi og forståelse skal se at komme på det rene med, hvad den går ud på”* (Løgstrup1956/1991;32). Med Løgstrup kan man sige, at patienten med sin rettedhed mod at værne om den studerendes integritet er rettet mod at se, hvordan fordringen besvares. Her viser studiet, at patienten ofte anvendte stor fantasi og indlevelse i den studerendes situation for at blive på det rene med, hvordan den studerendes appel i mødet besvares. Det viste sig blandt andet ved, at patienten var lydhør overfor den studerendes forlegenhed og behov for hjælp til at komme igennem en situation, som var svær eller ubehagelig for den studerende. Patienterne gav udtryk for at se den studerendes forlegenhed eller utryghed og reagerede på denne ved at støtte den

studerende på forskellige måder. Eksempelvis ved at give den studerende kontrol med situationen igen ved at ignorere hendes forlegenhed. Man kan sige, at patienten er intentionelt rettet mod at se, forstå og handle på, hvad han anser, er den studerendes behov. At berolige, ignorere, underspille eller bagatellisere hændelsen, når den anden i mødet er truet af en krænkelse, ser Goffman snarere som en nødvendig form for undvigelse mod hændelser, der kan opfattes som ansigtstrusler. Han siger, at hvis en person bliver overrasket uden ansigt, fordi stærke følelser har fået hans udtryksmaske til at gå i opløsning, kan den anden i mødet vende sig bort eller se bort fra hans aktiviteter et øjeblik for at beskytte ham, så han får tid til at samle sig. Goffman ser disse strategier som nødvendige træk i det udvekslingsmønster, som begge involverede indgår i (Goffman 2004;55). Goffman ser samhandlings ritualerne som en slags adfærds-koder, der sikrer alle involverede den nødvendige respekt og mulighed for at opretholde deres valgte ansigter og roller. Denne samhandling tjener det formål at opretholde en reguleret social orden, der sikrer, at den enkelte ikke behøver at frygte kaos, pinligheder angreb eller overfald (Jacobsen & Kristiansen 2002). Goffman peger på, at mennesket drives mod at opretholde en orden, der har til formål at regulere egen og andres adfærd, så pinligheder, forlegenhed og skam undgås. Goffman taler her om en opmærksomhed rettet mod den andens ansigt og et ønske om at undgå forlegenhed og tab af ansigt, som jeg ligeledes finder i min undersøgelse. Om der er tale om en regulering af social orden, kan denne undersøgelse ikke svare på. Det interessante er dog, at Goffman også peger på, at det relationelle møde mellem mennesker rummer en vilje og et ønske om at beskytte hinandens ansigter eller væren, som jeg har valgt at kalde det. For Kari Martinsen er der ikke tale om en reguleret social orden mellem mennesker men snarere et ønske hos mennesket om at værne den andens urørlighedszone. Hun forklarer, at urørlighedszonen er grundlæggende i Løgstrups forfatterskab og bærer hele hans forfatterskab oppe (Martinsen 2006; 36). Martinsen skriver at:

”Alt levende liv har en urørlighedszone eller uberørtbarhedszone. Der er noget man ikke skal røre ved. Det har med menneskets og det levende livs integritet at gøre. Integritet betyder at noget er urørligt eller bør forblive uberørt og derfor kan krænkes, hvis det bliver rørt ved //for at bevare hinandens urørlighedszone kræves åbenhed. Urørlighedszonen og åbenheden er modsatrettede tendenser, som holder liv i vor tilværelse.

Tilsammen forhindrer de at livet stivner i forenklinger.” (Martinsen 2006;36).

Denne urørligheds zone ser såvel patient som studerende tilsyneladende, uden at de italesætter fænomenet med disse ord. At værne om urørlighedszonen i den anden i det relationelle møde rummer tilsyneladende de samme fænomener, som jeg finder i undersøgelsen. Rettetheden, som jeg finder, er ligeledes en forudsætning for at se og værne om den andens væren. Hos den studerende og patienten var værnen om egen og den andens væren både ubevidst og bevidst i mødet. Den kunne vise sig som en indskydelse til at tildække den nøgne patient eller en bevidst negligering af en situation, der gjorde den anden forlegen. Hvor Goffman taler om adfærdskoder og samhandlingsregler, og Martinsen med Løgstrup om urørlighedszonen, taler Lawler om ritualer, der skal beskytte mod forlegenhed (Lawler 1991). Jocalyn Lawler interviewer i sin ph.d. afhandling 34 sygeplejersker og følger dem i feltobservationer på hospitaler i Australien. Her opdager hun blandt andet, at pleje af patienter følger særlige regler, der har til formål at beskytte patienterne og sygeplejersken mod forlegenhed. Hun beskriver blandt andet regler for patientens føjelighed, afhængighed, blufærdighed, beskyttelse og fysisk og psykisk uniformering af sygeplejersken. Herudover anvender Lawler begrebet minifismer om de teknikker, sygeplejersken bruger i for eksempel vanskelige eller pinagtige situationer. Hun siger om minifismer at:

“Minifisms can be verbal and/or behavioral techniques which assist in the management or potentially problematic situations by minimising the size, significance , or severity of an event involving a patient. The are also methods of bringing a situation under control. From observations I noted such techniques appeared to “come naturally” in nursing encounters with patients.” (Lawler1991;166)

Minifismer kan bringe situationen under kontrol, så begge undgår forlegenhed og støtter dem i en opfattelse af, at alt er normalt, eksempelvis ved hjælp af humor eller ved at minimere størrelsen eller betydningen af patientens oplevelse. Minifismer kan således ifølge Lawler medvirke til at skabe en tolerant og afslappet atmosfære i plejesituationer (Lawler 1991). Herigennem gøres det ifølge Lawler tilladeligt for sygeplejersken at made patienten, klæde ham af, vaske ham og se ham nøgen, og at der hermed skabes regler og rammer, hvori forlegenheden mestres gensidigt. Den sårbare afhængige patient

beskyttes, men også sygeplejersken beskyttes (Martinsen 2004;57). Disse adfærdsmæssige eller sproglige teknikker til at bringe situationen under kontrol i det relationelle møde var tilsyneladende også redskaber, som såvel patienten som den studerende brugte til at minimere forlegenhed og ubehag i mødet. Lawler arbejder ikke med det relationelle aspekt og diskuterer heller ikke her, i hvilken grad sygeplejerskernes teknikker udspringer af underliggende etiske overvejelser, såsom Løgstrup og Martinsens urørlighedszone indfanger. Alligevel kan Lawlers fund relateres til patient og studerendes værnen om egen og den andens væren, idet hun ligeledes ser denne opmærksomhed hos sygeplejersken rettet mod egen og patientens urørlighedszone. Selvom Lawler ikke nævner urørlighedszonen, er sygeplejerskerne, som indgår i hendes undersøgelse, ikke i tvivl om, i hvilke situationer hun selv eller patienten må beskyttes mod forlegenhed og skamfuldhed i det relationelle møde (Lawler 1991). Patientens rettethed mod den studerende var tilsyneladende afhængig af den hjælp, den studerende appellerede til, at hun havde brug for i relationen. Undersøgelsen viste, at patientens rettethed tilsyneladende var afhængig af den studerendes måde at møde patienten. Jo mere usikker, høflig og appellerende i tilgangen den studerende var, des mere rettet var patienten mod den studerendes behov i relationen. Denne tilgang til den anden i mødet kalder Goffman ærbødighed. Han definerer ærbødighed som: *”den komponent af aktiviteten der fungerer som et symbolsk middel til regelmæssigt at formidle værdsættelse af en modtager til denne modtager”* (Goffman 2004;84). Han skriver, at ærbødig adfærd generelt er mere respektfuld og høflig i tonen, og formidler en værdsættelse af modtageren, der på mange måder er mere smigrende for modtageren end aktørens ægte følelser berettiger (Goffman 2004). For Goffman er oprigtigheden derfor ikke nødvendigvis tilstede sammen med ærbødigheden. I hvilken grad den studerende er oprigtig i sin appel og usikkerhed overfor patienten, og om hun bruger en appellerende tilgang i mødet for at ”vinde” patientens sympati og hjælp, kan denne undersøgelse ikke svare på. For Kari Martinsen er oprigtigheden og tilliden som udgangspunkt tilstede i mødet. Hun siger:

”Pointen er, at vi ved hvad det gode er, uafhængigt af kulturen, fordi det er livet selv, det liv den anden er indfældet i, der udsender appellen. Appellen som rammer mig i min opmærksomhed, er det livs bærende ved livet, det anonyme men alligevel så fortrolige og nære som tilliden er, som er det

samme i det forskellige. Dette fremmede, men mig vedkommende, lægges i min hånd ved den andens nærvær med en fordring om at blive taget vare på” (Martinsen 2004;63).

