

Opgaveløsere: Nurmisto, Camilla Harder & Andersen, Katja Marie Friis

Hold, semester: SV21S, 7. Semester

Opgavetype: Bachelorprojekt

Vejleder: Alstrup, Malene Hangaard

Antal tegn: 79.705

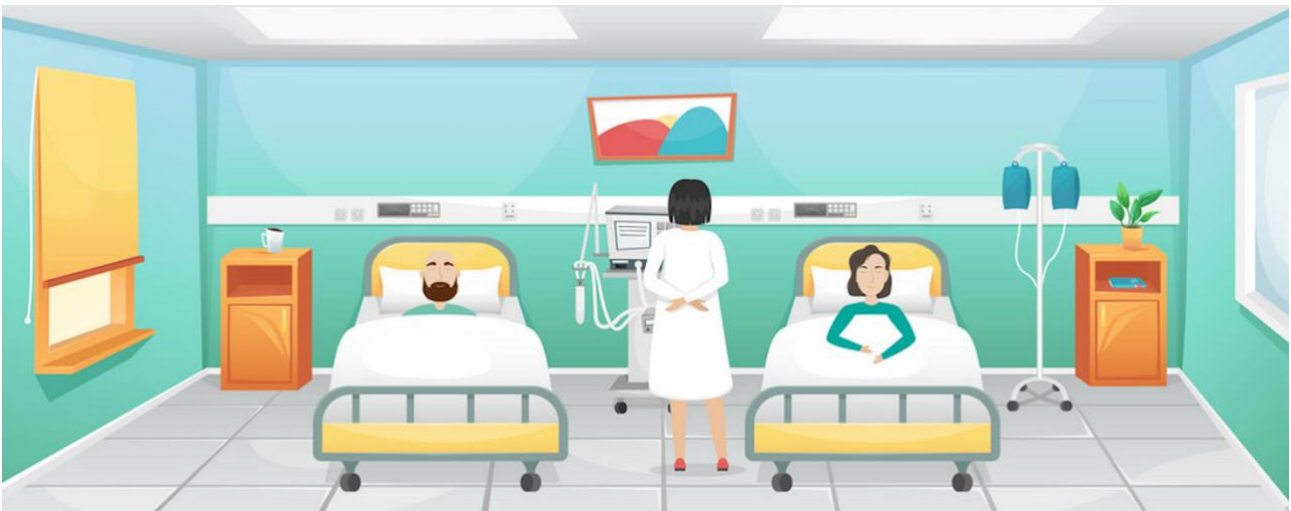
Antal siders litteratur: 1523,5 sider

Afleveringsdato: 02/01-2024

Professionsbachelorprojekt

Omsorgens konstruering på en flersengsstue

- Et socialkonstruktivistisk observationsstudie



A hospital room with two beds bedside tables vector image on VectorStock. (u.å.). VectorStock. Hentet 20. december 2024, fra <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/a-hospital-room-with-two-beds-bedside-tables-vector-30426367>

VIA University College

Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg

Prinsens Allé 2, 8800 Viborg

Abstract

According to literature, hospital design impacts nursing, patient safety and confidentiality. The aim of this study is to explore how care is shaped and constructed in the interaction between the nurse and patients in a multi-bed room. The study has a social constructivist approach, for which 8 observations were conducted. The analysis is based on Virginia Braun and Victoria Clarkes thematic analysis, which led to three themes: *physical and organizational framework as challenges in a multi-bed room, expected behavior in a multi-bed room* and *negotiation of relationships in a multi-bed room*. The study concludes that the nurse's care consists not only in her actions and intentions to provide care, but equally in her ability to negotiate with other staff and patients. Finally, the study provides a perspective to further research whether hospital design results in a completely different set of norms and expectations.

Dansk resumé

Litteratur viser, at hospitalsdesignet har en betydning for sygepleje, patientsikkerhed og fortrolighed. Projektet undersøger, hvordan omsorgen formes og konstrueres i interaktionen mellem patienterne og sygeplejersken på en flersengsstue. Projektet har en socialkonstruktivistisk tilgang, hvortil der blev udført 8 observationer. Analysen er udarbejdet ud fra Virginia Braun og Victoria Clarkes tematiske analyse, som førte til følgende tre temaer: *fysiske og organisatoriske rammer som udfordring på en flersengsstue, forventet adfærd på en flersengsstue og forhandling af relationer på en flersengsstue*. Projektet konkluderer, at sygeplejerskens omsorg ikke kun består af hendes handlinger og intentioner om at yde omsorg, men i lige så høj grad hendes evne til at forhandle med andet personale og patienterne. Projektets perspektivering giver et forslag til videre forskning omhandlende, hvorvidt hospitalsdesignet medfører et helt andet sæt af normer og forventninger til sygeplejen.

Indholdsfortegnelse

1.0 Introduktion og problembeskrivelse	1
1.1 Udvikling af hospitalsdesign	1
1.2 Udfordringer på en flersengsstue	1
1.3 Hospitalsdesignets betydning for omsorgen for patienten	2
1.4 Afgrænsning	3
1.4.1 Problemformulering	3
1.5 Begrebsafklaring	3
1.5.1 Flersengsstue	4
1.5.2 Omsorg	4
2.0 Metodeafsnit	4
2.1 Kvalitativt design	4
2.2 Socialkonstruktivistisk tilgang	5
2.3 Metode til indsamling af empiri	5
2.3.1 Deltagende observation	6
2.3.1.1 Afklaring af målet med undersøgelsen	6
2.3.1.2 Afklaring af, hvilken gruppe, der skal observeres	6
2.3.1.3 At få adgang til feltet	6
2.3.1.4 At etablere et forhold til feltet	6
2.3.1.5 At observere, notere og interviewe	7
2.3.1.6 At forlade feltet og analysere data	7
2.3.2 Observationsguide	7
2.4 Analysestrategi	8
2.5 Analysemetode	8
2.6 Teoretisk referenceramme	10
2.6.1 Jody Hoffer Gittell	10
2.6.2 Erving Goffman	10
2.6.2.1 Samhandlingsorden og fælles situationsdefinition	10
2.6.2.2 Teatermetaforen	11
2.6.2.3 Goffman og socialkonstruktivismen	11
2.6.3 Fundamentals of Care	11
2.6.3.1 Den inderste dimension	12
2.6.3.2 Den midterste dimension	13
2.6.4 Evaluering af hospitalsdesign – Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold	14
2.7 Litteratursøgningsprocessen	14

2.8 Ethiske og juridiske overvejelser	15
3.0 Analyse og fund	16
3.1 Præsentation af feltet	16
3.2 Clarke og Brauns tematiske analyse.....	16
3.2.1 Lær din empiri at kende	17
3.2.2 Opstilling af foreløbige koder	17
3.2.3 At se efter temaer	18
3.2.4 At gennemgå temaer.....	19
3.2.5 At definere og navngive temaer.....	19
4.0 Fortolkning og diskussion af fund	20
4.1 Fysiske og organisatoriske rammer som udfordring på en flersengsstue	20
4.1.1 Delkonklusion	22
4.2 Forventet adfærd på en flersengsstue	22
4.2.1 Delkonklusion	24
4.3 Forhandling af relationer på en flersengsstue	25
4.3.1 Delkonklusion	26
4.4 Diskussion af fund	27
5.0 Diskussion af metode	28
5.1 Troværdighed	28
5.2 Pålidelighed	29
5.3 Bekræftelighed	30
5.4 Overførbarhed	30
6.0 Konklusion	31
7.0 Perspektivering.....	32
8.0 Referenceliste	34
8.1 Primær litteratur	34
8.2 Sekundær litteratur	39
9.0 Bilagsfortegnelse	46

1.0 Introduktion og problembeskrivelse

I dette afsnit præsenteres projektets problemområde, idet der argumenteres for aktualitet og relevans for undersøgelsen. Ud fra dette afgrænses problemområdet, hvilket leder frem til den endelige problemformulering. Afslutningsvis præsenteres en afklaring af centrale begreber, anvendt i projektet.

1.1 Udvikling af hospitalsdesign

Siden Florence Nightingale gjorde sin indtræden ved etableringen af Nightingale Skolen i 1860, er hospitaler blevet designet med fokus på de principper, hun fastlagde for det fysiske miljø (1,2). Nightingale beskrev betydningen af flere aspekter i patientens omgivelser, herunder farver, lys og et hygiejnisk miljø. Hun påpegede desuden betydningen af den sociale dimension i form af nærhed til sygeplejersken og interaktion med patienten (3). De fleste hospitaler var indrettet med åbne rum og mange sengepladser, for at gøre det muligt for sygeplejerskerne at have det optimale overblik over patienterne (2,4). Siden Nightingales indtræden, har hospitalsdesignet gennemgået store ændringer, hvor man i høj grad er gået fra flersengsstuer til ensengsstuer. Dette bygger bl.a. på antagelsen om, at ensengsstuerne bidrager til at nedbringe hospitalsinfektioner og giver bedre fysiske rammer for at kunne udøve sygepleje og behandling. Derudover også et mål om at kunne forbedre patientoplevelsen, patientsikkerheden, inddragelse af pårørende og at kunne skabe mere privatliv for patienter og pårørende (5).

Gennem de senere år er det danske sundhedsvæsen blevet mere presset end nogensinde før, hvilket også har skabt stor debat, både politisk og i medierne (5). De økonomiske udfordringer stiller et krav til effektivisering af sundhedsvæsenet, og i forlængelse af dette formulerede regeringen i 2007 ideen om oprettelse af supersygehuse (6). Oprettelsen har medført lukning af de små sygehuse med lange liggetider og færre sygehuse med døgndækkende akutmodtagelser. Formålet med den nye struktur er at centralisere pleje og behandling på færre, specialiserede sygehuse samt muliggøre hurtigere og mere ambulant behandling. Desuden rummer supersygehusene færre sengepladser, da man forventer kortere indlæggelsestider og flere ambulante indgreb (5,6). Reduktionen i antallet af sengepladser skyldes bl.a. også, at pladsen på supersygehusene nu udelukkende anvendes til ensengsstuer (7).

1.2 Udfordringer på en flersengsstue

De fysiske rammer på en flersengsstue skaber udfordringer for både tavshedspligten, patientsikkerheden og fortroligheden (8).

Målet for den sundhedsprofessionelle er at levere sikker pleje og behandling, der fremmer den enkelte patients sundhed (9). For at opretholde patientsikkerheden er en vigtig faktor, at rette information og behandling gives til den rette patient. Derfor skal der altid foretages patientidentifikation forud for enhver handling rettet direkte mod patienten. Som udgangspunkt foregår det ved, at man beder patienten om at oplyse navn og CPR-nummer (10).

Jævnfør Sundhedslovens §40 har sundhedspersoner samt studerende tavshedspligt om alt, hvad de erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger under udøvelsen af deres erhverv (11). Derudover trådte Databeskyttelsesloven i kraft i Danmark i 2018, hvor der skelnes mellem tre forskellige typer af personoplysninger: følsomme personoplysninger, fortrolige oplysninger og almindelige personoplysninger. Reglerne om tavshedspligt og fortrolighed gælder for alle tre typer af oplysninger (12,13). Når man er indlagt på en flersengsstue, vil medpatienterne kunne overheøre samtaler, som indeholder alle tre typer af oplysninger. Ifølge Region Midtjyllands regionale retningslinje *"Patientidentifikation"*, har patienter på flersengsstuer i udgangspunktet givet stiltiende samtykke til, at fortrolige oplysninger overheøres af medpatienter (10). Udover, at man som sygeplejerske kan udfordres i at overholde sin tavshedspligt, kan det også skabe uheldige situationer for patienterne, hvis man ikke ønsker at dele andre følsomme oplysninger om f.eks. pleje og behandling (14). I tråd med dette kan flersengsstuerne også skabe udfordringer for patienterne i form af splittelse mellem at skulle opretholde ens eget private frirum, samtidig med medpatienternes frirum. Som patient på en flersengsstue tvinges man til at indgå i relationer og et socialt fællesskab, som kræver en aktiv indsats fra patienten, og desuden har man ikke kontrol over, hvem der tilgår stuen. Medpatienterne er heller ikke konstant de samme, da nogle udskrives og andre indlægges. De uskrrevne regler på en flersengsstue ændres i takt med, at patienterne udskiftes, hvilket konstant kræver forhandlinger mellem patienterne indbyrdes og mellem patienterne og sygeplejersken. De uskrrevne regler kan f.eks. være, at man vender ryggen til eller lader som om, man sover, hvis man ønsker fred og ro (15).

1.3 Hospitalsdesignets betydning for omsorgen for patienten

Sygeplejeteoretikeren Kari Martinsen beskriver i sin omsorgsteori, omsorg som bestående af tre dimensioner: en moralsk, en relationel og en praktisk dimension. Desuden mener hun, at omsorgen er sygeplejens grundlag og en fundamental forudsætning for, at sygepleje lykkes (16). Den moralske dimension rummer den etiske fordring og livsytringer, som består af tillid, håb, barmhjertighed og talens åbenhed. Martinsen beskriver tillid som en naturlig respons i mødet mellem mennesker, og at tillid har forrang for mistillid. Det er først i det øjeblik, hvor patienten oplever en skuffelse eller at forventningerne til sygeplejersken ikke bliver indfriet, at patienten nærer mistillid (16). På en flersengsstue kan det være

udfordrende at skabe en fortrolig og tillidsfuld relation, da patienten kan føle sig udstillet, idet der er en anden patient på stuen. Udover at være en udfordring for sygeplejerskens omsorg, udgør det også en trussel mod patientsikkerheden, da patienter kan undlade at fortælle ting, som de f.eks. finder pinlige, hvilket kan føre til fejl i behandlingen (14). Desuden kan sygeplejersken undlade at spørge patienten ind til intime forhold, hvis hun skønner, at situationen ikke er egnet til det, f.eks. pga. de fysiske rammer eller af hensyn til andre patienter på stuen. Martinsen beskriver, at den etiske fordring bl.a. omhandler, at sygeplejersken reflekterer over, hvordan hun selv ville ønske at blive mødt i en lignende situation. Dette rejser spørgsmålet om, hvordan sygeplejersken bedst balancerer behovet for fortrolighed og den etiske fordring (7,16).

