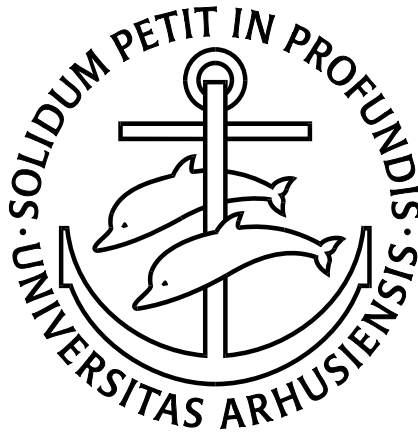


Kandidatspeciale



Privathed på hospitalet.

En kvalitativ undersøgelse af patienters og sygeplejerskers
opfattelse af betydningen af patienters privathed på en
hospitalsafdeling.

af

Anne-Katrine Mathiassen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Anne-Katrine Mathiassen
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: juni 2009
Vejleder: Kirsten Frederiksen
Anslag: 173.157

Privathed på hospitalet.

En kvalitativ undersøgelse af patienters og sygeplejerskers
opfattelse af betydningen af patienters privathed på en
hospitalsafdeling.

af

Anne-Katrine Mathiassen

Aarhus Universitet.
Hoegh-Guldbergsgade 6A
Bygning 1633.
8000 Århus C.

Resumé.

Titel: Privathed på hospitalet

Litteraturen viser, at privathed kan betragtes som et menneskeligt behov og en menneskelig ret. Når man er patient på en hospitalsafdeling er vilkårene for opretholdelse af privatheden ændret i forhold til livet udenfor hospitalet, og der kan i sygeplejerskers praksis opstå intime situationer, hvor man kan komme til at krænke patienterne.

Formålet med undersøgelsen er at få indsigt i og forståelse af, hvordan patienter og sygeplejersker oplever betydningen af privathed for patienter, mens de er indlagt på hospitalet.

Semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews er gennemført med fire patienter og tre sygeplejersker. Der ses en stor enighed mellem grupperne, men der er en diskrepans mellem hvilken status man tillægger hospitalet, set i et privathedsperspektiv. Begge parter privathedsgrense påvirkes af de institutionelle rammer, og en konsekvens kan være, at patienten oplever afhængighed og hjælpeløshed. Ved invasion af patientens privathedsgrense er forlængelse af rekonvalescensen mulig.

En indsigt i dette kan give sundhedspersonale nyttig viden og kundskaber, som kan bane vejen for øget kvalitet i plejen og optimerede patientforløb.

Summary.

Title: Privacy in Hospital.

Literature shows that privacy can be regarded as a human need and a human right. When a patient is admitted to hospital the terms for maintaining privacy is changed in difference to life outside the hospital, and in the practice of nurses intimate situations may arise, where patients may feel invaded.

The aim of this study is to provide insight in and understanding of how patients and nurses experience the meaning of patient's privacy, while they are admitted to hospital. Semistructured qualitative research interviews are carried out with the participation of four patients and three nurses. The two groups are concurring to a wide extend, but there is a discrepancy as to which status the two groups the hospital, regarded in a privacy perspective. The boundary of privacy is changed in patients and nurses by the institutional settings and a consequence may be that the patient experiences dependence and helplessness. By invasion of the boundary of privacy it is possible that the patient might experience a prolonged convalescence.

An insight in this may provide useful knowledge which can lead to increased quality in nursing care.

Indholdsfortegnelse.

Resumé.....	1
1. Indledning.....	5
1.2. Baggrund for undersøgelsen.....	7
1.3. Litteratursøgning.....	9
1.4. Litteraturgennemgang.....	11
1.5. Sammenfatning.....	14
1.6. Formål med undersøgelsen.....	15
2. Videnskabsfilosofiske overvejelser.....	15
2.1. Videnskabsfilosofisk ramme for undersøgelsen.....	16
2.1.2. <i>Undersøgelsens fænomenologiske perspektiv.</i>	17
2.1.3. <i>Undersøgelsens hermeneutiske perspektiv.</i>	19
2.2. Det kvalitative forskningsinterview.....	21
2.2.1. <i>Ethiske overvejelser.</i>	22
2.2.2. <i>Valg af repræsentanter.</i>	24
2.2.3. <i>Interviewguide.</i>	25
2.2.4. <i>Interviewets gennemførelse.</i>	25
2.2.5. <i>Transskription.</i>	26
2.2.6. <i>Valideringsprocessen.</i>	27
2.2.7. <i>Præsentation af repræsentanter.</i>	28
3. Analysemetode.....	29
3.1. Meningskondensering.....	30
4. Undersøgelsens resultater.....	33
4.1. Tema 1: At kunne trække sig tilbage.....	33
4.1.1. <i>Patienternes beskrivelser.</i>	33
4.1.2. <i>Sygeplejerskernes beskrivelser.</i>	37
4.1.3. <i>Kan der identificeres forskelle?</i>	39
4.2. Tema 2: At være sammen med andre.....	40
4.2.1 <i>Patienternes beskrivelser.</i>	41
4.2.2. <i>Sygeplejerskernes beskrivelser.</i>	42
4.2.3. <i>Kan der identificeres forskelle:</i>	43
4.3. Tema 3: At undgå eksponering.....	43
4.3.1. <i>Patienternes beskrivelser.</i>	44

4.3.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.	47
4.3.3. Kan der identificeres forskelle?	50
4.4. Tema 4: At bevare sin identitet og autonomi.	51
4.4.1. Patienternes beskrivelser.	51
4.4.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.	55
4.4.3. Kan der identificeres forskelle?	58
4.5. Delkonklusion: Undersøgelsens fund.	59
5. Fortolkning af forskelle i repræsentanternes beskrivelser.	63
5.1. Tema 1: Sygeplejerskernes rutiner versus patienternes behov.	65
5.2. Tema 2: Patienternes reaktion versus sygeplejerskernes forventning.	66
5.2.1. Patienten oplever afhængighed.	69
5.2.2. Patienten oplever hjælpeløshed.	70
5.3. Tema 3: Hospitalets status set i et privathedsperspektiv.	70
5.3.1. Sengen og sengebordet.	72
5.3.2. Hospitalsgangen.	73
5.3.3. Rygerdagligstuen.	74
6. Konklusion.	76
7. Metodekritiske overvejelser.	79
8. Perspektivering og anbefalinger.	81
9. Litteratur.	84
10. Bilagsfortegnelse og figuroversigt.	87

1. Indledning.

Dette speciale sætter fokus på patienters privathed under indlæggelse på en hospitalsafdeling. Min interesse for dette emne stammer fra mange års klinisk praksis som sygeplejerske på forskellige somatiske afdelinger, og min opmærksomhed blev for alvor vakt, da jeg i 2004 deltog i gennemførelsen af en række fokusgruppeinterviews på baggrund af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse i 2003, sat i værk af amterne, H:S og Indenrigs – og sundhedsministeriet. Formålet med to af disse

interviews var bl.a. at få belyst de fysiske rammers betydning for patienternes oplevelse af opholdet på hospitalet. Under gennemlæsningen af de transskriberede fokusgruppeinterviews, begyndte en refleksion hos mig over behovet og vilkårene for privathed for patienter, der er indlagt på en hospitalsafdeling. Særligt ét udsagn gjorde et stort indtryk på mig, og dannede grobund for min lyst til at udforske dette emne:

".. når man kommer ind, så kan man muligvis godt ha´ en vis energi og stadigvæk være enorm social, men på et tidspunkt kan det godt være, at man går hen og bliver så træt, hvor man siger: "Nu kan jeg bare ikke mere". Man orker ikke, at der hele tiden er mennesker omkring en, og man har ikke nogen steder at flygte hen uden at være sær. Jeg lukker mig inde på en eller anden måde til sidst og siger: "Nu orker jeg ikke at være social mere".Det er jo klart, at det er jo syge mennesker, og man er selv syg, og man er glad for, der er nogen, der tager vare om en, men man kan bare ikke få lov til at være alene vel, altså... eller gøre de ting, man normalt gør. Altså, man er fuldstændig..., man kan ikke gøre noget. Man er simpelthen under andres administration hele tiden."

(Hvidovre, 2004).

Citatet ovenfor fik mig til at reflektere over, hvad det betyder for patienter at kunne være privat under en indlæggelse på en hospitalsafdeling. Jeg overvejede, om der kunne være en divergens mellem, hvorledes vi som sundhedspersonale opfatter patienternes privathed og hvordan patienterne oplever at kunne være privat under en indlæggelse på hospitalet. Dette kandidatspeciale søger at skabe forståelse af, hvordan henholdsvis sygeplejersker og patienter oplever betydningen af at kunne være privat, når man er indlagt.

En øget forståelse af betydningen af patienters privathed under indlæggelsen vil, hvis den integreres i sundhedspersonalets arbejdsrutiner, kunne medføre en optimeret kvalitet i pleje og behandling af patienterne.

Sygeplejerskerne betragtes i dette speciale som repræsentanter for gruppen af sundhedspersonale.

1.2. Baggrund for undersøgelsen.

I dette speciale ønsker jeg at undersøge, hvordan henholdsvis patienter og sygeplejersker beskriver betydningen af privathed for indlagte patienter. Men hvad betyder termen privat i denne sammenhæng?

Slår man ordet *privathed* op i en dansk ordbog, vil man have svært ved at finde det. I Ordbog over Det Danske Sprog fra 1936 står, at *privathed* er:

” det at være privat, især i forhold til forhold eller meddelelser, der kun kommer o.lign, som kun tilhører, vedrører eller er beregnet på en enkelt (bestemt)person eller enkelte (bestemte) personer; som ikke vedkommer offentligheden eller andre mennesker; som hører til, er knyttet til personen selv og hans personlige eller intime forhold; som sker, hører hjemme i en snæver kreds, paa tomandshaand o.lign. Også: som ikke vedrører, hører ind under en persons (officielle) funktioner, bestilling, embedsgerning; som hører til, angår en person i hans egenskab af almindeligt menneske”

(Gyldendal, 1936).

Denne definition er dækkende for, hvad det er, jeg i denne undersøgelse er optaget af, og selvom termen ved et opslag i Den Danske Ordbog fra 2005, ser ud til at være gledet officielt ud af det danske sprog, findes den stadig på engelsk. Derfor er termen *privathed* en oversættelse af det engelske ord *privacy*, der betyder *uforstyrrethed, privatliv, hemmelighed, at have det for sig selv.*

I 2006 kunne man i tidsskriftet ”*Sygeplejersken*” læse, at sygeplejersker i den bedste hensigt kan komme til at gøre deres patienter ondt (Andersen, 2006). Forfatteren argumenterer for, at sygeplejersker i deres omsorgshandlinger kan komme til at udvise en ikke-intenderet ondskab, der i sit væsen kan minde om metoder kendt fra tortur. Det er umiddelbart provokerende læsning, men forfatteren sammenligner torturmetoder, som giver bøddelen kontrol over ofrets tid, rum, krop, kommunikation og personlige integritet med omsorgshandlinger der giver sundhedspersonalet den samme kontrol. Sygeplejersker kan udføre omsorgshandlinger uden at være sig bevidst om påvirkningen af patienter, der ikke længere har kontrol over deres egen tid, hvis patientens krop eksponeres for andre, hvis kommunikationen er insufficient eller hvis patienten bliver betragtet som et objekt – alt sammen i den bedste mening.

Sygeplejersken Birgit Bidstrup Jørgensen har i sit kandidatspeciale fra 2001, ”*Privathed mellem agtelse og krænkelse*”, undersøgt fire patienters levede erfaringer med privathed under indlæggelse på et hospital. Jørgensen beskriver, hvorledes privathed er betydningsfuld for alle mennesker, uanset om man er patient på et hospital eller ej. Jørgensens undersøgelse viser, at patienter forbinder privathed med autonomi, integritet og blufærdighed, og at privatheder en del af i alle mellemmenneskelige relationer. Forfatteren bruger en husmetafor til at anskueliggøre dette. Huset er en metafor for det enkelte menneske. Alle huse ser forskellige ud, inde som ude, men alle huse har en dør. Denne dør kan åbnes for at lukke andre ind, eller den kan lukkes for at skaffe fred eller for at husejeren ikke skal se verden udenfor i øjnene. Andre kan inviteres indenfor, og de kan vælge at tage imod invitationen eller lade være. Men forbipasserende kan også lukke husets dør og lukke ejeren inde, eller de kan åbne døren mod ejerens vilje (Jørgensen, 2001). Denne metafor bruger forfatteren til at vise, hvorledes mennesket enten krænker eller agter blufærdigheden, autonomien eller integriteten, og hun konkluderer, at krænkelse af privatheden medfører stress, som udløser forsvarsadfærd. Denne forsvarsadfærd kan så udmønte sig i en opførsel, som sundhedspersonalet opfatter som dårlig, og patienten kan dermed blive betragtet som ”vanskelig”.

I flere artikler argumenteres der for, at privathed både er et basalt behov og en basal ret hos mennesker. De to svenske sygeplejersker, Bäck og Wickblad (1997) tager udgangspunkt i Altman og Westin, når de beskriver privathed som et menneskeligt behov, der kan defineres som et individs frivillige og midlertidige tilbagetrækning fra det omkringliggende samfund af fysiske eller psykiske årsager, og de finder, at en patient, som indlægges på et hospital, ikke altid har mulighed for at kontrollere opfyldelsen af behovet for privathed. Deres litteraturstudie viser, at fysisk eksponering i forbindelse med personlig hygiejne samt manglende privathed omkring fortrolige samtaler med personalet ofte var årsager til at patienters privathedegrænse blev krænket. I FN’s Menneskerettighedserklæring fra 1948 står, der at:

” ingen må være genstand for vilkårlig indblanding i private forhold, familie hjem eller korrespondance, ej heller for angreb på ære og omdømme. Enhver har ret til lovens beskyttelse mod sådan indblanding eller angreb.

Med udgangspunkt i dette har man i Storbritannien med *Human Rights Act* fra 1998 givet det britiske retssystem mulighed for at efterprøve menneskerettighedssager uden at gå til Menneskerettighedsdomstolen i Strasbourg. Indførelsen af *Human Rights Act* medførte et øget fokus på menneskelige rettigheder, så som retten til et privatliv, i offentlige systemer i Storbritannien. Flere undersøgelser viser, at selvom der på flere hospitaler er indført standarder og målsætninger, der skal fremme menneskelige rettigheder, så er det mange steder ikke muligt at se en effekt af dette fokus i den udførte praksis (Birrel et al, (2006), Woogara, 2005).

I New Zealand har nyere lovgivning til også hensigt at beskytte patienternes privathed, men beretninger tyder på, at disse politikker ikke er helt så godt forstået af nogle af udbyderne og brugerne af sundhedsvæsenet. (Malcolm, 2005),

I Danmark har Lov om Patienters Retsstilling til formål ”at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres” (Lov om Patienters Retsstilling, kap.1, §1), men loven omhandler kun spørgsmål som vedrører emner som aktindsigt, informeret samtykke og tavshedspligt. I sygeplejefaglige kredse har man sat fokus på menneskelige behov og rettigheder med de sygeplejeetiske retningslinjer, der siger, at sygeplejersker skal beskytte patientens autonomi, integritet, værdighed, ligesom hun skal beskytte patienten mod krænkelse (Sygeplejeetisk Råd, 2004), mens der argumenteres dermed i flere sammenhænge for, at privathed bør indgå som et nøglebegreb i sygeplejen, da der i sygeplejerskers praksis opstår mange intime situationer, hvor man kan komme til at krænke patienterne.

1.3. Litteratursøgning.

For at finde relevant litteratur i relation til denne undersøgelses problemstilling har jeg foretaget en systematisk litteratursøgning. Søgningen er foretaget første gang, inden udførelsen af interviewene og gentaget inden fortolkningen af undersøgelsens resultater.

Der er brugt følgende søgeord:

Der søges på MeSH-termer eller subheadings på engelsk. I første omgang på termen *privacy*, hvorved der kommer fire MeSH-termer op. Her ekskluderes termerne *Genetic*

Privacy og *confidentiality*, mens der søges videre på termen *privacy* - i forståelsen "the state of being free from intrusion or disturbance in one's private life or affairs" – I kombination med termen *personal space*. Denne søgning kombineres med søgeordene *patients perspective*, *nurses perspective*, *dignity*, *self esteem*, *autonomy*, *psychology*, *respect*, *integrity* og *intimacy*, *decency*, *modesty*, *shyness* og *identity*. Når søgeresultaterne gennemses, ekskluderes artikler omhandlende: *Paediatrics*, *psychiatry*, *technology*, *law*, *primary care*, *nurse students*, *bioethics*, *disabilities*, *benchmarking*, *euthanacia*, *dementia*, *HIV* og *postmortal*, da det antages, at der her gør sig forhold gældende, der ikke er relevante i denne sammenhæng. Ligeledes ekskluderes referencer til undersøgelser foretaget i lande, vi ikke umiddelbart kan sammenligne os med samt undersøgelser, der er mere end 15 år gamle. Når en relevant artikel fremkommer, søges på *related articles*.

Der søges i følgende databaser:

PubMed.

PubMed er en international medicinsk database etableret af The U.S. National Library of Medicine og National Institutes of Health. Begrundelsen for at søge i denne database er dens store omfang. PubMed indeholder over 18 millioner referencer helt tilbage til 1948, og dermed må det være muligt at finde referencer med relevans for undersøgelsens problemstilling.

CINAHL.

Denne database dækker referencer til alle engelsksprogede og mange andre sygeplejetidsskrifter, bøger, bogkapitler og afhandlinger indenfor sygeplejefaget og tilgrænsende sundhedsfag i perioden 1981 og frem. Da ca. 65 % af det indekserede materiale omhandler sygepleje (Willman, Stolz et al. 2007, s.90), anses den for at være den vigtigste database for sygeplejersker (Polit et al., 2001, s. 123).

PsycINFO.

Denne database er i denne sammenhæng relevant at søge i, da den indeholder referencer til publikationer indenfor psykologi samt publikationer med en psykologisk vinkel på bl.a. sygepleje. PsycINFO er engelsksproget og dækker perioden fra 1806 og frem.

SveMed+.

Denne database tilhører Karolinska Institutets Bibliotek, og indeholder referencer til skandinaviske artikler indenfor det medicinske område. Denne database blev valgt på grund af ønsket om at finde undersøgelser fra lande, vi umiddelbart kan sammenligne os med.

Andre søgeredskaber.

Der er søgt i tidsskriftet Sygeplejersken's artikeldatabase. Jeg har desuden søgt på forfatternavne og bogtitler, fundet ved kædesøgning i relevante artiklers referencer, i Sygeplejefagligt Bibliotek, Statsbiblioteket, bibliotek.kk.dk, CBS Library og Danmarks Pædagogiske Bibliotek. Dette blev gentaget inden fortolkningen af undersøgelsens resultater. Derudover har jeg brugt Google Scholar til søgning på litteratur, fortrinsvis i forhold til undersøgelsens metode.

Der findes i alt 32 muligt relevante artikler, der nærlæses, og efter grundig gennemlæsning af de fundne undersøgelser findes i alt seks undersøgelser relevante at gennemgå i forhold til denne undersøgelses problemformulering. Den komplette søgestrategi ses som bilag 1.

1.4. Litteraturgennemgang.

Det kan umiddelbart synes bemærkelsesværdigt, at patienters behov for personlig privathed på hospitalet ikke synes at være belyst mere i litteraturen, men der er dog flere forfattere, der har forsket i emnet fra hver deres perspektiv.

I en svensk spørgeskemaundersøgelse fra 1998 (Bäck og Wikblad, 1998) anlægges både et sygeplejerske – og et patientperspektiv, og herved finder man, at sygeplejersker og patienter generelt set vurderer det generelle behov for privathed lige højt, men når det gælder behovet for privathed på hospitalet, vurderer sygeplejerskerne patienternes behov for privathed større, end patienterne selv gør. Den største diskrepans viste sig i spørgsmål vedr. behovet for, at der bliver banket på døren, inden man træder indenfor, og i spørgsmålet om at vælge, hvem der må besøge én under indlæggelsen, samt

behovet for at blive plejet af en sygeplejerske af samme køn. Generelt set vurderede patienterne det højt at kunne tale med lægen i enrum, at have adgang til faciliteter, man er vant til, at udføre personlig hygiejne i enrum og at have adgang til en aflåst skuffe. Til gengæld vurderedes det lavt selv at kunne vælge, hvem man vil have besøg af, at der bliver banket på døren, inden man træder ind og at spise sine måltider i enrum. Også med hensyn til tidligere erfaringer med hospitalsindlæggelser var der forskel, idet patienter med tidligere indlæggelser angav at have et større behov for privathed end førstegangsinlagte patienter. Der var størst overensstemmelse mellem sygeplejerskernes og patienternes vurderinger, når det drejede sig om at have mulighed for at udføre personlig pleje i enrum, at have mulighed for at opbevare sine ejendele i en aflåst skuffe, samt at sove på enestue.

Netop dette med at sove på enestue er behandlet i to undersøgelser fra henholdsvis England og USA, også set fra både sygeplejerskers og patienters perspektiv. Den engelske undersøgelse (Jolley, 2005) er baseret på strukturerede interviews med 52 sygeplejersker og 66 patienter, og viser, at der er en diskrepans mellem, hvilke faktorer sygeplejerskerne, ideelt set mener, bør ligge til grund for at en patient får tildelt enestue, og hvorledes praksisforholdene er. Patienterne i undersøgelsen bliver samtidig bedt om at angive deres begrundelser for at foretrække enestuer, og deres begrundelser lyder i prioriteret rækkefølge:

- Man sover bedre.
- Der er mere ro og fred
- Man har bedre muligheder for privatliv
- Man foretrækker at være alene
- Man føler sig skidt tilpas
- Det er nemmere at have gæster.
- Man har haft dårlige erfaringer med flersengsstuer.
- Utryghed.

Undersøgelsen viste samtidig, at næsten ingen af de patienter, der lå på enestue, gerne ville på flersengsstue, mens ca. 1/3 af de patienter, der lå på flersengsstue, gerne ville på enestue.

Patienterne, der var allokeret til flersengsstuer blev ligeledes adspurgt om deres begrundelser for at foretrække dette. Her var den altovervejende begrundelse, at det var

rart med selskab. Andre begrundelser var, at man så ikke keder sig, at man føler sig mindre deprimeret og at der er større risici, hvis man ligger alene.

I den amerikanske spørgeskemaundersøgelse (Chaudhury et al, 2006) har man valgt at spørge i alt 77 sygeplejersker på alle niveauer om deres erfaringer med og holdning til den terapeutiske og økonomiske effekt af henholdsvis enestuer og flersengsstuer.

Sygeplejerskerne i denne undersøgelse vurderer enestuerne højt i forhold flersengsstuer, når det drejer sig om at varetage patienternes personlige privathed. Det gælder især områder som dataindsamling, fysisk undersøgelse af patienten og patientens muligheder for at være sammen med sin familie, ligesom bedre søvn og færre forstyrrelser fra medpatienter bliver fremhævet. Samtidig mener en stor del af de adspurgte sygeplejersker, at enestuerne minimerer risikoen for smitte betydeligt. Til gengæld blev flersengsstuerne regnet for mere praktiske, når det gælder observation af patienterne.

En semistruktureret interviewundersøgelse fra 2005 (Malcolm, 2005) af patienters opfattelse af privathed på flersengsstuer, indtager et patientperspektiv. Fundene viser en accept af tab af privathed i et miljø dikteret af arkitektonisk struktur samt økonomiske og tidsmæssige begrænsninger. Deltagerne indikerede, at en vis opmærksomhed på, at personlig information kunne overhøres af andre, og på deres valg af foretrukne steder til afholdelse af alvorlige samtaler, var ønskværdig. Blandt andet bliver forhængene betragtet som inadækvate til at tilvejebringe auditiv privathed, ligesom personalet ikke altid optrådte opmærksomt i forhold til dette. Nogle patienter var glade for den støtte fra medpatienter, der kunne være på flersengsstuer, mens det for andre skabte unødigt ubehag at skulle overhøre medpatienternes helbredsproblematikker. Deltagerne mente, at bevidstheden om, at de blev overhørt, kunne få dem til at tilbageholde information. Denne tilbageholdelse af information har indflydelse på sundhedspersonalets mulighed for at behandle patienten sufficient.

To israelske sygeplejersker (Tabak og Ozon, 2004) har sat sig for at undersøge sammenhængen mellem 109 sygeplejerskers opfattelse af deres egen adfærd, deres subjektive normer og deres planlagte og faktiske adfærd i forhold til at opretholde patienternes privathed. Resultaterne fra denne undersøgelse kunne tyde på, at sygeplejersker, der har en positiv indstilling til deres arbejde, også oplever, at de kan planlægge at varetage patienternes privathed i højere grad, og jo mere sygeplejerskerne planlægger at opretholde patienternes privathed, jo mere vil de også søge at fremme

denne adfærd. Tyngden af det arbejdspress, sygeplejerskerne oplever, synes også at have en betydning, idet deltidsansatte sygeplejersker synes at have en mere positiv indstilling til at opretholde patienternes privathed end fuldtidsansatte sygeplejersker.

Undersøgelsens resultater peger i retning af, at en følelse af reduceret arbejdspress gør sygeplejersker i stand til at give patienterne et højere niveau i kvaliteten af plejen, mens fuldtidsansatte sygeplejersker hurtigere brænder ud, hvilket ifølge undersøgelsen medfører at patientens privathed ikke længere prioriteres højt.

Endnu en britisk undersøgelse fra 2008 (Matiti og Trorey, 2008) har til formål at undersøge 102 patienters oplevelse af opretholdelsen af deres værdighed under indlæggelse på et hospital. Baggrunden ligger i WHO's Amsterdamerklæring fra 1994, som fastslår, at opretholdelsen af en patients værdighed er et af de vigtigste hensyn at tage i praksis. Denne erklæring er ført ud i forskellige værdiprogrammer. I denne undersøgelse fandt man, at det vigtigste for patienterne i denne sammenhæng, var at undgå eksponering af kroppen. Selvom sygeplejerskerne var meget opmærksomme på dette, var der forhold i de fysiske rammer, der gjorde, at dette ikke altid var muligt. Mangelfuld afskærmning og plads mellem sengene medførte, at ikke alene kroppen, men også private samtaler blev eksponeret. Valg og kontrol over egen situation var også områder, hvor patienterne følte, at deres værdighed blev kompromitteret, på den måde, at de manglede information og inddragelse i deres behandling.