Denne undersøgelse kan ikke pege på, om Goffmans symbolske ærbødighed er tilstedeværende i patientens og den studerendes møde. Det kan ej heller sandsynliggøres, om den appel, som Løgstrup og Martinsen mener udgår fra den fremmede, er tilstede. Hvis vi vender os mod forskningen om patient og sygeplejestuderendes relation, findes der ingen undersøgelser, der forsøger at udfolde, hvilke fænomener ærbødigheden eller appellen rummer. Der er derimod flere undersøgelser, der beskæftiger sig med det relationelle møde mellem patient og studerende, som ender i patientaggressioner. I flere undersøgelser peger forfatterne på, at studerende ofte er udsat for patientaggressioner i klinikperioderne. Undersøgelserne har udelukkende fokus på den studerendes oplevelser og perspektiver på patienternes aggressioner, og forklarer derfor ikke noget om det relationelle møde, og i hvilke sammenhænge aggressionerne forekommer (Nau & Dassen & Halfens & Needham 2007). Jeg mener ikke, at det kan udelukkes, at der kan være en sammenhæng mellem patientaggressioner og den appel eller ærbødighed, som netop er ridset op: At appellen eller ærbødigheden måske tjener den studerende som et værn mod patientens aggressioner. Denne undersøgelse kan dog ikke bekræfte eller afkræfte en sammenhæng, hvorfor nye undersøgelser måske kan pege på en mulig relation mellem appel og aggression.

8.3 At vejlede den studerende

Omsorgen for den studerende viste sig i undersøgelsen at tjene det formål at hjælpe og lette den studerendes sygeplejefaglige og menneskelige udvikling. Patienterne kaldte det at ”hjælpe hende på vej i sygeplejen” og at ”undgå at jage hende ud af faget”. Patienterne var optaget af, at den studerende var velbefindende og tryk i mødet med patienten, så hun var åben for at lære noget. I modsætning til de netop angivne undersøgelser om patientaggressioner var patienterne i mit studie meget optaget af ikke at fremstå aggressive eller unødigt kritiske overfor den studerende. Tværtimod mente flere af patienterne, at aggressioner var direkte skadeligt for de studerendes faglige og

menneskelige udvikling. Mit studie viste, at patienterne tog deres vejleder rolle meget alvorligt og mente, at deres positive attitude havde stor indflydelse på de studerendes klinikperiode. Vejlederrollen og patientens rettethed mod at værne om den studerendes væren viste sig at være relaterede, idet patienten var rettet mod, at vejlederrollen ikke skulle krænke eller true den studerendes oplevelse af at kunne mestre den kliniske situation. Patienten ønskede at støtte den studerendes muligheder for at få øget selvtillid, kliniske færdigheder og handleevne i deres relationelle møde. I situationer hvor den studerende blev tøvende eller appellerede til, at patienten blev aktiv i forhold til valg eller omvalg af handlinger, så patienten ofte denne appel og overtog valg af handlinger i mødet. Disse fund står i modsætning til Suikkala, Leino-Kilpi og Katajiiistos undersøgelse hvor de finder, at patienterne i flere medicinske afdelinger opfattede sig selv som et passivt redskab til at hjælpe den studerende i hendes læring, snarere end læremestre (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajiiisto 2008). En anden undersøgelse, der tidligere er præsenteret, peger dog på, at klienter fra psykiatrien selv oplever, at de kan bidrage positivt til de studerendes læring gennem det sociale samvær og gennem, at de psykiatriske klienter deler deres viden og forståelse af sygdom, og gennem at lære de studerende, hvordan de skal håndtere relationen og situationen (Morgan & Sanggaran 1997). Patientens krop som fokus for den sygeplejestuderendes læring er beskrevet og undersøgt af Kristian Larsen i hans ph.d. afhandling ”Praktikuddannelse kendte og miskendte sider” (Larsen 2000) . Han peger på, at den studerende i startfasen af sin uddannelse i klinikken, lærer ved, blandt andet ved at lytte, lugte, mærke, se, og høre patienten. Larsen påpeger, at patientens smerter, sygehistorie, afføring, sår og øvrige symptomer var viden, den studerende tilegnede sig i relation med patienten. *”Patienten som underviser viste sig undervejs i forskningsprocessen at være en interessant delkonstruktion af forskningsobjektet. Den konstruktion, den måde at tænke om den uddannelsesaktivitet var ikke tænkt eller konstrueret som hypotese, inden arbejdet blev gennemført”*(Larsen 2000;56). Han peger på, at de studerende rent faktisk undervises, belæres og instrueres både sprogligt og ikke sprogligt og ikke bevidst gennem praktisk mesterskab på sygestuen. Han ser patienten som en primær lærekilde og primær lærebog, som materialiserer sig og giver kontinuerligt input til den studerendes sanser (Larsen 2000). Larsen undersøger ikke, i hvilken grad patienten bevidst er rettet mod den studerendes læring, idet han ikke medtager patientperspektivet

på den studerendes læring. Hans undersøgelse giver derfor heller ikke noget svar på patientens fokus og optagethed af den studerendes læringsmiljø som min undersøgelse påpeger. Flere steder beskriver hans studie dog indirekte patientens villighed til at vejlede den studerende som i nedenstående citat:

Studerende(stud.): "Jeg syntes faktisk, at Birthe(patienten) hjalp mig meget med at gøre det...eller hjalp mig mest med plejen...fordi...hun er jo tålmodig og..."

KL.:ja

Stud.:"det gjorde hun...hun hjalp mig meget...det var mest hende og ikke bøgerne fra skolen eller sådan...det...det er meget godt med at læse. Men det er jo først bagefter, man lærer jo ikke, hvordan man gør.. overfor en fysisk person gennem bøgerne" (Larsen 2000;193).

Den studerende ser her patienten som primær kilde til læring i situationen og opfatter patienten som en tålmodig læremester. I hvilket omfang, patienten ser sin egen rolle som læremester, antydes kun indirekte igennem den studerendes anerkendelse af patientens rolle. Et andet fund i min undersøgelse var, at patienten udviste en anerkendende rettethed mod den studerende i mødet. Patienterne italesatte ligeledes, at læring bedst lykkes i et anerkendende miljø. Patienterne anså det selv for vigtigt, at de gav positive tilbagemeldinger, når de studerende klarede de kliniske opgaver godt. Selvom patienternes behov indimellem var i uoverensstemmelse med de studerendes sygeplejehandlinger, prioriterede patienterne i undersøgelsen at skabe gode læringsrammer for den studerende frem for, at egne behov primært blev dækket. Det betød, at patienterne eksempelvis sad afklædte og fik målt blodtryk, lange seancer med måling af værdier, sengebåd der trak ud osv. Patienternes rettethed mod den studerende og hendes behov var tilsyneladende en del af forklaringen. Om andre faktorer spiller ind, kan denne undersøgelse ikke besvare. Det var dog tydeligt, at patienten ofte lod egne behov træde til side for at gøre den studerendes indlæring af kliniske procedurer lettere. Patienterne relaterede ofte deres lærings syn til egne erfaringer fra tidligere job eller relationer med andre mennesker, hvori der indgik erfaringer med læring. Vejledningen var normativ og byggede på de grundlæggende værdier, som patienten anså som vigtige i relationen så som at se og anerkende den anden. Den byggede endvidere på en grundlæggende holdning til, at mennesker påvirker hinanden, og at hvad patienten gør og siger til den enkelte får indflydelse på, hvordan dette menneske møder andre mennesker. Denne måde at tænke om egen indflydelse på andre mennesker