1.4 Afgrænsning

Flersengsstuer, der oprindeligt blev skabt for at gøre det muligt for sygeplejersken at have overblik over patienterne, udfordrer i dag den omsorg, som bygger på nærvær og tillid (2,4,16). Ensengsstuer kan facilitere en mere fortrolig relation med hver enkelt patient, men det medfører også længere afstand mellem patienterne, og dermed mindre tid til hver patient (7).

Projektet afgrænses til at fokusere på flersengsstuer, bl.a. med grundlag i den bevidste tilfældige søgning, som vidner om både en national og international mangel på viden angående, hvordan sygeplejen påvirkes af hospitalsdesignet, herunder særligt flersengsstuedesignet. Litteratursøgningen udfoldes yderligere i afsnit 2.7.

Projektet afgrænses nærmere til at fokusere på sygeplejerskens omsorg, idet bl.a. sygeplejeteoretikeren Kari Martinsen, bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje samt Etisk grundlag for sygeplejersker tillægger omsorg en fundamental værdi i sygeplejen (16–18). Dertil med et epistemologisk socialkonstruktivistisk afsæt, idet omsorg vil blive undersøgt som en social konstruktion, men med fokus på, hvordan omsorgen konstrueres i interaktionen mellem sygeplejersken og patienterne, og ikke hvad omsorg er (19).

1.4.1 Problemformulering

På baggrund af problembeskrivelsen og -afgrænsningen opstilles følgende problemformulering:

Hvordan konstrueres og formes sygeplejerskens omsorg i interaktionen med patienter på en flersengsstue?

1.5 Begrebsafklaring

I dette afsnit vil brugte begreber blive præsenteret for at øge projektets transparens.

1.5.1 Flersengsstue

En flersengsstue er i dette projekt et rum, hvor to eller flere patienter er indlagt og deler fælles bad og toilet. De observerede stuer rummede enten to eller tre patienter.

1.5.2 Omsorg

Sygeplejeetisk Råd har i Etisk grundlag for sygeplejersker defineret omsorg:

“Omsorg udspiller sig i relationen mellem sygeplejersker og modtagere af sygepleje. Dette gælder i alle former for sygeplejepraksis. Sygepleje er en professionel praksis, hvor omsorgen er karakteriseret ved at tage udgangspunkt i menneskets behov for sygepleje med respekt for det enkelte menneskes egne ønsker og forståelse af situationen. Den professionelle omsorg er personcentreret og situationsorienteret, og udøves med respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse og på den andens præmisser. Den professionelle omsorg indeholder fysiske, psykologiske, sociale, eksistentielle og åndelige elementer.” (18).

Omsorg indgår i de tre grundlæggende værdier sammen med tillid og ansvar (18).

2.0 Metodeafsnit

I følgende afsnit præsenteres begreber indenfor det anvendte forskningsdesign, metode og analysestrategi i projektet. Der vil desuden blive argumenteret for disse valg samt fremlagt de etiske overvejelser for dataindsamlingen.

2.1 Kvalitativt design

Vores projekt er baseret på et kvalitativt forskningsdesign, idet vi ønsker at undersøge, hvordan sygeplejerskens omsorg formes i interaktionen med patienter på en flersengsstue.

De typiske metoder, tilknyttet den kvalitative tilgang, gør det muligt at opnå viden, som oftest er svært at måle og sætte tal på (20,21). I kvalitativ forskning er fokus rettet mod, *hvordan* noget udføres, kommunikeres og opleves, og i dette projekt er fokus på at observere og forstå, hvordan omsorgen udspiller sig på en flersengsstue (22). Gennem det kvalitative design er det muligt at opnå høj troværdighed i resultaterne, dog er generaliserbarheden ofte lavere end ved kvantitative metoder (23).

2.2 Socialkonstruktivistisk tilgang

Projektet bygger på en socialkonstruktivistisk tilgang, da vi ønsker at undersøge, hvordan omsorg konstrueres i interaktionen mellem sygeplejerskerne og patienterne på en flersengsstue. Socialkonstruktivismen har rod i samfundsvidenskaben, og bygger på en antagelse om, at virkeligheden aldrig er den virkelige virkelighed, men altid en fortolket virkelighed (24). Socialkonstruktivismen kan ikke føres tilbage til ét udgangspunkt, men filosofen Immanuel Kant bidrog med sin kritik af de positivistiske videnskabsforståelser til udviklingen af den konstruktivistiske tankegang (25). Kant vendte forholdet mellem sprog og virkelighed, da han påpegede, at begreberne og dermed sproget er en forudsætning for, at vi kan identificere et givent sanseindtryk (24). Essensen er altså, at den virkelighed, vi opfatter som sand og objektiv, ifølge en konstruktivistisk forståelsesramme, bliver en virkelighedsopfattelse, som vi har konstrueret gennem interaktion med andre. Dermed er målet med vidensproduktion heller ikke at finde en endelig objektiv sandhed (26). Socialkonstruktivismen kan dog ikke beskrives som én samlet position (27). Der skelnes mellem en epistemologisk og en ontologisk variant af socialkonstruktivismen. Hvis man tager udgangspunkt i sundhed og sygdom er påstanden ud fra en epistemologisk forståelse, at vores viden om sygdomme er socialt konstrueret, såvel som vores forståelse af deres karakter og mulighed for helbredelse er betinget af de videnskabelige og teknologiske fremskridt. Ud fra en ontologisk forståelse er påstanden derimod, at sygdomme i sig selv er socialt konstruerede. Det vil sige, at sygdommen(e) ikke nødvendigvis eksisterer som fænomen uden for disse sociale rammer (24).

Projektet har en epistemologisk tilgang, hvor omsorgsbegrebet er socialt konstrueret, som en grundlæggende egenskab ved sygeplejen, i modsætning til den ontologiske tilgang, hvor man undersøger, *hvad* omsorg er (24).

Omsorg er en grundlæggende værdi for sygeplejen, fordi den gennem tiden er blevet formet og defineret af fagpersoner, institutioner og kulturelle normer, hvilket bl.a. afspejles i Sygeplejeetisk Råds definition af omsorg, som er beskrevet i afsnit 1.5.2 (18). Omsorg er altså ikke en objektiv og naturlig del af sygeplejen, men noget, som er blevet tilskrevet værdi som et resultat af enighed. I en socialkonstruktivistisk sammenhæng udspiller omsorgen sig altså ikke på en fast måde, men konstrueres gennem interaktioner og forståelser i en specifik kontekst. Heraf kommer formålet med vores undersøgelse, hvor vi ønsker at afdække, hvordan omsorgen konstrueres, idet vi tager udgangspunkt i, at omsorgsbegrebet er socialt konstrueret (24). Det vil altså sige, at omsorg ikke nødvendigvis eksisterer som begreb i en anden kontekst.

2.3 Metode til indsamling af empiri

Projektet tager udgangspunkt i deltagende observation som metode til indsamling af empiri. Ved at benytte denne metode får vi mulighed for at observere deltagerne i en naturlig setting, hvilket skaber en dybere

forståelse af de processer og dynamikker, der er i spil på en flersengsstue. Metoden er særligt velegnet, hvis man ønsker at få indsigt i, hvad mennesker gør, og ikke bare hvad mennesker siger, de gør (28).

2.3.1 Deltagende observation

Søren Kristiansen og Hanne Kathrine Krogstrup beskriver at undersøgelsesarbejdet i et observationsstudie gennemløber otte faser, hvoraf det følgende vil beskrive de første syv (29). Faserne består af følgende:

2.3.1.1 Afklaring af målet med undersøgelsen

Første trin består af, at man bliver bevidst om det formål, som undersøgelsen skal omhandle, og at man tager stilling til, hvad man ønsker at få indsigt i (29). Dette er gjort i udformningen af vores problemformulering.

2.3.1.2 Afklaring af, hvilken gruppe, der skal observeres

Andet trin omhandler, at man skal udvælge den gruppe, som man ønsker at observere (29). Her lægger problemformuleringen naturligt op til, at vi observerer sygeplejersker og patienter på en flersengsstue.

2.3.1.3 At få adgang til feltet

Det tredje trin består af at få adgang til det felt, som man ønsker at observere i. For at få adgang til feltet, skal man etablere kontakt til såkaldte gatekeepers. Gatekeepers er den/de personer, som har autoriteten til at give adgang til det felt, man ønsker at undersøge. Det understreges også, at det er vigtigt at holde sig på god fod med både med formelle og uformelle gatekeepers. Hermed menes både oversygeplejerskerne, de ansatte på afdelingen samt patienterne (29). Da den ene af os kendte til afdelingen, havde vi på forhånd kendskab til feltet og vidste, at de to oversygeplejersker på afdelingen var vores formelle gatekeepers. Vi planlagde et møde med dem, og forklarede om projektet, og hvad vi ønskede at observere på afdelingen. Deres rolle blev at give adgang til feltet samt sørge for, at koordinatoren på afdelingen havde tildelt os en stue hver, de dage vi kom for at observere.

2.3.1.4 At etablere et forhold til feltet

I fjerde trin fremhæver Krogstrup & Kristiansen, at det har betydning, at forskeren etablerer gode relationer til personerne i feltet. Lykkedes det ikke, kan det føre til skepsis og mistro. Derudover fremhæver de også, at forskerens fremtoning kan påvirke rollen i feltet. Det kan bl.a. omhandle påklædning, adfærd og sprog. Forskerne er også nødt til at overveje, hvilke roller de påtager sig, og hvordan de ønsker at etablere sig i feltet. Krogstrup & Kristiansen påpeger, at denne rolle som forskeren selv indtager, og som man bliver tildelt,

vil være udslagsgivende for de resultater, som opnås. På samme måde vil man få tildelt en rolle af de mennesker, man studerer, og man må sikre sig, at de uformelle gatekeepers ikke har mistro til en og tror man er der for at kontrollere (29). For at sikre, at der ikke opstod mistro og skepsis, blev personalet på afdelingen informeret om vores projekt, samt hvilken rolle vi ville indgå i som observatører. Man kan være mere eller mindre deltagende under sine observationer (28). Vi valgte en passiv observatør rolle, som ifølge Krogstrup & Kristiansen skaber en mere formel relation til feltet (30). Derudover valgte vi at være ikklædt sygeplejeuniformen, som bæres på afdelingen, med det formål at blende ind med det øvrige personale.

2.3.1.5 At observere, notere og interviewe

Det femte trin omhandler, hvad der skal observeres, og Krogstrup & Kristiansen påpeger her, at det er vigtigt at huske, at det ikke kun omhandler, hvad der bliver sagt, men også adfærd og handlinger. De anbefaler, at der udarbejdes en observationsguide, for at sikre en mere struktureret tilgang (29). Observationsguiden, der lagde til grund for observationerne, beskrives nærmere i afsnit 2.3.2. De anbefaler desuden, at man tager feltnoter under observationerne, især hvis man er passiv observatør. Disse feltnoter skal være i form af stikord og vendinger, for så senere hen at blive nedskrevet til mere sammenhængende noter (29).

2.3.1.6 At forlade feltet og analysere data

Det sjette og syvende trin består i at analysere de data, som er indsamlet. De påpeger også, at det er vigtigt, at forskeren forlader feltet på en anstændig måde (29). Efter ønske fra afdelingen, har vi aftalt at præsentere projektets resultater.

2.3.2 Observationsguide

Det kan være svært at overskue, hvad man konkret skal gøre, når man observerer, og hvordan man sikrer sig at få øje på det, man ønsker at undersøge (29). Her kan en observationsguide hjælpe til at strukturere sine observationer ude i feltet. Man kan udforme sin observationsguide meget specifikt og struktureret, eller man kan vælge at gå mindre struktureret til værks (28). Det kan være vanskeligt at gå meget ustruktureret til værks, da der i rummet sker alting og ingenting på samme tid (31). Man kan dog med fordel starte ustruktureret og herefter snævre sig ind (29).

Der findes ikke en specifik metode til udarbejdelse af sin observationsguide, men det er vigtigt at have sin problemformulering og videnskabsteoretiske afsæt for øje, når man beslutter sig for, hvordan man vil nedskrive sine observationer i felten. Andre faktorer, man kan overveje, når man udarbejder sin observationsguide, er, hvordan man forstyrrer mindst, når man skriver sine feltnoter ned (32).

Som det kan ses i observationsguiden i bilag A, var vi fokuserede på omgivelserne, hvem der var til stede, adfærd, forløbet og vores egen rolle. Fokuspunkterne i observationsguiden er udarbejdet i overensstemmelse med socialkonstruktivismen og vores problemformulering samt med inspiration fra andre lignende projekter og lærebøger (28,33). Pga. omfanget af dette projekt blev der udført to pilotobservationer på baggrund af en foreløbig observationsguide. Herefter blev observationsguiden tilpasset ud fra vores erfaringer fra piloten. Dernæst blev der udført 8 observationer, hvor vi observerede 4 stuer hver. Vi besluttede, at vi ville observere én dag og bruge dagen efter på at finpudse vores tykke beskrivelser (28,29,34).

2.4 Analysestrategi

Projektet baserer sig på en induktiv analysestrategi, også kaldet en "bottom-up tilgang", idet man via denne metode leder efter temaer, mønstre og kategorier direkte fra empirien og ikke på forhånd er teoristyret. Med andre ord, undersøger man empirien uden teori. Den induktive analysestrategi tilstræber at gå fra noget konkret til noget mere abstrakt, ved at søge svar via beskrivelser i empirien (35,36).