1.5. Sammenfatning.

Problemfeltsafsøgningen og litteraturgennemgangen viser, at privathed kan betragtes som et menneskeligt behov og en menneskelig ret, og at det har konsekvenser for et individs psykologiske velbefindende, hvis denne privathed ikke er mulig i det omfang, individet ønsker det. Når man er patient på en hospitalsafdeling er vilkårene for opretholdelse af privatheden ændret i forhold til livet udenfor hospitalet, men det ændrer ikke ved, at individet stadig har brug for at kunne være privat.

I en række andre lande, som vi kan sammenligne os med, er der lavet lovgivning og retningslinjer for beskyttelsen af menneskelige rettigheder og det har sat øget fokus på betydningen af patienters muligheder for at opretholde deres privathed under indlæggelsen. Undersøgelser fra disse lande viser imidlertid, at dette fokus ikke nødvendigvis slår igennem i praksis.

I Danmark er der sygeplejefaglige retningslinjer i form af De Sygeplejeetiske Retningslinier, men der er ingen lovgivning om dette emne, og undersøgelser af betydningen af privathed, set både fra sygeplejerskernes og patienternes perspektiv, er ikke lavet herhjemme.

Jeg ser det som væsentligt både at anlægge et patientperspektiv og et sygeplejerskeperspektiv i udforskningen af dette problemfelt. Patientperspektivet, fordi afsøgningen af problemfeltet antyder, at personlig privathed under en indlæggelse på hospitalet har en stor betydning for patienterne, og at det kan medføre belastninger, hvis patienterne af forskellige årsager ikke bliver imødekommet på dette felt. Sygeplejerskeperspektivet anlægges, fordi problemfeltsafsøgningen antyder, at sundhedspersonalet med baggrund i forskellige faktorer ubevidst udfører omsorgshandlinger, hvor de uintenderet kan komme til at krænke patienternes personlige privathed.

Set i dette lys finder jeg det relevant at undersøge:

Hvordan beskriver henholdsvis patienter og sygeplejersker betydningen af privathed for patienter på en hospitalsafdeling, og hvordan kan eventuelle forskelle forstås?

1.6. Formål med undersøgelsen.

Formålet med denne undersøgelse er at tilvejebringe indsigt i og forståelse af, hvordan patienter og sygeplejersker oplever betydningen af privathed for patienter, mens de er indlagt på hospitalet. En indsigt i disse oplevelser kan give sygeplejersker nyttig viden og kundskaber, som kan bane vejen for øget kvalitet i plejen og optimerede patientforløb.

2. Videnskabsfilosofiske overvejelser.

Når jeg således har til formål at afdække patienters og sygeplejerskers oplevelser af et fænomen, skal den teoretiske og metodiske tilgang kunne muliggøre dette. Det er derfor

nærliggende, at tage udgangspunkt i fænomenologisk perspektiv, der sætter fokus på menneskers livsverden, tilskynder til åbenhed overfor interviewpersonernes oplevelser, giver de præcise beskrivelser forrang, forsøger på at sætte forforståelsen i parentes, og søger efter invariante, væsentlige betydninger i beskrivelserne. (Kvale, 2006, s. 49, van Manen, 1997).

Det er ligeledes nærliggende at tage udgangspunkt i hermeneutikken, der beskæftiger sig med meningsfortolkning og forståelse af menneskers levede erfaringer.

Da det er undersøgelsens formål at tilvejebringe viden om privathedsbehovet hos indlagte patienter og dermed opnå forståelse på baggrund af en fortolkning af de oplevelser, patienter og sygeplejersker stiller til rådighed for os, vil det kvalitative forskningsinterview i denne situation være velvalgt som metode, idet det med denne metode er de interviewedes oplevelser, beskrevet med deres egne ord, der kommer frem.

2.1. Videnskabsfilosofisk ramme for undersøgelsen.

Den hermeneutisk-fænomenologiske videnskabsfilosofiske ramme, der er lagt om denne undersøgelse, er hentet hos den hollandsk-canadiske professor i pædagogik, Max van Manen.

Denne undersøgelse vil gerne afdække noget essentielt ved fænomenet privathed, og netop det unikke og essentielle er det, der optager van Manen. Han er optaget af at finde ind til essensen af fænomenet, at finde mening og erfaring frem for faktuelle forklaringer i et forsøg på at afklare fænomenernes mening og betydning, som de kommer til udtryk i vores bevidsthed. Bevidstheden er den eneste adgang mennesket har til verden – derfor er alt, hvad der præsenterer sig for bevidstheden, hvad enten det er virkeligt eller en forestilling, potentielt interessant for fænomenologien (van Manen, 1997, s. 9). Derfor er denne undersøgelse designet som en samtale med mennesker – i dette tilfælde patienter og sygeplejersker – om de oplevelser, de har haft på hospitalet vedrørende begrebet personlig privathed, således som de fremtræder i deres bevidsthed. Det er to nærtbeslægtede, men også modsætningsfyldte videnskabsfilosofiske traditioner, Van Manen kombinerer, og i det følgende vil jeg redegøre for disse to traditioner samt deres konsekvenser for denne undersøgelse:

2.1.2. Undersøgelsens fænomenologiske perspektiv.

Ordet fænomen kommer fra det græske *phainomenon* og betyder *noget, der viser sig*. Og *fænomenologien* er således læren om fænomenerne (Politikens Filosofileksikon, 1995). I et fænomenologisk perspektiv forstås fænomener, der har med privathed at gøre, som fænomenets egen fremtrædelsesmåde – privathed, således som det viser sig ved sig selv, som det manifesterer sig og åbenbarer sig (Zahavi, 2003, s. 13). Derfor skal fænomenologien i denne sammenhæng betragtes som en filosofisk analyse af de forskellige fremtrædelsesformer, privatheden har, og samtidig som en reflektiv undersøgelse af de forståelsestrukturer, som tillader fænomener, der har med privathed at gøre, at vise sig, som de er.

I fænomenologien kortlægges forskellige fænomentyper (Zahavi, 2003, s.14). Der er væsentlig forskel mellem den måde, hvorpå en fysisk ting eller en social relation fremtræder på. Samtidig er det også muligt for den samme genstand at fremtræde på en lang række forskellige epistemiske niveauer. Fænomener, der eksempelvis har med privathed at gøre, kan fremstå mere eller mindre nærværende – som perciperede, fantaserede eller erindrede. Der er forskel på at tale om, hvordan det må opleves at være patient på et hospital, at høre andre fortælle om det, og selv at have gennemlevet det. Van Manen refererer i sit syn på fænomenologien til den tyske filosof, Edmund Husserl (1859 – 1938), der betragtes som grundlæggeren af den moderne fænomenologi (van Manen, 1997, Husserl, 1997). Husserl var oprindeligt naturvidenskabsmand, men anerkendte ikke de naturlige videnskabs endegyldighed. Husserl satte spørgsmålstegn ved videnskaberne søgen efter absolutte sandheder. Han mente, at disse sandheder bliver præsenteret som universelt gyldige, men de er fremkommet på baggrund af en konsekvent gennemført bevisførelse, og når bevisførelsen så alligevel ikke lykkes, så modificerer videnskaben sine sandheder gennem en række af approksimationer eller tilnærmelser for at forfølge ideen om den absolutte eller videnskabeligt ægte sandhed (Husserl, 1999, s. 25 – 26). I Husserls fænomenologiske perspektiv er det mere relevant at klarlægge den måde, hvorpå eksempelvis fænomener vedrørende privathed konstituerer sig i den menneskelige erkendelse.

Husserl skelner mellem to typer evidens: Den apodiktiske evidens, der er kendetegnet ved *”en absolut ubetvivlelighed i en ganske bestemt forstand, nemlig den, som videnskabsmanden tilskriver alle principper, og hvis overlegne værdi giver sig til kende*

i hans bestræbelse på at vende tilbage til principper for derved på et højere niveau at nybegrunde begrundelser, der allerede er evidente i og for sig selv.” (Husserl, 1999, s.30). Denne evidens med alle dens gentagelser og aproksimationer anser Husserl for at være inadækvat. Den adækvate evidens, derimod, behandler alle forhåndenværende videnskaber som inacceptable fordomme og fravrister deres universelle grund, nemlig erfaringsverdenen, det, Husserl kalder deres naive gyldighed (Husserl, 1999, s. 32 – 33). I denne undersøgelse forfølger vi altså, i overensstemmelse med van Manen, Husserls tanker om at det vil være naivt, hvis vi tager alt, hvad vi hidtil har læst eller hørt om fænomenet privathed for pålydende. I stedet mener Husserl, at enhver erkendelse bør begynde med en fordomsfri beskrivelse af fænomener, således som de eksempelvis i denne kontekst konstitueres i bevidstheden hos patienter og sygeplejersker på en hospitalsafdeling. Hermed opstår der umiddelbart en diskrepans i forhold til hermeneutikken, som ikke anerkender, at fordomsfrihed kan finde sted, men tværtimod foreskriver, at man skal være sig sine fordomme bevidst for at kunne sætte dem i spil. Men der, hvor hermeneutikken og fænomenologien alligevel kan mødes, er i tanken om, at opgaven er at udforske og tematisere de filosofiske grundspørgsmål vedrørende verdens og virkelighedens værens – og væsensbeskaffenhed. Men det er ikke muligt at gennemføre denne undersøgelse med den fornødne radikalitet, hvis man blot forudsætter, overtager og accepterer de metafysiske og erkendelsesteoretiske grundantagelser, vi lever med til dagligt, og som accepteres ganske selvfølgeligt af de fleste videnskaber (Zahavi, 2003, s. 20). Kan vi ikke fordomsfrit give os i kast med at undersøge et begreb som personlig privathed, er vi i stedet nødt til at sætte parentes om enhver teori om begrebet og om alle vores forudfattede meninger for at opnå en så neutral beskrivelse som muligt af ”*sagen selv*”, sådan som forskeren selv erfarer den (Husserl, 1997, Kvale, 2006, s. 62). Vi er nødt til at suspendere vores opfattelse af begrebet personlig privathed for at kunne undersøge det. Vi må være os vores indstilling bevidst for derved at kunne udforske den, men vi sætter parentes om dens gyldighed. (Zahavi, 2003, s. 21). Metoden, hvor forskeren sætter denne parentes om alle forudfattede meninger, kalder Husserl fænomenologisk epoché og reduktion. Begrebet epoché er et af de mest centrale begreber i Husserls fænomenologi. Når man effektuerer epoché, taler Husserl om, at man træder ud af eller transcenderer den naturlige opfattelse af et fænomen som i herværende tilfælde vedrører privathed. Formålet med

dette er på ingen måde at udelukke virkeligheden, men blot at suspendere en bestemt dogmatisk indstilling til verden for derved at fokusere snævert og direkte på det fænomenologisk givne – på fænomener, der har med privathed at gøre, netop sådan som de fremtræder, med udgangspunkt hos de patienter og sygeplejersker, for hvem fænomenerne fremtræder. For Husserl er det kun via denne suspension, at det bliver muligt at afdække virkelighedens egentlige værensmening, og det er kun derved, at verdens væren bliver filosofisk tilgængelig. Formålet med at udføre epoché'en er altså at den tillader en undersøgelse af menneskers livsverden, som vil kunne afsløre dens egentlige mening. (Zahavi, 2003), og det er jo netop det, jeg ønsker med denne undersøgelse.

I den fænomenologisk inspirerede kvalitative forskning er den primære datakilde dybdeinterviews med et forholdsvis lille antal interviewpersoner (Polit et al, 2001, s. 215). Forskeren og interviewpersonen er ligeværdige deltagere i samtalen, og det er forskerens opgave at forsøge at få adgang til den interviewedes livsverden, således som han oplever den. For nogle fænomenologiske forskere er interviewet ikke nok – de vil også forsøge at opleve fænomenet på samme måde som den interviewede. Det vil i dette tilfælde være at gå for vidt at lade sig indlægge for at opleve fænomenet privathed på hospitalet, men mine oplevelser som både sygeplejerske og i et enkelt tilfælde også patient vil komme mig til gode.

2.1.3. Undersøgelsens hermeneutiske perspektiv.

Ordet *hermeneutik* betyder læren om forståelse, og stammer oprindeligt fra det græske *hermeneuein*, der betyder at tolke eller at fortolke (Politikens Filosofileksikon, 1995). Hermeneutikken opstår omkring 1500-tallet, dels som en teologisk forståelselære i forbindelse med reformationens ønske om at fortolke biblens oprindelige overlevering, dels som en filologisk forståelselære i forbindelse med humanisternes ønske om at genoplive den klassiske litteratur (Gadamer, 2004, s. 167 – 168). Op gennem tiden udvikles hermeneutikken som metodelære til også at indbefatte forståelse af personer og handlinger.

Med Martin Heidegger (1889 – 1976) og sidenhen ikke mindst hans arvtager Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002) udvides hermeneutikken til at være et ontologisk princip om, hvad det vil sige at forstå (Gadamer, 2004, s. 253). Det er altså ikke længere en bare metode til forståelse, men en måde at være til på som menneske. Målet med

hermeneutikken er forståelse af det, der er foranderligt, altså det subjektive, enestående og den menneskelige historie.

Ligesom i fænomenologien kritiserer de naturvidenskabelige discipliner hermeneutikken for, at den ikke frembringer gyldig viden, i objektiv, universel og absolut forstand, men Gardemars pointe er, at det er bedre at være bevidst om at man ikke frembringer objektiv, universel og absolut viden, end at tro man gør det. Gadamer mener, at subjekter ikke kan få objektiv viden om det foranderlige. Udgangspunktet bliver som alternativ, at subjektet forstår gennem fortolkning. Dette er hermeneutikkens ontologiske udgangspunkt. Kriteriet for gyldig viden er forståelse. Gyldig viden bliver hermed både subjektiv og relativ

Gadamer tager udgangspunkt i Heideggers hermeneutiske cirkel (Gadamer, 2004, s. 253 - 258), når han beskriver, hvorledes det er en nødvendighed at kende og tage afsæt i sin egen forforståelse, for at kunne finde frem til nye betydninger. For at forstå og fortolke et fænomener vedrørende privathed på hospitalet, er det en nødvendighed, at man anerkender de for-domme og for- meninger, der er virksomme i ens bevidsthed, og udtrykkeligt og konstant efterprøver dem med henblik på deres herkomst og gyldighed (Gadamer, 2004, s. 255). Dette skaber en cirkelslutning, fordi det, der fortolkes, bliver forstået ud fra en tidligere forståelse, som igen får indflydelse på nye fortolkninger. Denne cirkulære proces fortsætter i det uendelige, og det er i denne proces, hvor forforståelsen hele tiden efterprøves og revideres, at muligheden for nye betydninger opstår.

Gadamer mener, at det er væsentligt at sætte sine fordomme i spil for at sætte dem på spil. Herigennem bliver brud med traditionelle fordomme en mulighed, der så kan erstattes af nye forståelser, som så bliver til de nye fordomme. Der eksisterer som før nævnt et modsætningsforhold mellem fænomenologiens forsøg på at suspendere sine forudfattede meninger om et fænomen, og hermeneutikkens krav om, at man netop skal være sig sine fordomme bevidst, men Gadamer afviser ideen om et fordomsfrit menneske som en utopi, fordi vi altid fortolker på baggrund af tidligere forståelser, som netop er vores fordomme. Gardemar skriver, at det er nødvendigt at anerkende, at der findes legitime fordomme, som ikke nødvendigvis er begrænsende, men som i virkeligheden hører til selve den historiske realitet (Gadamer, 2004, s. 264). Denne historicitet er iboende både fortolkeren og det fortolkede. Fortolkeren har sin historie,

som har betydning for den måde, han betragter det fortolkede på, og han fortolker ud fra et kendskab til både det fortolkedes historicitet og sin egen. Det ligger i subjektiviteten og det relative, at det ikke er muligt at nå frem til den oprindelige betydning af begrebet personlig privathed, men at en ny forståelse er muliggjort. Gadamer taler om en horisontsammensmeltning, hvor det i dette tilfælde vil være sammensmeltningen mellem på den ene side sygeplejerskers og patienters horisonter og på den anden side undersøgerens horisont, der smelter sammen og danner grundlaget for forståelse af fænomenet privathed, og dermed åbner for en ny forståelseshorisont (Gadamer, 2004, s. 291 – 292).

Fænomenologien er altså optaget af at beskrive hvilke fænomener, der fremtræder i menneskers livsverden, og hvorledes de fremtræder. Hermeneutikken er optaget af at fortolke de tekster, der måtte udtrykke disse levede erfaringers betydning. I den foreliggende kontekst skal det kvalitative forskningsinterview, udtrykt med Kvales ord, altså forstås som en samtale om den menneskelige livsverden, hvori fænomener vedrørende privathed fremtræder, hvor den mundtlige diskurs er transformeret til tekst, der skal fortolkes (Kvale, 2006, s. 56).

2.2. Det kvalitative forskningsinterview.

I denne undersøgelse ønsker jeg at afdække, hvordan sygeplejersker og patienter oplever betydningen af privathed for hospitalsindlagte patienter. For at opnå denne indsigt, må man vælge en metode, der er rettet mod dette. I indledningen til sin bog, ”Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview” stiller Kvale det spørgsmål, at ”hvis man gerne vil vide, hvordan folk forstår deres verden og deres liv, hvorfor så ikke tale med dem?” (Kvale, 2006, s. 15). Kvale skriver, at det kvalitative forskningsinterview er et produktionssted for viden (Kvale, 2006, s. 15), og han beskriver, hvorledes formålet med det kvalitative forskningsinterview er at ”indhente kvalitative beskrivelser af interviewpersonens livsverden med henblik på fortolkning af deres betydning” (Kvale, 2006, s. 129).

Kvale beskriver ligeledes, hvordan det kvalitative forskningsinterview kan struktureres mere eller mindre stramt. Det stramt strukturerede interview gør muligvis det efterfølgende analysearbejde lettere, men til gengæld risikerer man, at der går en viden og en indsigt tabt, fordi man med den stramme struktur netop har blokeret for, at denne viden kommer frem (Kvale, 2006, s. 135). Jeg tager i denne undersøgelse udgangspunkt i det semistrukturerede interview, som beskrevet af Kvale (Kvale, 2006). Hermed kan den interviewedes udsagn, verbale som nonverbale, afstedkomme uddybende spørgsmål og dermed medføre en ny udforskning af meninger og betydninger i interviewsituationen, hvorved der genereres ny indsigt og viden.

2.2.1. Etiske overvejelser.

Inden jeg gik i gang med denne undersøgelse, rettede jeg telefonisk henvendelse til De Videnskabsetiske Komitéer for Region Hovedstaden. Her fandt man under henvisning til lov nr. 402 af 28. maj 2003 om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter ingen årsag til yderligere behandling af projektet. Datatilsynet har ligeledes pr. telefon bekræftet, at der ikke foreligger nogen form for dataregistrering, der falder ind under deres domæne.

Afdelingsledelsen på den afdeling, hvor undersøgelsen blev gennemført, blev kontaktet via mail og pr. brev (se bilag 2), og gav ad denne vej deres tilladelse.

Afdelingssygeplejersken på den pågældende afdeling gav også sit samtykke, og deltog desuden i udvælgelsen af repræsentanter for på den måde at sikre, at der kun blev inkluderet personer, ikke ville finde interviewsituationen for belastende.

De deltagende patienter og sygeplejersker blev kontaktet personligt, og fik mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen, inden de gav deres skriftlige samtykke til deltagelse (se bilag 3). Samtlige involverede blev informeret om, at alle data, så som navne, stednavne m.v. i transskriberingerne vil blive anonymiseret, og at interviewerens har tavshedspligt. Alle data, incl. interviewene vil blive opbevaret, hvor ingen uvedkommende har adgang, og vil blive destrueret, så snart specialet er godkendt. Udover de mere formelle etiske overvejelser, er man også nødt til at medtænke det etiske i situationen. Kvale beskriver, hvorledes interviewsituationen indeholder en magtasymetri, hvor det er interviewerens, der definerer situationen, indfører samtaleemnerne, og styrer samtalen (Kvale, 2006, s. 131). Derfor er det meget vigtigt som interviewer at forsøge at skabe en situation, hvor begge parter kan have tillid til

hinanden, og det var derfor vigtigt for mig at understrege overfor repræsentanterne, at selvom emnet er privathed, var det ikke meningen, at de skulle tale med mig om emner, der var meget personlige eller private for dem, men at jeg udelukkende var interesseret i deres oplevelse af fænomener vedrørende privathed.

Kvale skriver, at man bør sørge for at debriefe med den interviewede umiddelbart efter interviewet. Her vil der efter al sandsynlighed komme nogle emner frem, som den interviewede ikke følte sig helt tryk ved at fremføre, mens båndoptageren kørte (Kvale, 2006 s. 132 - 133). Dette skete også i denne situation, og jeg har et par gange indhentet repræsentantens tilladelse til at tænde båndoptageren igen.

Kvale skriver, at man bør overveje, hvor stor en risiko, der er for at skade en forsøgsperson under sin undersøgelse (Kvale, 2006, s. 121). Udover de rent formelle overvejelser omkring samtykke og anonymitet m.v., gik mine overvejelser i den forbindelse på, hvordan mine repræsentanter kunne klare en interviewsituation. Dette tog jeg bl.a. højde for, ved at ekskludere patienter, der havde været indlagt mindre end en uge, således at de havde fået deres traume lidt på afstand. En patient blev meget træt under interviewet, hvorfor jeg valgte at afslutte efter bare et kvarter, og konsekvensen blev, at jeg derfor inkluderede endnu en patient.

En patient, der havde været igennem et langt og opslidende forløb, blev meget påvirket under interviewet. Patienten blev spurgt, om han ønskede at afbryde interviewet, men han afslog. Min opgave blev da både at beskytte patienten, og undgå at interviewet udviklede sig til en terapeutisk samtale. Den terapeutiske samtale har, ifølge Kvale, til formål at hjælpe patienten til at overvinde lidelser, men har en sideeffekt i form af almen viden om menneskets situation (Kvale, 2006, s. 38). Kvale siger endvidere, at det kan være svært at drage en skarp skillelinje mellem to former for interview, og begge kan føre til forståelse og forandring. Det lykkedes både patienten og jeg at holde fokus i situationen, således at interviewet blev et forskningsinterview med vægten på intellektuel forståelse, og patienten gav efterfølgende udtryk for, at han havde været glad for at deltage. At patienten selv følte, at han havde fået noget ud af at deltage, må siges at være en god sidegevinst i dette tilfælde.

2.2.2. Valg af repræsentanter.

Jeg har i min undersøgelse valgt at interviewe fire patienter og tre sygeplejersker. En patient blev så træt, at jeg valgte at afslutte interviewet efter blot et kvarter, og jeg fandt det derfor nødvendigt at inkludere endnu en patient for at opnå tilstrækkeligt materiale. Kvale siger om valget af repræsentanter, at det nødvendige antal af interviewpersoner afhænger af formålet med undersøgelsen (Kvale, 2006, s. 108). Jeg lægger mig i valg af antal interviewpersoner op ad Kvales argumentation for, at det ikke er muligt at udføre dybtgående fortolkninger af interviewene, hvis antallet af interviewpersoner er for stort. Kvale skriver, at hvis formålet med undersøgelsen er at forstå verden, som den opleves af ét enkelt menneske, er interviewet med dette ene menneske tilstrækkeligt (Kvale, 2006, s. 108). Men er resultaterne af undersøgelse så generaliserbare? Ja, ifølge Kvale er de. Han henter sin argumentation i psykologien, hvor banebrydende resultater er opnået ved hjælp af ganske få forsøgspersoner (Kvale, 2006, s. 109). Kvale siger, at man kan anlægge to perspektiver på sine interviewpersoner: Enten er de informanter, der er vidner til et fænomen, og som kan rapportere videre, eller også er de, som repræsentanter for de grupper eller kategorier de tilhører, genstand for analyse (Kvale, 2006, s. 214). Jeg vælger i undersøgelsen at anskue mine forsøgspersoner som repræsentanter for de kategorier, de er en del af: hhv. sundhedspersonale og patienter på somatisk afdeling, idet både de og deres oplevelser er genstand for min analyse. De inkluderede sygeplejersker har været uddannede i tre til fjorten år, og de har været ansat i afdelingen i to til syv år. De har således god erfaring med livet i en hospitalsafdeling og det at pleje patienter. De inkluderede patienter havde som minimum været indlagt i en uge, således at de var ude over den første akutte fase, og havde fået nogle erfaringer med at være patient på somatisk afdeling. En patient havde været igennem et forløb på ni måneder, hvoraf de seks måneder er tilbragt i ortopædkirurgisk afdeling. Dette var hans første kontakt med hospitalsvæsnet. En anden patient havde været indlagt i en måned, og den patient, der måtte afbryde interviewet havde været indlagt i en uge. Jeg valgte derfor at inkludere endnu en patient, der ligeledes havde været indlagt i en uge. Tre patienter har været indlagt tidligere, men for den enes vedkommende var dette over 60 år siden. Det var desuden et kriterium, at patienterne skulle være i stand til at forstå og svare for sig ligesom de skulle være i stand til at kunne afgive informeret samtykke til deltagelse i

undersøgelsen. Akut syge og døende er ikke inkluderet. Samtlige patienter ligger på to-sengsstue, men enkelte har dog prøvet at ligge på enestue i forløbet.

2.2.3. Interviewguide.

Inden interviewet blev der udarbejdet to interviewguides, der lægger op til semistrukturerede interviews (bilag nr. 5 og 6). Kvale opfordrer til, at man vurderer sine interviewspørgsmål både med hensyn til en tematisk dimension, der skal forholde sig til undersøgelsens emne og formål, og som tager hensyn til den senere analyse, men også med hensyn til en dynamisk dimension, der skal fremme den spontane samtale og positive interaktion, hvori ny indsigt opstår (Kvale, 2006, s. 135). Jeg har derfor udformet guiden i to abstraktionsniveauer med en række tematiske forskningsspørgsmål, der afklarer, hvad spørgsmålet skal afdække, samt en række mere dynamiske og konkrete interviewspørgsmål.