gav flere af patienterne selv udtryk for. De pointerede, at hvis de mødte den studerende med forståelse og godt humør, ville den studerende føre denne positive tilgang videre til mødet med andre og nye patienter. Dette syn på det relationelle møde med det andet menneske ligger ikke langt fra Løgstrups tanker om, at menneskers liv er forviklet med hinanden, og at den enkelte aldrig har med et andet menneske at gøre uden, at han holder noget af dets liv i sin hånd (Løgstrup 1991; 25). Patientens oplevelse af sin egen betydningsfuldhed for den studerendes faglige og menneskelige udvikling i klinikken igennem en positiv og anerkendende tilgang ses ligeledes i andre undersøgelser, som er omtalt i afsnittet ”Patientens oplevelse af det relationelle møde med den studerende”. Her fandt Pulliam, at klienterne i ældreplejen var begejstrede for kontakten med de studerende og beskrev de ældre klienters forhold til de studerende som entusiastisk (Pulliam 1991). En anden undersøgelse viste som omtalt at psykiatriske patienter anser deres egen rolle som læremestre for de studerende som central for de studerendes uddannelse i psykiatrien (Morgan & Sanggaran 1997). Andre undersøgelser viser i modsætning hertil, at patienterne sjældent selv oplever at deltage aktivt i de studerendes læring i afdelingen (White 2003, Hills 1998). Der er derfor undersøgelser, der peger i retning af, at patienterne oplever sig som passive modtagere af sygepleje af den studerende, hvor andre peger på en mere aktiv patientrolle i deres relationelle møde. På trods af at de tidligere nævnte undersøgelser peger i forskellige retninger, er mine fund mere ensartede i deres retning. Mine fund viser, at patienterne selv oplever sig som vigtige læremestre, og at disse holdninger kan genfindes i feltobservationer i det relationelle møde mellem patient og studerende. Som jeg har beskrevet i de indledende afsnit, peger flere undersøgelser på, at den medicinske patient tilsyneladende er sårbar og begrænset aktiv i sin relation til den studerende i afdelingen. Dette kan jeg ikke genfinde i min egen undersøgelse men ser, at den medicinske patient deltager meget aktivt i den studerendes læring. Min undersøgelse kan dog ikke besvare, om medicinske patienter er særligt sårbare, hvilket nye undersøgelser måske kan afdække. Om de patienter, der indgår i undersøgelsen, er særligt ressourcestærke, kan selvfølgelig ikke helt udelukkes, hvilket vil blive diskuteret i afsnittet ”Diskussion af metode”.

8.4 At yde omsorg for den studerende

Patienterne i undersøgelse påtog sig tilsyneladende et ansvar for, at den studerende gennemførte sin klinik i en positiv og udviklende relation, og gav udtryk for, at hård kritik og vrede gav nervøse og utrygge studerende. Patienten tog udgangspunkt i sig selv og sine egne erfaringer og følelser for at finde den bedste måde at støtte den studerende i klinikken. Jeg har allerede i et tidligere diskussions afsnit beskrevet, hvordan den studerende tog udgangspunkt i sig selv, når hun ønskede at forstå patienten, hans situation og hvordan hun skulle handle til patientens bedste. Her pegede jeg på, at denne tilgang blev beskrevet af Løgstrup som ”Den gyldne regel”. Men patienten tog tilsyneladende ligeledes udgangspunkt i den gyldne regel i mødet med den studerende. Det viste sig blandt andet ved, at patienterne tog udgangspunkt i egne selvoplevede negative erfaringer med hård kritik og mente, at anerkendelse, nonverbal guidning og humor var at foretrække som redskab til at lære de studerende, hvordan de ønskede plejen udført. Omsorgen for den studerende viste sig i såvel patientens rettedhed mod den studerende, vejledningen af den studerende, samt patientens værnen om den studerendes væren. Omsorgen var indvævet i mange af patientens aktiviteter rettet mod den studerende. Eksempelvis at patienten så og reagerede på den studerendes behov, ønsket om at fremme den studerendes faglige og menneskelige udvikling, ønsket om at skærme den studerende, samt ønsket om at hjælpe, støtte og guide den studerende i hendes faglige og menneskelige udvikling. Denne omsorg, som patienten viser og udtrykker i forholdet til den studerende, var tilsyneladende tilstede hos samtlige deltagende patienter i min undersøgelse. Omsorgen for den studerende er derfor nærværende i alle de foregående afsnit som en del af patientens rettedhed mod den studerende. Denne omsorg rettet mod den studerende har jeg ikke kunnet genfinde i de forholdsvis få undersøgelser, der medtager patientperspektivet på patient og studerendes møde. Det betyder ikke nødvendigvis, at omsorgen for den studerende har været fraværende i andre undersøgelser. Det kan være et udtryk for, at omsorgen ikke har været omdrejningspunkt i undersøgelsen, eller at omsorgen kaldes andre ting. Flere undersøgelser peger som tidligere beskrevet på, at patienter og klienter føler et ansvar for de studerendes læring i klinikken (White 2003, Morgan & Sanggaran 1997, Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2008). I patientens oplevelse af ansvar for den studerende kan det tænkes, at der ligger en omsorg som udtrykkes gennem ansvaret for den

studerendes læring. Jeg vil i det følgende forsøge at fremlægge Løgstrups tanker om ”kærligheden til næsten” for at afdække, i hvilket omfang det rummes i patientens ansvar og herunder omsorg for den studerende. Løgstrup peger selv på, at ansvar og kærlighed kan forveksles. Han spørger i den ”etiske fordring” om følgende: *”Der er næsten ingen grænser for så meget der tales om ansvar nu om dage. Er det for at undgå ordet ”kærlighed”? Hvad der er forståeligt nok, så sentimental en klang ordet har fået.”*(Løgstrup 1991;166). Han forklarer videre: *”Men hvor forståeligt det end er, at ordet ansvar foretrækkes for ordet kærlighed, kan det ofte nok betyde en akkordering med fordringen.”*(Løgstrup 1991;166). Hvordan denne akkordering opstår, vil jeg vende tilbage til. For Løgstrup udspringer kærligheden til næsten af fordringen. Han forklarer det således: *”Der fordres jo, som nævnt ikke mindre end, at kærligheden skabes af den blotte kendsgerning, at et andet menneskes liv er givet i min hånd”* (Løgstrup 1991; 164). For Løgstrup har kærligheden til næsten derfor altid udgangspunkt i fordringen og kærligheden har aldrig andre bevæggrunde for sine handlinger end kærligheden. Løgstrup beskriver ansvarets forhold til fordringen på følgende måde. Han forklarer, at mennesker indimellem står i situationer, hvor vi gør modstand mod fordringen, men alligevel fanges i, hvad han kalder fordringens greb. Løgstrup understreger, at det ikke skaber en kærlighed til næsten som opfylder fordringen. Men det sker, at mennesket i det greb handler, som det kan sige sig selv, at det ville handle, hvis det havde den fordrede kærlighed. Løgstrup siger: *”Uden kærlighed gør det den gerning, som kærligheden ville have gjort, men gør det af alle mulige andre bevæggrunde”* (Løgstrup 1991;164). Løgstrup understreger, at der her er tale om, at mennesket går på akkord med fordringen, idet de bevæggrunde, der ikke udspringer af kærligheden, altid kredser om sig selv og ikke næsten. Han skriver, at bevæggrunde blandt andet kan være: Frygt, stolthed, selvretfærdighed eller for egen livsholdning eller livssyns skyld, fordi man ikke vil fremstå fej, uoprigtig eller ansvarsløs, eller fordi man vil aftvinge tredjemand, der er vidne til handlingen, respekt. Løgstrup skelner mellem bevæggrunde og anser dem ikke for lige gyldige. Han siger: *”Alt efter hvad nu bevæggrunden er, er dens forhold til fordringen vidt forskelligt. Fordringen er præsent, når et menneske uden kærlighed, i ansvarsbevidsthed⁴ gør hvad*

⁴ Løgstrup taler i dette citat ligeledes om frygt, hvilket jeg har udeladt, idet jeg ikke vil diskutere frygten nærmere i dette speciale. Af hensyn til læseren har jeg valgt at skrive citatet fuld ud som det fremstår i ”den etiske fordring” herunder: *”Alt efter hvad nu bevæggrunden er, er dens forhold til fordringen vidt forskelligt. Fordringen er*

det kan sige sig selv at kærligheden ville gøre. Thi i ansvaret er man sig instansen bevidst." (Løgstrup 1991; 166). For Løgstrup er kærligheden til næsten fordringens indhold. Det er det der forlanges til at varetage det andet menneskes liv. Løgstrup siger at: *"Alene kærligheden har muligheden for at være den kendsgerning voksen. Det andet menneske løber en risiko ved, at et stykke af dets liv beror på en. Og fordi vort liv er et liv i tiden, er den enkeltes svigten uoprettelig, når han i stedet udnytter afhængigheden. Kun kærligheden kan gøre sig håb om at opfange den risiko."* (Løgstrup 1991;164). I Løgstrups forståelse af kærligheden til medmennesket må kærligheden være tilstede mellem mennesker, for at den enkelte kan være i stand til at tage imod den fordring, som udgår fra den anden. Heri ligger der et krav om, at det gøres uden andre bevæggrunde end kærligheden. I det øjeblik patientens bevæggrunde for at støtte, vejlede og undervise den studerende er motiveret i ansvar snarere end kærlighed, er fordringen stadig nærværende, og patienten ser hvad han skal gøre, som hvis kærligheden havde været til stede. Det er ikke muligt at afgøre, hvorvidt der er tale om ansvar eller kærlighed, når patienten i min undersøgelse mødes med fordringen om at tage vare på den studerende i mødet. Det har næppe heller været Løgstrups tanke, at andre skulle analysere og vurdere om den enkelte er i ansvar eller kærlighed i sit modsvar til fordringen. Løgstrup siger, at kun kærligheden kan opfange den risiko den enkelte løber ved at udlevere sig til den anden. Heri mener jeg, der ligger en tanke om, at kun kærligheden kan se og være nærværende tilstede rettet mod den anden og se hans sårbarhed og fordring eller behov. Jeg mener, at patienterne ofte opfangede den risiko, som den studerende løb ved at udstille sine manglende faglige kundskaber, sin usikkerhed og sin forlegenhed. I den forstand var kærligheden til næsten tilsyneladende nærværende mellem patient og studerende i min undersøgelse. Sammenfattende kan man sige, at kærlighedsbegrebet, som det er fortolket af Løgstrup her, kan pege på mulige sammenhænge mellem patientens omsorg for den studerende og kærligheden til næsten. Ligeledes er patientens bevæggrunde formentlig ikke altid kærligheden, men må formodentlig også være begrundet i ansvar, eller mere selvkredsede bevæggrunde som frygt, stolthed eller selvretfærdighed.