2.5 Analysemetode

Feltnoterne analyseres ved at anvende Virginia Braun og Victoria Clarkes tematiske analyse. Formålet med metoden er at identificere og opstille temaer i empirien, som derefter kan gøres til genstand for fortolkning. Analysemetoden bygger desuden på en præmis om, at ens fortolkninger principielt aldrig er færdige. Analysen er altså ikke en definitiv afslutning, men giver anledning til yderligere fortolkning (35). Samme princip gør sig gældende i den socialkonstruktivistiske tilgang, hvor formålet med vidensproduktion, som beskrevet i afsnit 2.2, ikke er at finde en endelig objektiv sandhed (25).

Metoden adskiller sig, ifølge Clarke og Braun, fra andre analytiske metoder ved at være mere fleksibel og passe til alle videnskabsteoretiske rammer. Flexibiliteten indebærer dog, at man skal træffe valg undervejs, som ofte vil være implicite, men de understreger, at man skal være bevidst om sine valg, og de skal diskuteres i undersøgelsens diskussion (37). Et af de valg, man træffer er, hvorvidt man går semantisk eller latent til værks. Clarke og Braun beskriver, at man i den konstruktivistiske tilgang ofte vil gå latent til værks. I analysen er koderne identificeret på et semantisk niveau, da vi udelukkende har kodet ud fra feltnoterne, og været opmærksomme på at være tro mod konteksten. Herefter er temaer og foreløbige temaer opstillet på et latent niveau, idet vi lægger en betydning i koderne for at identificere temaer (38).

Det centrale i den tematiske analyse er, at man hele tiden bevæger sig mellem empiri, koder og temaer, og det er dermed ikke en lineær proces (39). Ved at gøre dette, sikrer man, at koderne og temaerne er tro mod empirien og den kontekst, som koderne er taget ud fra.

Clarke og Braun beskriver den tematiske analyse i seks faser, men pointerer, at modellen ikke skal begrænse metodens fleksibilitet, men hjælpe til at forstå metoden (35,40).

Første fase omhandler at lære sin empiri at kende, og dermed få et dybt og bredt kendskab til indholdet (35,41). I denne fase læste og genlæste vi de transskriberede feltnoter, og skrev umiddelbare idéer og refleksioner ned.

I anden fase blev arbejdet med feltnoterne mere systematiseret, og der blev opstillet foreløbige koder. I overensstemmelse med Clarke og Braun vekslede vi mellem koder og empiri, for at sikre, at koderne ikke blev tillagt en anden betydning end oprindeligt ment (39).

De konstruerede koder førte os over i fase 3, hvor koderne blev samlet til foreløbige temaer.

I fjerde fase blev de foreløbige temaer systematisk gennemgået ved at veksle mellem empiri, koder og foreløbige temaer. Clarke og Braun beskriver to trin i denne fase, hvor trin et indebærer at genlæse empirien og sikre, at koderne danner et sammenhængende mønster. Hvis dette ikke er tilfældet, skal man overveje, om det foreløbige tema i sig selv er problematisk, eller om nogle af koderne ikke passer ind (42). Da vi her arbejdede på et latent niveau, spillede problemformuleringen og det socialkonstruktivistiske afsæt en rolle. Dette førte til, at vi genkodede og rokerede nogle af koderne, og sammenlagde de foreløbige temaer i endelige temaer. Clarke og Braun fremhæver her, at det er vigtigt at stoppe med at genkode, hvis ikke det fører til nye perspektiver, da man ellers altid vil kunne gentage fase 2-4. Dette er en meget tidskrævende proces (42).

Herefter kunne vi gå videre til trin to, hvor vi genlæste alle feltnoterne, og sikrede, at temaerne afspejlede betydningen i feltnoterne, og desuden med vores problemformulering og videnskabsteoretiske afsæt i baghovedet. Clarke og Braun påpeger desuden, at man ikke kan definere, hvorvidt et tema er gældende ud fra kvantiteten af koderne, men at forskeren må bruge sin dømmekraft ift. problemformuleringen og det videnskabsteoretiske afsæt (43).

Indholdet af temaerne blev herefter beskrevet ud fra koderne, og der blev skrevet refleksioner ned til hvert tema, svarende til fase fem. Ud fra dette vurderede vi, om temaerne passede ind i den overordnede betydning af vores feltnoter og problemformuleringen, samt om nogle af temaerne overlappede hinanden.

Temaerne dannede herefter grundlaget for den dybdegående fortolkning i sjette fase, der også benævnes at producere en rapport, som bearbejdes i afsnit 4.0 (35).

2.6 Teoretisk referenceramme

Det kommende afsnit giver en kort introduktion til de teorier og begreber, der bliver brugt til at fortolke og diskutere de fremkomne temaer.

2.6.1 Jody Hoffer Gittell

Jody Hoffer Gittells teori om relationel koordinering bygger på, at effektiv koordinering af opgaver ikke kun er en teknisk proces, men en relationsproces, der sker i relationen mellem de fagprofessionelle, når de arbejder sammen mod en fælles opgaveløsning (44). Ifølge Gittell er tværprofessionelt samarbejde blevet en nødvendighed, og det drejer sig om at optimere funktionaliteten (45). Relationel koordinering er afgørende for et frugtbart samarbejde, og forudsætningerne for dette præsenterer hun som: fælles mål og viden, gensidig respekt samt præcis, hyppig, rettidig og problemløsende kommunikation. Desuden lægger hun vægt på tillidsfulde relationer og relationel ledelse. Gittell understreger altså, at det ikke er de enkelte personers egenskaber, men relationer mellem roller i systemet, der er afgørende for det relationelle samarbejdes kvalitet. De syv forudsætninger indgår i en feedbackmekanisme, hvor de enten kan fremme formålet eller modvirke samarbejdet. Gittell påpeger også, at organisationens struktur har en indvirkning på relationel koordinering, samarbejde og ledelse (45).

2.6.2 Erving Goffman

Erving Goffman bidrog til sociologien med sine studier af hverdagslivet og sine studier af afvigelse og stigmatisering. Særligt kendetegnende for Goffman var hans evne til at formidle sin forskning gennem en række metaforer, hvoraf de tre mest fremtrædende er "teatermetaforen", "ritualmetaforen" og "spilmetaforen". Dette projekt vil tage udgangspunkt i "teatermetaforen" (46).

2.6.2.1 Samhandlingsorden og fælles situationsdefinition

Et vigtigt begreb beskrevet af Goffman er den såkaldte "samhandlingsorden". Samhandlingsorden dækker over de interaktioner, der finder sted mellem mennesker i det offentlige rum i ansigt til ansigtssammenhænge. Ifølge Goffman skabes og vedligeholdes samfundet gennem disse interaktioner (46,47).

Desuden hævder Goffman, at mennesker, der samhandler, arbejder sammen om at fastholde en "definition af situationen", for at sikre, at samhandlingen forløber problemfrit. Dette kalder han for en fælles

situationsdefinition. For at dette kan lade sig gøre, kræver det et kompromis mellem menneskene i samhandlingen, hvorfor nogle som oftest vil undertrykke eller undertvinge deres oprigtige følelser og bevidst præsentere en adfærd, der accepteres af de andre i konteksten (46). Dette leder over i "teatermetaforen".

2.6.2.2 Teatermetaforen

Gennem begreber fra teaterverden beskrev Goffman denne samhandling mellem mennesker (47). Ifølge Goffman dækker optræden over al den aktivitet, som en deltager udøver i en given kontekst, for at påvirke nogle af de andre deltagere. I tråd med det tidligere, påtager man sig en rolle for at fremstå passende, og dermed giver man ikke udtryk for, hvad man virkelig mener, i enhver situation (48). Goffman beskriver det sted, hvor optræden finder sted som "scenen". De ting, der undertrykkes på scenen, må komme til udtryk i andre sammenhænge, hvilket han beskriver som "bagscenen". Scenen og bagscenen skal dog ikke ses som fysisk adskilte rum, da de afhænger af situationen, og hvorvidt der er publikum på, og hvem der defineres som publikum (47). Begrebet "indtryksstyring" dækker over, at deltageren og/eller holdet er ansvarlige for at styre de indtryk, som sendes ud til publikum. En vigtig del af indtrykstyringen er ansigtsarbejdet, som gør det muligt for os, at vise nærvær og deltagelse ved at finde "et passende ansigt" (48). Goffman beskriver også, hvordan det at tage ansigt ikke kun påvirker deltageren følelsesmæssigt, men også publikum. Han hævder, at alle involverede er orienterede imod og villige til at gøre et stort stykke arbejde for at opretholde den fælles situationsdefinition. Her spiller ansigtsarbejde igen en stor rolle (47).

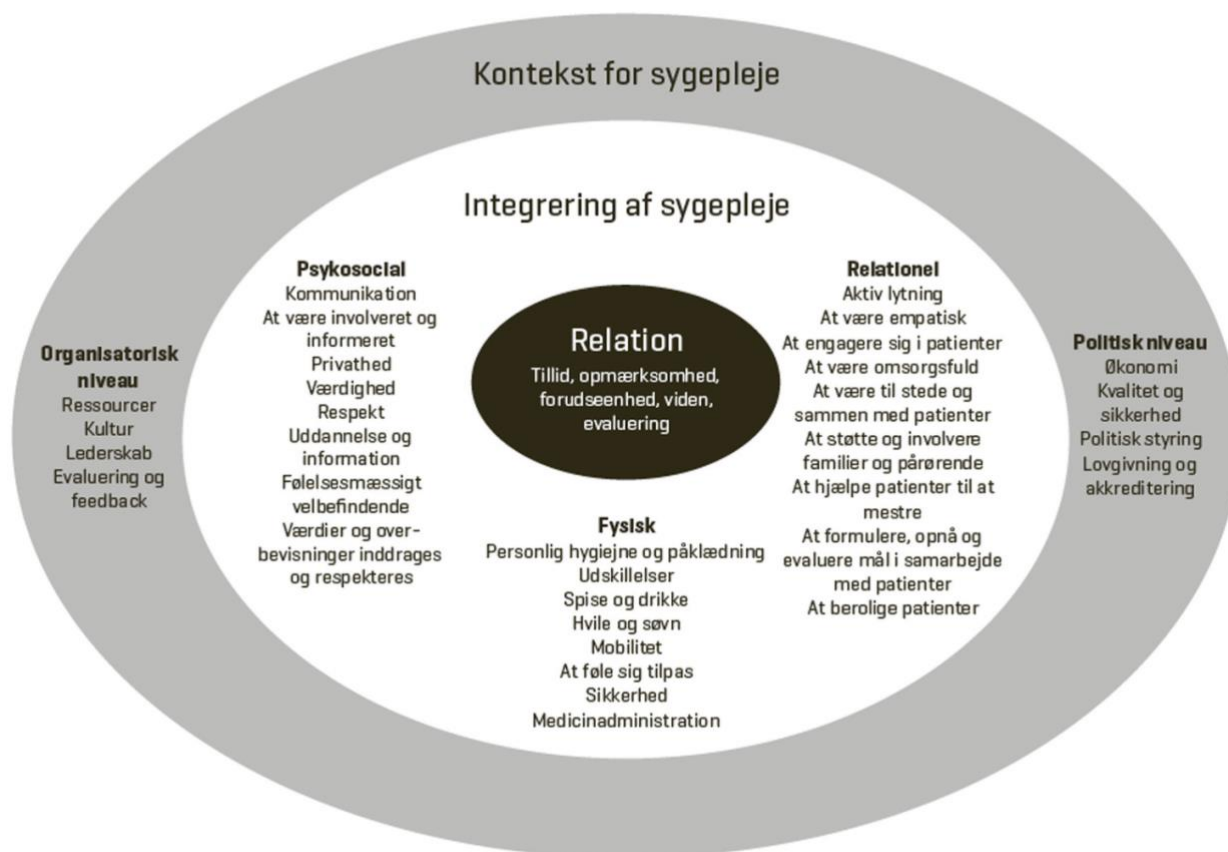
2.6.2.3 Goffman og socialkonstruktivismen

Selvom Goffman er vanskelig at kategorisere indenfor et bestemt samfundsvidenskabeligt paradigme, og da han selv frabad sig ethvert forsøg på kategorisering, taler hans fokus på samhandlingen mellem mennesker i ansigt til ansigt-møder godt ind i den socialkonstruktivistiske tankegang, hvor virkeligheden anses som noget, der skabes og forhandles i interaktionen mellem aktørerne. Desuden fyldte deltagerobservation en stor del af Goffmans studier, ligesom dette projekts valg af metode til indsamling af empiri (46,47).

2.6.3 Fundamentals of Care

Begrebsrammen "Fundamentals of Care" (FoC) er udviklet med Alison Kitson som central aktør (49,50). Det centrale i begrebsrammen består af relationen mellem sygeplejerske og patient. Den bygger på et helhedssyn af patientens grundlæggende behov, hvor sygeplejerskens relationelle tiltag i situationen bliver afgørende (51). FoC skal støtte sygeplejerskerne i at lære og samarbejde med patienterne, etablere en relation, at kunne se patienternes grundlæggende behov i et helhedsperspektiv samt at kunne tage hensyn til kontekstuelle faktorer (49).

Begrebsrammen består af tre dimensioner, som er illustreret nedenfor i figur 1, og de består af: etablering af en relation, integrering af sygeplejens fysiske, psykosociale og relationelle aspekter samt inddragelse af konteksten, hvor plejen ydes (49).



Figur 1:

Muntlin Å, Kitson A. Den engelske version af Fundamentals of Care og dens udvikling. I: Muntlin Å, Jangland E, redaktører. Fundamentals of care: en introduktion til begrebsrammen. 1. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 30.

I dette projekt er det kun de to første dimensioner, som anvendes, og derfor kun disse, som præsenteres.