I processen med at udarbejde temaer og spørgsmål forsøgte jeg at blive bevidst om, hvorledes jeg kunne anvende den forforståelse af fænomenet, som er udledt af den litteratur og de forestillinger fra praksis, som er præsenteret i indledningen, uden samtidig at blive for styrende og dermed blokere for spontane og uventede svar fra de interviewede. Det semistrukturerede interview lægger i sin form op til, at man kan udnytte nye perspektiver, som måtte fremkomme under interviewene, i en ny forforståelse og jeg reviderede derfor min interviewguide efter hvert interview, ligesom sygeplejerskernes interviewguide først blev endeligt udarbejdet efter, at patientinterviewene var gennemført.

Interviewguiden afspejler ikke en bestemt rækkefølge eller en bestemt måde at formulere spørgsmål på, men skal ses som en ramme, der skitserer interviewets forløb, og som sikrer, at interviewet omfatter de områder, jeg har valgt ud som væsentlige.

2.2.4. Interviewets gennemførelse.

Ifølge Kvale kan interviewsituationen karakteriseres ved positive følelser af intellektuel nysgerrighed og gensidig respekt, men den kan samtidig også være angstprovokerende og fremkalde forsvarsmekanismer hos begge parter (Kvale, 2006, s. 46). Derfor skal interviewerens være sig den mellem menneskelige dynamik bevidst både i interviewsituationen, såvel som i den efterfølgende analyseproces. Kvale påpeger, at den gensidige påvirkning mellem interviewerens og den interviewede ikke behøver at

være en fejlkilde, men derimod kan være en af de stærke sider ved det kvalitative interview, hvis man anerkender og anvender den viden, der opnås gennem denne interaktion.

Denne undersøgelses interviews fandt sted på en ortopædkirurgisk afdeling i Region Hovedstaden. Jeg valgte, at interviewe patienterne, mens de stadig var indlagt, og ikke efter, at de var udskrevet fra hospitalet. Dette valg traf jeg for at få en viden om den umiddelbare oplevelse af fænomenet privathed, som det tager sig ud her og nu, mens patienterne er i situationen, og ikke som det ser ud efter en udskrivelse, med hvad det kunne medføre af efterrationaliseringer. Dette medførte, at jeg i interviewsituationen måtte være opmærksom på, at patienterne er underlagt den magtasymmetri, der opstår i relationen mellem sygeplejerske og patient under indlæggelsen. Det var derfor vigtigt at gøre patienterne opmærksom på, at jeg var interesseret i deres oplevelser, og at dette ikke ville blive opfattet som, at de var utilfredse med hverken pleje eller behandling. Hvert interview varede ca. 45 – 50 minutter, bortset fra et patientinterview, der blev afbrudt efter kun ca. et kvarter pga. træthed hos patienten, og afdelingen havde venligst stillet et ledigt kontor til min rådighed. Til to af patientinterviewene var det dog ikke muligt at benytte dette kontor, hvorfor en tom patientstue blev benyttet. For at sikre uforstyrrelse blev et skilt sat på døren.

Som tidligere nævnt viser Kvale, at der i interviewsituationen er tale om en afgjort magtasymmetri, hvor interviewer er den, der definerer og styrer forløbet (Kvale, 2006, s. 131), og det medfører at interviewer skal være sig bevidst om, at skabe så tryk en stemning under interviewet som overhovedet muligt. Det var vigtigt, at interviewpersonerne fik lov at fortælle uden for mange afbrydelser, og at jeg, som interviewer, fremstod respektfuld, åben og imødekommende overfor de interviewede. Interviewene fandt i det store og hele sted i en god og tryk atmosfære, men enkelte af interviewpersonerne var især i starten af interviewet påvirkede af tilstedeværelsen af båndoptageren, hvilket stillede krav til interviewer om at aflede opmærksomheden fra den, og i stedet henlede opmærksomheden på samtalen.

2.2.5. Transskription.

Kvale beskriver transskriptionen som en fortolkningsproces i sig selv (Kvale, 2006, s. 161). Transskriptionerne er kunstige konstruktioner fra en mundtlig til en skriftlig kommunikationsform, og enhver transskription fra én kontekst til en anden indebærer

en række vurderinger og beslutninger, skriver han (Kvale, 2006, s. 163). Dermed er det ikke muligt at lave en transskribering af et interview, uden at der går mening tabt. Dette tager jeg i nogen grad højde for ved som interviewer selv at transskribere mine interviews så hurtigt efter udførelsen, som det var muligt. Kvale beskriver også, hvorledes en ordret transskription skaber kunstige konstruktioner, der hverken svarer til den levede mundtlige samtale eller til skrevne teksters formelle stil (Kvale, 2006, s. 167), og for ikke at skabe en sådan hybrid, er transskriptioner visse steder citeret i et mere læsbart sprog. Der er taget højde for de forskellige retoriske former, der knytter sig til tale – og skriftssprog ved, at jeg har markeret emotionelle udtryk, som latter, gråd, pauser og kraftig betoning, for at fastholde betydningen af det, der blev sagt.

2.2.6. Valideringsprocessen.

Validitetsspørgsmålet drejer sig om, hvorvidt en undersøgelse nu undersøger, det, den skal undersøge (Kvale, 2006, s. 95). At validere undersøgelsen foregår som en løbende proces gennem hele undersøgelsen ved, at man hele tiden stiller specifikke spørgsmål til sit arbejde.

Processen med at validere undersøgelsen starter således allerede, når man gennemgår det teoretiske grundlag for sit forskningsspørgsmål (Kvale, 2006, s. 232). Validiteten af undersøgelsen afhænger også af, om man har valgt et hensigtsmæssigt undersøgelsesdesign i forhold til undersøgelsens genstand og formål, ligesom interviewpersonernes troværdighed, og selve interviewets kvalitet har betydning for, om undersøgelsen kan betegnes som valid. I interviewsituationen validerer man hele tiden ved at spørge om meningen med det, der fortælles.

Transskriberingen valideres ved hele tiden at stille spørgsmål til, om der er tale om en gyldig oversættelse fra det talte til det skrevne sprog, og analysen valideres ved, at man stiller spørgsmål til om fortolkningen forekommer logisk. Validering af resultaterne kan ske ved eksempelvis geninterview, hvor man beder repræsentanterne konfirmere undersøgelsesresultaterne. Endelig finder der en validering sted i afrapporteringen af undersøgelsens resultater, når man vurderer om en rapport leverer en tilstrækkelig redegørelse (Kvale, 2006, s. 232).

2.2.7. Præsentation af repræsentanter.

Jeg har ovenfor beskrevet mine overvejelser i forhold til udvælgelsen af repræsentanter til undersøgelsen. Her vil de blive præsenterede:

Patient A er en 57-årig førtidspensionist. Han har et årelangt forløb bag sig med frakturer i det ene ben, der kompliceredes af dårlig sårheling og mange knogleinfektioner på baggrund af diabetes. Han er nu atter indlagt med infektion i det venstre ben, og har i denne omgang været indlagt i ca. 1½ måned. A har ligget på både enestue og flersengsstue under forløbet.

Patient B er en 89-årig kvinde, der er opereret for en akut hoftefraktur en uge før interviewet finder sted. Hendes tidligere erfaringer som patient ligger 60 år tilbage i tiden, hvor patienten var indlagt med et galdestensanfald. B er meget træt efter operationen, og beder om at få interviewet afbrudt efter ca. 20 minutter, hvilket naturligvis efterkommes.

Patient C er en 61-årig erhvervsaktiv mand, indlagt til amputation af venstre fod samt behandling for en infektion i højre fods knogler. Sygdomsforløbet har strakt sig over ni måneder, hvor patienten har været indlagt størstedelen af tiden, da der har været stødt mange komplikationer til undervejs. Den aktuelle indlæggelse har varet i to måneder.

Patient D er en 71-årig kvinde, der ugen forinden er indlagt akut og opereret for et hoftebrud. Repræsentanten er lægesekretær med erfaring fra hospitalsvæsnet, men har ikke tidligere selv været indlagt.

Sygeplejerske 1 er en 32-årig kvinde, der har været sygeplejerske og ansat i afdelingen i syv år. Har selv prøvet at være indlagt i forbindelse med en fødsel, ellers ingen erfaringer som patient på hospitalet.

Sygeplejerske 2 er en 31-årig kvinde. Hun har været uddannet i tre år og ansat i afdelingen i to år. Ingen tidligere erfaringer som patient.

Sygeplejerske 3 er en 47-årig kvinde. Hun har været uddannet i 14 år og ansat i afdelingen i fem år. Har selv prøvet at være indlagt for år tilbage.

3. Analysemetode.

Meningen med fænomenologisk refleksion er, ifølge van Manen, at forsøge at forstå den essentielle betydning af noget (van Manen, 2007, s. 77). Der er en forskel mellem vores præ-reflektive levede forståelse af betydningen af personlig privathed på hospital og vores reflektive forståelse af den fænomenologiske struktur af den levede mening med fænomenet personlig privathed på hospital. At komme til sidstnævnte er en svær og ofte arbejdsfyldt opgave. Indsigten i essensen af fænomenet personlig privathed på hospital involverer en analyseproces, hvor man ved hjælp af refleksion, afdækker og ekspliciterer strukturen af den levede erfaring, patienter og sygeplejersker gør sig i deres dagligdag på en hospitalsafdeling.

Analysen af det kvalitative interview foregår, ifølge Kvale, som en fortløbende proces, der løber fra selve interviewsituationen til den endelige analyse af det bearbejdede materiale (Kvale, 2006). Kvale understreger, at analyseredskaberne er teknikker, der står til forskerens rådighed, men det er stadig forskerens opgave at udpege den metode, der er mest velegnet til den centrale interviewanalyse (Kvale, 2006, s. 186).

Jeg vælger i min tilgang til analysen af interviewet at følge Kvales beskrivelse af analyseprocessen. Jeg har imidlertid valgt at tilpasse den til mit forskningsspørgsmål, idet problemstillingen skal være udgangspunkt for de spørgsmål, jeg stiller til det empiriske materiale. Kvale bruger udtrykkene *analyse* og *fortolkning* synonymt, selvom han dog understreger, at fortolkning indebærer en mere dybtgående meningsfortolkning (Kvale 2006 s.199).

Ifølge Kvale kan analysen ske i seks trin, hvor de tre første trin foregår under interviewet (Kvale, 2006, s. 187).

Det første trin består i, at repræsentanterne i interviewsituationen fortæller om deres oplevelser med privathed på hospitalet. Fænomenet privathed fremtræder således, som det opleves af patienter og sygeplejersker – uden fortolkning eller forklaring fra hverken den interviewedes eller interviewerens side.

Det fører til trin to, hvor det at fortælle om oplevelserne med privathed på hospitalet fører til at den interviewede begynder at se nye betydninger. Undervejs i mine interviews oplevede jeg eksempelvis flere gange, at den interviewede holdt pauser i fortællingen for at reflektere over egne reaktioner, og hvorledes de havde influeret på deres adfærd.

Trin tre foregik i dette tilfælde både under, men også mellem interviewene. Ud fra de udsagn repræsentanterne er kommet med, kondenserer og fortolker jeg meningen med udsagnene, og stiller uddybende spørgsmål, både under det enkelte interview, men også når jeg korrigerer interviewguiden mellem interviewene. På denne måde får jeg mulighed for at få bekræftet eller tilbagevist mine fortolkninger af det, der bliver sagt under interviewene.

Det fjerde trin er den analyse, der finder sted under og efter transskriberingen.

Interviewene struktureres gennem transskribering, og afklares ved at eliminere overflødig materiale. Jeg har eksempelvis valgt at beholde udbrud og markere pauser, som jeg tolkede, kunne have en betydning for forståelsen af udsagnet, mens jeg valgte at ekskludere en patients spørgsmål om ambulatoriets åbningstid. Således er materialet gjort klar til den egentlige analyse, hvor interviewenes meningsindhold bringes frem.

Her beskriver Kvale fem hovedtilgange (Kvale, 2006, s. 188 – 191), nemlig

kondensering, kategorisering, narrativ strukturering, fortolkning og ad hoc-metoder.

Det femte og sjette trin, der omhandler geninterview og sidenhen handling ud fra den nye indsigt, der måtte være opnået i løbet af interviewene, er ikke relevante at medtage i denne forbindelse.

Jeg vil i det følgende afsnit belyse, hvorfor og hvorledes jeg har brugt kondensering som analyseredskab.

3.1. Meningskondensering.

Som før nævnt har jeg i min analysetilgang valgt at lægge mig op ad Kvalets beskrivelse af den fænomenologisk baserede meningskondensering, som han betegner som et velegnet analyseredskab, når man skal afdække et fænomens betydning for mennesker (Kvale, 2006, s. 192). Metoden har til formål at udvikle viden om informanternes livsverden og levede erfaringer indenfor et bestemt felt. I analysen søges derfor efter essenser og vigtige kendetegn ved de fænomener, der undersøges.

I denne undersøgelse er formålet at tilvejebringe viden om og forståelse af, hvordan patienter og sygeplejersker oplever patienternes behov for privathed, mens de er indlagt på hospitalet. For at opnå dette formål, er det vigtigt, at jeg i min analysetilgang er tro mod de oplevelser med fænomenet privathed i deres daglige liv, patienter og sygeplejersker kan fortælle om (Kvale, 2006, s. 194). Med andre ord er udgangspunktet

for forståelsen altid hos den repræsentant, der fortæller, og det er repræsentantens forståelse af fænomenet privathed, der skal bringes frem i en dialog med mig i forskerens rolle.

Kondenseringen af udsagnene i interviewene inddelte jeg i fem trin. Overgangen mellem disse seks trin foregik dog flydende, idet jeg under hele processen tænkte på næste analysetrin, og hele tiden overvejede mulige temaer i forhold til forskningsspørgsmålet. Med andre ord: Analyseprocessen foregik hele tiden i en hermeneutisk cirkelbevægelse, hvor jeg konstant arbejdede fra helhed til dele og tilbage igen for at finde betydninger og sammenhænge.

1. Først gennemlæste jeg de transskriberede interviews i en naiv læsning, der skulle give mig et helhedsbillede af teksten. Formålet med denne naive læsning var også at give mig et overblik over, hvilke udsagn, der kunne være meningsbærende i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål.
2. Derefter skæres alle overflødige tekstdele væk, og teksten samles i det, Kvale kalder naturlige betydningsenheder (Kvale, 2006, s. 192). Erindringen om selve interviewsituationen sammenholdt med markerede udbrud og pauser er brugt som redskab. I denne fase begyndte der at fremstå ord og sætninger, som kunne tolkes som værende meningsbærende.
3. De naturlige betydningsenheder begyndte nu at danne mønstre, og jeg kunne dermed fastsætte de centrale temaer, der dominerede de naturlige betydningsenheder. Arbejdet med at rense tekststykker bort, fordi de tolkes som værende uden betydning for forskningsspørgsmålet, fortsatte på dette trin. Jeg var også i denne fase meget opmærksom på at sætte min egen forforståelse i parentes, og på at læse repræsentanternes udsagn ud fra deres eget synspunkt, men med fokus på undersøgelsens perspektiv.
4. Der er nu fremkommet nogle centrale temaer, der har givet mig en øget indsigt i og struktur over repræsentanternes udsagn i forhold til undersøgelsens perspektiv, og det er på dette trin, at min undren for alvor vækkes i forhold til den mening og de betydninger, der kan ligge bagved udsagnene. Det er på dette trin, at jeg som forsker træder yderligere i dialog med teksten, og stiller spørgsmål med baggrund i undersøgelsens formål, forskningsspørgsmål og interviewguiden. Kvale anbefaler, at man gør sine spørgsmål til teksten så

I nedenstående skema kan man se et eksempel på denne proces:

Naturlige betydningsenheder	Centrale temaer.	Spørgsmål.
1:” Jeg tror at det er på den måde, at jeg bliver ikke overrasket, når de siger ”Kan der ikke lige komme en skærm for?” eller ” Har I ikke lige et forhæng, I kan trække for?”, eller ”Her er for meget larm”. Det er nærmere modsat, at man kan blive overrasket over, når de ikke udtrykker det.	Sygeplejersken undrer sig over, at patienterne ikke oftere udtrykker behov for at få en skærm eller et forhæng for eller at få støjniveauet minimeret.	Giver patienterne udtryk overfor sundhedspersonalet udtryk for, når de har brug for at være private?

Fig. 1: Meningskondenseringsprocessen.

5. Ved hjælp af denne refleksion over bagvedliggende meninger og betydninger kan jeg nu knytte de væsentligste temaer i interviewet som helhed sammen til endelige temaer, som kan bearbejdes og fortolkes i forhold til opgavens formål, forskningsspørgsmålene og valgte teorier. Ved at markere ord og udtryk, som er centrale for repræsentanternes oplevelser, kan temaerne kondenseres til fire repræsentative essentielle temaer, som tolkes som centrale for at kunne skabe en øget forståelse for forståelsen af betydningen af privathed for patienter under en hospitalsindlæggelse, og som i det følgende vil blive fremlagt og tolket ud fra formålet med undersøgelsen, forskningsspørgsmålene og de valgte teorier.

I det følgende argumenteres der for disse fire temaer med inddragelse af citater fra interviewene.

4. Undersøgelsens resultater.

Meningskondenseringen har nu ført frem til, at beskrivelserne af patienternes for privathed kan centreret omkring fire temaer. I det følgende fremlægges fundene, kategoriserede i disse fire temaer, med inddragelse af citater fra interviewene. Der vil for hvert enkelt tema først blive redegjort for patienternes beskrivelser, dernæst for sygeplejerskernes beskrivelser, og til sidst vil der blive redegjort for, om der findes forskelle i de to repræsentantgrupperes beskrivelser af hvordan de oplever betydningen af privathed for patienterne.

Da det er forskelligt fra repræsentant til repræsentant, hvilken vægt, der lægges på det enkelte tema, er rækkefølgen ikke et udtryk for prioritering.

4.1. Tema 1: At kunne trække sig tilbage.

At trække sig tilbage under en indlæggelse på en hospitalsafdeling indebærer for vore repræsentanter, at man har mulighed for at gøre dagligdags ting på de tidspunkter, man er vant til og i det tempo, man kan overkomme. Det indebærer, at man har mulighed for at være alene, når man har behov for det. Det indebærer også, at man har mulighed for at trække sig tilbage fra afdelingens rytme, og følge sin egen.

4.1.1. Patienternes beskrivelser.

For patienterne i undersøgelsen udgør seng og sengebord en base. Det er til dette sted i afdelingen, at de har det største tilhørsforhold, og det er et sted, der er meget privat for dem. Patient B svarer eksempelvis, da hun bliver spurgt, hvad det mest private er for hende:

”At have sin seng og mulighed for at have familien samlet.”

Samtlige patienter i undersøgelsen kan beskrive, hvorledes de har udviklet strategier for tilbagetrækning, når behovet for at være alene melder sig. Patient D beskriver, hvordan hun bruger forhænget omkring sengen som et redskab i denne strategi:

”Herinde på stuen, der kan jeg nå med en bøjle sådan at trække gardinet sådan lidt til og fra...”. På den måde skaber hun sig lidt rum for sig selv, og hun signalerer samtidig til andre, at hun ikke vil forstyrres.

Tiden kan føles lang under en hospitalsindlæggelse, og en del af det at kunne følge sin egen rytme hører, at man får dækket sit behov for adspredelse for sig selv. Samtlige patienter i undersøgelsen får tiden til at gå med at læse bøger og aviser, se tv, høre radio eller sove. C vil også gerne kunne adspredte sig i den rytme, der passer ham:” ... *Jamen hvis jeg har behov for at ligge og se fjernsyn til kl. 23 – 24, fordi der er en god film, og vel at mærke kunne høre, hvad der bliver sagt, ikke? Så vil jeg gerne kunne det*”

D er nyligt opereret og stadig noget svækket, men i takt med, at hun får det bedre, øges også hendes behov for adspredelse:

”Fordi jeg har været så sløv, har jeg ikke savnet det så meget, men egentlig kunne det have været rart, hvis der var tv på værelserne.”

På hospitalet er det ofte ikke muligt at trække sig væk fra andre, uden at de er med på det. Men placerer man sig offentligt ved at sætte sig i dagligstuen, har man mulighed for at træffe et valg. Man kan vælge at finde en krog, hvor man læser sin avis, eller man kan vælge at se tv. Ved at udføre sådanne aktiviteter kan man signalere til andre, at man er optaget af noget, og man er derfor sværere at forstyrre. På den måde kan man bedre kontrollere i hvilket omfang, man har kontakt med andre. C, som ind imellem har følt sig voldsomt belastet af det tvungne samvær med andre, benytter sig af sådanne strategier:

C: ”Nu har jeg som sagt undgået mange af generne ved ikke at opholde mig ret meget på stuen, ikke? Sætte mig ned i dagligstuen og rygestuen, og har siddet dernede og læst og set fjernsyn og spist dernede også. Men jeg kan da godt se, at for andre patienter, som ikke har den mulighed for at komme ud af sengen, der må det – det må være skrækkeligt. At alt foregår på stuen, ikke? Og så oven i købet have en ved siden af.”

Behovet for at trække sig tilbage fra afdelingens rytme og følge sin egen, ser ud til at stige proportionelt med indlæggelsens varighed og patientens rekonvalescens. Både patient A og patient C, der har længerevarende forløb bag sig, oplever dette. Her er det igen patient C, der beskriver, hvordan han i takt med indlæggelsens længde oplever et øget behov for at trække sig tilbage:

”...Frem og tilbage, bare for at være væk og være mig selv, ikke? Jamen, så kom min kone og hentede mig om eftermiddagen, så man kunne komme ud og være sammen og opleve lidt. Det har nok været sådan et behov for privathed, uden at jeg konkret har

tænkt tanken, men bare komme ud og være sammen med min kone og være væk fra det her, ikke?”

Det er lettere at trække sig tilbage og følge sin egen rytme, når man har enestue. De to patienter med lange forløb bag sig, er klare i deres ønske om enestue. A forklarer, at der er mere frihed og mindre forstyrrelser når man ligger alene, og han synes, at det er rart at kunne trække sig tilbage og følge sin egen rytme, uden at skulle tage hensyn til andre: *”Det er sgu’ da rart, når man kan lukke vinduet op om natten, så man kan få noget frisk luft ind. Og man kan slukke lyset, når det passer én, man skal ikke hele tiden tage hensyn til andre.”*

C har følt det belastende ikke at have et sted at kunne trække sig tilbage til og være fuldstændigt alene – uanset, hvem medpatienten var:

”Men det er der her med, at du har intet privatliv på en flersengsstue. Og det er uanset, hvor søde og rare mange af dem har været, såeh – og vi har snakket og så videre, ikke?”

Patient B og patient D har begge en uges indlæggelse bag sig, og deres ønske om enestue er ikke så udtalt. Patient D vil gerne ligge sammen med nogen, men det er dog ikke underordnet, hvor mange, der ligger på stuen:

” Nej, jeg ville nok alligevel ligge på en flersengsstue. Hvis min mand havde levet stadig, så ville jeg gerne have haft en enestue, for så ville han have været her det meste af dagen, men nu vil jeg nok helst ligge sammen med en anden. Og der er en to sengsstue nok. Det er at foretrække.”

Det er heller ikke helt uden betydning, hvem man ligger sammen med. D fortæller:

” Og vi er endda meget forskellige, hende jeg deler stue sammen med. Hun er meget sød, det er ikke det. Men hun vil meget gerne have døren lukket og fuldt knald på varmen, og jeg er ved at blive kvalt af varme og vil gerne have døren åben. Det er sådan - og der kan man ligeså godt komme til at ligge med en, der har det på samme måde, som en selv. Men det må man så bare acceptere.”

Patienterne oplever det som respekt for deres autonomi, at personalet kan bøje afdelingens rutiner i forhold til at hjælpe patienten med at opretholde egen rytme. C har

et stort behov for at kunne trække sig tilbage, og det hjælper ham, når personalet ser det, og handler derefter:

"...og det var også derfor, at så snart det var muligt for mig, og jeg kun skulle have iv en gang om dagen, at så sagde de:" Så, smut du bare. Kom om morgenen og så tag hjem igen." Så de har formentlig luret den af, ikke?"

Det prioriteres højt af patienterne, at de får lov til at følge deres egen rytme med hensyn til at hvile sig og sove, når de har behov for det. Patient C beskriver det direkte:

"... i det hele taget min rytme. At hvis jeg har behov for at køre ind på stuen og lægge mig og sove lidt, så vil jeg gerne kunne det."

Samtlige patienter giver udtryk for, at det opleves belastende, når dette ikke er muligt, de angiver alle, at det er uro på stuen eller forskellige behov for lys og luft hos patienter på flersengsstuer, der medfører forstyrrelser i søvn og hvile. Patienterne oplever, at der ligger hindringer for dette i de fysiske rammer, som f.eks. når den ene patient har brug for at sove, og den anden patient har brug for at være sammen med sine pårørende. Det opleves som hindrende for rekonvalescensen, hvis man ikke har mulighed for at hvile sig, når man har det dårligt. Patient C har et eksempel:

"Hvis man så oven i købet ligger og har det dårligt og har smerter og har lagt sig ind, fordi man virkelig trænger til at komme ind og få benet op, og lige få en halv time på øjet, ikke? og så sidder der altså en hel familie ved siden af – 2,3,4 mennesker, ikke? Det er ikke godt."

Men det er ikke kun de fysiske rammer, der udgør en hindring for at patienterne kan få ro og hvile i deres egen rytme. Også personalets agerer ifølge patienterne ind imellem uhensigtsmæssigt, når det drejer sig om at sikre, at patienterne får den ro og hvile, de har behov for. Igen er det Patient C, der beskriver dette:

"Altså, at natholdet kommer braldrende ind kl. 7 om morgenen og siger god morgen for at sætte frisk vand og skifte urinkolber og sådan noget. Det kan jeg slet ikke forstå skulle være nødvendigt. Folk ligger og sover."