præsent, når et menneske uden kærlighed, i ansvarsbevidsthed eller af frygt gør, hvad det kan sige sig selv at kærligheden ville gøre. Thi i ansvaret er man sig instansen bevidst og frygten er en frygt for instansen."(Løgstrup 1991; 166)

8.5 En stræben efter den gode sygepleje

Undersøgelsen viste en forskel i de nye og uerfarne 1. klinikstuderende og de mere erfarne studerende i deres 2. klinikperiode i afdelingen. Undersøgelsens formål var ikke at se forskelle i de studerendes tilgang i sygeplejen. Der var dog i herværende studie en tydelig forskel i de studerendes evne til at rumme patientens helhedssituation, hvorfor disse fund er medtaget. Forskellen sås ved, at den uerfarne 1. klinikstuderende ofte var nødt til at adskille menneske og sygdom, fordi begge ikke kunne rummes og integreres i hendes syn på patienten. Den uerfarne studerende italesatte et behov for at knytte relationelle bånd til patienten, hvor fokus var patienten som medmenneske. Patientens sygdom og lidelse gjorde det indimellem svært for den studerende at rumme patientens komplekse behov, og de blev tilsyneladende - efter eget udsagn - ofte overvældet af angst, afsky og væmmelse over patienternes sygdom, sår og lidelse. De studerende var meget ærlige om, at de havde det svært med at rumme patientens sygdom og lidelse, og at disse elementer gjorde så stærkt et indtryk, at de var bange for, at det gik ud over deres evne til at se medmennesket. De studerendes ærlighed forklarer Larsen med, at de studerende i startfasen af uddannelsesforløbet er nederst i det faglige hierarki. Han siger om den nye studerende i første klinik: *"Hun er intet, og hun har intet at tabe. Hun kan sige og tænke at hun lærer hele tiden, gennem alle sanser gennem egne erfaringer, og at hun har lært af patienterne//"* (Larsen 2000; 2008). Herværende undersøgelse kan ikke pege på om det er denne position i afdelingen, som Larsen taler om, der skaber den studerendes opmærksomhed for egne faglige grænser. Derimod magtede de studerende i 2. klinik periode at integrere patientens lidelse og sygdom og så viden om patientens sygdomshistorie som et vigtigt supplement til forståelsen af patientens situation. Mine fund peger på, at de studerende bevæger sig fra i starten af uddannelsen at have fokus på patienten som medmenneske til senere i 2. klinik, at kunne mestre at integrere både menneske og sygdom. Ifølge Suikkala, Leino-Kilpi og Katajisto bevæger de studerende sig fra at se patienten som stereotyper til at se og respondere på patientens individuelle behov (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2007). Denne udvikling kan jeg ikke genfinde i mine fund. De 1. klinikstuderende i mit studie ser tilsyneladende ikke patienterne som stereotyper, men må afgrænse patientfokus til at omhandle mennesket og er opmærksomme på de af patientens individuelle behov, der ligger ud over det

sygdomsorienterede. Mit studie viste desuden, at de studerende ofte følte sig ensomme og isolerede med deres tanker og holdninger til sygeplejen. Det, de oplevede som patient krænkelser, påvirkede de studerende meget følelsesmæssigt. De var meget opmærksomme overfor umenneskelig sygepleje, og ønsket om at være loyal mod patienten var stærkt. De studerende var opgivende og følte sig magtesløse i forhold til det uddannede personales tilgang til sygeplejen, som de ofte anså for mangelfuld. Men ingen af de studerende i undersøgelsen mente, at det var noget, de havde indflydelse på. De opfattede sygeplejerskerne som mindre tilstede i mødet med patienten og alt for fortravlede og forhastede i sygeplejen, de ydede. De studerende var meget optaget af og rettet mod patientens behov. De stillede store krav til egen sygeplejefaglige standard og italesatte mange frustrationer over ikke at udføre den sygepleje, som de egentligt mente, at patienterne havde behov for. De viste et stort engagement i den enkelte patient og udtrykte skuffelse over sig selv, hvor de ikke levede op til egne forventninger. Undersøgelsen pegede desuden på, at det at se patienten som menneske og ikke blot patient eller diagnose, var centralt i den studerendes måde at tænke om sin egen sygeplejefaglige tilgang til patienten. At se patienten, hans lidelse og behov beskrives af Kari Martinsen. Hun taler om evnen til at se og skriver:

”Mesterskabet i at se har at gøre med at man træner sig op til at være opmærksom overfor den aktivitet man står midt i – i sygeplejesammenhængen i forhold til patienter, arbejdskammerater og det rum man befinder sig i. Man lærer at lytte til andre og til sig selv, man lærer at se og kigge efter, at være nærværende i situationen. Opmærksomhed er at være der hvor man befinder sig, at være til stede når man er til stede” (Martinsen 2004;30).

Denne evne til at se og at være nærværende til stede kalder Martinsen et mesterskab der opøves i sygeplejen. Mine fund viste, at evnen til at se og være nærværende tilstede tilsyneladende var til stede hos alle de studerende, også de nye studerende der var ½ år inde i uddannelsen. Det kan indvendes, at der muligvis er en kvalitativ forskel i det nærvær og den evne til at se den anden som Martinsen taler om, og som jeg finder i undersøgelsen. Det er ikke desto mindre et fund, der var fremtrædende, og som tilsyneladende gav de studerende en stor følsomhed for patientens situation, lidelser og de krænkelser, som han eventuelt blev udsat for under indlæggelsen. Andre undersøgelser peger ligeledes på, at det at se patienten er centralt for såvel den erfarne som den nystartede og uerfarne sygeplejestuderende. Rogan & Wyllie finder i en

spørgeskemaundersøgelse af 112 nye sygeplejestuderende nogle tilsvarende fænomener. Her peger de på følgende temaer som centrale for de studerendes møde med den ældre borger på plejehjem: Seeing the person, appreciating the elderly person, experiencing personal growth, becoming a nurse, samt learning about the elderly (Rogan & Wyllie 2002). At se patienten og knytte nære relationer til de ældre beboere er ifølge de studerende i denne undersøgelse vigtig for at udvikle sig fagligt og menneskeligt. En studerende fortæller: *"When I knew we had to do care of the elderly I wasn't looking forward to it at all. I thought of it as being not uninteresting but not nice nursing but then as started to get to know them, that's what made a huge difference for me. Once I began to view them as people and as individuals and saw the different personalities that's when it changed."* (Rogan & Wyllie 2002). Den studerende fortæller netop her, at mødet og det at indgå i relationer med de ældre beboere ændrede hendes måde at se det ældre menneske på. At være nærværende og se den anden i mødet, var tilsyneladende tilstede hos alle de studerende og ligeledes hos patienterne i min undersøgelse, men også i andre undersøgelser som den netop citerede. Ud fra Løgstrups etik kan det diskuteres, om disse fænomener i virkeligheden bunder i nogle almen menneskelige fænomener, som gennemtrænger alle møder imellem mennesker. Nemlig viljen og ønsket om at se den anden. Løgstrup skriver at:

"I ethvert møde vover man sig frem. At henvende sig er simpelt hen at udlevere noget af sig selv til den anden. At modtage en henvendelse er at få en magt over den der henvender sig. Udleveringen og magten kan være begrænset, men også omfattende og afgørende. Under alle omstændigheder udspiller vores liv med og mod hinanden sig altid i relationer af afhængighed og magt. Vores liv er forviklede med hinanden. Vi er hinandens verden og skæbne. Menneskets tilværelse er en væren i gensidig afhængighed, i interdependens. I mødet er man derfor altid stillet i det alternativ enten at bruge sin magt over den anden til at fremme hans eller hendes liv eller til det modsatte" (Løgstrup 1996;7)

I Løgstrup's forståelse er mødet derfor altid etisk, og hvor den enkelte står i valget mellem at fremme den andens liv eller det modsatte. Om den studerendes stræben efter den gode sygepleje bunder i den etiske fordring, som Løgstrup peger på, kan dette speciale ikke besvare. Den studerende viser dog i undersøgelsen et ubehag ved at svigte patientens tillid eller behov, der kunne forklares ud fra Løgstrups etiske fordring. Ifølge Suikkala, Leino-Kilpi og Katajisto tilegner de studerende sig igennem social interaktion med patienten færdigheder i at udføre kliniske sygeplejehandlinger, hvor de ser og

responderer på patientens individuelle behov og bevæger sig væk fra at se patienter som stereotyper (Suikkala & Leino-Kilpi & Katajisto 2007). Min undersøgelses fund peger derimod på, at de studerende fra første klinikperiode er rettet mod patienten og hans individuelle behov.