2.6.3.1 Den inderste dimension

Den inderste dimension handler om at kunne etablere en relation, hvilket kræver betydelig øvelse og stærke mellemmenneskelige evner til at kunne kommunikere med patienter i mange forskellige situationer (49). Kitson udfolder den inderste dimension med 5 begreber: Tillid, opmærksomhed, forudseenhed, viden og evaluering. Begreberne skal ikke ses i en bestemt rækkefølge, men som dynamiske og en støtte til

sygeplejersken for at kunne opnå et personcentreret møde med patienten (49). For at kunne skabe en positiv relation kræver det, at sygeplejersken inddrager patienten og deres egne oplevelser er afgørende. Begrebsrammen uddyber, at både det verbale og nonverbale sprog skal være indbydende, så patienten føler, at de indgår et partnerskab med sygeplejersken (49).

Herunder uddybes de fem begreber i den inderste dimension:

Tillid skabes ved at bevare patientens integritet og autonomi og ved at se hele patienten og deres individuelle behov. For at kunne gøre dette skal sygeplejersken være empatisk, respektfuld, venlig og lyttende, samt vise, at hun er engageret i patienten. Tillid handler også om at sygeplejersken tager sig tid til at være til stede og informere patienten grundigt, samt hjælpe patienten med at håndtere eventuel angst og nervøsitet (52).

Opmærksomhed indebærer at kunne standse op og være opmærksom i mødet med patienten. Det handler både om at kunne være til stede fysisk og mentalt samt, at man giver sig tid til at kunne identificere de ting, som patienten af forskellige årsager kan have svært ved at udtrykke (52).

Forudseenhed handler om at kunne forudse patientens behov og identificere det tidligt, eller endda før patienten selv har udtrykt det. Det kræver, at sygeplejersken kan forudse, at patientens behov ændres under forløbet (52).

Viden handler om at sygeplejersken bør være velforberedt i mødet med patienten ved at have orienteret sig i bl.a. patientens sygdomshistorik og inddrage patienten f.eks. ved at spørge aktivt ind til ønsker og behov. På den måde planlægges behandlingen i et partnerskab (52).

Evaluerings er en vigtig komponent, som sygeplejersken bør gøre, så hun reflekterer over, om patienten får dækket både sine fysiske men også psykosociale behov (52,53).

2.6.3.2 Den midterste dimension

I begrebsrammens midterste cirkel ligger integrering af sygeplejen, som omhandler patientens fysiske, psykosociale og relationelle behov. De fysiske behov rummer bl.a. behov for påklædning, udskillelse og ernæring samt søvn og hvile. Hvorimod de psykosociale behov rummer behov såsom at være velinformeret, værdighed, respekt og kommunikation. Og til slut rummer de relationelle behov bl.a. empati, omsorg og støtte (54).

Disse tre elementer skal integreres for at yde en optimal personcentreret sygepleje, hvor det ikke kun er sygdom, der er i fokus, men patientens oplevelse af at være syg (51).

2.6.4 Evaluering af hospitalsdesign – Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold

Ovenstående er et projekt udført i perioden 1/10-19 til 28/2-23 på Regionshospitalet Viborg, og rapporten er udarbejdet af Susanne Friis Søndergaard (55). Projektet havde til formål at undersøge og evaluere, hvilken betydning overgangen fra flersengsstuer til ensengsstuer havde for patienter, sygeplejersker, sygeplejen og sygeplejestuderende (56). Rapporten følger principperne for realistisk evaluering, og ønsker at sammenligne, hvad der forandrede sig for patienter, sygeplejersker og sygeplejestuderende ved overgangen til ensengsstuer i det nye akuthus på Regionshospitalet Viborg. Dataindsamlingen foregik gennem observationer og semistrukturerede interviews (55). Rapporten konkluderede, at indlæggelse på en ensengsstue har stor betydning for både patienter, sygeplejersker samt sygeplejestuderende. Patienterne opnår en højere grad af privatliv, integritet og værdighed, men det forudsætter, at patienten er meget selvhjulpne og har en høj grad af egenomsorgskapacitet, da de ellers vil kunne komme til at opleve ensomhed og isolation samt bekymring for at blive glemt og/eller overset. For sygeplejerskerne udfordres deres arbejdsmiljø i form af de lange gangdistancer, som medvirker til mindre tid til hver enkelt patient. Heraf opstår en bekymring fra sygeplejerskerne om at overse vigtige informationer fra patienten (57).

Rapporten er udvalgt, da det er yderst relevant ift. feltet, der er undersøgt, idet dette projekt udføres på samme hospital, men en anden afdeling. Rapporten belyser ensengsstuer modsat dette projekt, men den begrænsede mængde af litteratur, hvilket præsenteres i afsnit 2.7, førte til, at vi udvalgte rapporten til baggrundsviden samt perspektivering.

2.7 Litteratursøgningsprocessen

Indledningsvis blev der foretaget en eksplorativ litteratursøgning med bevidste tilfældige søgninger i pensum, databaser og andre relevante fagsider. Søgningen dannede grundlaget for vores problembeskrivelse, afgrænsning og problemformulering, idet vi afdækkede allerede eksisterende viden på området (58). Deraf fandt vi iht. problemformuleringen, at der foreligger begrænset national og international viden.

Den egentlige systematiske søgning er foretaget med det formål at anvende litteraturen i diskussionen og perspektiveringen (58). Vi anvendte databaserne Cinahl og Idunn, da de er sundhedsfaglige databaser indeholdende videnskabelige artikler. Da vi ønskede at finde national viden på området, var Idunn især velegnet, da det er en skandinavisk database (59).

For at systematisere søgningen er der udarbejdet en søgeprofil med udvalgte søgeord på baggrund af vores problemformulering. Eksempler på søgeord er følgende: *sygeplejerske, omsorg og flersengsstue*.

Søgeordene blev oversat til engelsk, så de også kunne anvendes i Cinahl. Det overordnede danske søgeord *omsorg* blev oversat til fem forskellige søgeord, da der ikke findes en dækkende oversættelse. De engelske søgeord er forsøgt forklaret i bilag B.

Søgeordene blev kombineret med de boolske operatører "AND" og "OR", og yderligere blev søgningen afgrænset via inklusions- og eksklusionskriterier (bilag C). Søgeordene blev opdelt i forskellige blokke, og i hver blok blev der anvendt synonymer for at opnå flest mulige relevante resultater. Desuden blev flere af ordene trunke, for at opnå variation af ordene (bilag D). Et eksempel på en søgeprofil i databasen Idunn er: *omsorg AND sygepleje* AND flersengsstue*. Søgningen gav 1 resultat, hvilket bekræftede manglen på viden på området. Ovenstående førte til de specifikke udførte søgninger (bilag E), der resulterede i forskningsartikler udvalgt til gennemgang. For at systematisere vores resultater blev der udarbejdet et flowchart (bilag F). Flowchartet illustrerer, hvordan artikler blev inkluderet og ekskluderet på baggrund af titel, abstract og gennemlæsning af fuldt tekst. Desuden blev en artikel fra den indledende bevidste tilfældige søgning taget med til videre vurdering. Processen ledte til 1 udvalgt rapport: "*Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og studerendes uddannelse og læringsforhold*". Rapporten anvendes i perspektiveringen.

2.8 Etiske og juridiske overvejelser

Når man udarbejder et bachelorprojekt, er det nødvendigt at forholde sig til de juridiske retningslinjer og etik (60). Når man observerer i klinisk praksis, kræver det medvirken fra andre mennesker. For at beskytte de mennesker, som deltager i forskningsprojekter, er der både internationale og nationale etiske retningslinjer, som skal følges, herunder bl.a. Helsinkideklarationen, som fokuserer på, at der skal være en balance mellem behov for ny viden og deltagernes interesser og helbred (61).

Gruppen har fulgt VIAs retningslinjer og vejledning for indsamling og håndtering af persondata (62,63). Vores data er indsamlet på Medicinsk afsnit 1 på Regionshospitalet i Viborg, og derfor har vi også fulgt den regionale retningslinje om indsamling og håndtering af patientoplysninger (64). Forud for vores observationer, blev afdelingen informeret skriftligt (bilag G), og projektet blev godkendt af vejleder og afdelingssygeplejerskerne (bilag H).

Afdelingssygeplejerskerne fik udleveret en samtykkeerklæring, og de indhentede herefter samtykke fra sygeplejerskerne på afdelingen (bilag I). Deltagerne blev informeret om, at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage. Sygeplejerskerne og patienterne, som deltog i projektet, er blevet anonymiseret. Der

blev ikke indhentet samtykke fra patienterne, da vi ikke havde adgang til EPJ, og derfor udelukkende havde informationer om, hvilken stue de befandt sig på.

Jævnfør Databeskyttelsesforordningen (GDPR) blev feltnoter mv. slettet ved afslutningen af projektet. Desuden blev de skriftlige feltnoter anonymiseret, således at hverken stuenummer eller lignende blev indskrevet på computeren (60).

3.0 Analyse og fund

Følgende afsnit præsenterer feltet, hvori observationerne er foretaget og herefter analysen af disse ud fra Clarke og Brauns tematiske analyse.

3.1 Præsentation af feltet

Empirien er indsamlet på Medicinsk afsnit 1 på Regionshospitalet Viborg, som favner en bred patientgruppe indenfor flere medicinske specialer, og stadig anvender en del flersengsstuer. Afdelingen er inddelt i 3 teams, hvoraf hvert team består af et eller to medicinske specialer. Udvælgelsen af deltagere skete på baggrund af problemformuleringen, da vi kun ønskede at observere flersengsstuer. Derudover blev der observeret på tværs af de tre teams således, at observationerne afspejler den kliniske praksis bedst muligt. Vi ønskede ikke at observere en specifik gruppe af patienter, da formålet er at belyse, hvordan sygeplejerskens omsorg konstrueres på en flersengsstue uden fokus på en specifik patientgruppe. Hvis medpatienten forlod stuen længerevarende stoppede observationen, da vi kun er interesseret i, hvad der sker, når begge patienter er til stede på stuen.

3.2 Clarke og Brauns tematiske analyse

Som beskrevet i afsnit 2.5 er Clarke og Brauns tematiske analyse en fleksibel metode, da den ikke foregår lineært, men hele tiden veksler mellem empiri, koder, foreløbige temaer og temaer. Dette gør også, at processen er meget tidskrævende, og der er arbejdet med en stor mængde uddrag og koder. Derfor vil det følgende afsnit kun præsentere koder, foreløbige temaer og temaer, som fremkom efter gentagelse af fase 2-4.

3.2.1 Lær din empiri at kende

Fase 1 begyndte allerede, da vi skrev vores feltnoter ned, og skrev refleksioner undervejs. Vi var opmærksomme på at adskille feltnoter fra refleksioner. Herefter læste og genlæste vi feltnoterne, og skrev idéer, refleksioner og noter ned til de efterfølgende trin, ud fra hvad der umiddelbart var iøjnefaldende.

3.2.2 Opstilling af foreløbige koder

I denne fase dannede feltnoterne grundlag for foreløbige koder. For at skabe et overblik over empirien blev koderne dannet vha. overstregninger i hver enkelt observation, som blev tildelt tal og skrevet på post-its. I denne fase blev processen dokumenteret ved at filme den, for at visualisere og skabe en bedre forståelse for arbejdsgangen. Dette er vedlagt som videomateriale (bilag J). Ud fra dette blev der identificeret en stor mængde koder, hvorfor bilag K kun illustrerer, hvilke uddrag, der ligger til grund for de 21 koder, som de foreløbige og endelige temaer er konstrueret ud fra. Disse uddybes i de følgende afsnit.

Desuden blev der skabt en kode kaldt "diverse". På den måde blev de koder, som ikke umiddelbart passede ind, ikke forkastet (65).

I følgende illustreres det, hvordan tre koder blev konstrueret ud fra uddrag fra empirien:

Det første eksempel viser, hvordan koden "*hensyntagen*" er dannet ud fra empirien:

"Sygeplejersken fortæller pt 1, at han skal scannes og derfor er fastende. Det synes pt 1, der er træls (...) SSAen tilbyder nu morgenmad til pt 2 (...) SSAen kommer med morgenmad til pt 2"

"Sygeplejersken snakker med pt 1 om, at han er varm. Hun vil gerne åbne vinduet, og det vil pt 1 også gerne have. Sygeplejersken spørger pt 2, som helst ikke vil have vinduet åbent, men han går med til det (...) SSAen spørger pt 2, om det er okay, at vinduet er åbent. Pt 2 vil gerne have det lukket, og SSAen lukker det"

"Sygeplejersken spørger pt 1, om han vil have fjernsynet tændt, hvilket han ikke ønsker (...) Han siger derefter, at han ønsker at hvile sig"

De to første uddrag viser, hvordan patienterne har forskellige behov, og hvordan disse ikke stemmer overens. I det tredje uddrag ses det, at sygeplejersken kun spørger den ene patient, om han ønsker fjernsynet tændt. De modstridende behov og manglen på at spørge begge patienter medfører, at der skal forhandles et kompromis, hvormed den ene aktør tvinges til at tage hensyn.

Koden "rammer som "bestemmer"" er dannet ud fra følgende uddrag:

"(...) Hun (sygeplejersken) går om på den anden side, og tjekker lige den højre arm, hvor der er blevet taget blodprøver. Henne ved 2-sengens fodende står computeren, hvor hun går over og skriver værdierne ind"

"Sygeplejersken fortæller om vejret udenfor, mens hun går hen og henter TOKS-tårnet, som står i den anden ende af stuen"

"(...) og (sygeplejersken) stiller sig midt i rummet med computeren og tæller medicin til patienterne"

"Sygeplejersken finder TOKS-apparatet fra pt 1's seng"

De tre uddrag illustrerer, hvordan sygeplejerskens bevægelse i rummet afhænger af de fysiske rammer og arbejdsopgaver.