Alle patienterne i undersøgelsen synes dog, at de får sovet tilstrækkeligt om natten, men det er bemærkelsesværdigt, at de alle får sovemedicin for at falde i søvn. Ingen af

patienterne tager sovemedicin derhjemme. A fortæller, at *"... hvis ikke jeg får den sovepille, så vågner jeg ved bare det mindste."*

Det har konsekvenser for patientens velbefindende, når man ikke har mulighed for at trække sig tilbage. Patient C beskriver konsekvenserne af at have det dårligt, og blive frataget muligheden for at trække sig tilbage:

C: *"Det er sgu ikke altid i den situation her, at man er oplagt til at snakke, uanset, hvor søde og rare, de er (medpatienterne, red.), ikke? Og det er så også et problem, ikke? At man så er et dumt svin, fordi man er kort for hovedet og ikke har lyst til at snakke."*

C beskriver, hvordan det belaster ham, når han ikke har muligheden for at trække sig tilbage. Han beskriver, hvorledes hans kone gør en stor indsats for at skabe både adspredelse og tilbagetrækningsmuligheder for ham – muligheder, han ikke ville have haft, hvis han var alene. Adspurgt om, hvad han ville gøre, hvis han ikke havde haft disse muligheder, svarer han: *"jamen, så affinder man sig, men man bliver i dårligt humør"*.

4.1.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.

Sygeplejerskerne beskriver alle en oplevelse af, at patienterne har et fysisk territorium, bestående af seng og sengebord. Det er her deres base er, og her de har deres personlige effekter, og her oplever sygeplejerskerne, at de ikke må komme uden at spørge om lov først.

Sygeplejerske 3:

"Mange vil helst blive i sengen, for det er jo der, deres base beskytter dem. Dynen og sådan. Og hvad der er privat, det er jo deres skab med to låger med deres ting, en mobil og deres ur."

Samtidig oplever sygeplejerskerne et mere psykologisk personligt rum omkring patienten, som Sygeplejerske 2 kalder intimsfæren:

"Det er vigtigt, at man ikke overtræder en grænse med at gå ind og rode i folks ting, uden at man har lavet en aftale med dem. fordi det der, hvor de har lov til at have deres private ting, når de er indlagt på hospitalet. Jeg tror, at det er vigtigt, at man ikke bare går ind og hiver dynen af en patient, men at man fortæller, hvorfor man gør det. At man respekterer andres intimsfære i forhold til, at de er udsatte. "

Sygeplejerskerne beskriver alle vigtigheden af ikke at invadere grænsen til territoriet eller til det personlige rum, og af at sikre, at patienterne har mulighed for at opretholde det personlige rum. Sygeplejerskerne anvender forhænget om sengen til dette formål, og eller stiller skærme ind imellem to senge. Patienterne skal dog først ytre ønske om det.

Sygeplejerske 1:

”Der er nogle patienter, der konstant har en skærm stående for, fordi de gerne vil være lidt for dem selv. Men det er dem, der udtrykker, at det vil de gerne, og de har egentlig ikke lyst til at tale med sidemanden, og så er det, at nogle gange går vi ind og stiller den for.”

Sygeplejerskerne oplever, at patienterne i det hele taget på mange fronter har et behov for at trække sig tilbage fra afdelingens rutiner, og det tvungne samvær med andre.

Det er nemmere at trække sig tilbage, når man har enestue. Sygeplejerske 2 udtrykker det således: *”For at få noget privatliv...er det da nemmere at lukke døren og være alene, end det er at lukke døren og være to.”*

Når det ikke er muligt at give alle, der ønsker det, en enestue, ser sygeplejerskerne også vigtigheden af at matche, hvem patienterne ligger på stue med og gør det i den

udtrækning, de har mulighed for det: Sygeplejerske 1:

”Jeg synes, at vi bruger lang tid på, at rykke rundt på patienterne, så de passer sammen på de stuer, de ligger på. Så de får en nabo, der er til at snakke med, hvis de er friske nok til det.”

Samtlige sygeplejersker i undersøgelsen mener, at mange, men ikke alle patienter, ønsker enestue under indlæggelsen. En af sygeplejerskerne anslår, at det er over halvdelen af patienterne, der ønsker enestue.

Sygeplejerskerne anerkender patienternes behov for ro og hvile. Sygeplejerskerne kæder, ligesom patienterne, behovet for ro og hvile sammen med mulighederne for en hurtigere rekonvalescens, i det de oplever, at patienterne eksempelvis får større udbytte af deres genoptræning, hvis de er udhvilede. Sygeplejerske 1 sætter ord på dette:

”...Selvfølgelig at de får den hvile, de behøver...Så de ikke er helt udkoksede om morgenen, når de skal træne og så videre..”

Sygeplejerskerne oplever, ligesom patienter, at der er forhindringer for dette i de fysiske rammer. Igen er det sygeplejerske 1, der beskriver:

”...At de kan sove om natten, og at de kan sove til middag om dagen. Og det kan være svært, når man ligger på stue med 2 – 3 andre.”

Sygeplejerskerne oplever, at det kan være svært at lade patienterne have individuelle rytmer, når arbejdsdagen skal planlægges, men rutinerne bøjes dog ind imellem.

Sygeplejerske 3:

”F.eks har vi en dame, som ligger på enestue. Hver dag får hun lov til at sove til kl. 11 – 11.30, for det har hun lyst til. og så en dag oplevede jeg, at jeg selv gik på overarbejde for at vaske hende.”

Sygeplejerskerne kan, ligesom patienterne, også beskrive psykiske reaktioner ved manglende muligheder for social tilbagetrækning. Sygeplejerske 2 beskriver dette:

”De bliver lidt depressive. De bliver indelukkede og får svært ved at overskue tingene....man skal være et stærkt menneske for at ligge på hospitalet. Både fysisk og psykisk. For hvis du knækker psykisk, er det svært at opretholde det fysiske.”

Sygeplejerskerne beskriver også andre psykiske reaktioner over tid. Sygeplejerske 2 taler om, at en hospitalisering finder sted:

”Man kan sige, at der sker en hospitalisering. De bliver vant til den rytme, der er på et hospital, og de ser, at der er en mulighed for at stille nogle krav... de bliver en del af inventaret på en måde.”

4.1.3. Kan der identificeres forskelle?

Patienterne har et stort behov for at trække sig tilbage og følge egen rytme, og sygeplejerskerne ser dette. Sygeplejerskerne oplever, at der er steder i afdelingen, der er mere private end andre. De differentierer i deres beskrivelser mellem et territorium, der udgøres af seng og sengebord, hvor de har deres base, og hvor det er ekstra vigtigt, at man får tilladelse, inden man træder ind, hvis man vil beskytte patientens følelse af personlig privathed. Desuden oplever sygeplejerskerne også, at patienterne har en intimsfære om sig – et personligt rum, som udgøres af rummet omkring kroppen, og her gælder det også, at man skal have tilladelse, inden man trænger ind over denne grænse, og eksempelvis informere, inden man tager dynen af en patient. Patienterne har brug for deres territorium, og udvikler strategier for at beskytte det, og sygeplejerskerne støtter dem og hjælper dem med dette.

Det kunne umiddelbart se ud til, at der er en meget stor overensstemmelse mellem patienternes og sygeplejerskernes opfattelse af behovet for ro og hvile. Begge grupper

finder, at det er potentielt rekonvalescensforlængende, hvis patienterne ikke får den hvile, der skal til for at restituere sig til at få det optimale udbytte af genoptræningen. Begge grupper finder også, at der er uhensigtsmæssigheder i de fysiske rammer, der gør, at det bliver vanskeliggjort at følge sin egen rytme på dette område, idet der eksempelvis ikke er samme mulighed for at finde ro og hvile, når man ligger på stue med en medpatient, der gerne vil følge sin rytme på anden vis.

Sygeplejerskerne har ret, ifølge patienterne i denne undersøgelse: Mange, men ikke alle, ønsker enestue. Det er lettere, at trække sig tilbage og beskytte sit territorium på en enestue, men for nogle patienter betyder det både adspredelse og tryghed at have en medpatient på stuen. Derfor gør sygeplejerskerne meget for at matche patienterne, når de skal ligge på stue sammen, ligesom de udviser konduite i forhold til at skaffe patienterne retrætemuligheder.

Men på trods af at sygeplejerskerne observerer og handler på patienternes behov, beskriver både patienter og sygeplejersker psykiske reaktioner som konsekvens af belastninger fra manglende retrætemuligheder. Patienterne beskriver, at de får det dårligt, og bliver nedtrykte, og sygeplejerskerne oplever, at patienter enten tilpasser sig eller bliver depressive, indelukkede og har svært ved at overskue situationen.

Der, hvor vi finder en diskrepans, er i patienternes beskrivelse af sundhedspersonalets ageren. På trods af, at sygeplejerskerne anerkender vigtigheden af, at patienterne får ro og hvile, hvis de skal blive hurtigt raske, er der rutiner hos sundhedspersonalet, der skaber uro og vækker patienterne, mens de ligger og sover. Umiddelbart kunne det se ud som om, at der ikke reflekteres over disse uhensigtsmæssige rutiner, da ingen af sygeplejerskerne adresserer dem i deres beskrivelser.

4.2. Tema 2: At være sammen med andre.

Når man er indlagt på hospitalet er det uundgåeligt, at man kommer i tæt samvær med mange mennesker. Det drejer sig både om sundhedsfagligt personale og om medpatienter, men fælles for dem er, at det sandsynligvis er mennesker, man aldrig har mødt før. Visse fund i undersøgelsen viste, at patienter i et vist omfang tillod disse fremmede at komme tæt på med et tab af privathed til følge.

4.2.1 Patienternes beskrivelser.

Det ser ud til at patienterne i undersøgelsen ind imellem giver afkald på privathed, fordi der er andre ting, de prioriterer højere. Eksempelvis prioriteres det meget højt, at man føler sig tryk, og det er en årsag til, at man lader medpatienterne komme tæt på. Patient D, som er nyopereret og derfor forholdsvis immobil, prioriterer denne trykighed højt, og vil derfor gerne ligge på stue med nogen:

”Jo det giver en lille smule trykighed at der er en anden om natten, hvis nu man ikke kan finde ud af at ringe selv. og det handler nok meget om trykighed, fordi – når man pludselig ikke kan det, man har kunnet.”

Det er ikke kun medpatienterne, man lader komme tæt på for at opnå trykighed.

Personalet bliver også lukket ind. D fortæller om balancen mellem at udsætte sig for eksponering og at opnå en øget følelse af trykighed:

”Og lige sådan på badeværelset eller på toilettet. Der vil jeg gerne have, at de står udenfor døren, som de også gør. Der ville jeg også føle, at det var for tæt på, hvis de blev derude. Det ville være en form for trykighed de første par dage, men jeg ville sikkert slet ikke kunne tisse, hvis der stod nogen ved siden af.”

I det foregående afsnit så vi, at sygeplejerskerne anså det for vigtigt at matche patienterne, så de lå på stue med nogen, de kunne tale godt med. Det er af stor betydning for patienternes oplevelse af privathed, om de føler sig på bølgelængde med medpatienten på stuen. Jo mere man føler sig på bølgelængde, jo tættere lader man medpatienten komme på:

D: *” De første par dage, lå jeg ved siden af en, som – vi var rigtig meget på bølgelængde. Vi ville begge to gerne have døren åben og frisk luft og sådan noget. Og hun havde mange besøgende, og det generede mig ikke spor.”*

Patienterne beskriver, hvordan behovet for socialt samvær stiger i takt med, at man får det bedre, og A, som har et langt forløb bag sig oplever også dette:

Det er også så trist, hvis man skal holde sig for sig selv. Altså en gang, da var jeg indlagt hernede, når klokken var halv otte om aftenen, så lå alle de her gamle mennesker i deres seng, og så sad jeg ene mand inde i den her spisestue, eller hvad det hedder - kaffestue, og gloede alene, ikk’?

4.2.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.

Sygeplejerskerne angiver flere grunde til, at patienterne lader hinanden komme tæt på. Eksempelvis oplever samtlige sygeplejersker, at patienterne kan være hinanden til gensidig støtte på en måde, hvor sundhedspersonalet ikke kan være med. Sygeplejerske 2 beskriver det således:

”Jeg tror ikke at det nødvendigvis er dårligt for en ny-amputeret patient at ligge ved siden af en, der har haft en amputation igennem længere tid, eller som har noget erfaring omkring de her ting, og som måske kan hjælpe patienten.”

Denne erfaringsudveksling har samtlige sygeplejersker oplevet som udbytterig for patienterne, og sygeplejerske 2 mener, at det næsten kan have terapeutisk karakter:

”Jeg tror også, at det giver en mulighed for, ikke terapeutisk arbejde, men det giver en mulighed for at få snakket om de her ting med nogle personer, der ikke har hvide kitler på.”

En anden måde, hvorpå sygeplejerskerne mener, at samværet med andre patienten kan have terapeutisk karakter, er at patienterne får sat deres egen situation i perspektiv.

At behovet for tryghed overstiger behovet for privathed hos patienterne oplever sygeplejerskerne også. Sygeplejerske 1 fortæller:

”Men samtidig så er vi da også ude for at vi lægger patienterne ind på enestuer, og så vil de rent faktisk ikke ligge der. Nogen kan være bange for at ligge på enestue, når mørket falder på osv., hvis de ikke lige kan se os hele tiden....”

Ofte føles tiden lang, og man har behov for adspredelse. Dette kan for nogle patienter være en årsag til, at man fravælger enestuen: Sygeplejerske 1 fortæller:

”Hvis de er meget socialt anlagt, så kan de komme til at kede sig eller – altså de får ikke denne her kontakt, som de kunne få, hvis der lå en ved siden af dem, der kunne – som de kunne tale med. Så jeg har været med til at flytte nogen ud af enestue igen, faktisk, fordi de følte sig ensomme.”

Sygeplejerskerne kan berette om venskaber mellem patienterne, der er opstået på denne vis:

Her fortæller sygeplejerske 3:

”Nu har vi f.eks. én indlagt, og hun er da veninde med fem, hun før har været indlagt med. Og de ser hinanden privat, selvom hun bor på Bornholm, og de bor her i området”.

Ifølge sygeplejerskerne har patienterne altså i vid udstrækning glæde af samværet med hinanden, og sygeplejerskerne oplever, at der finder en solidarisering sted imellem patienterne, som kan bibringe dem støtte i deres rekonvalescens. Der er til og med områder, som patienterne betragter som deres enemærker, og hvor tilstedeværelsen af personale ikke er velset. Sygeplejerske 3 har oplevet dette:

”Den anden dag kom jeg ned i rygerstuen, hvor der sad tre personalemedlemmer og røg. Og de sad og fik en lille hyggesnak, men jeg tror egentligt ikke, at patienterne syntes, at det var smadderhyggeligt”.

4.2.3. Kan der identificeres forskelle:

Både sygeplejersker og patienter oplever, at patienterne har grunde til at indgå i relationer med hinanden. Begge grupper beskriver at det prioriteres højere, at man føler sig tryk, end at man er privat, og at man derfor som patient tillader fremmede at komme tættere på, end man ellers ville gøre. Der er konsensus omkring, at medpatienter betyder adspredelse, når tiden på hospitalet føles lang, og sygeplejerskerne oplever ligefrem, at der opstår venskaber, som holder ud over indlæggelsens varighed. sygeplejerskerne oplever, at patienterne solidariserer sig med hinanden, og yder en støtte til hinanden, som sundhedspersonalet ikke kan give på samme måde, og som har næsten terapeutisk karakter.

Det ses også her, at der er steder i afdelingen – i dette tilfælde rygerstuen – som patienterne oplever som deres enemærker, og hvor personalet skal have tilladelse til at komme. Diskrepansen ligger i, at dette ses af nogle sygeplejersker, men ikke af alle, og sygeplejersken i undersøgelsen oplever da også, at nogle patienter har fundet det invaderende, at personalet sætter sig derind.

4.3. Tema 3: At undgå eksponering.

Når man indlægges på en hospitalsafdeling, og kommer tæt på andre mennesker, er man i en potentiel risiko for at komme i situationer, hvor man føler sig eksponeret, eller hvor

man føler, at andres eksponering kommer for tæt på. Det ses også i undersøgelsesresultaterne.

4.3.1. Patienternes beskrivelser.

Der er situationer, som føles nedværdigende for patienterne, og hvor de føler, de bliver eller er i fare for at blive eksponeret unødigt. Patient C fortæller om at have diarré, når man ligger på tosenstue:

”Der var en periode, hvor jeg havde en meget voldsom diarré, ikke? Hvor det gik galt et par gange, ikke? Og det i sig selv er nedværdigende. Men når man så oven i købet også ligger på stue med en anden – et vildtfremmed menneske – så føles det endnu værre”

Det er af stor betydning for patienterne at have mulighed for at afvikle bad og toiletbesøg i egen rytme. Men det er også i sådanne situationer, at man kan blive udsat for eksponering. Det oplever både sygeplejerskerne og patienterne i undersøgelsen.

Patient A lider af urge-incontinens, og med sit nyamputerede ben er det af stor betydning, at han har en kolbe ved siden af sengen, for ellers kan det føre til en privathedsinvaderende situation:

”Der er kun to muligheder: enten i sengen eller på gulvet. Og i sengen – det gør jeg ikke! gulvet – det gør jeg heller ikke! Nej – så tager jeg lige de der plastik poser og hiver op af skraldespanden....det gjorde jeg tre gange i går.”

Det lader dog til, at patienterne i visse situationer frivilligt giver afkald på privatheden. I foregående afsnit så vi eksempelvis, at patienterne eksempelvis foretrak flersengsstuer på trods af, at det kan indebære en øget risiko for invasion af privatheden, og dermed også en øget risiko for eksponering.

Patient D forklarer, hvorfor hun i visse situationer ikke har noget imod at give afkald på sin privathed:

”Ja, det generer mig meget mindre, end jeg egentlig havde forventet. Det er nok fordi, at jeg ved, hvordan det foregår på et hospital. Jeg kan ikke selv, så det er ikke noget, der er slemt for mig.”

Selv kommer patienterne forskellige beskrivelser af, i hvilke situationer, de vælger at give afkald på privatheden. For D er følelsen af pludselig at være så afhængig af andre mennesker meget ubehagelig:

”Jeg føler det meget væmmeligt. Jeg beder dem om at lade være med at lukke døren helt i. der skal være en sprække, så jeg kan kalde. Det har jeg ikke gjort, men fornemmelsen af, at man ikke selv kan. At man ikke selv kan rejse sig og gå. Den der afhængighedsfornemmelse, den er væmmelig.”

D nedprioriterer også privatheden, når hun føler sig sløj, men forventer at det vil ændre sig i takt med at tiden går, og hun får det bedre:

”Det kan også være at jeg ville se helt anderledes på det, hvis du var kommet om 14 dage, hvor jeg var blevet lidt mere frisk og mindre sløv. Jeg vil tro, at det er noget der ændrer sig. Jo mere sløj man er, jo mindre går man op i sin privathed. Privatheden ryger hele tiden i baggrunden”

Når man er indlagt på hospital, er det ikke kun ens egen eksponering, man kan opleve at udsættes for. Man kan også opleve at blive konfronteret med, at medpatienter eksponeres. Det lader til, at patienterne forventer, at man kan blive konfronteret med andre menneskers eksponering. Eksempelvis svarer C, da han bliver spurgt, hvad han tænker om at se andre mennesker i patienttøj:

”Det generer mig sådan set ikke. Hvis de har det godt med det, så er det det. Så er det fint med det.”

Under en indlæggelse på hospitalet, risikerer man også at blive konfronteret med, at andre menneskers lidelser og sygdom eksponeres. Dette synes for vores patienter at være en naturlig del af det at være indlagt. C fortæller, at det betyder noget, at det er ens for alle patienter:

”Det generer mig sådan set ikke, men vi er alle sammen i samme båd, fordi, er det ikke på stuen, man bliver konfronteret med det, så er det, når man kører ned i dagligstuen, så det ved man jo.”

Men konfrontationen med andres lidelse kan dog virke belastende. Samtlige patienter i undersøgelsen har oplevet medpatienter, der blev konfuse og urolige. Dette kan virke voldsomt belastende for de andre patienter på grund af den uro, det medfører, og som bl.a. medfører, at de ikke får sovet om natten. Repræsentant A beskriver det således:

”Da jeg blev indlagt her sidste mandag, havde de parkeret en dame inde ved siden af, og hun hylede og skreg i døgnets 24 timer på hendes cigaretter og lighter, og så sagde

jeg til hende sygeplejersken, at så må I køre mig et andet sted hen, for jeg bliver fan' me idiot af at høre på det."

Den påvirkning, patienterne oplever, varierer fra patient til patient. B føler sig privilegeret over, at hun har det bedre end den urolige patient, men får også dårlig samvittighed:

"Ja, man får jo let en dårlig samvittighed, fordi de har det dårligt. Og man kan ikke gøre noget. Og man kan se, at de har det strengt. Det er ikke sjovt. Men man kan ikke gøre noget. Man møder mange skæbner, som er hårde."

D har tidligere erfaringer med hospitalet, så hun ved, hvad hun kan forvente, og har en mere aktiv tilgang til den råbende patient: *"Ja, der har været en, som råber meget, men nu har – altså jeg fandt hurtigt ud af, hvad hun hedder, og hvad det var og hvad hun ville, og at det ikke var så alvorligt"*

Det blev tidligere nævnt, at Patient C ikke lod sig påvirke af at se medpatienter i patienttøj, og det ses i undersøgelsen, at der er forskellige oplevelser af patienttøjets betydning. Det betragtes af patienterne som en praktisk foranstaltning, men så snart det er muligt, vil man alligevel gerne have sit private tøj på. Det gør sig altså her også gældende, at man gerne går på kompromis med sin privathed for at genvinde sit helbred eller højne sit funktionsniveau.

D er stadig forholdsvis nyopereret, og hun finder, at det vil være meget kompliceret for hende at skulle iføre sig sit private tøj:

"Det giver jo sig selv. Jeg vil ikke selv kunne klæde mig af og på, så det er meget fint, som det er."

A har et langt forløb bag sig, og hans funktionsniveau er stadig meget nedsat. For ham er tøjet også en praktisk foranstaltning, men selvom han prioriterer at bruge sine kræfter på andre ting, end at iføre sig sit eget tøj, tager han dog sin private badekåbe på, og det er vigtigt for ham, at han er dækket til, og at tøjet er rent:

"Jeg får som regel noget rent tøj ind hver morgen. Så når jeg skal op og sidde i kørestolen, så har jeg taget min morgenkåbe med hjemmefra, og så tager jeg den på, ikke. Og skal det så være helt vildt, så tager jeg sgu' mine egne private bukser og min egen private skjorte på. Men det gider jeg sgu' ikke for at sidde der. Jeg sidder bare og ser lidt fjernsyn, og om man så sidder i det ene eller...altså bare man har en

morgenkåbe på, så er jeg sgu' godt tilfreds, ikke? Og det er pænt rent tøj, man får. Ikke sådan noget gammelt slidt noget."

C har også været indlagt længe, og af den af patienterne, der har følt sin privathed mest under pres, og for ham er det vigtigt ikke at være iført patienttøj:

"Nej, jeg har haft mit eget undertøj. Jeg har i langt de fleste af perioderne iført mig joggingtøj og kørt rundt i. Det har været ganske få tilfælde, hvor jeg bare har taget en badekåbe på og kørt rundt i den hele dagen. Det har været vigtigt for mig, ikke at være iført det der patienttøj hele dagen. Så langt det meste af tiden har jeg iført mig det der joggingtøj."

Patienterne angiver, at det er vigtigt for dem, at samtaler i fortrolighed med både personalet og de pårørende ikke eksponeres, og de oplever ind imellem, at det kan være svært at opnå denne privathed omkring samtaler.

De pårørende spiller en meget stor rolle for alle patienter i denne undersøgelse, og det er i alle faser af indlæggelsen vigtigt at have dem omkring sig, og at kunne være privat med dem. Patient B nævner eksempelvis kun én ting, der er privat for hende på hospitalet udover at have sin seng, nemlig at have mulighed for at have familien samlet. I C's tilfælde betyder hustruen en mulighed for at trække sig tilbage, hvilket han oplever et stigende behov for i løbet af indlæggelsen. D mener, at hendes behov for at ligge på enestue ville værre større, hvis hendes mand stadig havde levet.

C fortæller: *"I de perioder, hvor jeg var allerdårligst, hvor jeg ikke lige når familien kom, kunne sætte mig over i en rullestol og køre ud af stuen, da mærker man det også, ikke? At der ligger et andet menneske, og hele familien har det skidt, og man har behov for at snakke i fred og ro, ikke?"*

4.3.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.

Sygeplejerskerne opfatter det som en invasion af patientens privathed, hvis de oplever, at patienterne eksponeres, eller hvis de udsættes for medpatienters eksponering.

Sygeplejerske 3:

"Jeg har da set unge piger gå rundt i trusser og undertrøje, og jeg har virkelig undret mig og tænkt, at bare de ældre mænd ikke ser det og falder døde om".

Sygeplejersker bruger forhænget om sengen til at skærme patienterne mod eksponering, og de oplever, at forhænget om sengen til en vis grænse yder beskyttelse mod eksponering af sig selv eller andre. Sygeplejerske 1:

"Bare det, at folk ikke kan se mig. Det kan godt være, at folk kan høre mig, men de kan ikke se mig:"

Der er dog enighed om, at beskyttelsen ikke er sufficient. Sygeplejerske 1 udtrykker det således:

"Det er sikkert, at det ikke er godt nok. Jeg tror, at det er der mange, der synes, fordi de stadig kan ligge og høre, at sidemanden kaster op eller er på bækken."

Sygeplejerskerne oplever, at patienterne påvirker hinanden i forhold til eksponering, sådan at de, frem for at føle sig gået for tæt på af at se en medpatient eksponeret, tilpasser sig hinandens ageren. Sygeplejerske 1:

"...de bliver påvirkede på den måde, at de så tænker: "Jamen så er det også okay, at jeg går uden noget på benene, hvis de andre heller ikke har".

Det kunne tyde på, at sygeplejerskerne opfatter det således, at patienterne ikke føler sig invaderede, hvis den der eksponeres faktisk vil være i stand til at beskytte sin egen privathed. Det opfattes som værre, hvis det drejer sig om patienter, der på grund af eksempelvis konfusion ikke er i stand til at beskytte deres egen privathed. Sygeplejerske 1:

"...det bliver de jo påvirkede af. Når de kan høre en, der ligger og råber på hjælp f.eks. Det er ikke særligt rart at ligge at høre på, vel?"

Sygeplejerskerne oplever også, at patienterne er i risiko for at få eksponeret fortrolige samtaler. Eksempelvis opleves der ofte forstyrrelser under fortrolige samtaler med personalet.