9.0 Diskussion af metode og validitet

I nærværende afsnit vil jeg nu vende tilbage til Glasers kvalitetsvurdering af teorier udviklet efter grounded theory metoden som beskrevet i "Basics of Grounded theory analysis". Han beskriver kriterierne som: Fit, work, relevance og modifiability (Glaser 1992;117). Jeg vil i det følgende kort beskrive deres indhold med udgangspunkt i Lomborgs tekster (Lomborg 2003, Lomborg 2005). Under hvert kriterium vil følge en diskussion af, i hvilket omfang jeg mener, at jeg opfylder kvalitetskriterierne.

Teorien skal stemme overens med det den omhandler: *Teorien skal tage afsæt i almindeligt hverdagsliv i det sociale felt, der udforskes, og skal generaliseres via konstant sammenlignende metode.* I mit studie er den konstant sammenlignende metode anvendt som beskrevet i afsnittet "Analyseprocessen" til at sikre, at mine fund var funderede i fænomener i det relationelle møde mellem patient og studerende, ligesom de tager udgangspunkt i det "hverdagsliv" som patient og studerende møder i afdelingen. Mine fund er forholdsvis snævre og dækker udelukkende de relationelle fænomener i mødet mellem patient og studerende. Fundene kan derfor ikke fortælle noget om, hvordan patienten generelt oplever mødet med personalet eller den studerendes overordnede oplevelse af klinikken. ***Teorien skal kunne fungere i praksis:*** *Man skal tydeligt kunne forstå, hvad teorien drejer sig om, og skal kunne forklare noget der sker i praksis, fortolke det der sker og den skal kunne foregribe hvad der vil komme til at ske.* Jeg mener, at min genererede teori opfylder kriteriet om at være forståelig, og at den kan forklare og fortolke de relationelle fænomener, der udfolder sig mellem patient og studerende. Min genererede teori om patient og studerendes rettedhed mod den anden i det relationelle møde kan ligeledes delvist pege på, hvad der vil ske i det relationelle møde. Når jeg skriver delvist, mener jeg hermed, at teorien netop peger på, at patienten og den studerendes rettedhed viser sig i mange former, og er situations og kontekstafhængig. Rettetheden er derfor både forudsigelig i nogle særlige mønstre som

beskrevet i afsnittet om fund, og samtidig uforudsigelig idet situation, kontekst og de mennesker der indgår er variable.

Teorien skal være relevant: *Det betyder, at teorien skal beskrive det der er mest betydningsfuldt for de grupper af mennesker, teorien handler om. Det sikres ved at man påbegynder teoridannelsen med åben induktion.* Som beskrevet i tidligere afsnit har jeg tilstræbt at følge retningslinjerne i Grounded theory. Jeg har som anbefalet gået til feltet, uden at have særlige ideer om hvilke fænomener jeg så efter og har forsøgt at være opmærksom på ikke at lade min forforståelse påvirke de egenskaber ved de fund, jeg så og hørte i feltobservationer og interviews. Herved har jeg forsøgt at sikre mig, at det var data der talte, og at jeg herigennem så det, der var vigtigt og betydningsfuldt i relationen mellem patient og studerende. **Teorien skal kunne modificeres:** *Dette betyder, at når nye data træder frem, vil de altid have forrang frem for teorien, hvorfor den må kunne tilpasses, så den stemmer overens med den nye praksis.* Jeg mener, at min genererede teori kan modificeres og tilpasses hvis praksis viser, at andre eller nye underkategorier er mere centrale for det relationelle møde. Min teori fremstår som en model, der må afprøves, reguleres og justeres, hvor praksis viser, at andre fænomener er i spil i det relationelle møde. Efter at kvalitetskriterierne for grounded theory nu er præsenteret og diskuteret med mine fund, vil jeg sammenfattende konkludere at: Det kan påpeges, at teoriens omfang er begrænset og udelukkende peger på relationelle fænomener mellem den ældre medicinske patient og de sygeplejestuderende i afdelingen. Det kan ligeledes påpeges, at teorien ikke har foreskrevet, hvordan den genererede viden kan bruges og implementeres i praksis. Dette vil jeg derfor prøve at imødekomme i min perspektivering, hvor jeg vil forsøge at pege på, hvordan teorien kan anvendes i praksis. Jeg vil på baggrund af ovenstående konkludere, at grounded theory har vist sig at være en egnet metode, til at forstå, forklare og fortolke de relationelle fænomener i mødet mellem patient og sygeplejestuderende. Den kan desuden udpege flere fænomener, der kan forudsige elementer i det relationelle møde, men teorien peger samtidig på, at de udfoldede fænomener i relationen er individuelle og afhængige af mange faktorer, som påvirker mødet. Det skal afslutningsvis diskuteres, hvilken betydning min afgrænsning af respondenter har haft for mine fund. Som beskrevet tidligere var kriteriet for inklusion i undersøgelsen patienter mellem 70 og 90 år, som ikke var i et terminalt forløb, men havde kroniske længerevarende sygdomsforløb. Herved er det ”erfarne”

patienter, der medvirker, og som muligvis dermed har et større overskud til at drage omsorg for den studerende. Flere undersøgelser viser desuden som tidligere omtalt, at ældre patienter ofte er mere tilfredse med sygeplejen under indlæggelse end yngre patienter. Det betyder, at teorien kun kan fortælle noget om de relationelle fænomener i mødet hos ældre indlagte medicinske patienter. Det er selvfølgelig en begrænsning i teoriens rækkevidde, men samtidig en vigtig gruppe patienter at indhente viden om, hvilket der argumenteres for i afsnittet ”Afgrensning og begrundelse for valg af problemstilling”. Jeg har valgt, som det er begrundet i et tidligere afsnit, at udelade de ældste studerende i 3. klinikperiode. Hermed ser jeg ikke alle niveauer i de studerendes rettedhed mod patienten i det relationelle møde, og det kan ikke udelukkes, at andre fænomener ville vise sig fremtrædende, hvis disse studerende indgik i undersøgelsen. Dette kan nye undersøgelser måske forsøge at besvare. Det kan ej heller udelukkes, at det har haft en vis betydning for mine fund, at jeg har været tilstedeværende under patient og studerendes relationelle møde. Hvorvidt min tilstedeværelse har gjort patient og studerende mere positive i mødet eller påvirket fundene på andre måder, kan nye undersøgelser måske afdække.

10.0 Konklusion og perspektivering

Formålet med specialet var, at identificere hvilke centrale relationelle fænomener der udfoldes i mødet mellem den ældre patient og den sygeplejestuderende i medicinsk afdeling. Herigennem ønskede jeg at bidrage til diskussionen om, hvordan vi kvalificerer plejen til den ældre medicinske patient igennem nye måder at tænke om patientens deltagelse i de sygeplejestuderendes læring i klinikken. Men jeg ønskede også at bidrage til diskussionen om, på hvilken måde den studerende gør brug af den ældre medicinske patient i sin læring i medicinsk afdeling. Specialet anvendte grounded theory som metode, hvilket viste sig anvendeligt, idet der blev udviklet en teori, der kan hjælpe til at forstå og forklare hvilke relationelle fænomener, der udfoldes i mødet mellem den medicinske patient og den sygeplejestuderende i afdelingen. Studiet var baseret på feltobservationer og deltagelse af 6 studerende og 9 indlagte patienter i medicinsk afdeling. Specialet identificerede kernekategorien: Patient og studerendes rettedhed mod den anden i det relationelle møde. Kernekategorien viste sig at være forbundet med flere underkategorier, hvoraf værnen om den andens væren var tilstede

hos såvel patient som studerende. For patienten var: At vejlede den studerende, samt en omsorg for den studerende de underkategorier med størst forklaringskraft til hovedkategorien. For den studerendes vedkommende var det en stræben efter den gode sygepleje. I det følgende afsnit vil jeg besvare dette speciales undersøgelsesspørgsmål med baggrund i mine fund og diskussionsafsnittene.