Følgende eksempel viser, hvordan koden "ventetid" er konstrueret:

"Sygeplejersken står ude på gangen og venter på, at hun kan komme til en af patienterne"

"Sygeplejersken og SSA står mellem de to senge nede ved væggen, og taler om TOKS-tårnet, og SSA fortæller, der kun er et tårn på hver stue, så sygeplejersken må vente. Sygeplejersken bliver lettere irriteret og siger "det kan sgu da ikke passe, så ser jeg efter en på en anden stue"

"En anden sygeplejerske kommer ind på stuen og spørger, om de er færdige med termometeret"

Ovenstående uddrag viser, hvordan sygeplejersken må vente på, at andet personale er færdige med at anvende udstyr eller udføre en handling hos patienten.

3.2.3 At se efter temaer

I fase 3 blev koderne samlet til foreløbige temaer. Dette førte til 11 foreløbige temaer (bilag L).

I det følgende eksemplificeres det, hvordan 2 foreløbige temaer blev dannet ud fra koder.

F.eks. har koderne "Forstyrrelser under stuegang", ""Upassende" adfærd under stuegang" og "Sygeplejerskens deltagelse ved stuegang" alle det tilfælles, at de omfatter aktørernes adfærd under stuegang. De danner derfor sammen det foreløbige tema "Stuegang"

I andet eksempel omhandler koderne *“Ventetid”* og *“Rammer som bestemmer”*, hvordan de fysiske rammer og ressourcer begrænser og/eller påvirker sygeplejerskens udøvelse af sygepleje, hvorfor de tilsammen danner det foreløbige tema *“Begrænsede ressourcer”*.

3.2.4 At gennemgå temaer

I denne fase blev de foreløbige temaer gennemgået ved igen at veksle mellem empiri og koder. Ved at gå tilbage og genlæse empirien samt have problemformuleringen og det socialkonstruktivistiske afsæt i baghovedet, blev vi opmærksomme på nogle koder, som skulle genkodes eller passede ind i et andet tema. Denne fase resulterede i 3 endelige temaer (bilag L).

Herunder ses, hvordan temaerne blev konstrueret ud fra koder og foreløbige temaer:

De foreløbige temaer *“Fysiske og materielle betingelser”*, *“Pladsmangel”* og *“Begrænsede ressourcer”* overlapper hinanden i den forstand, at de alle tre omhandler, hvordan fysiske og organisatoriske rammer påvirker og/eller begrænser sygeplejerskens udøvelse af sygepleje og samarbejde med andet sundhedspersonale. Gennem analysen blev de samlet i det første tema *“Fysiske og organisatoriske rammer som en udfordring på en flersengsstue”*.

Det andet tema *“Forventet adfærd på en flersengsstue”* består af de foreløbige temaer *“Berøring”*, *“Hensyntagen”*, *“Stuegang”* og *“Uventet adfærd”*. Temaet er dækkende for de foreløbige temaer fordi, det omhandler, hvordan normer og forventninger forhandles og udfordres i interaktionen mellem sygeplejerske og patienter, sygeplejersker og andet sundhedspersonale samt mellem patienterne indbyrdes.

De fire foreløbige temaer *“Støj og afbrydelser på stuen”*, *“Medpatient forstyrrer”*, *“Samspil mellem sygeplejerske, patient og medpatient”* og *“Interne forstyrrelser mellem personale”* udgjorde det tredje tema *“Forhandling af relationer på en flersengsstue”*. Temaet er dækkende for de foreløbige temaer, da temaet fokuserer på, hvordan samspillet på stuen og forstyrrelser kan udfordre den relationelle del af sygeplejen, og hvordan sygeplejersken konstant må forhandle sit fokus afhængig af aktørernes behov.

3.2.5 At definere og navngive temaer

I femte fase brugte vi koderne og empirien til at beskrive indholdet af hvert tema samt skrive refleksioner ned om temaerne. Vi havde her fokus på sammenhængen mellem temaerne, socialkonstruktivismen og problemformuleringen. Det var også her, vi overvejede, om navnene giver læseren en god forståelse for, hvad temaet indeholder.

4.0 Fortolkning og diskussion af fund

I forlængelse af den foregående tematiske analyse fortolkes og diskuteres de tre temaer i de følgende afsnit. Til fortolkningen anvendes projektets teoretiske referenceramme beskrevet i afsnit 2.6.

4.1 Fysiske og organisatoriske rammer som udfordring på en flersengsstue

I dette tema bruges Gittells teori om relationel koordinering til at fortolke, hvordan de fysiske og organisatoriske rammer kan udfordre den relationelle koordinering. Desuden sættes det i et socialkonstruktivistisk perspektiv, hvor udfordringerne ikke kun ses som en praktisk udfordring, men også som socialt konstruerede.

Temaet "Fysiske og organisatoriske rammer, som udfordring på en flersengsstue" fremkom gennem den systematiske kodeproces, med grundlag i 3 foreløbige temaer (bilag L).

To uddrag fra "pladsmangel" viser, hvordan stuens fysiske begrænsninger skaber praktiske udfordringer og behov for forhandling mellem aktørerne:

"Pt 2 kommer ud fra toilettet, som er placeret til venstre (udefra set) for stuen. Sygeplejersken går med pt 2 ind til sengen. Hun må skubbe til bioanalytikerens vogn, for at hende og pt 2 kan komme forbi"

"Bioanalytikerens har svært ved at komme fra pt 2 til pt 1, da sygeplejerskens computer og bioanalytikerens egen vogn fylder"

Situationerne illustrerer, hvordan de fysiske rammer tvinger sygeplejersken til løbende at tilpasse sig, da hun må skubbe til bioanalytikerens vogn. Tilsvarende har bioanalytikerens udfordringer ved at bevæge sig på stuen pga. sygeplejerskens computer og hendes egen vogn. Situationerne viser, hvordan de fysiske rammer fordrer en løbende tilpasning og forhandling mellem aktørerne.

Ifølge Gittells teori, er samarbejdet ikke kun afhængig af kommunikation, men også en fælles forståelse af opgaverne (44). I ovenstående eksempler observeres det, at de involverede aktører ikke kommunikerer direkte om, hvordan de skal dele pladsen på stuen. Dette kan tolkes som mangel på hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation, der kan modvirke samarbejdet og skabe unødige forsinkelser eller konflikter (45).

I tråd med dette er én af grundantagelserne i socialkonstruktivismen, at sproget ligger til grund for vores forståelse, og hvad vi er i stand til at tænke (24). Den manglende kommunikation kan tolkes som en udfordring for forhandlingen af det fysiske miljø samt etableringen af den fælles forståelse, hvilket gør det nødvendigt for sygeplejersken og andet sundhedspersonale, at forhandle pladsen på stuen gennem deres handlinger.

De foreløbige temaer "fysiske og materielle betingelser" og "begrænsede ressourcer" bidrager til temaet ved at fremhæve de organisatoriske og sociale udfordringer, der opstår på flersengsstuen. F.eks. viser "begrænsede ressourcer", hvordan hospitalets organisering af ressourcer, arbejdsgange og teknologi begrænser sundhedspersonalets handlemuligheder:

"Sygeplejersken og SSA står mellem de to senge nede ved væggen, og taler om TOKS-tårnet, og SSA fortæller, der kun er et tårn på hver stue, så sygeplejersken må vente. Sygeplejersken bliver lettere irriteret og siger "det kan sgu da ikke passe, så ser jeg efter en på en anden stue".

"Fysiske og materielle betingelser" viser samtidig, hvordan pladsen bliver en delt og begrænset ressource, som konstant forhandles og skaber praktiske udfordringer:

"Bioanalytikerens er færdig med pt 1, og går nu over til pt 2. Bioanalytikerens skal have sin vogn med, og sygeplejersken og SSA må gå ud af stuen, så hun kan komme forbi"

Fra et socialkonstruktivistisk perspektiv forstås fysiske og materielle betingelser samt begrænsede ressourcer som sociale konstruktioner, der opstår gennem interaktioner mellem aktørerne (24). Når sygeplejersken bliver frustreret over det manglende TOKS-tårn, eller bioanalytikerens venter på, at hun kan komme til patienten, er det ikke kun en praktisk begrænsning, men også en social proces, hvor aktørerne gennem deres handlinger og sprogbrug skaber en forståelse af, hvad de fysiske og materielle betingelser samt begrænsede ressourcer betyder i denne kontekst. Det er altså ikke de fysiske og materielle betingelser eller de begrænsede ressourcer, der alene skaber udfordringerne, men hvordan de forstås og håndteres gennem relationer og handlinger. Desuden bunder de enkelte aktørers forståelse, og dermed deres håndtering af udfordringerne, jævnfør Gittell, også i organisationens struktur. F.eks. kan situationerne, hvor bioanalytikerens indgår i forhandlingen om pladsen, tolkes som et eksempel på, hvordan arbejdsgange organiseres og prioriteres i organisationen (45).

4.1.1 Delkonklusion

Temaet “fysiske og organisatoriske rammer som udfordring på en flersengsstue” belyser, hvordan begrænsede ressourcer, de fysiske og materielle betingelser samt pladsmangel bidrager til ikke bare en praktisk udfordring, men også sociale konstruktioner, der udspringer af aktørernes interaktioner, sprogbrug og handlinger. Med udgangspunkt i socialkonstruktivismen skaber manglen på kommunikation mellem aktørerne en konstruktion, hvor udfordringerne løses på egen hånd (24). Ifølge Gittell kan en manglende koordinering resultere i unødvendige konflikter eller ineffektivitet, hvilket kan ses i form af frustration og ventetid (45).

Temaet belyser desuden, hvordan sygeplejerskens omsorg ikke kun består i hendes direkte handlinger over for patienten eller intentioner om at yde omsorg, men også hendes evne til at tilpasse sig og forhandle de begrænsede ressourcer og plads samt fysiske og materielle betingelser, som omgiver sygeplejen og patienten.

4.2 Forventet adfærd på en flersengsstue

I dette tema anvendes Erving Goffmans rollespilsteori til at fortolke, hvilken adfærd, der forventes af patienter og sygeplejersker på en flersengsstue, og hvordan aktørerne reagerer, når der forekommer afvigelser i denne adfærd.

Temaet “Forventet adfærd på en flersengsstue” udspringer af de 4 foreløbige temaer “hensyntagen”, “berøring”, “stuegang” og “uventet adfærd” (bilag L).

Et uddrag fra “hensyntagen” illustrerer, hvordan sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten navigerer forskelligt i patienternes behov og ønsker:

”Sygeplejersken snakker med pt 1 om, at han er varm. Sygeplejersken vil gerne åbne vinduet, og det vil pt 1 også gerne have. Sygeplejersken spørger pt 2, som helst ikke vil have vinduet åbent, men han går med til det.”

Lidt efter kommer en social- og sundhedsassistent ind på stuen:

”SSA spørger pt 2, om det er okay, at vinduet er åbent. Pt 2 vil gerne have det lukket, og SSA lukker det”

Situationen illustrerer, hvordan henholdsvis sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten handler ud fra deres forståelse af, hvad der er hensynsfuldt i situationen, og ud fra forskellige patienters behov.

Goffmans teori om rollespil kan bidrage med en ramme til at forstå, hvordan hensyntagen udspiller sig i mødet mellem sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og patienter. Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten fungerer som rolleudøvere på scenen, der begge er ansvarlige for at opretholde deres og holdets professionelle roller. Patienterne er dog ikke blot publikum, men medaktører, da de også iscenesætter deres reaktioner og forventninger til, hvordan deres behov skal imødekommes (48). Sygeplejersken forsøger gennem forhandling med pt 2, at opretholde et hensynsfuldt indtryk hos begge patienter. Da social- og sundhedsassistenten kun spørger pt 2, reagerer pt 1 ikke på, at det modsiger hans behov. Pt 1 undertrykker sit behov, så det godtages af pt 2, og situationsdefinitionen fastholdes og samhandlingen forløber problemfrit (46).

Koden "berøring" illustrerer, hvordan normerne for berøring er afhængige af den enkelte aktørs rolle og forventninger i interaktionen:

"Da bleen klistres fast om maven, trækker sygeplejersken blusen ned, og aer patienten på maven. "Sidder den godt?" spørger sygeplejersken. Patienten nikker og kigger på hende."

"Pt 1 klapper forsigtigt sygeplejersken et par gange på maven. Sygeplejersken får lidt røde kinder, og træder et lille skridt tilbage."

Berøring er ikke kun en fysisk handling, men kan også fungere som en måde at understøtte kommunikationen og relationen mellem aktørerne. F.eks. bruger sygeplejersken berøring som en del af hendes rolleudøvelse, og det kan tolkes som en del af indtrykstyringen, hvor hun forsøger at fremstå omsorgsfuld og skabe tryghed. Når patienten nikker og kigger på hende, accepterer og bekræfter patienten den fælles situationsdefinition (46).

Berøring kan fungere som et redskab for sygeplejersken, når hun er i sin professionelle rolle, men kan også, som i andet eksempel, overskride normen for passende adfærd. Sygeplejerskens skridt tilbage kan tolkes som en måde at signalere, at berøringen var upassende, men uden at eskalere situationen. Ifølge Goffman reagerer vi ikke kun følelsesmæssigt på, hvis vi selv opfører os afvigende fra situationsdefinitionen, men også hvis andre mennesker gør. Sygeplejerskens diskrete skridt tilbage kan tolkes som et forsøg på at undgå ubehag hos patienten, som netop har afvejet fra den fælles situationsdefinition (47,48). Et tilsvarende eksempel fremkommer i koden "uventet adfærd", hvor en patient sætter sig hårdt ned i sengen, så sygeplejersken bliver forskrækket. Herefter søger patienten accept i form af at spørge: "Var det ikke det, jeg skulle?". Sygeplejersken responderer her både verbalt og ved at smile samt skabe øjenkontakt. Sygeplejersken benytter sit ansigtsarbejde til at give et indtryk af accept og opretholde den fælles situationsdefinition (47).