Sygeplejerske 3: *"Hvis man går stuegang, og patienten ligger der og har spørgsmål til lægen, og der samtidig ligger en ved siden af og siger: "Hallo! Jeg skal lige spørge, før I går. "Så bliver patienten forstyrret i sin kommunikation med lægen."*

Sygeplejerskerne kan beskrive, hvorledes patienterne har udviklet strategier for at opnå privathed omkring samtaler med sundhedspersonalet:

Sygeplejerske 3: *"Mange gange oplever jeg, at de får sagt mere i døråbningen til kontoret, end de gør inde på stuen"*.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen opfatter det at undgå eksponering af patienten, som noget, der har meget høj prioritet hos patienterne, og de undrer sig, hvis patienternes agerer på en måde, der siger noget andet. Sygeplejerske 2 fortæller:

"Det overrasker mig, at en patient ved sine fulde fem ikke sørger for at være dækket til i et offentligt rum, som en hospitalsgang er...det undrer mig, at den der blufærdighed forsvinder. Jeg ved jo ikke, om folk er naturister i deres privatliv, men det undrer mig, som folk nogen gange kan udstille sig selv".

Sygeplejerskerne finder noget af forklaringen på dette fænomen hos dem selv, i det de beskriver en oplevelse af, at patienterne er mere villige til at blotte sig, fordi de betragter sundhedspersonalet som fagpersoner, og at personalets ageren smitter af på den måde, patienterne agerer på. Sygeplejerske 1 fortæller:

"Jeg tænker, at vi nogle gange er for dårlige til at hjælpe dem med at bevare privatheden. Altså det der med, at vi ikke lige tænker over at få en skærm med ind på stuen, når der ligger to patienter, og stiller den imellem, men at vi bare går i gang med at vaske patienten. Og så kan det være, at de tænker, at det er helt normalt."

Sygeplejersken mener, at personalets blufærdighedsgrænse ændrer sig, når de kommer på arbejde:

"Den (blufærdighedsgrænsen, red.) er rykket i det øjeblik, vi tager kitlen på, for jeg er sikker på, at vi ikke ville gøre de her ting i det øjeblik, vi var udenfor hospitalet."

Samme sygeplejerske bemærker, at sundhedspersonalet selv agerer på en anden måde, når de er på arbejde, end når de er udenfor hospitalet:

"...Det er da helt sikkert, at de ting, man laver på sit arbejde, ville man da aldrig lave i sit privatliv".

Sygeplejerskerne oplever også, at der sker noget med privatheden, når der er travlt i afdelingen. Sygeplejerske 1:

"F.eks. hvis det lige skal gå lidt hurtigt. Hvis man skal have en ud af sengen, der ikke har bukser på, og medpatienten ligger og kigger direkte. Bagefter tænker man: "Gud nej, det skulle han måske ikke lige have set!"

Sygeplejerskerne oplever, at patienternes blufærdighedsgrænse ændres med tiden.

Sygeplejerske 1 oplever det således:

”Det synes jeg da, at man ser hos nogen, hvis de har ligget der lidt længere tid. Så er de lige pludseligt ligeglade med, om de kører på en bækkenstol uden noget over sig”.

Samme sygeplejerske mener, at dette fænomen kan forklares med sygeplejerskernes egen ageren:

”Jeg tænker, at når de ikke sådan mærker på os, at vi har den der grænse overfor at vaske en mand forneden, at de så også kan smide nogle af deres hæmninger, fordi de ser, at vi er vant til det... Det kan flytte grænsen meget.”

Sygeplejerske 2 har også en forklaring:

”De har overgivet deres krop til det her sundhedsvæsen og denne her behandling,... men de ved jo også, at vi handler i deres bedste interesse, så derfor er de jo også villige til at overlade noget af den suverænitet til os, som jeg tolker den måde, de er på.”

Disse udsagn kunne tyde på, at sygeplejerskerne, selv om de undrer sig over patienternes ageren, alligevel ubevidst tillægger hospitalet en særlig status, når det drejer sig om privathed.

4.3.3. Kan der identificeres forskelle?

Det anses af både sygeplejersker og patienter som vigtigt at undgå eksponering af patienterne, hvis ikke de skal føle deres privathed invaderet, men der er alligevel aspekter, der kunne tyde på, at der er diskrepanser i opfattelsen af, hvornår en situation opleves potentielt privathedsinvaderende.

Sygeplejerskerne er opmærksomme på, at det kan være invaderende at blive konfronteret med konfuse og urolige patienter, der ikke er i stand til at beskytte deres egen privathed, mens patienterne i undersøgelsen oplever det som et vilkår, når man er på et hospital, at man møder andre syge, selv om de - som sygeplejerskerne antager - oplever en belastning ved at blive konfronteret med patienter, der på grund af deres tilstand ikke er i stand til at beskytte deres egen privathed

Patienter og sygeplejersker er også enige så langt, som at det kan opleves invaderende at skulle modtage hjælp i situationer, som f.eks. toiletbesøg, og at det opleves endnu mere invaderende, hvis det foregår i overværelse af en medpatient, men samtidig angiver sygeplejerskerne, at der er forhold vedrørende de fysiske rammer, der besværliggør at

beskytte patienten mod eksponering, og at travlhed ind imellem medfører, at man springer over hvor gærdet er lavest med en potentiel eksponering til følge.

Der, hvor vandene for alvor skilles, ligger i opfattelsen af, hvorledes man kan opfatte hospitalets status. Er det et offentligt eller privat sted?

En sygeplejerske undrer sig i undersøgelsen over, at patienterne giver afkald på privathed og sidder letpåkædet på hospitalsgangen, og dermed lader sig eksponere for andre. Sygeplejersken angiver, at hun opfatter altså hospitalsgangen som et offentligt rum, og her er diskrepans mellem patienternes opfattelse og hendes. Men patienterne opfatter ikke hospitalet som et offentligt rum, selvom de er sammen med mennesker, de aldrig har mødt før, og patienterne beskriver, at de finder, at vilkårene for opretholdelse af privatheden er af en helt speciel karakter på hospitalet. Sygeplejerskerne beskriver jo netop også en oplevelse af, at deres ageren i forhold til at beskytte patienternes privathed kan have indflydelse på, hvordan patienterne agerer. Hospitalet kan således ikke opfattes som et offentligt rum, men har en særlig status, der er med til at ændre grænserne for, hvad der er privat.

4.4. Tema 4: At bevare sin identitet og autonomi.

I undersøgelsen ses det som et essentielt aspekt af det at opretholde sin privathed, at man så vidt muligt får lov til at bevare sin identitet, og at man i videst mulig udtrækning har muligheder for at træffe valg vedrørende sig selv for dermed at opretholde kontrollen over sin egen situation.

4.4.1. Patienternes beskrivelser.

Patienterne beskriver vigtigheden af at have valgmuligheder og kontrol over egen situation, hvis identitet og autonomi skal bevares.

Patient D beskriver en situation, hvor hun følte, at hun blev presset til at tage bad, selvom hun var træt og protesterede:

”... han synes – jamen jeg skulle have et bad. Jeg sagde: ”Jeg var i bad og fik vasket hår samme dag, som jeg faldt, og det er ikke så mange dage siden. Jeg orker ikke i dag.” Jo, det synes han, og når du nu er herude, og det vil du blive glad for. Jeg blev presset til det. Men det har jo nok været bar venlighed, at han tænkte, at...”

Patient D er ikke i tvivl om, at personalet ville det godt, men hun følte, at hun blev frataget både valgmuligheder og kontrol over situationen, og følte dermed sin privathed invaderet.

For at kunne agere frit indenfor sit personlige rum og bevare kontrollen over egen situation, er det vigtigt for patienterne, at deres funktionsniveau er så højt som muligt. For C har det eksempelvis haft stor betydning, at han har kunnet klare toiletbesøg selv: *”I de situationer har jeg først tilkaldt personalet, når jeg er kommet over i min kørestol og ud på toilettet. Formentlig af samme årsag, at jeg ikke ville have, at det skulle ske for øjnene af en stuekammerat, at man skal ligge og skiftes og tørres. Så har jeg så tilkaldt personalet, når jeg er kommet ud på toilettet”*

Har patienten nedsat funktionsniveau, er det vigtigt at have de relevante hjælpemidler til sin rådighed, så de dels ikke skal ligge andre til last, og dels ikke behøver at lade andre komme tæt på for at hjælpe.

D, som er meget immobil efter sin operation er meget glad for sin seng: *”Ja, nu har jeg jo fået sådan en fin seng, der kan køre op og ned, så jeg skal ikke have nogen til at køre mig op og ned. Det er en kæmpe fordel. Tænk hvis man skulle bede nogen om det hver gang. Kør mig lige lidt op og kør mig lige lidt ned.”*

Den måde, sundhedspersonalet agerer på, ser ud til at have en stor betydning for, hvordan patienterne oplever deres muligheder for at bevare deres identitet og autonomi og dermed også for, hvordan patienternes privathed opleves under indlæggelse, også her er der flere aspekter, der gør sig gældende.

Tonen mellem personalet og patienterne er af stor betydning. Eksempelvis kan det løse op for en potentiel invaderende situation, at patienterne oplever en god tone hos personalet. Det beskriver patient D:

”Den første gang om natten, der kom en mandlig sygeplejerske. Han rystede på droppet og hviskede, at jeg skulle lige se, om du havde det godt. Altså den der medfølelse og omsorg..”

Patient D oplever, at travlhed bliver italesat af personalet, og føler at det bremser hende i hendes udfoldelse:

”Vi hører jo meget tit om – især aftenvagten, hvor forfærdeligt travlt, de har, og vi er kun to til alle de patienter. Det kan vi ikke, og sådan noget ”

Det opleves som mangel på respekt for ens identitet og autonomi, hvis man oplever, at man ikke bliver talt pænt til, og det kan virke stærkt invaderende på ens privathedsfølelse. D har oplevet, at medpatienten blev talt til i en nedladende tone af to aftenvagter:

” ...jeg synes, at min sidekammerat er blevet kommanderet lidt med. Altså at blive talt til som et barn. At ”hvis ikke du gør sådan og sådan, så går jeg. Du skal ikke ligge i sengen og spise. Hvis ikke du sætter dig op og spiser, så får du ikke nogen mad af mig”. Altså den tone – det bryder jeg mig ikke om.”

Humor er ofte en del af tonen på en hospitalsafdeling, og A beskriver, hvordan humor kan løse op for en potentielt invaderende situation:

”Da jeg kom ned på operationsafdelingen her den anden dag, så er der en af narkosesygeplejerskerne, der siger: ” Nå er det dig, A? Du er gammel stamkunde.” ”Hvad bilder du dig ind?” (griner). ”Er det 4. eller 5. gang, du bliver opereret i det ben?”, ”Jeg tror, at det er fjerde gang.”, sagde jeg så. ”Ja, der har vi en gammel stamkunde.” Vi skreg af grin”

Modsat kan humor også virke stærkt invaderende, hvis det ikke bruges korrekt:

”Der var kommet en aftensygeplejerske, som jeg ikke havde set før. Hun startede i hvert fald med at sige: ” Hej, jeg hedder H, og jeg kan ligeså godt fortælle jer med det samme, at jeg er fyldt med fis og ballade, så det kan i ligeså godt vænne jer til”. Hun kom rundt med en vogn, og der lå en appelsin. Det kunne jeg få, og så stod hun henne i døren med appelsinen, og så sagde hun: ” Her, grib”. Hun kastede den altså ikke. ”Nå, der blev du forskrækket?”, og ja, det gjorde jeg da. Her var en ting, der overskred min grænse. Det passede slet ikke til den her situation.”

At personalet fremtræder troværdigt er vigtigt, når patienterne skal opleve, at deres identitet og autonomi bevares, og et højt informationsniveau er med til at øge oplevelsen af dette. D oplever eksempelvis, at hun har fået stillet i udsigt, at hun ville få en kontaktsygeplejerske, og det sker ikke. Det medfører at D føler sig utryg:

” ...jeg fik også at vide, at jeg inden for 24 timer skulle have en kontaktsygeplejerske, og der har jeg spurgt flere gange, hvem det var, og det har jeg heller aldrig fået at vide.

Det er småting, men ...en øget sikkerhed for, at der var nogen, der tog sig af én, og fulgte med i, om – ja, netop som det var i gamle dage.”

A oplever i en periode, hvor hans infektion gør, at han må isoleres, at der ikke er nogen kontinuitet i, hvorledes isolationsregimet overholdes, hvilket får ham til at opleve personalet som mindre troværdigt:

”Når jeg skulle have mad, skulle jeg spise med plastikbestik, og når jeg var færdig, skulle det hele smides i skraldespanden... og næste aften kom de pludselig med en tallerken af porcelæn. Det kom an på, hvem det var.”

Hygiejne har en stor betydning, når det drejer sig om at opretholde sin privathed. Det går for tæt på, hvis man oplever, at de hygiejniske forhold ikke er i orden, og man derfor ikke kan kontrollere, om man bliver udsat for smitte. De fysiske rammer spiller en stor rolle i denne sammenhæng. Det betyder noget, at der ikke er toilet og bad til hver stue, og derudover kan man se at oplevelsen af invasion øges, hvis man oplever, at bad og toiletter er slidte eller mangelfuldt rengjort. Patient A beretter fra sin forrige indlæggelse på afdelingen:

” Jeg har aldrig set sådan nogle toiletter og sådan noget svineri. Men ikke nok med at det var svinsk. Der var så stor en slitage. De toiletter er blevet brugt i over 80 år, ikke?”

Det er ikke bare det, at man ikke kan kontrollere, om man bliver udsat for smitte, når man er tæt sammen med andre mennesker. Det er også svært at kontrollere, om man selv kommer til at smitte andre:

C: ”At ligge på en stue, hvor de står og renser et sår på en, der er smækfyldt med streptokokker, og hvad ved jeg. Det er ikke noget, der er betryggende. Og lige sådan når jeg ligger og bliver skiftet, ikke? Det må da heller ikke være betryggende for min stuekammerat.”

Det opleves som identitetsbevarende og som respekt for patientens autonomi, at personalet kan udvise konduite i forhold til at hjælpe patienten med at opretholde egen rytme.

C oplever en indlevelse i sin situation, der er identitetsbevarende, når han møder konduite hos personalet:

” ...det har jeg kunnet mærke her, at de sygeplejersker, der ligesom siger af sig selv, når jeg kommer om morgenen:” Jeg er ved at blande din iv., så kør bare ned, så er jeg der”, og andre ting, ...det at kunne sætte sig ind i, hvad er behovet hos den patient, og måske prøve at bøje rutinerne lidt for vedkommende...”

Omvendt oplever C også, at vaner og rutiner hos personalet kan påvirke oplevelsen af egen autonomi og muligheden for at følge sin egen rytme negativt. Her er en episode fra nattevagten:

”Man bruger den rutine, man nu engang har opbygget, og så gør man det samme, ikke? Og så lader man døren stå åben, og så render de og snakker, og så videre ude på gangen. Det skal de også have lov til, men hvorfor på det tidspunkt af natten, eller morgenen?”

Rutinemæssig ageren hos personalet fører til resignation og tilpasning hos patienterne. Her er det

C, der beskriver sin oplevelse af en situation, hvor han må have hjælp efter at have haft diarré.

”Altså jeg har ikke givet udtryk for, at jeg var ked af det, men der er heller ikke nogen af dem, der ligesom har sagt, at” ved du hvad? Det her, det skal du ikke tage dig af. Vi er godt klar over, at du føler det dårligt med det her”. Det bliver rutine, ikke?”

4.4.2. Sygeplejerskernes beskrivelser.

Sygeplejerskerne oplever det som et essentielt element at bevare sin identitet og autonomi, når det drejer sig om at opretholde sin privathed under en indlæggelse.

Sygeplejerske 3 udtrykker det således:

”Det, de gerne vil bevare, det er deres identitet, og det gør de ved at beholde deres ur eller en ring eller et eller andet”.

For patienterne var kommunikationen et væsentligt aspekt, når det handler om at opretholde identitet og autonomi. Sygeplejerskerne taler i undersøgelsen ikke om deres egen tone overfor patienterne, men de opfatter dog sig selv som rollemodeller, og oplever deres egen ageren som betydende for patienternes oplevelse af identitet og autonomi.

Sygeplejerske 1:

”Jeg synes, at der er en eller anden etik i, at når vi modtager dem, så informerer vi dem om rygning og sårheling, og så sætter de sig i rygerstuen, og så går jeg derned og hænger antibiotika op.”

Sygeplejerskerne oplever, at sufficient information er essentiel, når det drejer sig om at sikre patientens valgmuligheder og kontrol over egen situation. Sygeplejerske 2 fortæller:

”Det er vigtigt at sige, hvorfor vi gør de ting, vi gør..... selvfølgelig har de altid muligheden for at sige nej til, at der bliver gjort nogle ting, men de ved jo også, at vi handler i deres bedste interesse, så derfor er de villige til at overlade noget af deres suverænitet til os.”

Sygeplejerskerne oplever også, at deres nonverbale sprog har betydning for, om patienterne får en oplevelse af at have kontrol og autonomi. Ved eksempelvis at signalere travlhed, kan sygeplejerskerne undgå tidsrøvende spørgsmål fra patienterne, som så ikke får de svar, der kunne give dem en bedre oplevelse af at have valgmuligheder. Sygeplejerske 3:

”Det der med at man går hen ad gangen og ser en patient, og man ved at hun vil spørge mig om noget. Og man tænker, at hvis jeg nu går lidt stærkere, så spørger hun mig ikke. At jeg sender nogle signaler om, at det har jeg bare ikke tid til.”

Sygeplejerskerne oplever, ligesom patienterne, at jo højere funktionsniveauet er hos patienten, jo mere har patienten en oplevelse af kontrol over egen situation.

Sygeplejerske 2:

”Vi siger jo også, at patienterne skal blive ved med at gøre de ting, de selv kan gøre i forhold til at blive raske igen. Så det er noget med at sætte en grænse, så man ikke overtager for meget af patientens funktioner, idet han er indlagt...og det synes jeg også har noget med privathed at gøre, at man accepterer en persons funktioner”.

At patienterne har behov for at kunne kontrollere, om de bliver smittede eller smitter andre, ser sygeplejerskerne som et væsentligt aspekt, og at de fysiske rammer sætter deres begrænsninger, oplever de som en hindring. Sygeplejerske 1:

”Det er ikke så fedt at komme ud på et toilet, som man ved, bliver brugt af en masse andre, og som måske ikke altid ser lige pænt ud”.

Sygeplejerskerne finder, at et toilet til hver stue ville give patienterne en øget mulighed for kontrol med smittefare, og samtidig øge patientens oplevelse af at være privat.

Sygeplejerske 1:

"Det ville være mere hjemligt på en måde. At du havde dit eget, ikke? og at du vidste, at der var ikke alle mulige andre, der satte sig ud på det toilet."

Sygeplejerskerne har en forventning om, at patienterne siger fra overfor for en potentielt privathedsinvaderende situation, og undrer sig når de ikke gør det. Sygeplejerske 1:

"...Der er mange, der ikke udtrykker det. Så er det svært at finde ud af, hvad de egentlig tænker om det. Hvor man nogen gange kan gå hen og spørge dem. "Føler du dig generet af medpatienten?" , og så er det os, der spørger dem... men mange af dem ligger og sover hele tiden, og så tænker man nok ikke så meget over det."

Det er en forventning fra sygeplejerskernes side, at patienterne giver udtryk for deres ønsker i forhold til at beskytte deres autonomi, for at sygeplejerskerne kan efterkomme dem.

Sygeplejerske 1:

"De kan selvfølgelig godt udtrykke, at de gerne vil have en skærm imellem. At de gerne vil ud på toilettet i stedet for at sidde på bækken inde i sengen, ikke? Og så prøver vi at følge deres ønsker. Hvis de siger det selv. At sådan vil jeg gerne have det."

Sygeplejerskerne oplever det som grundlæggende godt, at patienterne opretholder deres autonomi og kontrollen over egen situation, men finder dog at en vis tilpasning er nødvendig for at få dagligdagen i afdelingen til at fungere.

Sygeplejerske 2:

"De er bevidste om deres rettigheder, og det synes jeg er fint nok. Det kan nogle gange være irriterende i en snæver vending, men min grundholdning er, at det er fint nok."

Det ser i det hele taget ud til at vaner og rutiner opleves som nødvendige for at få arbejdsgangen i afdelingens til at fungere, og det sætter sit præg på, hvordan sygeplejerskerne oplever behovet for personlig privathed på hospitalet og hvordan de

agerer i forhold til dette behov. Sygeplejerske 1 beskriver, hvordan vaner og rutiner har ændret hendes måde at agere på gennem tiden:

"Jeg tror, at jeg opfanger flere ting nu. Men med det der med privathed, der tror jeg da også, at jeg tænkte meget over det dengang. For man kom ud der og var helt ny. Det er lige før, at jeg tror, at jeg tænkte mere over det dengang. At hjælpe patienten til at have den der privathed, ikke? Det gør jeg også nu, men det er nok på en lidt anden måde."

Sygeplejerskerne oplever psykiske reaktioner hos patienterne, når de udsættes for mangel på kontrol. Sygeplejerske 2 oplever en resignation:

"Det er ligesom om, de bliver ligeglade. De er alligevel i andre menneskers vold, og så overgiver de ligesom den sidste del også"

Samme sygeplejerske oplever, at de psykiske reaktioner tiltager, jo længere man er indlagt:

"...Det er ligesom om, man føler, at de har overgivet sig til systemet. De har ikke så meget modsigelse. De har ikke mulighed for at gøre de ting, de ellers ville. Jeg synes tit, at de har det skidt, når de har været indlagt i lang tid."

4.4.3. Kan der identificeres forskelle?

Begge grupper er enige om det essentielle i, at patienten i videst omfang bevarer kontrollen over sin egen situation, og selv har muligheder for at træffe valg til beskyttelse af sin privathed. Det anses af begge parter som vigtigt, at man eksempelvis kan kontrollere smittefare, og dermed føle sig tryk.

Patienterne oplever, at en god tone bedrer deres oplevelse af autonomi, og at det svækker den, når de oplever, at sundhedspersonalet taler ikke pænt til patienterne. Humor skal også bruges med varsomhed, i det humor brugt korrekt, kan give patienterne en oplevelse af at blive set, og dermed øge deres oplevelse af autonomi, mens misforstået humor svækker følelsen af autonomi og giver utryghed. Dette nævner sygeplejerskerne ikke, men de oplever dog sig selv som rollemodeller i forhold til patienten, og er opmærksomme på, at deres nonverbale sprog kan være af betydning for patientens oplevelse af kontrol og autonomi.

Troværdighed, kontinuitet og konduite opleves som væsentlige aspekter, når patienterne skal bevare en følelse af kontrol og autonomi. Sygeplejerskerne adresserer ikke dette direkte, men man ser dog, at sygeplejerskerne oplever det meget essentielt, at

informationsniveauet skal være så højt som muligt for, at bedre patienternes oplevelse af autonomi og kontrol.

Både patienter og sygeplejersker nævner vaner og rutiner hos personalet som en væsentlig faktor for oplevelsen af kontrol og autonomi, og en tilpasning til afdelingens rutiner synes at være ønskværdig og finde sted for at få dagligdagen i afdelingen til at fungere.

Selvom de to repræsentantgrupper overordnet set er enige, findes der dog diskrepanser: Sygeplejerskerne giver udtryk for, at patienterne forventes at sige til, hvis de ønsker privathedsbeskyttende foranstaltninger, og de undrer sig over, at patienternes grænse ind imellem kompromitteres, uden at de protesterer.

Men beskrivelserne af sygeplejerskernes ageren viser, at rutinemæssig adfærd ikke nødvendigvis inkluderer at tage vare på patientens privathed, men at vane, travlhed og hindringer i de fysiske rammer medfører, at patienterne ind imellem udsættes for invasion af deres privathed. Beskrivelserne viser også, at patienterne ikke protesterer når deres grænser kompromitteres, men at de resignerer og foretager den ønskede tilpasning til afdelingens rytme og rutiner.

4.5. Delkonklusion: Undersøgelsens fund.

Der er overordnet set stor enighed, når man sammenligner de to repræsentantgruppers beskrivelser af betydningen af privathed, når man er indlagt på en hospitalsafdeling. Samtlige repræsentanter beskriver et behov hos patienterne for at kunne følge deres egen rytme, så vidt det er muligt. Det er vigtigt at kunne adspredde sig, hvile og sove, når man har behov for det samt at foretage bad og toiletbesøg i eget tempo og uden forstyrrelser, og det kan virke meget belastende, hvis denne mulighed fratages én. Det er af essentiel betydning, at man har mulighed for at trække sig tilbage, når samværet med andre bliver for meget, og det dette behov opfyldes lettest på en enestue. Sygeplejerskerne er opmærksomme på dette, og træffer foranstaltninger for at imødekomme patienternes behov på dette punkt.

Seng og sengebord opleves som en base under indlæggelsen af både patienter og sygeplejersker, og patienterne udvikler strategier til at værne om det personlige rum. Forhænget betragtes ikke som sufficient til at værne patienten mod eksponering, men det udfylder altså andre funktioner.

Det opleves invaderende på privatheden, hvis man eksponeres for smitte, eller hvis man selv er bange for at smitte andre. Derfor opleves de hygiejniske forhold vigtige for begge repræsentantgrupper, ligesom det er vigtigt at der er toiletter nok, og at de ikke er for slidte.

Det er en forventning, at andre mennesker kommer tæt på én under en indlæggelse, og der er flere grunde til, at patienterne i visse situationer vælger at give afkald på deres privathed. Det alt overskyggende argument for at give afkald på sin privathed i denne sammenhæng er ønsket om at genvinde sit helbred i videst muligt omfang. Det opleves som, at være af en næsten terapeutisk karakter at tale med medpatienter, som man kan solidarisere sig med, og som kan hjælpe én med at sætte sin situation i perspektiv.

Oplevelsen af, at patienterne solidariserer sig med hinanden forstærkes af oplevelsen af, at der er steder, hvor samværet mellem patienterne helst skal foregå uden indblanding fra personalet.

Der er enighed om, at flersengsstuer i visse situationer er ønskværdigt, da det giver en tryghed, at man har en hos sig, der kan gribe ind om nødvendigt. En medpatient betyder også mulighed for adspredelse. Udbyttet af at ligge på flersengsstue øges, når man føler sig på bølgelængde med medpatienten.