10.1 Konklusion

Jeg kan konkludere, at den genererede teori viste, at det overordnede relationelle fænomen mellem patient og studerende var en rettethed mod den anden i mødet, som indebar en respekt, at orientere sig mod den anden, at ville noget med den anden, at se den anden, at være nærværende tilstede og indleve sig i den andens situation og følelser, samt at være opmærksomt til stede. For patienten var rettetheden en kilde til omsorg og empati, hvor den studerende ofte følte magtesløshed og frustration over at se patientens behov, uden at føle sig i stand til at fastholde sine idealer overfor det uddannede personale. De relationelle fænomener mellem patient og studerende viste sig at rumme mange etiske elementer. Centrale fænomener i mødet var tillid, at tage imod den anden, at værne om den andens væren og at se og respektere den anden, samt at ville den anden det gode. Her viste særligt Løgstrup og Martinsens tekster sig at pege på nogle tilsvarende mellem menneskelige fænomener. Patientens vejlederrolle i forhold til den studerende viste sig at være fremtrædende i mine fund. Patienter viste stor ansvarlighed og omsorg for den studerendes klinik i afdelingen. Dette fund var overraskende og gennemgående i undersøgelsen, men kunne ikke genfindes i litteraturen eller andre undersøgelser. Nye studier må derfor nærmere studere patientens rolle som vejleder for at uddybe og afdække disse fund idet denne viden kan anvendes til at udvikle og kvalificere den studerendes og patientens møde i klinikken. Patienter viste ligeledes stor omsorg for den studerende, hvilket tilsyneladende havde stor betydning for den studerendes velbefindende i mødet. Omsorgen for den studerende blev diskuteret med Løgstrups tanker om næstekærligheden, og der viste sig et delvist sammenfald imellem disse fænomener. De sygeplejestuderende viste sig at være optaget af en stræben efter den gode sygepleje men følte sig ofte ensomme og isolerede med egne tanker og holdninger til sygepleje i personalegruppen. De studerende var rettet mod patientens behov, og deres evne til at se patienten og være nærværende til stede var tilsyneladende

tilstede fra første klinikperiode. Dette fund stod i modsætning til andre undersøgelser som jeg har refereret til i diskussionen. Mine fund viste, at den nye 1. klinikstuderende ofte ikke evnede både at se patienten som menneske og samtidigt rumme hans sygdom og lidelse. Disse studerende valgte derfor bevidst, at adskille menneske og sygdom, idet begge ikke kunne integreres og rummes i hendes syn på patienten. Her fastholdt den studerende at se patienten som menneske og fravalgte i stedet at se patientens sygdom. Dette fund kan ikke genfindes i litteraturen, hvor den uerfarne studerende beskrives som mekanistisk i sin tilgang til patienten og med fokus på den procedurerelaterede sygepleje. Formålet med denne opgave var at medvirke til at udfolde det relationelle møde mellem den ældre medicinske patient og den sygeplejestuderende i afdelingen, igennem nye måder at tænke om patientens deltagelse i de studerendes læring i afdelingen. Derudover var formålet at bidrage til diskussionen om, hvordan den studerende gør brug af den ældre medicinske patient i sin læring i medicinsk afdeling. Jeg vil afslutningsvis konkludere, at dette studie retter opmærksomheden mod, at patienten selv oplever at have en aktiv rolle og et medansvar for den studerendes klinikperiode, ligesom den studerende gør brug af patientens ressourcer og hjælp i et opfang, som litteraturen ikke tidligere har beskrevet. Jeg vil derfor pege på, at nye studier bør igangsættes for at uddybe og tilpasse den genererede teori for at øge vores viden om patient og studerendes relationelle møde. Jeg vil i det følgende afsnit blandt andet pege på, hvilke områder, jeg mener, bør undersøges nærmere.

10.2 Perspektivering

Herværende studie har peget på, at flere elementer bør medtænkes i de studerendes klinik i den medicinske afdeling for at kvalificere deres ophold i klinikken. Ligeledes peger undersøgelsen på, at patienten har en vigtig vejlederrolle i forhold til den studerende, hvilket bør medtænkes i tilrettelæggelsen af den studerendes klinikforløb. Jeg mener derfor at medicinske afdelinger bør overveje nedenstående:

- At de studerende i 1. og 2. klinikperiode bør støttes i at deltage i plejeforløb af patienter i længerevarende forløb i afdelingen.
- At det medtænkes, at de studerende ofte skal støttes i at integrere patient og sygdoms perspektivet i deres første klinik.

- At det diskuteres og anerkendes, at de nye studerende i afdelingen ofte udviser en stor følsomhed for krænkelser af patienten.
- At det medtænkes i den kliniske undervisning at de studerende er meget optaget af at udøve og lære den gode sygepleje.
- At det overvejes og diskuteres at patienten gives mulighed for at sige såvel ja som nej til at deltage i den studerendes læring i afdelingen.
- At det overvejes og diskuteres hvordan patienten medinddrages i de studerendes læring

Dette studie har rettet opmærksomheden mod, at patienten er en vigtig ressource for den sygeplejestuderende i klinikken. Men studiet viste også, at patienten underspiller sin egen rolle og betydning i loyalitet med den sygeplejestuderende. Nye undersøgelser må vise, om patienten selv drager fordel af det nære samarbejde med den studerende i form af eksempelvis øget motivation og engagement i egen helbredelse. Endvidere foreslås nye undersøgelser til at afdække, om patientens vejleder og omsorgsrolle på andre måder griber ind eller påvirker hans pleje- og sygdomsforløb.

11.0 Resume

Baggrund: Igennem en tidligere opgave har jeg fået interesse for relationen mellem patient og -sygeplejestuderende. Der er i dag et stigende fokus på patientperspektivet generelt, men meget få undersøgelser inddrager mødet mellem patient og sygeplejestuderende i den medicinske afdeling.

Formål: Formålet med dette speciale er at udfolde, forstå og fortolke, hvilke fænomener der udfolder sig i det relationelle møde mellem patient og studerende. Herigennem ønskede jeg at bidrage til diskussionen om, hvordan vi kvalificerer plejen, samt medinddrager den ældre medicinske patient i de sygeplejestuderendes læring i klinikken. Men også at bidrage til diskussionen om på hvilken måde den studerende gør brug af den ældre medicinske patient i sin læring i medicinsk afdeling.

Metode: Specialet anvendte grounded theory som metode og studiet var baseret på feltobservationer og interviews af 6 studerende og 9 indlagte patienter i medicinsk afdeling.

Fund: Undersøgelsen forsøgte at afdække såvel patient som student perspektivet, og belyse hvordan de fremanalyserede fænomener optræder, samt i hvilken grad de er fælles eller forskellige for såvel patient som studerendes rettethed mod den anden i mødet.

Specialet identificerede kernekategorien: Patient og studerendes rettethed mod den anden i det relationelle møde. Kernekategorien viste sig at være forbundet med flere underkategorier. For patienten havde følgende underkategorier størst forklaringskraft til hovedkategorien: En værnen om den andens væren, at vejlede den studerende, samt en omsorg for den studerende. For den studerendes vedkommende var det at en værnen om den andens væren, samt en stræben efter den gode sygepleje.

Konklusion: Det konkluderes, at dette studie retter opmærksomheden mod, at patienten drager omsorg for den studerende samt har en aktiv rolle og oplever at have et medansvar for den sygeplejestuderendes klinikperiode, ligesom den studerende gør brug af patientens ressourcer og hjælp i et opfang, som litteraturen ikke har beskrevet tidligere. Der peges på, at nye undersøgelser må udforske den genererede teori og de fundne fænomener nærmere med henblik på at korrigere, ændre eller uddybe teoriens indhold.

12.0 Summary

The relational meeting between patient and nurse-student in the medical ward

Background: During my previous studies, I took interest in the relationship between the patient and the nurse-student. Presently, nurse research increasingly focuses on the patients perspectives in general, but only a few studies include the contact between the patient and the nurse-student in the medical department.

Aim: The purpose of the present study was to contribute to elucidate, understand, and interpret the emerging phenomena during the meeting between the patient and the nurse-student. I would thereby discuss how to qualifying the nursing, and to including the elderly medical patient during the nurse-students clinical education. Furthermore, I sought to contribute to elucidate how the nurse-student herself makes use of the elderly medical patient during her clinical education.