Stuegang kan ses som en konstrueret virkelighed, der indebærer forskellige forventninger fra de forskellige aktører. Koden "stuegang" kan tolkes ud fra Goffmans teori om rollespil, da der gennemgående ses en forventet rollefordeling under stuegang. Ofte fungerer lægen som scene-leder og sygeplejersken som en mere passiv observatør, men de danner samtidig et hold, hvor sygeplejersken griber ind, hvis der er behov for støtte til at opretholde den fælles situationsdefinition (48). Et uddrag fra koden "stuegang" illustrerer, hvordan sygeplejersken forsøger at korrigere patientens indtryksstyring:

"Lægen leder samtalen med pt 2 og sygeplejersken sidder og lytter, nikker og smiler forsigtigt ind i mellem. Samtalen starter med at tale om patientens bryst smerter, hvor patienten "taler det ned". Sygeplejersken indvender med en løftet pegefinger, "du fortalte mig tidligere...". Patienten kigger lidt på hende med rynkede øjenbryn, og kigger derefter på lægen. Han fortæller det samme, som han gjorde til sygeplejersken tidligere på morgenen."

Patienten forsøger at styre indtrykket af sig selv ved at tale sine bryst smerter ned. Gennem ansigtsarbejde kan vi tolke patientens reaktion, da han rynker med øjenbrynene og kigger på lægen, som et forsøg på ikke at tabe ansigt. Patienten tilpasser sig sygeplejerskens situationsdefinition, hvilket kan være et udtryk for forventet adfærd fra hendes rolle (47).

4.2.1 Delkonklusion

Temaet belyser gennem Goffmans rollespils teori, hvordan interaktioner på en flersengsstue udspiller sig konstant på scenen, da både sundhedspersonale og patienter er synlige for hinanden (47). Det ses, hvordan sygeplejersken gør brug af indtryksstyring til at fremstå hensynsfuld overfor begge patienter, og hvordan berøring kan understøtte sygeplejerskens professionelle rolleudøvelse. Det ses samtidig, hvordan der optræder forskellige normer for berøring afhængig af aktørens rolle, idet patienten afviger fra den fælles situationsdefinition ved at berøre sygeplejersken. Observationer fra stuegang tydeliggør, hvordan stuegang i sig selv er en konstrueret virkelighed, hvor der som oftest på forhånd er tildelt bestemte roller og forventninger. Når patienten tilpasser sig sygeplejerskens korrigerende, kan det tolkes som en accept af hendes professionelle rolle og de forventede normer (48).

Temaet tydeliggør, hvordan sygeplejerskens omsorg bliver formet ved at balancere mellem professionel rolleudøvelse og tilpasning til de sociale normer og forventninger. Handlinger som berøring bidrager til, at sygeplejersken fremstår omsorgsfuld, men kan også udfordre hendes professionelle rolle den anden vej. Sygeplejersken benytter ansigtsarbejde for at undgå, at patienterne føler ubehag, når de afviger fra den fælles situationsdefinition, hvilket kan forstås som en del af kernen i omsorg.

4.3 Forhandling af relationer på en flersengsstue

I dette tema bruges begrebsrammen FoC til at hjælpe med at forstå, hvordan forstyrrelser og konkurrerende behov kan udfordre sygeplejerskens relationsdannelse.

Temaet *“Forhandling af relationer på en flersengsstue”* fremkom gennem den systematiske kodeproces, med grundlag i de 4 foreløbige temaer *“Medpatient forstyrrer”*, *“interne forstyrrelser mellem personale”*, *“samspil mellem sygeplejersken, patient og medpatient, og “støj og afbrydelser på stuen”* (bilag L).

Et uddrag fra *“medpatient forstyrrer”* viser, at sygeplejersken bliver distraheret af medpatienten på stuen, hvilket betyder, hun må skifte fokus og afbryde sin igangværende opgave for at hjælpe den anden patient:

“Under stuegang ved pt 2 er pt 1’s inhalation færdig, og sygeplejersken går forsigtigt mod pt 1 og slukker og tager forsigtigt hans maske af. De smiler til hinanden, og uden at sige noget smiler hun igen og går over til pt 2 og sætter sig igen i vindueskarmen”

I en anden situation ses det også, at sygeplejersken bliver afbrudt i sin igangværende opgave. I dette eksempel fra koden *“Interne forstyrrelser mellem personale”* forstyrrer hun af en kollega:

“Den anden sygeplejerske kommer igen og fortæller om en pt på en anden stue. Sygeplejersken må igen vende sig væk fra pt 1. Sygeplejersken undskylder overfor pt 1, at hun bliver forstyrret af den anden sygeplejerske”

Ifølge Kitson skal sygeplejersken kunne sikre fokus på patienten, på trods af afbrydelser og sikre kontinuitet (52). I de to eksempler ovenfor ses det, hvordan sygeplejersken skifter opmærksomheden fra patienten til enten medpatienten eller en kollega. Sammenholdt med FoC kan forstyrrelserne muligvis skabe en udfordring for kontinuiteten samt hendes plan for sygeplejen.

At kunne bevare opmærksomheden kom til udtryk gennem observationerne, ved at sygeplejersken også påvirkes af relationerne mellem patienterne på en flersengsstue. I koden *“samspil mellem sygeplejersken, patient og medpatient”* sker der et tydeligt samspil mellem patienterne og sygeplejersken:

“Mens sygeplejersken er ved pt 1, begynder pt 2 at rejse sig. Kørestolen står i vejen, så pt 2 ikke kan gå forbi den. Pt 3 siger så: “Skal jeg lige hjælpe dig?”. Sygeplejersken kigger op og opdager situationen. Pt 2 siger “Nej ellers tak, jeg venter bare lige – nu skal du også have lov til at være syg og hvile dig”. Sygeplejersken går over mod pt 2 og flytter kørestolen, så han kan komme forbi. Hun går tilbage til pt 1, og imens taler pt 2 og pt 3 til hinanden fra hver deres seng”.

Ifølge Kitson er relationen fundamental i sygeplejen, som det ses i den inderste dimension af begrebsrammen i figur 1 (49). Uddraget fremhæver det komplekse samspil, der sker mellem patienterne og sygeplejersken på en flersengsstue. De forskellige patienters behov er konkurrerende, og det ses, hvordan sygeplejersken må forhandle sin opmærksomhed og plan for sygeplejen. Dette kan ud fra FoC tolkes som en udfordring for de psykosociale og relationelle opgaver, da sygeplejersken prioriterer, hvilken opgave og dermed patient, der er vigtigst (52).

I koden "støj og afbrydelser på stuen" ses et eksempel, hvor sygeplejersken fastholder sit fokus på patienten til trods for uro på stuen. Patienten ligger i sengen, og på den ene side står der en bioanalytiker og afspritter hans arm:

"Hun (sygeplejersken) forklarer ham, at der lige sker så meget lige nu, men at hun lige vil sætte en manchete på ham, alt imens der er uro fra 2-sengen. SSA og pt 2 taler og SSA larmer og flytter rundt på ting"

Sygeplejersken forklarer patienten, at der sker meget, underforstået, at der er uro på stuen. Hun har fokus på interaktionen mellem dem, og støtter og guider patienten verbalt. Det ses, hvordan sygeplejersken forsøger at gøre situationen forudsigelig ved at kommunikere med patienten, hvilket også knytter sig til de psykosociale opgaver i FoC. Desuden kan det tolkes, at sygeplejersken anvender sin forudseenhed til at tage en beslutning om, at det vil gavne patienten, at hun informerer ham, og anerkender, at der er en del uro på stuen.

4.3.1 Delkonklusion

Temaet belyser, hvordan sygeplejerskens opmærksomhed konstant forhandles i samspillet mellem de mange aktører på en flersengsstue. Begrebsrammen FoC kan bidrage til en forståelse af, hvordan opmærksomhed spiller en central rolle i etableringen af en relation, og hvordan relationen er kernen af sygeplejen (52). Det ses, hvordan de forskellige aktørers konkurrerende behov kan udfordre sygeplejerskens relationelle og psykosociale opgaver (49). Herunder, at støj og uro samt medpatienter tvinger sygeplejersken til hele tiden at forhandle sit fokus og prioritere mellem opgaver og aktører. Ud fra FoC kan dette tolkes som en udfordring for de psykosociale opgaver, hvor det er sygeplejerskens opgave, at patienten bl.a. føler sig respekteret og involveret. Sygeplejerskens skiftende fokus kan medvirke til uforudsigelighed for patienterne, men hvis sygeplejersken formår og rammerne tillader hende at fastholde sin opmærksomhed, kan hun anvende sin forudseenhed til at bevare ro og som en del af etableringen af relationen (49).

I en socialkonstruktivistisk ramme ses relationer som konstruerede i interaktionen mellem aktører. Relationen afhænger derfor ikke bare af, hvordan sygeplejersken agerer eller fremstår overfor patienterne eller andre aktører, men hvordan hver enkelt aktør forstår relationen. Problemet med at etablere en relation på en flersengsstue opstår altså ikke kun pga. de fysiske rammer og andre aktørers behov, men også i hvordan relationen forstås og håndteres af de forskellige aktører (24).

Ud fra temaet ses det, hvordan sygeplejerskens omsorg formes med fokus på relationsdannelse. Faktorer såsom de mange aktørers individuelle behov samt støj og uro tvinger sygeplejersken til at prioritere, hvilket kan tolkes som en udfordring for at yde den optimale omsorg for alle patienterne. Omsorgen bliver dermed afhængig af både interaktionen med den enkelte patient samt interaktionerne med alle aktørerne på stuen og deres indbyrdes interaktioner.

4.4 Diskussion af fund

I følgende afsnit vil projektets fund diskuteres i en teoretisk ramme, der kombinerer Kari Martinsens omsorgsteori og Erving Goffmans teori om sociale interaktioner, samt hvordan dette kan ses i en socialkonstruktivistisk ramme. Desuden inddrages Etisk grundlag for sygeplejersker (18).

Projektet har identificeret, hvordan fysiske og materielle betingelser, forventninger og normer for adfærd samt forhandling af relationer kan tolkes som udfordringer for sygeplejersken på en flersengsstue. Med udgangspunkt i Etisk grundlag for sygeplejersker defineres omsorg som en af de tre grundlæggende værdier i etisk forsvarlig sygeplejepsaksis (18). Jævnfør socialkonstruktivismen skal omsorg ikke ses som et fast defineret begreb, men som en social konstruktion, der konstrueres i interaktionerne på stuen. Fokus for dette projekt er derfor præget af, at vi gennem bl.a. Etisk grundlag for sygeplejersker og vores uddannelse forstår omsorg som en central del af sygeplejen og vores professionsidentitet, men i en anden kontekst er dette ikke nødvendigvis gældende (17,18,66). Det kan derfor diskuteres, hvorvidt omsorg er det mest præcise begreb for dette projekts fund, når de ses i en bredere kontekst, hvor andre forståelser og værdier kan være dominerende. Gennem observationer ses det, at sygeplejersken konstant må forhandle mellem forskellige patienters behov, men også andet sundhedspersonales behov. Sammenholdt med Etisk grundlag for sygeplejersker kan dette ses som en uoverensstemmelse, da sygeplejersken bliver udfordret i at udøve den professionelle omsorg, hvor der tages udgangspunkt i det enkelte menneskes egne ønsker og behov (18). Det ses bl.a., da sygeplejersken må prioritere mellem de forskellige patienters behov, og da patienterne må indgå kompromisser med hinanden. Gennem fortolkningen ses det, hvordan sygeplejerskens opmærksomhed påvirkes af, om en anden patient eller kollega forstyrrer hende, og desuden påvirkes den enkelte patients opfyldelse af behov af, om den anden patient har samme behov.

Sygeplejeteoretiker Kari Martinsen beskriver omsorg som dét at knytte bånd, og dét at knytte bånd har med afhængighed at gøre (67). Desuden beskriver hun magt som en uundgåelig del af arbejdet som sygeplejerske. Den eksisterer alle steder, hvor der er asymmetri i en relation, altså hvor den ene er afhængig af noget fra den anden (16). Jævnfør Etisk grundlag for sygeplejersker skal sygeplejersken være bevidst om at forvalte magtforholdet mellem udøver og modtager af sygepleje moralsk ansvarligt og i solidaritet med den svage part (18). Men hvem er den svage part, når der opstår konkurrerende behov på en flersengsstue?

Når sygeplejersken prioriterer mellem patienter, er det ikke kun en klinisk beslutning, men også en social forhandling, der påvirkes af patienternes livsytringer og deres evne til at gøre opmærksom på sig selv (67). Forstyrrelser i form af lyde og kommunikation viser sig som værende en af de vigtigste grunde til, at sygeplejersken bryder den nuværende interaktion. Dette kan skabe situationer, hvor de mest larmende patienter indirekte får magt til at påvirke sygeplejerskens opmærksomhed. Men kan magtudøvelsen så altid fordeles retfærdig, og kan sygeplejersken sikre, at den svage part modtager den nødvendige omsorg, og hvem er egentlig den svage part? I en socialkonstruktivistisk ramme defineres den svage part ikke kun af objektive faktorer såsom behov for pleje eller ressourcer, men også af hvordan rollen bliver socialt konstrueret gennem relationer og interaktioner på stuen (24). Den svage part kan f.eks. være den patient, der ikke udtrykker sine behov tydeligt, men det kan også være den patient, der fremstår mindre afhængig, selvom vedkommendes behov egentlig er større.