At se andre patienter blive eksponeret er til dels forventet af patienterne i denne undersøgelse. Eksempelvis opfattes det af patienterne, som medpatientens egen sag, om han vil være iført patienttøj. Patienttøjet opfattes som en praktisk foranstaltning, når man har svært ved at iføre sig sit private tøj. Jo bedre ens funktionsniveau er, jo større bliver behovet for at være iført sit eget tøj.

Sygeplejerskerne udtrykker derimod en undren over den adfærd, patienterne indimellem udviser i forhold til opretholdelse af egen privathed, og i forhold til at undgå eksponering. Sygeplejerskerne beskriver, hvordan de er vant til at arbejde med menneskekroppen, at det er rutine for dem, at se den eksponeret. Denne indstilling, mener sygeplejerskerne, overføres til patienterne, der derfor tilpasser sig denne rutine. Sygeplejerskerne oplever desuden, at der finder en suverænitetsovergivelse sted, hvor patienterne så at sige overlader deres krop til sundhedspersonalet i forvisning om, at de handler til patientens bedste. Disse udsagn kunne tyde på, at sygeplejerskerne, trods deres undren over patienternes adfærd, i virkeligheden også tillægger hospitalet en særlig status, når det gælder privathed. Der, hvor det alligevel kan forekomme som en

invasion af ens privathed, er når man konfronteres med urolige og konfuse patienter. Det minimerer belastningen, at man er forberedt på at møde konfuse og urolige medpatienter, og at man kender årsagen til deres konfusion.

Når der er travlhed i afdelingen, oplever patienterne, at personalets rutiner ofte overskygger patienters behov for privathed. Sygeplejerskerne bekræfter denne tendens, og fortæller, at de ind imellem har oplevet, at de har foretaget sig ting, der kan opfattes som privathedsinvaderende. Dette forklarer sygeplejerskerne med, at arbejdet med menneskekroppen er blevet rutine, og at man er blevet vant til at se den eksponeret. Sygeplejerskerne oplever, at det mest private for patienten er patientens identitet. Der er enighed om, at et højt funktionsniveau øger kontrollen over egen situation, så det er derfor af stor betydning, at man har de nødvendige hjælpemidler, når man har behov for dem. I det hele taget er det vigtigt, at man har kontrol over sin egen situation i størst mulig omfang, og både patienter og sygeplejersker oplever, at et højt informationsniveau kan øge oplevelsen af kontrol og afværge en oplevelse af invasion af sin privathed.

Der er enighed om vigtigheden af, at personalet kan udvise konduite, og fravige rutinerne, hvis det kan skåne patienten for at opleve sin privathed invaderet.

Det er tydeligt i undersøgelsen, at der sker en ændring over tid. Dette beskrives af både patienter og sygeplejersker. Behovet for at kunne følge sin egen rytme og trække sig tilbage øges i takt med rekonvalescensen og indlæggelsens varighed, ligesom det har psykiske konsekvenser over tid, at man fratages muligheden for at kunne trække sig tilbage, når behovet er der. Både patienter og sygeplejersker kan fortælle, at patienter kan reagere med nedtrykthed og depressionslignende tilstande, der potentielt kan forlænge rekonvalescensen.

Der er altså stor enighed mellem de to repræsentantgrupper på en lang række punkter, men der ses også forskelle.

Disse forskelle ligger først og fremmest i et modsætningsforhold mellem, sygeplejerskernes ageren i forhold til afdelingens rytme og rutiner, og deres oplevelse af patienternes behov.

Eksempelvis anser sygeplejerskerne ligesom patienterne det som et vigtigt aspekt af at være privat, at man har mulighed for at trække sig tilbage og få søvn og hvile i det

omfang, man har brug for. Det anses for væsentligt i forhold til patientens rekonvalescens, men på trods af det, kan patienterne beskrive, hvordan sundhedspersonalet agerer i henhold til afdelingens rutiner på en måde, der er uhensigtsmæssig i forhold til at imødekomme patientens behov.

Der ses ligeledes en diskrepans mellem, hvordan sygeplejerskerne ser det som væsentligt at fremme patientens følelse af autonomi og kontrol og patienternes oplevelse af den rutinemæssige ageren fra sundhedspersonalets side i form af eksempelvis informationsniveau og tone.

Der ligger en bemærkelsesværdig forskel i sygeplejerskernes og patienternes forventninger til hinanden, når det gælder beskyttelse af den personlige privathed.

Sygeplejerskerne forventer på den ene side, at patienterne ytrer ønske om privathedsfremmende foranstaltninger, som f.eks. at få sat en skærm imellem to senge på en stue og vil da gerne imødekomme dette ønske. Men det er ikke det sygeplejerskerne oplever. I stedet oplever de, at patienterne ofte ikke protesterer mod at deres grænse potentielt kompromitteres, hvilket afføder en stor undren hos sygeplejerskerne.

Samtidig ses der er en diskrepans mellem, at sygeplejerskerne på den ene side forventer at patienterne udtrykker krav og ønsker, og på den anden side ønsker en tilpasning til afdelingens rutiner.

Sygeplejerskerne forventer også, at patienterne agerer, som var de på et offentligt sted, når de befinder sig på hospitalsgangen, men det gør patienterne ikke. Det ser dermed ud til, at der er en diskrepans imellem, hvordan sygeplejersker og patienter betragter hospitalets status, set i et privathedsperspektiv, idet man i undersøgelsen kan se en patient redegøre for, at hendes adfærd vedrørende hendes privathed bunder i, at det netop ikke er et offentligt sted, men et hospital. Og selvom der er konsensus, når man oplever, at der er steder i afdelingen, der er mere private end andre, er der alligevel en diskrepans, når patienterne oplever sundhedspersonale holde pause i rygerdagligstuen, som patienterne oplever som deres enemærke.

Forskellene i opfattelsen af patienters personlige privathed hos de to repræsentantgrupper, ser således ud til at have deres omdrejningspunkt omkring tre temaer:

- Sygeplejerskernes rutiner versus patienternes behov.
- Patienternes reaktion versus sygeplejerskernes forventning.
- Hospitalets status i et privathedsperspektiv.

Disse tre temaer vil blive belyst i en dialog med eksisterende teori på området i næste kapitel.

5. Fortolkning af forskelle i repræsentanternes beskrivelser.

Under analyseprocessen kunne interviewene kondenseres ned til fire temaer, der blev fremlagt i forhold til undersøgelsesspørgsmålet. Hermed fremstod der forskelle i opfattelserne hos de to repræsentantgrupper, og jeg fandt, at disse forskelle som omdrejningspunkt havde tre nye temaer.

I dette afsnit fortolkes disse tre temaer, i lyset af denne undersøgelses hermeneutiske kontekst, i dette afsnit i en dialog med eksisterende litteratur på området.

Den litteratur, der bruges i fortolkningen af fundene, er fundet ved litteratursøgningen, som er beskrevet i indledningen, samt ved kædesøgning i den fundne litteratur.

Der er brugt følgende forfattere til at belyse og fortolke forskellene i repræsentantgruppernes opfattelser:

Den tyske sygeplejerske, **Irmgard Bauer**, lavede i 1994 en PhD-afhandling omhandlende patienters privathed under en indlæggelse på hospital. Bauer finder, på baggrund af et gennemgribende litteraturstudie, at privathed både er et basalt behov og en basal ret hos mennesker (Bauer, 1994, s. 30). Bauer fremlægger i sin afhandling en teori om patienters privathed på hospital og perspektiverer denne ud mod en mere generel teori om privathed. Bauers perspektiv er udelukkende patientens, og da der også ønskes litteratur, der kan belyse sygeplejerskernes perspektiv, søgtes videre, og her fandt jeg:

Den engelske sygeplejerske og jurist, **Jay Woogara**, som i 2004, lavede et etnografisk studie af patienters personlige privathed på offentlige hospitaler. Baggrunden herfor var, at *Human Rights Act*, § 8 med baggrund i menneskerettighederne stiller krav til beskyttelsen af menneskers privathed, og dette er udmøntet i en række værdigrundlag i det offentlige sundhedsvæsen. Woogara inddrager både patienternes og sygeplejerskernes perspektiv, og har udfærdiget en model for, hvorledes de institutionelle rammer påvirker både sygeplejerskers og patienters privathedsgrense. Woogaras PhD-afhandling om emnet er forsøgt skaffet via diverse universitetsbiblioteker, og ved forsøg på direkte henvendelse til forfatteren selv, men det har ikke vist sig muligt. Woogara har dog i en artikelrække, udsprunget af hans PhD-afhandling fra 2004 omhandlende patienters personlige privathed på offentlige hospitaler, fremlagt sin model og redegjort for, at personlig privathed er et behov. Personlig privathed betegner den fornemmelse af identitet, værd og værdighed, autonomi og personligt rum som ethvert voksent menneske er i besiddelse af; en slags grænse mellem *jeg, mig, mit* og *andre mennesker* og *verden*. Personlig privathed er opnået, når patientens personlighed opleves anerkendt (Woogara, 2005, s. 274).

Til at belyse betydningen af patienternes indbyrdes relation for oplevelsen af privathed valgtes den norske sociolog, **Dag Album**. Album blev dr. philos. på baggrund af et etnografisk studie af patienters indbyrdes sociale relation, og giver med sin doktorafhandling "*Nære Fremmede*" fra 1996 et indblik i, hvad der sker, når personale og patienter forlader sengestuen, og patienterne er overladt til sig selv. Det, andre måske betegner som tom tid, er ifølge Album i virkeligheden grobund for en betydningsfuld relation, hvor patienterne bl.a. udvikler kundskaber om, hvad det vil sige at være syg. Albums perspektiv er således også patientens.

Det er en del af undersøgelsens videnskabsfilosofiske grundlag, at repræsentanternes udsagn er et udtryk for deres oplevelser, og derfor som sådan ikke kan diskuteres, og udgangspunktet for en fortolkning ligger derfor, uimodsagt fra forskerens side, i repræsentanternes udsagn.

5.1. Tema 1: Sygeplejerskernes rutiner versus patienternes behov.

En af de diskrepanser, der fandtes i beskrivelserne af betydningen af privathed for patienterne ved analysen af interviewene, består i, at patienterne ind imellem, på trods af at sygeplejerskerne øjensynligt ser og anerkender betydningen af patientens privathed, oplever at sygeplejerskerne agerer på en rutinemæssig måde, der er uhensigtsmæssig i forhold til at imødekomme patienternes behov.

Den engelske sygeplejerske og jurist, Jay Woogara beskriver, hvordan sundhedspersonalet fra den første dag, de træder ind på hospitalet, bliver bombarderet med forskellige faktorer, der er formende for selvet (Woogara, 2005, s. 282). Woogara nævner nogle af de faktorer, der har indflydelse på selvet hos sundhedspersonalet. Han nævner faktorer som afdelingens kultur og de herskende værdier, samt personlige forventninger og dagsorden hos det enkelte personalemedlem. Afdelingens målsætning, struktur og normering, og afdelingsledelsens rollemodelfunktion er ligeledes formende for selvet hos det enkelte personalemedlem, lige som viden og tidligere erfaringer er det. Nogle af disse faktorer genkender vi i sygeplejerskernes udsagn, når de taler om, hvorledes travlhed eksempelvis kan medføre, at de ind imellem udfører handlinger, de egentlig selv opfatter som privathedsinvaderende for patienten, ligesom patienterne opfatter det begrænsende for deres udfoldelsesmuligheder, når personalet italesætter deres travlhed overfor dem. Varetagelse af patienternes privathed synes ikke at være en indgroet del af sundhedspersonalets rutiner, når der er travlt, og det kan også forklares således.

Sygeplejerskerne oplever, at det er rutine for dem at arbejde med menneskekroppen, og derfor at se den eksponeret. Woogara beskriver, hvorledes det omformede selv projiceres ud i forskellige adfærdsmønstre, der bliver til etablerede standarder for plejeaktiviteter hos sundhedspersonalet, der dermed ledes til at udføre pleje på en rituel og rutinemæssig måde. Dermed er vejen banet for dannelse af såkaldt blinde pletter, der kan føre til tankeløshed hos personalet (Woogara, 2005, s. 282), således som det opleves af Patient C, der vækkes af nattevagterne, der på deres morgenrunde taler højt og glemmer at lukke døre og slukke lys, selvom patienterne sover.

Woogara beskriver endvidere, hvordan individer har en tendens til at rette sig ind efter gruppens principper for at sikre solidaritet og respekt indenfor gruppen, hvilket måske kunne være tilfældet for de sygeplejersker, der valgte sammen at holde pause i

rygerstuen, selvom de trådte ind over patienternes enemærker. Det kan også forklare, hvorfor personale i nogle tilfælde ikke protesterer, hvis de oplever kolleger udføre handlinger, der kan forekomme kompromitterende for patienten (Woogara, 2005, s. 282). Vi ser eksempelvis, at patient D oplever, at hendes medpatient bliver talt til i en nedladende tone. D finder det meget kompromitterende, men oplever ikke, at andre personalemedlemmer griber ikke ind.

Når sygeplejerskerne således undrer sig over patienternes ændrede adfærd, og mener at finde noget af årsagen hos dem selv, giver Woogara dem ret ved at sige, at sundhedspersonalets privathedsgrenser ændrer sig, fordi patienterne accepterer en sådan ændring uden at protestere (Woogara, 2005, s. 283). Hvordan det hænger sammen, forklares i næste afsnit.

5.2. Tema 2: Patienternes reaktion versus sygeplejerskernes forventning.

I fremlæggelsen af undersøgelsens resultater så vi, at sygeplejerskerne undrer sig over, at patienterne ikke i højere grad siger fra i situationer, der kan forekomme potentielt kompromitterende for patientens privathedsgrense. Vi så også, at sygeplejerskerne kunne beskrive psykiske reaktioner i form af resignation og nedtrykthed.

Sygeplejerskerne oplever, at de fungerer som rollemodeller for patienterne, og de forklarer det således, at den adfærd, de udviser i kraft af deres vaner og rutiner, så at sige smitter af på patienterne. Hvis et individ finder det helt naturligt at se på en eksponeret menneskekrop, er det måske heller ikke så farligt for et andet individ at eksponere den, og dermed har der fundet en tilpasning sted.

Sygeplejerskerne finder støtte i denne forklaring hos Woogara. Woogara beskriver nemlig, hvad der sker med en patients selv under en indlæggelse på et hospital, og hvorfor de begynder at opføre sig som – ja, patienter. (Woogara, 2005, s. 282).

Patientens originale selv omformes, når det bliver placeret i det fremmede miljø, som en hospitalsafdeling udgør. Dette miljø har sin egen kultur, sprog, magtfordeling og hierarki, og eventuelle tidligere erfaringer som patient sammenholdt med at man er iført patienttøj og samtidig har begrænsede muligheder for valg og kontrol over egen situation medfører, at man langsomt ændrer sine forventninger til at kunne opretholde sin privathed på hospitalet. Patienterne i denne undersøgelse er eksempelvis ikke

påvirkede af at se andre i patienttøj, eller på anden vis eksponere sig. Dette ny-formulerede selv projiceres ind i forskellige former for adfærd som patient, hvilket fører til, at patienterne nu prioriterer behovet for at modtage en sikker og faglig kompetent medicinsk behandling højere end behovet for privathed (Woogara, 2005, s. 282), som det ses hos patienterne i denne undersøgelse. Der ses en tydelig en ændring med patienternes behov for privathed i forhold til rekonvalescensen. Jo mere syg, man føler sig, jo mere glider behovet for privathed i baggrunden, som patient D udtrykker det. Vi så i undersøgelsen, at Patient C fandt det invaderende at skulle have hjælp til personlig hygiejne, og han oplever, at personalet håndterer situationen rutinemæssigt uden at give udtryk for, at de ved, at han er ked af det. C accepterer hjælpen, og giver heller ikke selv udtryk for, at han er ked af det. Woogara beskriver, hvordan patientens adfærd tilpasser sig patientrollen med det formål at skabe et tillidsfuldt forhold til sundhedspersonalet ved at påtage sig en integrerende attitude overfor afdelingens rutiner. Patientens grænse for, hvad der er privat bliver i denne proces bøjelig og ændres, og dermed er sundhedspersonalet i stand til at ændre grænserne for privathed, fordi patienterne har accepteret sådanne ændringer uden protest (Woogara, 2005, s. 283).

Woogara forklarer i sin model, at når privathedens grænseflade ændres på baggrund af både patienters og sundhedspersonalets ageren, skaber det en feedbackspiral tilbage til det ny-formulerede selv hos begge parter. Dette medfører yderligere forandringer og tilpasning af adfærden hos patienter og sundhedspersonale, indtil man når et punkt, hvor det bliver ubærligt for begge parter at befinde sig indenfor samfundets forventede normer og adfærdsmønstre (Se fig. 2).

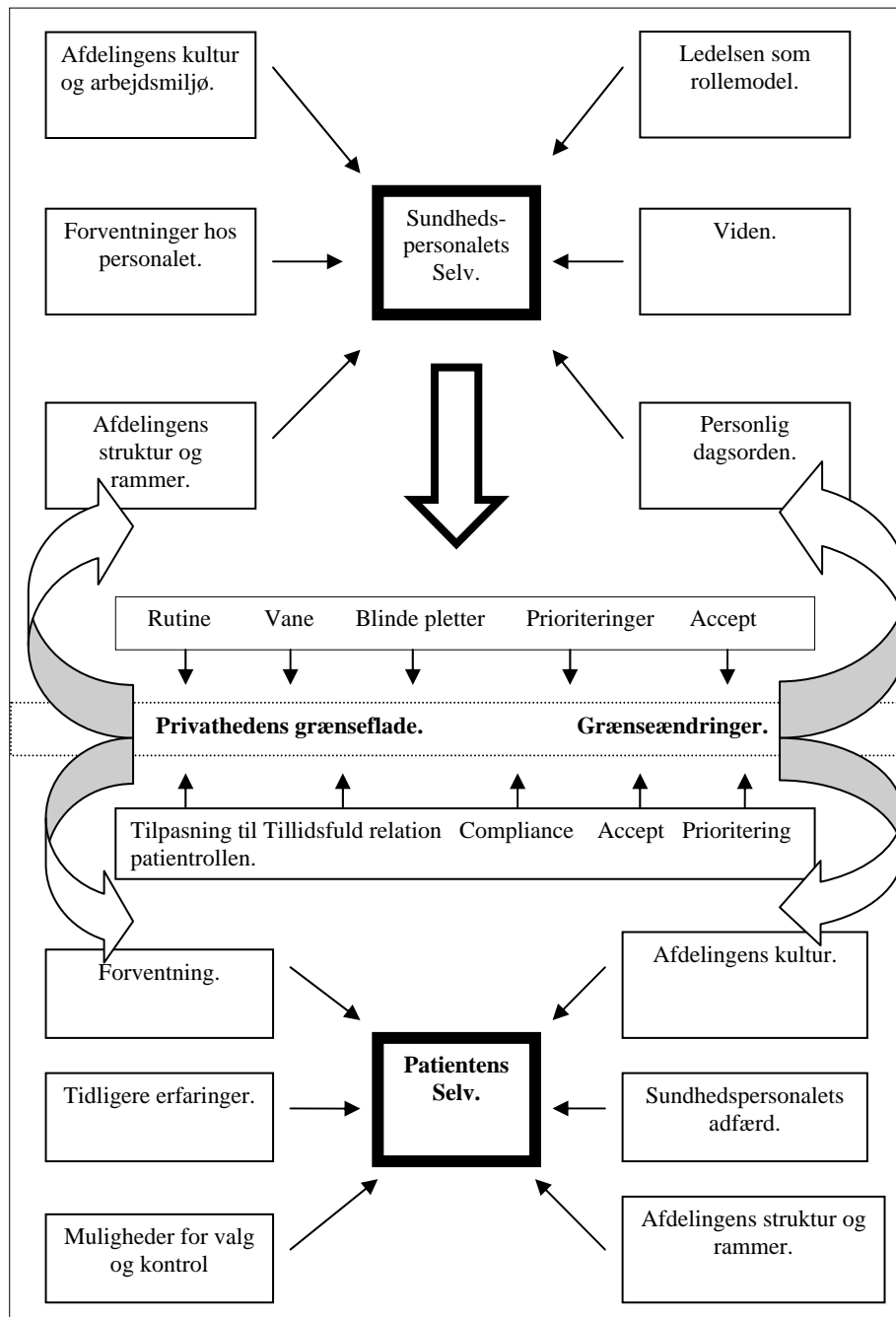


Fig. 2: Privathedsmodel: Selvets påvirkning på adfærden hos patienter og sundhedspersonale.
(Woogara, 2005).

Både sygeplejersker og patienter kan beskrive psykiske reaktioner hos patienterne i form af resignation og nedtrykthed. Det kunne tyde på, at grænsen for, hvornår den gentagne justering og tilpasning af privathedens grænseflade bliver ubærlig, indimellem overskrides for patienterne i undersøgelsen.

Bauer forklarer, hvad der sker med vores patienter, når feedbackspiralen bliver til en ond cirkel og privathedsgrensen invaderes. Der sker ifølge Bauer to ting:

5.2.1. Patienten oplever afhængighed.

Patient D oplever en "væmmelig" afhængighed, som hun gerne tilpasser sin privathedsgrense for at komme af med. Afhængighed af andre, personale eller medpatienter, udgør et stort problem for et menneske, som ikke kan opretholde sine sædvanlige rutiner eller udføre sine sædvanlige handlinger selv, og dette problem bliver større efterhånden som indlæggelsen skrider frem (Bauer, 1994, s. 130). Hjælp kan lettere accepteres, selvom det ikke er ønskværdigt, for en kort periode eller i en akut situation, og vi ser da også, at Patient D eksempelvis accepterer at være iført patienttøj frem for sit eget, fordi det i situationen er mere praktisk.

Afhængighed består ifølge Bauer af tre komponenter:

For det første har patienterne ikke længere kontrol over egen situation, hvilket som sagt er essentielt for at beskytte selvet. Dette indebærer for det andet, at patienterne måtte forstyrre andre – medpatienter som sundhedspersonale. Det er ikke alene ubehageligt at skulle bede andre om hjælp til noget, man før har kunnet selv. Mennesket er et socialt væsen og har derfor også sans for andres følelse af privathed (Bauer, 1994, s. 142), og det forklarer, hvorfor patienterne i vores undersøgelse føler det ubehageligt at forstyrre andres privathed. De har ikke alene en bestemt indstilling til egen privathed – de er også følsomme overfor andres privathed. Invasion af andres privathed bliver opfattet lige så belastende, som invasion af ens egen privathed (Bauer, 1994, s. 142)

For det tredje er hjælpen fokuseret på pinlige situationer, som når Patient C har haft diarré og må have hjælp til personlig hygiejne.

En kombination af disse tre aspekter er ofte i spil, og patienterne tager ofte alle mulige risici for at undgå afhængighed (Bauer, 1994, s. 130). Eksempelvis så vi, at C ofte har bakset sig selv over i en kørestol og er kørt ud på toilettet, inden han har bedt om hjælp til vask efter diarré.

Bauer siger, at patienterne befinder sig i en paradoks situation, idet de skal være taknemmelige for noget, der i natur bliver opfattet som ubehageligt (Bauer, 1994 s. 130), og det sætter sit præg på den tillidsfulde relation, Woogara, mener, at de er nødt til at indgå med personalet (Woogara, 2005, s. 282).

5.2.2. Patienten oplever hjælpeløshed.

Den afhængighed, Patient D finder så væmmelig, udspringer af, at hun føler sig hjælpeløs. Hun er pludseligt sat i en situation, hvor et akut hoftebrud og efterfølgende operation har gjort hende svækket hende og gjort hende immobil. Bauer finder, at mange patienter, uanset hvad der end foretages med dem, og hvor pinligt det end måtte være for dem føler sig ude af stand til at beskytte sig sufficent (Bauer, 1994, s. 131). Patienterne i undersøgelsen beskriver, at de har befundet sig i situationer, der oplevedes som nedværdigende. Bauer siger med Lazarus' ord, at hjælpeløshed opstår i situationer, hvor et individ har en ekstraordinær grad af kontrol over et andet individs fysiske og sociale miljø. I denne sammenhæng, mener Bauer, at der er tale om sundhedspersonalets kontrol over patientens miljø (Bauer, 1994, s. 131). Bauer mener, at mangel på kontrol kan have en negativ indflydelse på patienten. I stedet for at hjælpe patienten, synes de omstændigheder, der kompromitterer patientens privathed på hospitalet at lægge hindringer i vejen for rekonvalescensen eller i hvert fald at tilføje yderligere belastninger. Som Woogara siger, tilpasser patienten sig hospitalsmiljøet, og sikrer dermed, at hospitalets rutiner opretholdes, og dermed ligger kontrollen hos dem, der ved bedst, nemlig fagpersonalet (Bauer, 1994, s. 131). Bauer citerer Seligman, der kalder dette fænomen for "*institutionaliseret hjælpeløshed*", og som argumenterer for, at institutioner, som hospitaler ofte er ufølsomme overfor individets behov for at have kontrol over egen situation, og at relationen mellem sundhedspersonalet og patienten sædvanligvis ikke er af en karakter, der giver patienten en følelse af at have kontrol. Sundhedspersonalet ved meget, men fortæller lidt, og patienten forventes at stole på den professionelle hjælp. Selvom nogle patienter i visse situationer profiterer af at give kontrollen fra sig, vil det hjælpe andre at have mere kontrol. At blive indlagt på et hospital, og dermed bringes i en mindre kontrolleret situation, fremmer nok effektiviteten, men det fremmer ikke helbredet (Bauer, 1994, s. 131).

5.3. Tema 3: Hospitalets status set i et privathedsperspektiv.

Når sygeplejerskerne udtrykker undren over patienternes ageren, når det drejer sig om at beskytte deres privathed, kan det forklares ved, at sygeplejersker og patienter ikke altid er enige om deres syn på hospitalets status i et privathedsperspektiv. Der er

sygeplejersker, der forventer, at patienterne agerer, som var de på et offentligt sted, når de sidder på hospitalsgangen, mens patienterne forklarer deres ageren med, at de netop befinder sig på et hospital. Dermed tillægger patienterne hospitalet en særlig status, når det gælder privathed.