Method: In this study the Grounded theory was used. The study included 6 nurse-students and 9 patients and was based on observations and interviews performed in the medical ward.

Results: The study elucidated the patient perspective as well as the nurse-student perspective with emphasis on phenomena which emerge in the contact between patient and nurse-student. It was particularly elucidated whether such phenomena have similarities and differences between the patient perspective and the nurse-student perspective in the convergence against each other. Thus, the study identified the following core-category: Patient and nurse-student convergence against each other during their relational meeting. This core category was divided into sub-categories: 1) From the patients point of view supervision and taking care of the well being of the nurse-student were most essential to explain the core category. 2) From the nurse-students point of view striving for optimal nursing and taking care of the patients well being were most essential.

Conclusion: The study concludes, that the patient consciously focuses on the well being of the nurse-student and takes part of the responsibility for her clinical education. Accordingly, the nurse-student has the advantages of the resources, supervision, and care-taking exhibited by the patient. The latter phenomenon has not been described in

the literature so far. It is suggested to further study the observed phenomena and the proposed theory, thus aiming to adjust, extend and confirm these.

13. Referenceliste

Adamsen, Lis & Thewes, Marianne (2000)
Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care.
Scandinavian Journal of Caring Science 2000; 14: 120-129.

Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (2003)
Klassisk og Moderne Samfundsteori. S. 235-262
Hans Reitzels Forlag.

Andersen, Christian (2006)
Danmark, landet med de mange tilfredse patienter
Ugeskrift for læger 2006;168 (1) :14

Andresen, Pamela A. & McDermott, Mary Ann (1992)
Client satisfaction with student care in a nurse-managed center.
Nurse Educator 1992; 17: 21-23

Bennett, Lorna & Baikie, Kenneth (2003)
The client as educator: learning about mental illness through the eyes of the expert.
Nurse education Today 2003; 23: 104-111.

Bergland, Ådel & Lærum, Hilde (2002)
Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning.
Vård I Norden 2002; 22: 21-26.

Boge, Jeanne & Kristoffersen, Kjell (2002)
Nyopererte, elder pasientar vil vera mest mogeleg sjelvhjelpte, og bli pleia og massert av humoristiske, omsorgsfulle pleiarar.
Vård I Norden 2002; 22: 47-51.

Bradbury-Jones, Caroline & Sambrook Sally & Irvine, Fiona (2007)
The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study.
Journal of Advanced Nursing 2007; 59: 342-351

Davis, Rebecca L. & Beel-Bates, C & Jensen, Susan (2008)
The longitudinal elder initiative: helping students learn to care for older adults.
Journal of Nursing Education 2008; 47: 179-182.

- Foss, Christina & Hofoss, Dag (2004)
Patients voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men.
Scandinavian Journal of Caring Science 2004; 18: 273-280.
- Furåker, Carina & Nilsson, Agneta (2006)
Studenters uppfattningar av ämnet omvårdnad sjuksköterskeutbildningen.
Vård I Norden 2006; 26: 21-26.
- Glaser, Barney G. (1978)
Theoretical Sensitivity. S. 1-93
The Sociology Press
- Glaser, Barney G. (1992)
Basics of grounded theory analysis. S. 1-127
Sociology Press
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm L. (2006)
The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. S. 1-185
Aldine Transaction
- Gleeson, M & Timmins, F (2004)
The use of touch to enhance nursing care of older person in longterm mental health care facilities.
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004; 11: 541-545.
- Goffman, Erving (2004)
Social samhandling og mikrosociologi. S. 33-135
Hans Reitzels Forlag.
- Guvå, Gunilla & Hylander, Ingrid (2005)
Grounded Theory. Et teorigenererende forskningsperspektiv. S. 9-81
Hans Reitzels Forlag.
- Happell, Brenda (1999)
When I grow up I want to be a ...? Where undergraduate student nurses want to work after graduation.
Journal of Advanced Nursing 1999; 29: 499-505.
- Hartman, Jan (2005)
Funderet teori. S. 26-133
Alinea

Høie, Magnhild (2005)
Prejudice and discrimination against the elderly. Highlighted by social identification theory and social dominance theory.
Vård I Norden 2005; 25: 56-59

Jacobsen, Michael Hviid & Kristiansen, Søren (2002)
Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former. S. 10-115
Hans Reitzels Forlag.

Jensen, Lone Skov (2007)
Ældre mænds oplevelser og erfaringer under indlæggelse i medicinsk afdeling
3. Semester opgave ved kandidatuddannelsen i sygepleje ved Aarhus universitet
Upubl. materiale

Kjeldsen, Susanne Bloch (1997)
Den syges perspektiv er lukket land
Sygeplejersken 28/1997

Kvale, Steinar (2004)
Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview.
S. 115-129
Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Kristian (1999)
Praktikuddannelse. Kendte og miskendte sider. S. 191-293
UCSF.

Lawler, Jocalyn (1991)
Behind the screens. Nursing, somology, and the problem of the body
s. 135-177
Churchill Livingstone

Larsson, Bodil Wilde (1999)
Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles
Journal of Clinical Nursing 1999, 8, 693-700

Lee, Mi Aie & Yom, Young-Hee (2006)
A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey.
International Journal of Nursing Students 2007; 44: 545-555

- Lomborg, Kirsten & Kirkevold, Marit (2003)
Truth and validity in grounded theory- a reconsidered realist interpretation of the
criteria: fit work, relevance and modifiability
Nursing Philosophy, 4 s. 189-200
- Lomborg, Kirsten (2005)
Om grounded theory – hvad det er og ikke er
Klinisk Sygepleje 2005 årgang 19, nr 2. S. 4-11
- Lundberg, Pranee C & Bäckström, J & Widén, Sarah (2005)
Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students.
Journal of Transcultural Nursing 2005; 16: 255-262.
- Løgstrup, K.E. (1972)
Norm og spontanitet. S. 15-51
Gyldendal.
- Løgstrup, K.E. (1995)
Den etiske fordring. S. 9-170
Gyldendal
- Løgstrup, K.E. (2004)
Etiske begreber og problemer. S. 15-127
Gyldendal.
- Martinsen, Kari (1997)
Fra Marx til Løgstrup. S72-167
Munksgaard.
- Martinsen, Kari (2004)
Øjet og Kaldet. S. 20-78
Munksgaard.
- Martinsen, Kari (2006)
Samtalen, skønnet og evidensen. S. 27-55
Gads Forlag
- McLafferty, Ella (2005)
A comparison of nurse teachers' and student nurses attitudes toward hospitalised older
adults.
Nurse Education Today 2005; 5: 472-479.

- McKinlay, Andy & Cowan, Sue (2003)
 Student nurses' attitudes towards working with older patients.
 Journal of Advanced Nursing 2003; 43: 298-309.
- Morgan, S & Sanggaran, R (1997)
 Client-centred approach to student nurse education in mental health practicum: an inquiry.
 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1997; 4: 423-434.
- Moyle, Wendy (2003)
 Nursing students' perceptions of older people: Continuing society's myths.
 Australian Journal of Advanced Nursing 2003; 20: 15-21.
- Nau, Johannes & Dassen, Theo & Halfens, Ruud & Needham, Ian (2007)
 Nursing students experiences in managing patient aggression.
 Nurse Education Today 2007; 27: 933-946.
- O'Regan, H & Fawcett, T (2006)
 Learning to nurse: reflections on bathing a patients.
 Nursing Standard 2006; 20: 60-64.
- Orland-Barak, Lily & Vilhelem, Dalit (2005)
 Novices in clinical practice settings: Student nurses stories of learning the practice of nursing
 Nurse Education Today 2005; 25: 455-464.
- Pearcey, Patricia & Draper, Peter (2008)
 Exploring clinical nursing experiences: Listening to student nurses.
 Nurse Education Today 2008; 28: 595-601.
- Pulliam, L (1991)
 Client satisfaction with a nurse-managed clinic.
 Journal of Community Health Nursing 1991; 8: 97-112.
- Robinson, Andrew & Cubit, Katrina (2007)
 Caring for older people with dementia in residential care: nursing students' experiences.
 Journal of Advanced Nursing 2007; 59: 255-263.
- Rogan, Frances & Wyllie, Aileen (2003)
 Engaging undergraduate nursing students in the care of elderly residents in Australian nursing homes.
 Nurse Education in Practice 2003; 3: 95-103.

Santen, Sally A & Hemphill, Robin R & Spanier, Cindy M & Fletcher, Nicholas D (2005)

“Sorry, it’s my first time!” Will patients consent to medical students learning procedures?

Medical Education 2005; 39: 365-369.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina (2000)

Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value.

Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 1025-1033.

Spouse, J (2001)

Work-place learning: pre-registration nursing students’ perspective.