Martinsen og Goffman beskriver begge, regler og normer som nødvendige. Hos Martinsen for at beskytte livsytringerne og hos Goffman for at opretholde den fælles situationsdefinition, så samhandlingen forløber problemfrit (46,67). Disse perspektiver bidrager med en forståelse af, hvordan en veldefineret situationsdefinition kan bidrage til at beskytte livsytringerne samt skabe en struktur for samhandlingen på en flersengsstue, hvor konkurrerende behov og forstyrrelser er uundgåelige.

5.0 Diskussion af metode

Formålet med denne metodediskussion er at diskutere projektets metodevalg. Diskussionen vil tage udgangspunkt i de fire kvalitetskriterier opstillet af Egon Guba og Yvonna Lincoln. De fire kriterier består af: troværdighed, pålidelighed, bekræftelighed og overførbarehed (68).

5.1 Troværdighed

Troværdighed som kvalitetskriterie består i, at man får præsenteret fænomenet, som undersøges, korrekt (68).

I dette projekt er der udelukkende blevet foretaget observationer som dataindsamlingsmetode. Ofte kombinerer man observationer med f.eks. interviews eller spørgeskema (69). Set i en socialkonstruktivistisk tilgang kan en konsekvens af at vælge interviews eller kombinere dem være, at resultatet kan bygge på deltagernes selvfølgeligheder, og at de måske ikke kan huske, forklare eller er bevidste om de forskellige aspekter, der undersøges (28). Det højner derfor projektets troværdighed, ift. det videnskabsteoretiske ståsted, at der udelukkende er anvendt deltagende observation.

Observationerne er påvirket af flere faktorer, herunder at vi havde i sinde at observere på stuerne fra kl. 07.00-12.00, men dette var ikke altid muligt bl.a. fordi, medpatienten forlod stuen i længere tid f.eks. i forbindelse med måltider og undersøgelser. Brugen af koordinatoren på afdelingen som uformel gatekeeper til udvælgelsen af stuer højner troværdigheden, da vi som observatører ikke påvirker udvælgelsen.

Pilotobservationerne gjorde det muligt for os at tilpasse vores observationsguide, og vi opdagede bl.a., da vi nedskrev de første tykke beskrivelser, at vi havde meget fokus på den verbale kommunikation samt konkrete handlinger, hvilket førte til en mangel på nonverbal kommunikation samt reaktioner.

Ved at anvende Clarke og Brauns tematiske analyse sikrede vi en systematisk gennemgang af empirien. Dog medvirker fleksibiliteten i metoden, at forskeren selv kan præge analysen i form af de valg, der træffes undervejs. Vi har forsøgt at gøre vores valg synlige for læseren for at højne troværdigheden, jævnfør Clarke og Braun (37). Vi har været meget opmærksomme på vores videnskabsteoretiske afsæt, hvor alt forståelse netop dannes i interaktionen med andre, og hvordan dette netop er af stor betydning for omsorgsbegrebet (26). Desuden har projektets omfang gjort, at vi traf et valg om at afslutte analysen ved 2. gennemgang af fase 2-4.

Grundet den socialkonstruktivistiske tilgang og den tydelige mangel på viden er den fremsøgte litteratur i den systematiske søgning kun brugt som baggrundslitteratur samt til diskussion og perspektivering. Af den grund er der heller ikke benyttet et redskab til vurdering af artiklerne. Dette kan påvirke troværdigheden, idet den fremsøgte litteratur ikke er systematisk vurderet, og da der ikke var et stort udvalg.

5.2 Pålidelighed

Pålidelighed er det kvalitetskriterie som omhandler, at man skal gøre arbejdsprocessen synlig for læseren (68).

I hvert afsnit er der benyttet metakommunikation, i form af en præsentation af, hvad vi vil gøre, inden det gøres (70). Derudover er der også udarbejdet en begrebsafklaring og en teoretisk referenceramme, så

analysen er letlæselig, og der henvises desuden flere gange til tidligere eller kommende afsnit, hvilket skaber en sammenhæng. Metakommunikationen anvendes derfor som et redskab til at højne pålideligheden. F.eks. i beskrivelsen af Clarke og Brauns tematiske analyse er der brugt uddrag til at illustrere, hvordan vi er kommet frem til de foreløbige temaer samt endelige temaer. Desuden er der vedlagt bilag for de resterende foreløbige temaer og endelige temaer, for at synliggøre alle fund for læseren.

Idet vi har fremlagt og beskrevet de 6 faser i den tematiske analyse samt vedlagt vores observationsguide og videomateriale, vil andre kunne gennemgå den samme arbejdsproces som os, men det vil ikke nødvendigvis føre til de samme fund og resultater (19).

5.3 Bekræftelighed

Kvalitetskriteriet bekræftelighed handler om, i hvilken grad andre vil kunne bekræfte de resultater, som vi er kommet frem til (68).

Som beskrevet i afsnit 3.1 havde vi ingen inklusions- og eksklusionskriterier specifikt for deltagerne. Af den årsag kan det være svært for andre at udføre vores projekt igen, da udvælgelsen af deltagerne har været så tilfældig. Ydermere har dette projekt et socialkonstruktivistisk afsæt. Af den grund vil resultaterne afhænge af, hvordan omsorgen konstrueres, forstås og håndteres i den specifikke kontekst, hvilket kan problematisere bekræfteligheden.

5.4 Overførbarhed

Det sidste kvalitetskriterie omhandler vurderingen af, om resultaterne i undersøgelsen er relevante i en anden kontekst, end der hvor de er indsamlet (68).

Da litteratursøgningen førte til begrænsede resultater, var det svært at sammenligne vores fund med andre studier både nationalt og internationalt.

Vores empiri er indsamlet på Medicinsk afsnit 1 på Regionshospitalet Viborg, hvilket gør, at der opnås en stærk intern validitet, men det begrænser overførbarheden. Hvis overførbarheden skulle højnes, kunne der med fordel være indsamlet empiri på flere afsnit. Dog har vi vurderet, at det ikke var muligt bl.a. pga. omfanget af projektet.

Det socialkonstruktivistiske afsæt spiller også en rolle ift. overførbarheden, da omsorg, som tidligere påpeget, er socialt konstrueret, og ikke nødvendigvis har samme betydning i en anden kontekst.

6.0 Konklusion

Det følgende afsnit konkluderer projektets fund og sammenholder det med problemformuleringen.

Projektets formål var at undersøge *“hvordan konstrueres og formes sygeplejerskens omsorg i interaktionen med patienter på en flersengsstue?”*.

På baggrund af projektets analyse og fund kan det konkluderes, at flere faktorer er med til at forme sygeplejerskens omsorg for patienterne på en flersengsstue. Gennem analyse af observationerne kommer især de fysiske og organisatoriske rammer, forventet adfærd samt forhandling af relationer til udtryk. Ud fra Gittells teori om relationel koordinering ses det, at de fysiske og organisatoriske rammer ikke kun udgør praktiske udfordringer, men at de også kan påvirke samarbejdet og relationen mellem sundhedspersonalet indbyrdes. Dertil ses den manglende kommunikation at bidrage yderligere til disse udfordringer.

Desuden kan de mange aktører, herunder sundhedspersonale og medpatienter, der befinder sig på en flersengsstue, udfordre sygeplejersken i at danne og opretholde en god relation til den enkelte patient sammenholdt med begrebsrammen FoC. De sociale normer og forventninger til adfærd på en flersengsstue kommer til udtryk som både en måde for sygeplejersken at fremstå omsorgsfuld på, men også en udfordring, når hun skal håndtere uventet adfærd og balancere mellem konkurrerende behov.

Samlet set kan det ud fra ovenstående konkluderes, at sygeplejerskens omsorg for patienterne på en flersengsstue formes af både fysiske og organisatoriske faktorer samt sociale normer og forventninger. Sygeplejerskens omsorg består ikke kun af hendes handlinger og intentioner om at yde omsorg, men i lige så høj grad af hendes evne til at forhandle med andet sundhedspersonale og patienterne.

Metodediskussionen viser, at projektets fund overordnet set vurderes troværdige og pålidelige og i mindre grad bekræftelige og overførbare. Overensstemmelsen mellem problemformuleringen, videnskabsteoretisk afsæt og valg af metode højner den interne validitet af projektet, men det diskuteres, hvorvidt det lille udsnit af empiri gør det muligt at overføre projektet til praksis. Projektet kan dog bidrage med et perspektiv til yderligere forskning af hospitalsdesignets betydning for sygeplejerskens omsorg for patienterne.

Idet projektet har et epistemologisk socialkonstruktivistisk afsæt, afhænger fundene i høj grad af konteksten, hvori empirien er indsamlet, og det kan derfor diskuteres, hvorvidt specifikke inklusions- og eksklusionskriterier til deltagerne kunne have højnet bekræfteligheden.

Undersøgelsens fund er relevante for klinisk praksis, idet projektet konkluderer, at både fysiske, organisatoriske og sociale faktorer kan påvirke sygeplejerskens omsorg for patienterne på en flersengsstue.

7.0 Perspektivering

Som der er argumenteret for gennem hele projektet, eksisterer der sparsom viden på området om omsorgens konstruering på en flersengsstue, og desuden generelt om flersengsstuens betydning for udøvelsen og modtagelsen af sygeplejen. Derfor er det vanskeligt at sammenholde fundene i dette projekt med andre undersøgelser. Perspektiveringen vil derfor fokusere på nye perspektiver og skabe grundlag for refleksion.

Et interessant perspektiv på dette projekt kunne være at undersøge, hvordan fundene kan sammenlignes med studier, der fokuserer på ensengsstuer eller andre typer af hospitalsdesign. En sammenligning kunne belyse, hvorvidt de sociale konstruktioner omkring omsorgen ændres afhængig af det fysiske rum, eller om de sociale interaktioner og forhandlinger mellem sygeplejersker og patienter forbliver de samme uanset hospitalsdesign.

Det tidligere præsenterede projekt i afsnit 2.6.4 *“Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold”* er udført på Regionshospitalet Viborg, ligesom dette projekt. Rapporten har bl.a. fokus på ensengsstuens indflydelse på patienter, sygeplejersker og sygeplejen. Et af fundene fra patientens perspektiv er oplevelsen af isolation, ensomhed og bekymring for at blive glemt/overset (57). Et studie udført i Norge i 2018 har undersøgt ensomhed blandt voksne i alderen 40-80 år, uden for en sundhedsfaglig kontekst (71). Studiet finder, at ensomhed ikke nødvendigvis afhænger af graden af sociale interaktioner, men også en lang række andre faktorer. Herunder mener forskeren Thomas Hansen, at personlighed, kultur, tillid og forventninger spiller en stor rolle i, om man oplever ensomhed. Han hævder, at hvis man har færre forventninger og er mere tillidsfuld, så er man mindre sårbar overfor at opleve ensomhed (72). Den danske rapport finder, at bekymringen for at blive glemt/overset bl.a. bunder i, at sygeplejersken kommer sjældnere ind på stuen (57). På en ensengsstue er der færre muligheder for at interagere med andre patienter, men på en flersengsstue kan ensomhed muligvis opstå i samværet med andre. Forskeren Thomas Hansens pointe om forventninger kan være med til at forklare, hvordan dette kan lade sig gøre. Til trods for muligheden for at interagere med andre patienter på en flersengsstue, så ses det i fundene fra dette projekt, hvordan omsorg, opmærksomhed og relationer konstant forhandles, og kræver kompromisser. Hvis man som patient har andre forventninger til sygeplejerskens rolle kan ensomhed lige så vel være en faktor på en flersengsstue (72).

Derfor kunne et relevant spørgsmål være, hvorvidt de samme sociale konstruktioner finder sted på en ensengsstue, eller om rummet faktisk medfører et helt andet sæt af normer og forventninger til sygeplejen.

8.0 Referenceliste

8.1 Primær litteratur

1. Svensmark G, Lynggaard B. Sygeplejefprofessionens tradition og udvikling. I: Sygeplejens fundament. 2. udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. s. 27–30.
2. Friis Søndergaard S. Kort litteraturgennemgang som baggrund for projektet. I: Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold [Internet]. 2023. s. 1–3. Tilgængelig hos: <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evaluering-srapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>
3. Wijk H. Plejemiljøet har betydning for sundhed og trivsel. Fag & Forskning. 2018;2018(3):68–75.
4. Dengang: Fra 10 til én seng på stuen. Sygeplejersken. 2023;2023(5):28–9.
5. Danbjørn DB, Falch LA. Et presset sundhedsvæsen. I: Hundborg S, redaktør. Sundhedsvæsenet under forandring. 2. udgave. København: Munksgaard; 2024. s. 9–27.
6. Danbjørn DB, Clemensen J. Sundhedsteknologi. I: Glinsvad B, Frederiksen K, redaktører. Fag - Grundbog i sygepleje. 2. udgave. København: Munksgaard; 2018. s. 217–21.
7. Andersen KJ. Enestuer – sygeplejerskernes nye virkelighed. Sygeplejersken. 2018;2018(11):32–3.
8. Kjeldsen SB. Alle kan høre hvad alle siger. Sygeplejersken. 2014;2014(10):16.
9. Kristensen S. Patientsikkerhed. I: Hundborg S, redaktør. Sygepleje & klinisk lederskab - bind 2. 1. udgave. København: Gyldendal; 2022. s. 178–9.
10. Finderup J. eDok. 2024 [henvist 17. december 2024]. Patientidentifikation, regional retningslinje. Tilgængelig hos: <https://e-dok.rm.dk/app/documents/X94B14B340303D9F3C1257B3400485750>
11. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven [Internet]. Par. 40 jan 27, 2022 s. 12. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>
12. Hospitalsenhed Midt. eDok. 2024 [henvist 17. december 2024]. Personhenførbare data, sikkerhed og fortrolighed, HE Midt. Tilgængelig hos: <https://e-dok.rm.dk/app/documents/XCC96065033D4D1C8C1257B980036E429>
13. Datatilsynet. Datatilsynet.dk. [henvist 17. december 2024]. Hvad er personoplysninger? Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>
14. Kjeldsen SB. Manglende diskretion fører til dårligere behandling. Sygeplejersken. 2014;2014(10):20–1.
15. Dalgaard KM. Når omsorgens rum er et hurlumhejhus. I: Dalgaard KM, Jacobsen MH, redaktører. Humanistisk palliation. 1. udgave. Hans Reitzel Forlag; 2011. s. 373–7.