Jeg har i de to foregående afsnit argumenteret for, hvad der gør at privathed er anderledes på hospitalet end udenfor, for de individer, der befinder sig der. At privathed er noget andet på hospitalet er, ifølge Bauer, alment accepteret, og jo lavere ens forventninger til opretholdelsen af privatheden er, jo bedre bliver ens oplevelse af opholdet på hospitalet (Bauer, 1994, s. 115). Bauer sammenligner vilkårene for privathed på hospitalet med vilkårene i et fængsel: Adgangen til individet og dets ejendele, eksponering af identitet og krop samt begrænset autonomi er spørgsmål, afgjort af etablerede regler i institutionaliserede rammer (Bauer, 1994, s. 115).

Men det ser ud til, at der er steder i afdelingen, der er mere private end andre. Seng og sengebord, hospitalsgangen samt dagligstuen er steder, der synes at have hver deres privathedsstatus. Ifølge Bauer kan dette forklares med, at privathed er knyttet til territorialitet (Bauer, 1994, s. 10).

Et individs opfattelse af privathed relaterer sig ikke udelukkende til selvets integritet, men også til ejerskabet over et personligt identificeret territorium, som man besidder kontrollen over. Demarkationslinjer bruges ikke kun som barrierer mod verden udenfor, men også som et sikkerhedsbælte for alt, hvad der befinder sig inden for denne grænse. Enhver, der ønsker adgang til et andet individs territorium, skal have tilladelse dertil, og det er så op til indehaveren af territoriet at give adgangstilladelse (Bauer, 1994, s. 145). At træde ind i en andens territorium uden tilladelse er en alvorlig forseelse, og sygeplejerskerne har også en fornemmelse af, at her skal de træde forsigtigt for ikke at kompromittere patienten. Personlige ejendele opfattes som værende sikre, så længe de befinder sig inden for territoriet og på deres rette plads, og sygeplejerskerne oplever da også, at det er vigtigt for patienterne at have en skuffe til mobiltelefonen, et ur eller andre ejendele, der betragtes som personlige.

Bauer henviser til Altman's tre bestemte typer af territorier (Bauer, 1994 s. 10):

- *Primære territorier.* Primære territorier er udelukkende ejet og anvendt af individer og grupper, og de er klart markeret som deres. De er kontrolleret på en

relativt permanent basis og er centrale for ejernes dagligliv. Et eksempel på dette kan være en persons seng, skab, soveværelse, hjem, ejendom, en nations land. Territoriet er som regel under fuld kontrol af dets ejer(e), og invasion fører til alvorlige forsvarsmæssige reaktioner. Det kan antages, at manglende evne til at kontrollere det primære territorium kan medføre forringelse af det psykiske velbefindende.

- *Sekundære territorier.* Disse territorier er i mindre grad forbeholdt et enkeltindivid eller en gruppe, og i mindre grad under ejernes kontrol. Det kan eksempelvis dreje sig om det kvarter, man bor i, en forening, man er medlem af forskellige dele af byen, der er beboet af forskellige etniske grupper. De er tilgængelige for andre, men stadig under en vis form for beskyttelse af deres brugere.
- *Offentlige territorier.* Offentlige territorier, så som parker, bussæder, strande, restaurantborde, butiksområder, kan anvendes af næsten enhver på en midlertidig basis, forudsat at man underligger sig visse sociale spilleregler. Goffman (1971, i Bauer, 1994, s. 11) nævnte eksempelvis offentlige steder, man kortvarigt har eneret på, som f.eks. telefonbokse, steder, man opholder sig for at opnå eller nå til noget, som f.eks. en kø til bussen eller i supermarkedet eller steder, man midlertidigt må bruge, som f.eks. pladsen foran én, så man kan se et maleri på et museum.

(Altman, 1975, i: Bauer, 1994, s. 10-11).

Men der er alligevel noget, der tyder på, at betydningen af territorier ændres, når man befinder sig på en hospitalsafdeling.

5.3.1. Sengen og sengebordet.

Sygeplejerskerne beskriver, hvorledes sengen og sengebordet udgør patientens base under indlæggelsen. Det er her, man hører til, og det er her, man har sine personlige

ejendele, og sygeplejerskerne oplever, at de her skal have særlig tilladelse til at komme ind.

Album finder også, at sengen og sengebordet er patienternes base under indlæggelsen (Album, 1996, s. 31). Det er stedet man trækker sig tilbage til, og der, hvor man er for sig selv. Album beskriver, hvordan personalet giver patienterne navne efter, hvilken seng, de ligger i – *to-sengen på stue tre* er den patient, der for tiden er allokeret til seng nr. to på stue tre.

Sengen og sengebordet kan sammenlignes med det primære territorium, som Altman beskriver (Bauer, 1994, s. 126), men i modsætning til Altmans teori, har patienternes primære territorium kendetegn, som tilhører Altmans sekundære territorium, nemlig mangel på eneret og mindre kontrol. Sengen er, ifølge Album (1996, s. 31), alligevel ikke helt er patientens egen, og den er i hvert fald ikke noget sikkert sted, at trække sig tilbage til. Personalet kan komme når som helst, og med mindre, man ligger på enestue, er der altid en medpatient lige ved siden af.

5.3.2. Hospitalsgangen.

Samtlige sygeplejersker i undersøgelsen undrer sig over, at møde patienter, der færdes på gangen mere eller mindre påklædte. Alle har de oplevet patienter, der krydsede gangen på vej til badeværelse eller toilet, kun iført undertøj eller patienter, der sidder på gangen nødtørftigt dækket af en patientskjorte, og en sygeplejerske fortæller, at hun ikke kan forstå, hvorfor patienterne agerer således i et offentligt rum.

En del af det at beskytte selvet består i at opretholde en socialt acceptabel præsentation af kroppen (Bauer, 1994, s. 145). Det inkluderer bl.a. at være passende påklædt og at afholde sig fra uhøflig eller pinlig opførsel. Forlegenhed er, ifølge Bauer (1994, s. 17), nært beslægtet med skam, og er en meget belastende oplevelse for individet.

Forlegenhed bliver udløst af en momentan hændelse, hvor individet bliver eksponeret for omverdenen på en måde, der ikke er ønskværdig for individet selv. Forlegenhed har så at sige at gøre med individet ansigt udadtil. Sygeplejerskerne antager, at det er vigtigt for patienterne at undgå denne forlegenhed, der måtte følge med at eksponere sin krop i et offentligt rum. Sygeplejerskerne betragter dermed hospitalsgangen for det, Altman ville kalde et offentligt territorium – altså et rum, man har midlertidigt råderet over, hvis man vel at mærke opfylder visse spilleregler. Men diskrepansen opstår ved, at patienterne ikke betragter gangen som et offentligt territorium. I patienternes

beskrivelser ser det nærmere ud til, at gangen har kendetegn, der svarer til det sekundære territoriums. Territoriet tilhører ikke længere et enkeltindivid, og mange har adgang dertil, men det bliver stadig i nogen grad beskyttet af dets ejere. Men gangen har også kendetegn fra det primære territorium, i det patienterne markerer det ved at være påklædt, som befandt de sig i deres primære territorium.

Hospitalet har, når man anskuer det i et privathedsperspektiv, en særstatus i forhold til Altman's typer af territorier, idet hospitalet synes, at repræsentere et territorium, hvis retmæssige indehavere er sundhedspersonalet, og dette stemmer overens med Bauers fund (Bauer, 1994, s. 126). Patientens indlæggelse på hospitalet betyder, at han midlertidigt kan gøre krav på en lille del af andres territorium, men fuldstændig kontrol og eneret over et primært territorium kan ikke opnås.

5.3.3. Rygerdagligstuen.

Rygerdagligstuen synes også at have sine helt egne kendetegn. Her kommer patienterne for at ryge og adspire sig med hinanden. Rygerdagligstuen er endnu et specielt sted i afdelingen, og det har kendetegn både fra det primære og det sekundære territorium. Kendetegnene fra det primære territorium ligger i, at sygeplejerskerne oplever, at de skal have en særlig anledning, så som medicingivning, for at blive tilladt adgang, og at det opleves invaderende for patienterne, hvis sundhedspersonalet tager ophold der, for selv at holde rygepause. Kendetegnene fra det sekundære territorium ligger i, at mange har adgang, hvis de overholder spillereglerne. Men det er bemærkelsesværdigt, at sundhedspersonalet ikke har den samme adgang til rygerdagligstuen, som de eksempelvis har til hospitalsgangen. Det kunne tyde på, at samværet patienterne imellem er af en sådan vigtighed, at det kendetegner rygerdagligstuens territorielle status.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen oplever, at der opstår fællesskaber og ind imellem endda venskaber mellem patienterne under en indlæggelse. Den norske sociolog og dr. phil., Dag Album, forklarer, at dette skyldes, at patienterne i høj grad er til stede for hinanden. (Album, 1996, s. 95). Sundhedspersonalet kommer forbi en gang imellem,

men de har som regel kortvarige ærinder på stuen, og viser, at de har andre opgaver, de skal videre til. De pårørende er også kun på besøg en lille del af døgnet.

Sundhedspersonalet er vigtigere, fordi de varetager den behandling, som patienterne prioriterer højere end privathed, og de pårørende er personligt tættere på end medpatienterne, men det er medpatienterne, man som indlagt har mest at gøre med.

Den fysiske tilstedeværelse af andre mennesker betyder altid noget i sig selv, fordi de mennesker, vi oftest støder på, også er nogen, vi har som regel noget til fælles med (Album, 1996, s.96). Patienterne i undersøgelsen taler sammen, fordi det er let at tale sammen med nogen, der er i samme situation som indlagte og syge. Sygeplejerskerne beskriver, hvordan patienterne støtter og solidariserer sig med hinanden. De er, med Patient C's udtryk, i samme båd.

Sygeplejerskerne oplever, at patienterne i samværet med hinanden får noget, de ikke finder i samværet med sundhedspersonalet, og det kan være forklaringen på, hvorfor samværet med medpatienterne i visse situationer er nødt til at foregå uden tilstedeværelsen af personale. Dag Album angiver mange grunde til, at patienterne har glæde af samværet med hinanden. Album beskriver, hvorledes patienter, der indlægges på hospitalet er kendetegnet ved, at deres identiteter får en ustabil ontologisk status (Album, 1996, s. 38), i og med at de pludselig ikke alene befinder sig i patientrollen, men de er også syge. At være syg og samtidig skal finde sig tilrette i en ny rolle indebærer, at man til en vis grad mister kontrollen, og dermed bliver selvet, med Albums ord, skrøbeligt.

Sygeplejerskerne antager, at en væsentlig grund til, at patienterne ønsker samværet med hinanden, er, at de kan lære af hinanden, og dermed får et andet perspektiv på deres situation, og Album giver dem ret i denne antagelse. Gennem samtaler med hinanden får patienterne en bedre forståelse af, hvad det vil sige at være syg. De øger deres kundskaber om deres sygdom, om undersøgelser og om sundhedspersonalet (Album, 1996, s. 100). Album beskriver, hvordan formålet med mange af patienternes samtaler er at finde ud af mere om deres sygdom, og at også patienter, der ikke fejler det samme, kan have interessante bidrag til samtalen (Album, 1996, s. 151). Mange sygdomme udvikler sig efter et mønster, siger Album, og patienterne vil gerne kunne kontrollere sygdommen ved at kunne forudsige disse mønstre, og søger derfor at finde ligheder, både når det gælder sygdommen, undersøgelser og behandling.

En anden årsag, som sygeplejerskerne angiver til patienternes ønske om samvær uden tilstedeværelse af sundhedspersonale, er at de finder støtte hos hinanden. Også her finder de belæg for deres antagelse hos Album. Han beskriver nemlig, hvordan patienterne finder emotionel forståelse for deres egne reaktioner, og bliver trøstet ved at møde andre, der forstår, hvordan de har det. Album redegør for, at det for patienterne ikke bare handler om at forberede sig på det, der skal ske, men også at finde mening i det, som allerede er sket (Album 1996, s. 153). Både patienter og sundhedspersonale kan bidrage til det, men på hver deres måde. Hos personalet henter patienterne eksempelvis information om, hvad hensigten med en undersøgelse er, hvordan den blev gennemført, og om resultatet var vellykket. Men medpatienterne kan bidrage med noget andet, nemlig med at få oplevelserne på plads. Album finder, at medpatienter er gode at snakke med, fordi de kan bekræfte de erfaringer, patienten har gjort (Album, 1996, s. 153). Det betyder noget, at den man fortæller sine oplevelser til, selv har oplevet det på sin egen krop. Det giver medpatienten, ganske som sygeplejerskerne i undersøgelsen oplever det, en særlig autoritet, som sundhedspersonalet ikke har.

6. Konklusion.

Formålet med dette speciale var at tilvejebringe indsigt i og forståelse af, hvordan patienter og sygeplejersker oplever betydningen af privathed for patienter, mens de er indlagt på hospitalet, og for at opnå denne indsigt har fire patienter og tre sygeplejersker delt deres oplevelser med os. I det følgende vil der blive redegjort for, hvilken indsigt, der er opnået i dette speciale i forhold til formål og forskningsspørgsmål. Men da specialets videnskabsfilosofiske ramme er hermeneutisk-fænomenologisk, må der tages forbehold for at fortolkningen er en uendelig proces (Kvale, 2006, s. 57), og at det ligger i princippet om den hermeneutiske cirkel, at fortolkningen aldrig kan afsluttes.

Der er stor enighed mellem de to repræsentantgrupper, når de skal beskrive betydningen af privathed for patienter, der er indlagt på en hospitalsafdeling.

Det opleves betydningsfuldt af begge grupper, at man har muligheden for at trække sig tilbage fra samværet med andre, når man har brug for det, og det opleves belastende, når man ikke har mulighed for det. Repræsentanterne pointerer vigtigheden af at kunne

adsprede sig for sig selv, og ikke mindst at have mulighed for at aflægge toiletbesøg i det tempo, man gerne vil, og det opleves belastende, når dette ikke er muligt.

Både patienter og sygeplejersker finder det vigtigt, at patienterne får mulighed for at trække sig tilbage for at hvile og sove, når de har brug for det, og det opleves som væsentligt i forhold til rekonvalescensens varighed, idet patienterne beskriver, at de får det dårligere, når dette ikke er muligt, og sygeplejerskerne beskriver, at patienterne klarer genoptræning og andre rekonvalescensfremmede tiltag dårligere, når de ikke er udhvilede.

Seng og sengebord opleves som patienternes base under indlæggelsen, og det er her man ofte trækker sig tilbage til. Sengen og sengebordet har karakter af et primært territorium, men fundene viser i dialog med litteraturen, at sengen og sengebordet ikke i udstrakt grad er velegnet til retræte, for personalet har i vidt omfang adgang, og man har ofte en medpatient liggende ved siden af, så dermed mangler basen de helt væsentlige karaktertræk fra det primære territorium, nemlig kontrol og eneret. Både patienter og sundhedspersonale udvikler da også strategier for at øge retrætemulighederne ved bl.a. at bruge forhænget om sengen eller en skærm til at signalere formindsket adgang til patientens base, eller man giver patienten mulighed for helt at trække sig væk fra hospitalsmiljøet ved at lade patienten tage på orlov et par timer.

Det er også betydningsfuldt, at man ikke bliver unødigt eksponeret, men jo dårligere, man har det, jo mere glider behovet for privathed i baggrunden. Patienterne prioriterer, at genvinde helbredet og kalkulerer med, at en vis eksponering er nødvendig. Det er også forventeligt, at man konfronteres med andres eksponering, ligesom man forventer at møde andres sygdom og lidelse. Andres lidelse bliver først belastende i det øjeblik, man ikke forstår den, og patienterne søger da hen imod at finde forståelse for medpatientens situation, ligesom sundhedspersonalet værksætter tiltag for at patienterne ikke skal belastes af dette.

Valg og kontrol over egen situation anses ligeledes af begge repræsentantgrupper som værende af stor betydning for patienternes oplevelse af deres privathed. Et højt informationsniveau er vigtigt for at kunne træffe adækvate valg og et højt funktionsniveau er vigtigt, når kontrollen skal sikres, og det er væsentligt at sundhedspersonalet kan udvise konduite og bøjede rutinerne, hvis patienten skal have en oplevelse af, at have bevaret sin autonomi.

Vi ser altså en stor enighed i patienters og sygeplejerskers opfattelser af betydningen af privathed for patienterne, men der er en diskrepans på et væsentligt område, nemlig hvilken status man tillægger hospitalet, når man anskuer det i et privathedsperspektiv. Hospitalet kan nemlig ikke - som nogle sygeplejersker gør - anses for et offentligt sted. Med det er heller ikke et privat sted. Det har sin egen særegne kendetegn, og sin egen særlige status, og det opleves også sådan af patienterne.

Hospitalet er grundlæggende kendetegnet ved at det repræsenterer et territorium, hvis retmæssige indehavere er sundhedspersonalet. Patientens indlæggelse på hospitalet betyder, at han midlertidigt kan gøre krav på en lille del af andres territorium, og det medfører, at patienten aldrig opnår fuld kontrol og eneret over et primært territorium eller en base, mens han er indlagt. Forskellige områder på hospitalet har forskellige kendetegn, og der er steder, hvor personalet har mere adgang end andre.

Rygerdagligstuen repræsenterer et område, hvor personalet skal have en særlig anledning for at opholde sig. Årsagen hertil er, at patienterne her finder et erfaringsfællesskab med hinanden, hvor de erhverver kundskaber om patientrollen og om deres sygdom, og hvor de finder en emotionel støtte hos mennesker, der har prøvet lignende situationer på egen krop. Medpatienten har i dette tilfælde en autoritet, som sundhedspersonalet ikke besidder, og derfor er sundhedspersonalet ikke tilladt adgang på lige fod med medpatienter.

Sygeplejerskerne undrer sig over, at patienterne øjensynligt giver afkald på privathed eller undlader at protestere, når deres privathed kompromitteres. Sygeplejerskerne peger på, at en del af forklaringen kan ligge i deres egen adfærd, og teorien giver dem ret på den måde, at årsagen skal findes i påvirkningen fra hospitalsmiljøet på selvet hos både patienter og sundhedspersonale. Privathedsgrænsen hos begge parter bliver bøjelig i mødet med hospitalets institutionelle rammer. Sundhedspersonalets selv formes af faktorer som rammer, kultur og værdier, og det omformede selv projiceres ud i adfærdsmønstre og etablerede standarder, der medfører rituel og rutinemæssig adfærd og blinde vinkler hos personalet.

Sundhedspersonalets privathedsgrænse bliver bøjelig, fordi patienterne accepterer en sådan ændring, og det gør de, fordi de i patientsituationen har begrænsede muligheder for valg og kontrol over egen situation. Dermed ændres forventningerne til mulighederne for at opretholde sin privathed. Patienten påtager sig en integrerende

attitude overfor afdelingens rutiner med det formål at skabe en tillidsfuld relation til sundhedspersonalet, fordi de i situationen prioriterer en fagligt kompetent behandling. Men individet påvirkes, når privathedens grænseflade hele tiden ændres og tilpasses. Man når til sidst et punkt, hvor det bliver ubærligt for begge parter at befinde sig indenfor samfundets forventede normer og adfærdsmønstre, og det ses også i denne undersøgelse, hvor patienterne reagerer med nedtrykthed og resignation. Det skyldes den hjælpeløshed og afhængighed, der følger med, når kontrollen må slippes, og man er nødt til at bede andre om hjælp i pinlige situationer, samtidig med at man må være taknemmelig for noget, der i sin natur opfattes som ubehageligt.

Institutionaliseret hjælpeløshed opstår, når patienten må afgive kontrol til et system, der i sin natur er ufølsomt overfor individets behov for kontrol. Denne hjælpeløshed kan have en negativ indflydelse på patienten, således at de omstændigheder, der kompromitterer patientens privathed kan belaste patienten yderligere og muligvis hindre patientens rekonvalescens.

Man kan derfor i denne undersøgelse ikke konkludere, at kompromittering eller invasion af patientens privathedsgrænse medfører forlænget rekonvalescens, men man kan konkludere, at muligheden foreligger.

7. Metodekritiske overvejelser.

For at en undersøgelses resultater fremtræder troværdigt, skal undersøgelsen opfylde visse kriterier.

Jeg vil i dette afsnit forholde mig til denne undersøgelses troværdighed samt diskutere de metodekritiske overvejelser, der vurderes væsentlige.

Formålet med denne undersøgelse har været at få indsigt i, hvordan patienter og sygeplejersker oplever betydningen af privathed for patienter under en indlæggelse på en hospitalsafdeling. Undersøgelsens videnskabsfilosofiske udgangspunkt er hermeneutisk-fænomenologisk, fordi både fænomenologien og hermeneutikken ser en opgave i at udforske de filosofiske grundspørgsmål vedrørende menneskers livsverden (van Manen, 1997, s. 7). Van Manens hermeneutisk-fænomenologiske tilgang til humanvidenskabelige undersøgelser tager udgangspunkt i menneskers livsverden, og patienters privathed under indlæggelse

på hospitalet kan forstås som et livsverdensfænomen, og dermed kan den hermeneutisk-fænomenologiske ramme om undersøgelsen anses som relevant.

Den fænomenologiske reduktion søger at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen (Kvale, 2006, s. 63), og man kan som kritiker indvende, at dette ikke er muligt, idet undersøgeren vil påvirke det undersøgte, men denne fordomsfrihed skal ikke opnås ved et absolut fravær af forudsætninger, men netop sættes i parentes ved en kritisk analyse af egne forudsætninger (Kvale, 2006, s. 63).

Van Manen siger om den hermeneutisk-fænomenologiske metode, at der ingen metode er (van Manen, 1997, s. 29-30). Dette modificerer han dog ved at forklare, at der findes erfaringer, viden og indsigt at trække på som kilde til inspiration, når man vælger forskningspraksis, men selvom der altså findes anbefalinger og traditioner indenfor hermeneutisk-fænomenologisk forskningsmetode, skal man hverken ignorere eller afvise dem, men altså heller ikke ligge på knæ for dem eller følge dem slavisk (van Manen, 1997, s. 30). I dette tilfælde er det kvalitative forskningsinterview valgt som metode. Her vurderer jeg, at repræsentanterne har haft gode vilkår for at fortælle om deres oplevelser, og at mange aspekter er blevet berørt, men det anses også for muligt, at emnet ikke er udtømt, og at der stadig eksisterer mange oplevelser at beskrive. Dette ligger overvejende i emnets beskaffenhed, men også det faktum, at jeg er novice som interviewer vurderes at have betydning.

Antallet af interviewpersoner blev valgt ud fra undersøgelsens tidsperspektiv. Det er muligt, at jeg havde opnået et mere nuanceret billede, hvis flere repræsentanter var blevet interviewet, og spørgsmålet er, om undersøgelsens resultater er generaliserbare. Kvale problematiserer den vægt, der lægges på kravet om generaliserbarhed (Kvale, 2006, s. 279), idet han beskriver, hvorledes dette krav har rødder i en positivistisk videnskabsopfattelse med baggrund i statistik og som stiller krav om et stort antal informanter. Modsætningen er en humanistisk opfattelse af den enkelte situations unikke karakter (Kvale, 2006, s. 228). Da det videnskabsfilosofiske udgangspunkt for denne undersøgelse er fænomenologisk, hvor enkeltpersoners oplevelser er det centrale, er det ikke muligt at tale om generaliserbarhed i positivistisk betydning. Kvale mener, at udviklingen i postmoderne tilgange til samfundsvidenskaberne peger hen mod en betoning af kontekstualiteten og heterogeniteten af lokal viden, og siger, at fokuseringen på enkelttilfælde muliggør, at man nøje kan undersøge forholdet mellem en bestemt

oplevelse og dens kontekst, og finde logikken mellem individet og situationen (Kvale, 2006, s.109). Set i dette lys er generaliserbarhed en mulighed.

Undersøgelsen gennem hele processen løbende søgt valideret som beskrevet i metodeafsnittet.

Kvale anbefaler, at man overvejer geninterview for at uddybe og validere sine resultater. Dette har ikke været muligt ud fra undersøgelsens tidsperspektiv, men i løbet af analyseprocessen har det ind imellem stået klart, at en uddybning af visse spørgsmål havde medført øget indsigt.

Det ligger i undersøgelsens hermeneutiske ramme, at fortolkningsprocessen fortsætter i en uendelig proces. Dermed kan man ikke sige, at emnet er endeligt belyst, men man kan sige at der er opnået en øget indsigt.

Kunne indsigt i betydningen af patienters privathed være opnået på anden vis?

Polit et. al foreslår metodetriangulering som en vej til at øge validiteten af en sådan undersøgelse (Polit et al., 2001, s. 313). Her kunne et feltstudie være kombineret med det kvalitative forskningsinterview være oplagt. Ved ensidigt at fokusere på videnstilvejebringelse ved hjælp af interviews kan man komme til at overse vigtige data, der kunne være tilvejebragt ved andre metoder, således som det påpeges af de amerikanske sygeplejeforskere, Sandelowski og Barroso (Sandelowski og Barroso, 2003), som i deres metaanalyse netop problematiserer over, at det kvalitative forskningsinterview synes at være standarden i sygeplejeforskningen.

En anden metodetilgang kunne være det etnografiske studie, hvor forskeren fokuserer på kulturen blandt en gruppe mennesker (Polit et al., 2001, s. 213), og søger at lære af dem frem for at studere dem. Ved hjælp af feltstudier af den kulturelle adfærd, de kulturelle artefakter, og den kulturelle tale og dybdeinterviews ville man kunne tilvejebringe viden om de sider af hospitalskulturen, der ligger så dybt indlejret i de mennesker, der færdes der, at de ikke er bevidst om dem. Dette er imidlertid en meget tidskrævende arbejdsproces, og ligger derfor udenfor, hvad der er realistisk i denne sammenhæng.

8. Perspektivering og anbefalinger.

Som nævnt ovenfor slutter den hermeneutiske fortolkning aldrig, men fortsætter i en cirkulær bevægelse i det uendelige, og dette speciales konklusion rejser da også nye

spørgsmål. Der er flere spørgsmål, der særligt trænger sig på efter arbejdet med dette speciale.

I denne undersøgelse har jeg ikke, eller kun overfladisk berørt emner, som personligt rum, afhængighed og hjælpeløshed. Ideen om det personlige rum hænger sammen med ideen om territorialitet, og handler om den grænse, der omgiver et individ. Funktionen af det personlige rum er at holde andre individer på passende afstand (Bauer, 1994, s. 13). Det vil være relevant at undersøge, hvordan patienter og sundhedspersonale oplever beskyttelsen af det personlige rum under en indlæggelse, ligesom det vil være relevant at forske mere i patienters og sundhedspersonalets oplevelse af afhængighed og hjælpeløshed.