Nurse Education in Practice 2001; 1: 149-156.

Suikkala, Arja & Leino-Kilpi, Helena (2001)

Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998.

Journal of Advanced Nursing 2001, 33: 42-50.

Suikkala, Arja & Leino-Kilpi, Helena (2005)

Nursing student-patient relationship: experiences of students and patients.

Nurse Education Today 2005; 25: 344-354.

Suikkala, Arja & Leino-Kilpi, Helena & Jouko, Katajisto (2008)

Factors related to the nursing student – patient relationship: The students’ perspective.

Nurse Education Today 2008; 28: 539-549.

Suikkala, Arja & Leino-Kilpi, Helena & Jouko, Katajisto (2008)

Nursing student-patient relationships: A descriptive study of students’ and patients’ views.

International Journal of Nursing Education and Scholarship 2008; 5: 1-12.

Sundin, Karin & Axelsson, Karin & Jansson, Lilian & Norberg, Astrid (2000)

Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards.

Scandinavian Journal of Caring Science 2000; 14: 16-22.

Sørli, Venke & Torjuul, Kirsti & Ross, Anita & Kihlgren, Mona (2006)

Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward.

Journal of Clinical Nursing 2006; 15: 1240-1246.

Tuohy, Dymphna (2003)

Student nurse-older person communication.

Nurse Education Today 2003; 23: 19-26.

Twinn, Sheila F (1994)

Creating reality or contributing to confusion? An exploratory study of client participation in student learning.

Nurse Education Today 1995; 15: 291-297.

White, Ann H. (2003)

Clinical decision making among fourth-year nursing students: An interpretive study.

Journal of Nursing Education 2003; 42: 113-120.

Wilde Larsson, Bodil (1999)

Patients' views on quality of care: age effects and identification of patients profiles.

Journal of Clinical Nursing 1999; 8: 693-700.

Wilde Larsson, B & Larsson, G & Starrin, B (1999)

Patients' views on quality of care: a comparison of men and women.

Journal of Nursing Management 1999; 7: 133-139.

14.0 Bilags oversigt

Bilag 1 Data over respondenter

Bilag 2 Patient information

Bilag 3 Indledende kodning studerende

Bilag 4 Indledende kodning patienter

Bilag 1

Data over respondenter

Patient	Køn	Alder	Indlæg. tid	Tidl. indl. indenfor de sidste 3 år	Pt. i kontakt med sygepleje studerende/ udvalgte studerende	Feltobservation af interaktion mellem studerende og patient	Interview af patient	Afd. X eller y
Patient 1	K	75	21	Ja	Ja/ja	ja	ja	x
Patient 2	M	71	8	ja	Ja/ja	ja	ja	y
Patient 3	M	72	9	ja	Ja/ja	ja	ja	y
Patient 4	M	70	9	ja	Ja/ja	ja	ja	y
Patient 5	K	74	6	ja	ja/ja	ja	ja	y
Patient 6	K	70	2	ja	ja/ja	ja	ja	y
Patient 7	K	87	6	ja	ja/ja	ja	nej Ikke muligt	x
Patient 8	K	90	7	ja	ja/ja	ja	nej Ikke muligt	x
Patient 9	M	92	20	ja	ja	nej	ja	x

Studerende	Alder	Klinikperiode	Interview	Feltobservation	Afdeling
Stud. 1	22 år	2. klinikperiode	ja	ja	x
Stud. 2	21 år	1. klinikperiode	ja	ja	x
Stud. 3	25 år	1. klinikperiode	ja	ja	x
Stud. 4	24 år	1. klinikperiode	ja	ja	y
Stud. 5	23 år	2. klinikperiode	Ja	Ja	y
Stud. 6	27 år	2. klinikperiode	Ja	Ja	y

Patientinformation

Mit navn er Lone Skov Jensen. Jeg er sygeplejerske og sygeplejelærer og studerer sygepleje ved Institut for Sygeplejevidenskab ved Århus Universitet. Jeg arbejder i øjeblikket med mit afsluttende speciale og vil i den forbindelse gerne tale med ældre mennesker om deres oplevelser og erfaringer under indlæggelse i medicinsk afdeling. Jeg vil derfor spørge, om jeg må gøre brug af Deres erfaringer.

Deltagelse vil indebære:

- en samtale med Dem med udgangspunkt i Deres erfaringer og oplevelser med fokus på , hvad, de mener, er betydningsfuldt for Dem under Deres indlæggelse. Samtalen vil blive optaget på båndoptager, for at jeg bedre kan koncentrere mig om, hvad De siger under samtalen. Denne samtale vil vare mellem ½ og 1 time.
- jeg vil muligvis bede om endnu en samtale et par dage senere under forudsætning af, at De fortsat er interesseret i at deltage.

Det er naturligvis helt frivilligt, om de vil deltage. Hvis De fortryder et eventuelt tilsagn om at medvirke i samtalen, kan vi når som helst afbryde aftalen/samtalen og båndet vil blive slettet, og det vil på ingen måde få indflydelse på Deres pleje og behandling i afdelingen.

De informationer, som De giver mig, vil blive opbevaret fortroligt. I opgaven vil De forblive anonym, og ingen navne kommer til figurere. Båndene vil kun blive benyttet i forbindelse med mit studie, og vil blive slettet, når jeg er færdig.

Venlig hilsen

Lone Skov Jensen
Sygeplejerske, SD, M.ed., stud. cur.

Hvis De vil deltage, bedes De skrive under nedenfor.

Jeg bekræfter hermed at have modtaget skriftlig og mundtlig information om ovenstående opgave og indvilger i at deltage. Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage, uden at det vil påvirke min nuværende eller fremtidige pleje eller behandling.

Dato

Underskrift

Bilag 3 Indledende kodning studerende

Studerendes udsagn:

Mere tilfreds ved at få egne patienter	Frustrerede over at gå meget "alene" med patienterne	Frygten for de ukendte (patientrelaterede) situationer	Den studerende ved at patienten reagerer på studerendes usikkerhed med skærmning ?????
At hygge sig med egne patienter	At lære af det praktiske	Uopmærksom på patientens andel i deres læringsmiljø	At undgå at involvere sig meget følelsesmæssigt i patienten
At tage patientens parti	At opleve sig selv som en der giver kærlig og personlig pleje	Optaget af at "gøre for" patienten	Stud. selvopfattelse: At patienten påskønner at have en studerende om sig
Lader sig forstyrre af/bange for klokkerne		Har svært ved at finde balancen mellem det personlige/ upersonlige	

Studerende; feltobservation:

Den studerende lærer af vejleder	At aflæse patientens udtryk	Den studerende optaget af instrumentel sygepleje	At skåne patienten for blottelse
Usikkerhed	At lære af vejleder og patient samtidig	At undgå at patienten taber ansigt	At være utryk ved at være alene med patientens krop
Høje krav til egen faglighed	Det svære i situationer hvor patienten ikke indgår i samspil med studerende	At undgå selv at tabe ansigt	Den studerende deltager ikke i at presse patienten men trækker sig fysisk

Bilag 4 Indledende kodning patienter

Patienternes udsagn:

Synd for den studerende	Ser den studerendes nervøsitet	Handler ud fra at gøre det lettere for den studerende	Ser de studerende som søde og tilbageholdende
Ser den studerendes usikkerhed	Forsøger at få den studerende til at føle sig mere sikker	Anstrenger sig for at den studerende ikke taber ansigt	Ser de studerende som de mest hjælpsomme og sødste
Dækker over den studerendes manglende praktiske kundskaber	Føler ansvar for den studerendes læring	Ønsker at den studerende "føler sig hjemme" og godt tilpas	At lære de studerende om etik i arbejdet med mennesker
Ser den studerende som forvirret	Føler det vigtigt at anerkende og rose den usikre/studerende	Føler ansvar for at sætte den studerende ind i tingene	Skaber en alliance Patient – studerende Er opmærksom på ikke at "give den studerende problemer"

Patienter ; Feltobservation:

Guider den studerende	Sætter rammerne for samværet	Undgår at studerende taber ansigt	Patientens krop som læremester for den studerende
Fuldender sætninger for den studerende	Er aktiv i sygeplejens udførelse(foreslår nye handlinger for den studerende)	Undgår selv at tabe ansigt af hensyn til studerende	
Underspiller betydningen af studerendes fejl	Roser anerkender	Forsøger at opretholde læremester rollen	Støtter den studerendes udvikling af handlekompetence
Indtager en faderlig rolle i forhold til patienten	Bruger humør til at afdramatisere anspændte situationer	Føler sig vigtig i vejleder rollen for den studerende	Ser at den studerende forsøger at vinde magt i feltet og støtter denne proces