At det kan konkluderes, at hospitalet har en særstatus set i et privathedsperspektiv lægger op til en yderligere udforskning af dette, ligesom en udforskning af patienters og sundhedspersonalets territorialadfærd vil bibringe nyttig viden.

Det kan i dette speciale konkluderes, at patienterne udvikler psykiske reaktioner, når deres privathed kompromitteres, idet vi ser, at patienterne resignerer og bliver nedtrykte. Det kan ikke konkluderes ud fra denne undersøgelse, at invasion af patienternes privathed medfører forlænget rekonvalescens, men muligheden foreligger. Det er heller ikke ud fra min litteratursøgning muligt at sige noget konkluderende om dette, selvom Bauer, ligeledes åbner muligheden for forlænget rekonvalescens (Bauer, 1994). Da muligheden således foreligger synes en videre udforskning at være oplagt, især set i lyset af, at man i denne lille undersøgelse med forholdsvis få repræsentanter, ser psykiske påvirkninger hos patienterne.

At opretholde sin privathed under en indlæggelse har stor betydning for individets velbefindende, og patienterne i undersøgelsen udvikler da også forskellige strategier i bestræbelserne på at beskytte deres privathed. Et nærmere studie af disse strategier vil give sundhedspersonalet en værdifuld indsigt i, hvordan man kan hjælpe patienterne med at opretholde deres privathed, mens de er indlagt på en hospitalsafdeling.

Det er mange år siden, at patienterne lå på store sovesale, eller at man satte store vinduespartier imellem sengestuerne, så sundhedspersonalet bedre kunne overvåge deres tilstand, men undersøgelsen kunne tyde på, at det er yderst relevant at udforske påvirkningen af hospitalers arkitektur og indretning på patienters privathed – især i disse år, hvor opførelsen af nye supersygehuse diskuteres.

Fundene i denne undersøgelse peger også hen imod at beskyttelsen af patienters privathed ikke er en indgroet del af sundhedspersonalets rutiner, men at det snarere nedprioriteres, når det skal gå stærkt. En yderligere undersøgelse af dette vil give sundhedspersonalet en øget indsigt i egen praksis til gavn for patienterne.

I det hele taget er en bevidstgørelse om dette emne på sin plads. Sundhedspersonalet fungerer som rollemodeller for hinanden, og viden spiller en rolle for denne funktion. Derfor bør viden om privathedens betydning for patienternes velbefindende have en plads i sundhedspersonalets uddannelse, både præ – og postgraduat.

Denne gennemgang af nye spørgsmål og anbefalinger til nye tiltag er ikke komplet – mulighederne er uendelige, og nye spørgsmål vil hele tiden rejse sig i en hermeneutisk cirkelbevægelse.

9. Litteratur.

- Album, Dag: *"Nære Fremmede – pasientkulturen i sykehus"*, TANO, 1. udgave, 1. oplag, Oslo, 1996.
- Andersen, Elisabeth Wederkinck: *"Den store og den lille ondskab"*, in: Tidsskriftet Sygeplejersken, blad nr. 1, 2006.
- Bauer, Irmgard: *"Patients' Privacy"*, Avebury, Ashgate Publishing Ltd., 1. udgave, 1. oplag, Aldershot, England, 1994.
- Birrel, J. et al: *"Promoting privacy and dignity for older patients in hospital"*, in: Nursing Standard, january 11, vol. 2, no 18, 2006.
- Bäck, Eva og Wikblad, Karin: *"Privacy in Hospital"*, in: Journal of Advanced Nursing, vol. 27, p. 940 – 945, Blackwell Science, 1998.
- Chaudhury, Habib et al.: *"Nurses perception of single-occupancy versus multi-occupancy in acute care environments: An exploratory comparative assessment"*, in: Applied Nursing Research, vol. 19, p. 118 – 125, USA, 2006.
- De Sygeplejeetiske Retningslinier, Sygeplejeetisk Råd, 2004.
- FN' Verdenserklæring om Menneskerettighederne, FN, 1948, in: Institut for Menneskerettigheder, Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution, www.menneskeret.dk
- Gadamer, Hans-Georg: *"Sandhed og metode – grundtræk af en filosofisk hermeneutik"*, 1. bogklubudgave, 1. oplag, Gyldendal, København, 2004.
- Gyldendals røde ordbøger, Gyldendals Forlag, København.
- Husserl, Edmund: *"Fænomenologiens Idé"*, 1. udgave, 1. oplag, FilosofiBiblioteket, Hans Reitzels Forlag, København, 1997.
- Husserl, Edmund: *"Cartesianske Meditationer"*, FilosofiBiblioteket, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 1. oplag, København, 1999.
- Hvidovre Hospitals Udviklings – og uddannelsesafdeling: *"Patienternes Holdning til Hvidovre Hospital – en empirisk baseret rapport."*, Hvidovre Hospital, 2004, ej publiceret.

- Hvidovre Hospitals Udviklings – og uddannelsesafdeling: ”*Patienternes Holdning til Hvidovre Hospital – transskriberede fokusgruppeinterview.*”, Hvidovre Hospital, 2004, ej publiceret.
- Jolley, S.: ”*Single rooms and patients choice*”, in: Nursing Standard, November 9, vol. 20, no. 9 p. 41 – 48, 2005.
- Jørgensen, Birgit Bidstrup: ”*Privathed mellem agtelse og krænkelse – en undersøgelse af patienters oplevelse af privathed under indlæggelse på hospital*”, Specialeafhandling i sygepleje, Institut for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet, 2001.
- Kvale, Steinar: ”*Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*”, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 13. oplag, København, 1997.
- Leino-Kilpi, Helena et al.: ”*Perceptions of Autonomy, Privacy and Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries: General Overwiev*”, in: Nursing Ethics, vol. 10, p. 18- 27, Sage Publications, United Kingdom, 2003.
- Lov nr. 402 af 28. maj 2003 om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter, www.retsinfo.dk.
- Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling, www.retsinfo.dk.
- Malcolm, Helen A.: ”*Does Privacy Matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms*”, in: Nursing Ethics, vol. 12, p. 156 - 166, Sage Publications, United Kingdom, 2005.
- Matiti, Milika og Trorey, Gillian: ”*Patients expectations of the maintenance of their dignity.*”, in: Journal of Clinical Nursing, vol 17, p. 2709 – 2717, Blackwell Publishing Ltd., 2008.
- Ordbog over Det Danske Sprog, Gyldendals Forlag, København, 1936.
- Polit, Denise F. et al: ”*Essentials of Nursing Research – Methods, Appraisal, and Utilazation*”, Lippincott, 5. udgave, 1. oplag, Philadelphia, USA, 2001.
- Politikens Filosofileksikon, Gyldendals Forlag, København, 1995.
- Sandelowski, Margarete og Barroso, Julie: ”*Writing the proposal for a Qualitative Research Methodology Project.*”, in: Quality Health Research, vol. 3, no 6, july 2003, 781 – 820, Sage Publications, United Kingdom, 2003.

- Schopp, Anja: *“Perceptions of Privacy in the Care of Elderly People in Five European Countries”* in: *Nursing Ethics*, vol. 10, p. 39 - 47, Sage Publications, United Kingdom, 2005.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy: *“Privacy”*, USA, 2002, <http://plato.stanford.edu/entries/privacy/>
- Tabak, Nili og Ozon, Meirave: *” The Influence of Nurses’ Attitudes, Subjective Norms and Perceived Behavioral Control on Maintaining Patients Privacy in a Hospital Setting”*, in: *Nursing Ethics*, vol. 11, p. 366 – 377, Sage Publications, United Kingdom, 2004.
- Van Manen, Max: *“Researching Lived Experience – Human Science for an Action Sensitive Pedagogy”*, The Althouse Press, 2nd edition, The University of Western Ontario, Ontario, Canada, 1997.
- Willman, Ania et al: *“Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed”*, Gads Forlag, 2. udgave, 1. oplag, København, 2007.
- Woogara, Jay: *”Human Rights and Patients Privacy in UK Hospitals”* in: *Nursing Ethics*, vol. 8, p. 234 – 246, Sage Publications, United Kingdom, 2001.
- Woogara, Jay: *”Patients Privacy of the person and Human Rights”* in: *Nursing Ethics*, vol. 12, p. 273 - 287, Sage Publications, United Kingdom, 2005.
- Woogara, Jay: *“Patients rights to privacy and dignity in the NHS”*, in: *Nursing Standard*, January 12, vol. 19, no. 18, 2005.
- Zahavi, Dan et al.: *”Fænomenologi”*, Forlaget Samfundslitteratur, 1. udgave, 1. oplag, København, 2003.

10. Bilagsfortegnelse og figuroversigt.

Bilag.

- Bilag 1: Komplet søgestrategi.
- Bilag 2: Brev til afdelingsledelsen.
- Bilag 3: Brev til patienterne.
- Bilag 4: Brev til sygeplejerskerne.
- Bilag 5: Interviewguide, patienter.
- Bilag 6: Interviewguide, sygeplejersker.

Figurer.

- Figur 1:
Meningskondenseringprocessen..... 26
- Figur 2:
Privathedsmodel: Selvets påvirkning på adfærden hos patienter og
Sundhedspersonale..... 58.

BILAG 1: KOMPLET SØGESTRATEGI.

INDGANG	SØGE- ORD	SØG- NING MED BOOLE- RIAN TERMS	HITS	EKSCLU- SION	RELE- VANTE REFE- RENCER	BEMÆRK- NINGER.
Pubmed.	MeSH. <i>Privacy.</i>	#2: <i>privacy</i> OR <i>personal</i> <i>space</i> #4: <i>patients</i> <i>perspecti</i> <i>ve</i> (fritekst)	4 under- begre- ber. <i>Perso</i> <i>nal</i> <i>space</i> <i>vælges</i> 7966 hits 15206 hits	<i>Confidentia</i> <i>-lity,</i> <i>Genetic</i> <i>privacy.</i> I samtlige søgninger eksclu- deres artikler omhand- lende: Paediatry, psychiatry, technology, law, primary care, nurse students,	Der fremkom mer flere gentagels er ved søgning på de forskell lige søge- termer, men der findes i alt 21 relevante artikler.	Ved flere relevante referencer søges på <i>related</i> <i>articles.</i>

		#5: <i>patients perspecti ve AND #2</i>	42 hits	bioethics, disabilities, benchmarki ng, euthanacia, dementia, HIV, postmortal		
		# 11: <i>Nurses perspecti ve</i>	3072 hits			
		# 12: <i>Nurses perspecti ve AND #2</i>	12 hits	Ligeledes eksklu- deres referencer til undersøgel ser foretaget i lande, vi ikke umiddel- bart kan sammen- ligne os med samt undersø- gelser, der er mere end 15 år gamle (dvs. 1994		
		#15: PubMed for journals (select: <i>Nursing Ethics</i>).	827 hits			
		#16: #15 AND # 2	25 hits			

		#2 AND <i>dignity</i> (fritekst)	88 hits	ff). Ganske få artikler er på andre sprog end engelsk (eks. spansk). Disse ekskluderes også.	
		#2 AND <i>self esteem.</i> (fritekst)	126 hits		
		#2 AND <i>autonomy</i> (fritekst)	88 hits		
		#2 AND <i>autonomy NOT law</i> (fritekst)	767 hits		
		#2 AND <i>psychology.</i> (fritekst)	861 hits		
		#2 AND <i>personality.</i> (fritekst)	376 hits		

		#2 AND <i>respect.</i> (fritekst)	149 hits			
		#2 AND <i>integrity</i> (fritekst)	74 hits			
		#2 AND <i>intimacy</i> (fritekst)	29 hits.			
		#2 AND <i>Identity</i> (fritekst)	2 hits			
	<i>Shyness</i>		305 hits			
	Fritekst. <i>Decency.</i>		67 hits.			
	<i>Modesty.</i>		189 hits.			
CINAHL	CINAHL headings (advanced search)			I samtlige søgninger eksklu- deres		

	S1: <i>Privacy.</i>		9754 hits	artikler	
	S2: <i>Personal space</i>		77 hits	omhand- lende: Paediatry, psychiatry, technology, law, primary care, nurse students, bioethics, disabilities, benchmarki ng, euthanacia, dementia, HIV, postmortal	Der frem- kommer flere gentagel- ser ved søgning på de forskell- lige søgeter- mer, men der findes i alt 12 relevante artikler.
		S3: S1 AND S2	17 hits		
		S4: <i>patients perspecti ve AND S1 (fritekst)</i>	2 hits		
		S5: <i>Nurses perspecti ve AND S1</i>	1 hit		
		S6: S1 AND <i>dignity (fritekst)</i>	153 hits	Ligeledes eksklu- deres referencer til undersø- gelser foretaget i lande, vi ikke umiddel-	

		S7: S1 AND <i>self esteem.</i> (fritekst)	17 hits	bart kan sammenlig ne os med samt undersøgel ser, der er		
		S8: S1 AND <i>autono- my</i> (fritekst)	363 hits	mere end 15 år gamle (dvs. 1994 ff).		
		S9: S1 AND <i>psycholo gy.</i> (fritekst)	116 hits			
		S10: S1 AND <i>personal ity.</i> (fritekst)	23 hits			
		S11: S1 AND <i>respect.</i> (fritekst)	227 hits			

		S12: S1 AND <i>integrity</i> (fritekst)	59 hits			
		S13: S1 AND <i>intimacy</i> (fritekst)	36 hits			
		S14: S1 AND <i>identity.</i> (fritekst)	108 hits			
	<i>Shyness</i>		144 hits			
	Fritekst.					
	<i>Decency.</i>		19 hits			
	<i>Modesty.</i>		72 hits.			
PsycINFO	PsycINFO Thesaurus. (Subject Area: Social Sciences)			Do.		Da dette er en database, der rækker ud over det sundhedsfag lige felt, inkluderer jeg følgende søgeord:
	<i>#1:</i> <i>Privacy</i>		5712 hits			

	<i>#2: Nursing.</i>		24889 hits			<i>Nursing, patients, hospitals, hospital admission.</i>
	<i>#3: Patients.</i>		69796 hits			
	<i>#4: Hospital.</i>		25768 hits			
	<i>#5: Hospital admission</i>		2329 hits		Ingen umiddel- bart relevante links	Da søgning i denne database ikke giver resultat vælger jeg at stoppe her
		<i>#6: #1 AND #2</i>	31 hits			
		<i>#7: #1 AND #3</i>	100 hits			
		<i>#8: #1 AND#4</i>	38 hits			
		<i>#9: #1 AND #5</i>	1 hit			
	<i>#10: Personal space</i>		1319 hits			

		<i>#11: #1 AND #10</i>	26 hits			
		<i># 12: Shyness</i>	1406 hits			
		<i># 13: Decency.</i>	127 hits			
SveMed+	MeSH			<i>Confidentiality. Genetic privacy.</i>	Flere overlap- ninger med tidligere søgninger men 2 relevante link	
	<i>Privacy</i>		61 hits			
	<i>Personal space.</i>		5 hits			
	<i>Decency.</i>		Ingen hits.	I øvrigt samme eksklusions		
	<i>Shyness.</i>		Ingen hits.	-kriterier som		
	<i>Blufærdig hed.</i>		Ingen hits.	tidligere.		
"Sygeplejer- skens" artikeldata- base	Fritekst. <i>Privat</i>		1909 hits		2 relevante artikler	
	<i>Privathed</i>		3 hits.			
	<i>Blufærdig hed.</i>		90 hits.			

Google Scolar						Her søges på titler eller forfattere i forhold til problemstilling og metode
Sygeplejefagligt bibliotek og Statsbiblioteket, bibliotek.kk.dk, CBS Library, DPB.						Her søges på titler eller forfattere i forhold til problemstilling og metode
Kædesøgning						Ved kædesøgning i relevante artiklers referencer fandtes Dag Album: "Nære fremmede", samt Irmgard Bauer: "Patients privacy"

Bilag 2.

Afdelingsledelsen
Ortopædkirurgisk afdeling
XX Amtssygehus

Kopi til afdelingssygeplejerske XX, afsnit YY.

Jeg er sygeplejerske, og jeg studerer sygeplejevidenskab ved Århus Universitet. I øjeblikket er jeg i gang med at undersøge, hvordan det opleves at være patient og indlagt på hospital. Jeg henvender mig for at bede om tilladelse til at gennemføre en interviewundersøgelse på afdeling YY.

Jeg vil gerne vide, hvordan patienter oplever at skulle sove på stue med andre mennesker; at blive konfronteret med andre menneskers sygdom, eller at blive undersøgt af fremmede, der dermed kommer meget tæt på.

Mit formål med undersøgelsen er at finde ud af, hvordan privathed på hospitalet opleves af sygeplejersker og patienter som et bidrag til at øge sygeplejerskernes viden og opmærksomhed til gavn for patienterne.

Undersøgelsen er en del af min specialeafhandling, og det er min plan at interviewe tre patienter og tre sygeplejersker. Jeg forestiller mig, at interviewene finder sted i afdelingen. Interviewene vil blive optaget på bånd, som efterfølgende vil blive opbevaret aflåst i et skab. Optagelserne vil blive destrueret efter brug. Undersøgelsen er anonym, og der registreres derfor ingen navne på deltagerne. Oplysninger, der kan afsløre deltagerens identitet, bliver ændrede i den endelige afhandling.

Videnskabsetisk Komité, Region Hovedstaden, er kontaktet, og oplyser, at projektet ikke er anmeldelsespligtigt, hverken hos dem eller hos Datatilsynet.

Jeg medsender min synopsis for projektet, samt breve til patienter og sygeplejersker vedr. informeret samtykke.

Med venlig hilsen

Anne-Katrine Mathiassen
Sygeplejerske, stud. cur.

Bilag 3.

Kære patient på ortopædkirurgisk afdeling YY.

Mit navn er Anne-Katrine Mathiassen.

Jeg er sygeplejerske, og jeg studerer sygeplejevidenskab ved Århus Universitet. I øjeblikket er jeg i gang med at undersøge, hvordan det opleves at være patient og indlagt på hospital. Jeg vil gerne vide, hvordan patienter oplever eksempelvis at skulle sove på stue med andre mennesker, som også er syge, eller at blive undersøgt af fremmede, der dermed kommer meget tæt på.

Mit formål med undersøgelsen er at finde ud af, hvordan privathed på hospitalet opleves af sygeplejersker og patienter som et bidrag til at øge sygeplejerskernes viden og opmærksomhed om dette til gavn for patienterne.

Undersøgelsen er en del af min specialeafhandling, og jeg håber, at du vil medvirke ved at deltage i et interview á ca. en times varighed. Det vil foregå i afdelingen, og interviewet vil blive optaget på bånd. Optagelserne vil blive opbevaret aflåst i et skab, og jeg destruerer dem efter brug. Undersøgelsen er anonym, og dit navn registreres derfor ikke. Du vil ikke kunne genkendes i den endelige afhandling.

Det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og selvom du sagt ja til at deltage, kan du til enhver tid trække dig ud af undersøgelsen. Det vil ikke få indflydelse på din nuværende eller fremtidige pleje eller behandling.

Har du spørgsmål i forbindelse med undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte mig. Jeg træffes på tlf. xxxxxxxx, eller e-mail xxxxxxxx

Med venlig hilsen

Anne-Katrine Mathiassen

Sygeplejerske, stud. cur.

Jeg bekræfter hermed, at jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om ovenstående undersøgelse og indvilger i at deltage. Jeg er klar over, at det er helt frivilligt at deltage, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage, uden at det vil påvirke min pleje eller behandling.

Dato: _____ *Underskrift:-*

Bilag 4.

Kære sygeplejerske på ortopædkirurgisk afdeling.

Mit navn er Anne-Katrine Mathiassen.

Jeg er sygeplejerske, og jeg studerer sygeplejevidenskab ved Århus Universitet. I øjeblikket er jeg i gang med at undersøge, hvordan det opleves at være patient og indlagt på hospital. Jeg vil gerne vide, hvordan patienter oplever at skulle sove på stue med andre mennesker; at blive konfronteret med andre menneskers sygdom, eller at blive undersøgt af fremmede, der dermed kommer meget tæt på.

Mit formål med undersøgelsen er at finde ud af, hvordan privathed på hospitalet opleves af sygeplejersker og patienter som et bidrag til at øge sygeplejerskernes viden og opmærksomhed til gavn for patienterne. Det, jeg interesserer mig for, er hvordan du oplever forhold, der vedrører patienternes privathed under indlæggelsen.

Undersøgelse er en del af min specialeafhandling, og det er mit håb, at du vil medvirke i undersøgelsen ved at deltage i et interview á ca. en times varighed. Det vil foregå i afdelingen, og interviewet vil blive optaget på bånd, og disse bånd vil blive opbevaret aflåst hos mig. Undersøgelsen er anonym, og dit navn bliver derfor ikke registreret. Oplysninger, der kan afsløre deltagernes identitet, bliver ændrede i den endelige afhandling.

Det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og selvom du har givet dit samtykke til at deltage, kan du til enhver tid trække dig ud af undersøgelsen.

Har du spørgsmål i forbindelse med undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte mig. Jeg træffes på tlf.: xxxxxxxx eller e-mail: xxxxxxxx

Anne-Katrine Mathiassen
Sygeplejerske, stud. cur.

Jeg bekræfter hermed at have modtaget skriftlig og mundtlig information om ovenstående undersøgelse og indvilger i at deltage. Jeg er klar over, at det er helt frivilligt at deltage, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage.

Dato: _____ *Underskrift:-*

Bilag 5.

INTERVIEWGUIDE (patienter).

- Præsentation af mig selv.
- Præsentation af projektet, incl. gentagelse af vilkårene for deltagelse i interviewet.
- Hvad mener jeg med privathed?

(Diktafonen tændes.)

FORSKNINGSSPØRGSMÅL.	INTERVIEWSPØRGSMÅL.
Hvilke behov har patienterne for privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Prøv at fortælle lidt om, hvad der er vigtigt for dig at have for dig selv, mens du er indlagt på hospital?
Hvilke forventninger har patienterne til opretholdelse af deres privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Inden du blev indlagt, havde du da nogle forventninger til /forestillinger om det at være privat på hospitalet?• Prøv at fortælle mig, hvad du forestillede eller forventede dig.
Spiller patientens tidligere erfaringer ind på deres behov for privathed?	<ul style="list-style-type: none">• Har du været indlagt før?• Hvis ja, fortæl om, hvordan du oplevede at kunne være privat under indlæggelsen dengang?
Hvilke behov og muligheder har patienterne for at kontrollere deres privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Har du haft mulighed for selv at styre, om du kunne være så privat, som du gerne ville?
Hvilke faktorer spiller ind på patienternes behov for privathed?	<ul style="list-style-type: none">• Hvad mener du spiller ind på dit behov for privathed på hospitalet?• Har du under indlæggelsen kunnet være så privat, som du gerne ville?

	<ul style="list-style-type: none"> • Har der været episoder, hvor du har følt, at din privathedsgrense blev gået for nær? • Har du oplevet, at der har været episoder, hvor du under andre omstændigheder ville have følt din privathedsgrense gået for nær, men ikke følte det her? • Hvis ja, hvad mener du, at det skyldes? • De fysiske rammer er den måde, man indretter hospitalsafdelingen på. Det kan dreje sig om arkitekturen, eller den måde dagligdagen i afdelingen er organiseret på. Har du oplevet, at de fysiske rammer påvirkede dit behov for at være privat? • Hvis ja, kan du fortælle om en episode, hvor din privathed har været påvirket af de fysiske rammer? • Har du oplevet, at personalets adfærd har påvirket din oplevelse af dit behov for privathed? • Hvis ja, kan du fortælle om en situation, hvor personalets adfærd påvirkede din oplevelse af dit behov for privathed?
--	--

- Afrundning: Jeg tror, at jeg har fået svar på det jeg gerne ville vide. Er der noget, du gerne vil tilføje eller spørge om, inden vi slutter?
- Endnu en gang mange tak for, at du ville deltage.

Bilag 6.

INTERVIEWGUIDE (sygeplejersker).

- Præsentation af mig selv.
- Præsentation af projektet, incl. gentagelse af vilkårene for deltagelse i interviewet.
- Hvad mener jeg med privathed?

(Diktafonen tændes.)

FORSKNINGSSPØRGSMÅL.	INTERVIEWSPØRGSMÅL.
Hvilke behov antager sygeplejersken, at patienterne har for privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Hvad mener du, er vigtigt, at patienterne har for dem selv under indlæggelsen?• Har du selv prøvet at være patient?• Hvis du selv var patient, hvad ville så være privat for dig?
Har sygeplejerskerne nogen forventninger til opretholdelsen af patienternes privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Har du oplevet situationer, hvor patienternes adfærd i forhold til deres privathed har overrasket dig?• Hvad tror du, at det skyldes?• Hvorledes oplever du, at patienterne mestrer evt. tab af privathed?
Spiller sygeplejerskernes erfaring ind på deres opfattelse af patienternes behov for privathed?	<ul style="list-style-type: none">• Hvor længe har du været sygeplejerske?• Hvor gammel er du?• Handler du anderledes nu end tidligere?• Hvilken betydning har det, at du er så gammel/ny i gårde?• Hvilken betydning har din alder?
Hvilke muligheder ser sygeplejerskerne, at patienterne har for at kontrollere deres privathed under indlæggelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan oplever du patienternes muligheder for selv at styre, hvor private de kan være under

	<p>indlæggelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan udnytter de den? • Hvad skyldes det?
<p>Hvilke faktorer spiller ind på sygeplejerskens opfattelse af patienternes privathed?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad mener du, spiller ind på patienternes behov for privathed? • Hvordan synes du, at de fysiske rammer spiller ind på patientens privathed? <ul style="list-style-type: none"> ○ Patienttøj? ○ Patienter på gangen? ○ Uro og forstyrrelser? ○ Toiletbesøg?? • Har vores adfærd som sygeplejersker nogen betydning? • I bekræftende fald, på hvilken måde? • Tror du, at din travlhed kan have indflydelse på patienternes privathed? • På hvilken måde?

- Afrunding: Jeg tror, at jeg har fået svar på det, jeg gerne ville vide. Er der noget, du gerne vil tilføje eller spørge om, inden vi slutter?
- Endnu en gang mange tak for, at du ville deltage.