16. Nielsen B. Kari Martinsens omsorgsteori. I: Sygeplejebogen 1 - Profession og patient. 5. udgave. Gads Forlag; 2017. s. 31–9.
17. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. Par. 1 jun 23, 2022 s. 1.
18. Sygeplejeetisk Råd. Etisk grundlag for sygeplejersker [Internet]. Sygeplejeetisk Råd; 2024 [henvist 17. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/media/zqml32si/24-07-ser-etisk-grundlag.pdf>
19. Pedersen KB. Epistemologisk konstruktivisme. I: Juul S, Pedersen KB, redaktører. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 206–8.
20. Reventlow S. Kvalitative metoder. I: Jørgensen T, Christensen E, Linneberg A, redaktører. Klinisk forskningsmetode - en grundbog. 4. udgave. København: Munksgaard; 2016. s. 85–6.
21. Martinsen B. Tre kvalitative forskningstilgange. Sygeplejersken. 2011;2011(12):64–8.
22. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. I: Kvalitative metoder: en grundbog. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2022. s. 15.
23. Aarhus Universitet. Metodeguiden.au.dk. [henvist 17. december 2024]. Kvalitativ metode. Tilgængelig hos: <https://metodeguiden.au.dk/kvalitativ-metode>
24. Rasborg K. Socialkonstruktivisme. I: Henricson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 2. udgave. København: Munksgaard; 2018. s. 381–402.
25. Pedersen KB. Socialkonstruktivismens teoriehistoriske rødder. I: Juul S, Pedersen KB, redaktører. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 191–9.
26. Pedersen KB. Virkelighedsopfattelser. I: Juul S, Pedersen KB, redaktører. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 188–90.
27. Pedersen KB. Socialkonstruktivismens forskellige positioner. I: Juul S, Pedersen KB, redaktører. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 199–205.
28. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Kvalitative dataindsamlingsmetoder. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 235–46.
29. Krogstrup HK, Kristiansen S. Faser og trin i deltagende observation. I: Deltagende observation. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 124–64.
30. Krogstrup HK, Kristiansen S. Den totale observatør. I: Deltagende observation. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 99–100.
31. Jensen NE. Observationsguide. I: Metodebogen: undersøgelses- og studiemetoder på pædagoguddannelsen. 3. udgave. København: Hans Reitzel; 2023. s. 256–8.

32. Carlson E. Forskerens rolle under observationer. I: Henricson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 2. udgave. København: Munksgaard; 2018. s. 231–3.
33. Friis Søndergaard S. Bilag III: Observationsguide. I: Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold [Internet]. 2023. s. 43–4. Tilgængelig hos:
<https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evaluering-srapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>
34. Brandt U, Sprogøe J. Feltnoter. I: Det magiske øjeblik: kvalitativ analyse skridt for skridt. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2019. s. 32–7.
35. Brandt U, Sprogøe J. Bottom-up-tilgang. I: Det magiske øjeblik: kvalitativ analyse skridt for skridt. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2019. s. 74–5.
36. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Induktiv analysestrategi. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 250–1.
37. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):8–9.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):13.
39. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):15–6.
40. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):5.
41. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):16–7.
42. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):20–1.
43. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):10–1.
44. Tørring B. Relationel koordinering og klinisk lederskab i praksis. I: Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen. 2. udgave. Kbh: FADL; 2023. s. 235–59.
45. Ejrnæs M. Relationel koordinering – betingelser for tværprofessionelt samarbejde. I: Bedre møder på tværs: facilitering, processer og beslutninger. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 38–41.
46. Jacobsen MH, Kristiansen S. Erving Goffman. I: Andersen PT, Tiim H, redaktører. Sundhedssociologi - En grundbog. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2018. s. 155–71.
47. Jørgensen S. Goffman og det sociale arbejde. I: Andersen SA, Nielsen EN, Guul MAC, redaktører. Teori i socialfaglig praksis. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 29–54.

48. Juul S, Kristensen J, Elm Larsen J. Hvordan reguleres ifølge Goffman mødet mellem mennesker? I: Ann Christina Sørensen, redaktør. Sociologibogen. 2. udgave. Forlaget Columbus; 2020. s. 195–7.
49. Muntlin Å, Kitson A. Fundamentals of care - En introduktion til begrebsrammen. I: Muntlin Å, Jangland E, redaktører. Fundamentals of care: en introduktion til begrebsrammen. 1. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 21–33.
50. Thorsen L, Israelson SB. Vær bevidst om kerneydelsen. Fag & Forskning. 2020;2020(4):64–9.
51. Jørgensen L, Pedersen B. Sygepleje og kræft. I: Hundborg S, redaktør. Sygepleje & klinisk lederskab – bind 2. 1. udgave. København: FADL; 2022. s. 442–51.
52. Muntlin Å, Jangland E. Fundamentals of care - Rammens dimensioner med fokus på relationen. I: Muntlin Å, Jangland E, redaktører. Fundamentals of care: en introduktion til begrebsrammen. 1. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 37–44.
53. Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU, Uhrenfeldt L. Sygepleje tilbage til det basale. Fag & Forskning. 2017;2017(1):52–7.
54. Muntlin Å, Jangland E. Fundamentals of care - Integrering af sygepleje. I: Muntlin Å, Jangland E, redaktører. Fundamentals of care: en introduktion til begrebsrammen. 1. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 47–59.
55. Friis Søndergaard S. Metodologi, design og metoder. I: Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold [Internet]. 2023. s. 4–10. Tilgængelig hos: <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evaluering-srapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>
56. Friis Søndergaard S. Formål med undersøgelsen. I: Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold [Internet]. 2023. s. 3. Tilgængelig hos: <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evaluering-srapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>
57. Friis Søndergaard S. Konklusion på projektet. I: Evaluering af hospitalsdesign - Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold [Internet]. 2023. s. 32–4. Tilgængelig hos: <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evaluering-srapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>
58. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Informationssøgning i din opgaveskrivningsproces - hvad og hvor? I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 90–2.
59. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Systematisk søgning - databasesøgning. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 93–5.

60. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Etik. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 121–33.
61. Kjellström S. Etiske love, retningslinjer og principper. I: Henricson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 2. udgave. København: Munksgaard; 2018. s. 77–80.
62. Christensen TF. Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter [Internet]. Via University College; 2017 [henvist 18. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://mit.via.dk/media/o4lnqmry/juridiske-retningslinjer-for-indsamling-af-patientdata-til-brug-i-opgaver-og-projekter.pdf>
63. Via University College. Vejledning til studerende om håndtering af persondata [Internet]. [henvist 18. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://mit.via.dk/media/oacfb4ze/vejledning-til-studerende-om-haandtering-af-persondata.pdf>
64. Nielsen TM, Kærgaard-Robinson R. eDok. 2023 [henvist 18. december 2024]. Studerendes indsamling og håndtering af patientoplysninger til brug for studierelaterede opgaver i Region Midtjylland, regional instruks. Tilgængelig hos: <https://e-dok.rm.dk/edokshort/X48DCB3EFACA2F304C1258A45003415E1>
65. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. januar 2006;3(2):19–20.
66. Nielsen B. Perspektiver på omsorg og sygepleje. I: Hjortsø M, Malling C, redaktører. Sygeplejebogen 1 - Profession og patient. 5. udgave. Gads Forlag; 2017. s. 25–7.
67. Martinsen K. Værdi, livsytring, relation. I: Samtalen, skønnen og evidensen. 1. udgave. Gads Forlag; 2006. s. 145–50.
68. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Metodediskussion og -vurdering. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 385–9.
69. Krogstrup HK, Kristiansen S. Observationsmetoden og dens former. I: Deltagende observation. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 44–6.
70. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Metakommunikation. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Samfundslitteratur; 2019. s. 438–40.
71. Von Soest T, Luhmann M, Hansen T, Gerstorf D. Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. Journal of Personality and Social Psychology. februar 2020;118(2):388–406.
72. Jakobsen SE. Videnskab.dk. 2019 [henvist 18. december 2024]. Mange føler sig ensomme, selvom de har mennesker omkring sig. Tilgængelig hos: <https://videnskab.dk/kultur-samfund/mange-foeler-sig-ensomme-selvom-de-har-mennesker-omkring-sig/>

8.2 Sekundær litteratur

Andersen, K. J. (2018). Patienter helbredes hurtigere på enestuer. *Sygeplejersken*, 2018(11), 24.

Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., & Stray Jørgensen, P. (2019). Metodekombination og metodetriangulering. I *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode* (1. udgave, s. 351–358). Samfundslitteratur.

Bangsgaard, M., Gerdes, A.-M. A., Hansen, H., Jaszczak, P., Jørgensen, B. M. K., Müller, L., Pedersen, L. V., & Stæhr, K. (2021). *Omsorg i sundhedsvæsenet*. Det Ethiske Råd.

https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637997857938238345/DER_Omsorg%20i%20sundhedsvaesenet_2022_Redegorelse.pdf

Beedholm, K., & Frederiksen, K. (2016). Diskursanalyse. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indefor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder* (2. udg, s. 63–72). Munksgaard.

Birkler, J. (2023a). Indledning—Når menneskelighed er et arbejde. I *Omsorg—Når menneskelighed er et arbejde* (1. udgave, s. 13–18). Munksgaard.

Birkler, J. (2023b). Omsorg som begreb og definition. I *Omsorg—Når menneskelighed er et arbejde* (1. udgave, s. 19–29). Munksgaard.

Birkler, J. (2023c). Omsorg som greb i praksis. I *Omsorg—Når menneskelighed er et arbejde* (1. udgave, s. 39–59). Munksgaard.

Birkler, J. (2023d). Omsorg som prioritet. I *Omsorg—Når menneskelighed er et arbejde* (1. udgave, s. 110–116). Munksgaard.

Brandi, U., & Sprogøe, J. (2019a). Afrapportering—Tydeliggørelse af kvalitet. I *Det magiske øjeblik: Kvalitativ analyse skridt for skridt* (1. udgave, s. 78–86). Hans Reitzels Forlag.

Brandi, U., & Sprogøe, J. (2019b). Ind i analysen. I *Det magiske øjeblik: Kvalitativ analyse skridt for skridt* (1. udgave, s. 31–53). Hans Reitzels Forlag.

- Brandi, U., & Sprogøe, J. (2019c). Tematisk analyse. I *Det magiske øjeblik: Kvalitativ analyse skridt for skridt* (1. udgave, s. 78–86). Hans Reitzels Forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 1–41. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2018). Thematic Analysis. I P. Liamputtong (Red.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (s. 1–18). Springer Nature Singapore Pte Ltd. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_103-1
- Chræmmer, T. M., & Rømer-Lærker, K. L. (u.å.-a). *Fundamentals of care* (No. Episode 2) [Broadcast]. Hentet 18. december 2024, fra <https://podcasts.apple.com/dk/podcast/episode-2-fundamentals-of-care/id1642498960?i=1000578388624>
- Chræmmer, T. M., & Rømer-Lærker, K. L. (u.å.-b). *Kari Martinsen* (No. Episode 4) [Broadcast]. Hentet 18. december 2024, fra <https://podcasts.apple.com/dk/podcast/episode-4-kari-martinsen/id1642498960?i=1000579662997>
- Collin, F. (2003). Indledning. I *Konstruktivisme* (1. udgave, s. 11–32). Roskilde Universitetsforlag.
- Collin, F. (2021). Michel Foucault. I *Socialkonstruktivisme: En introduktion* (1. udgave, s. 126–135). Samfundslitteratur.
- Danielson, E. (2018). Kvalitativ indholdsanalyse. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination* (2. udgave, s. 315–330). Munksgaard.
- Databeskyttelsesloven, 289 § 1 (2024). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/289>
- Dau, S., & Nielsby, U. (2022). Videnskabsteori og sygepleje. I D. S. Thoft & S. Dau (Red.), *Videnskabsteoretiske perspektiver på sygeplejepsykologi* (1. udgave, s. 15–24). Gads Forlag.
- Dreyer-Kramshøj, M., & Sommer, C. (2015). Hospitaler mangler plads til fortrolighed. *Sygeplejersken*, 2015(12), 18–20.

Ebdrup, N. (2020, januar 16). *Hvad er socialkonstruktivisme?* Videnskab.dk.

<https://videnskab.dk/kultur-samfund/hvad-er-socialkonstruktivisme/>

Egholm, L. (2014a). Konstruktivisme. I *Videnskabsteori—Perspektiver på organisationer og samfund* (1. udgave, s. 142–147). Hans Reitzels Forlag.

Egholm, L. (2014b). Socialkonstruktivisme og diskursanalyse. I *Videnskabsteori—Perspektiver på organisationer og samfund* (1. udgave, s. 147–171). Hans Reitzels Forlag.

Esbensen, B. A., Kjærgaard, J., & Juhl, M. (2021). Evaluering af kvalitative studier. I *Forskningsmetode for sundhedsprofessionelle* (1. udgave, s. 199–209). Frydelund.

Fog, M., Ravn, K., & Skriver, M. J. (2015). Fra sygehus til supersygehus. *Sygeplejersken*, 2015(5), 58–59.

Friis Søndergaard, S. (2023). *Evaluering af hospitalsdesign—Ensengsstuers indflydelse på patienter, sygeplejersker, sygepleje og på studerendes uddannelse og læringsforhold*.

<https://www.hospitalsenhedmidt.dk/contentassets/22c3904e87964313806c161d5c48a546/evalueringssrapport---sengestueprojektet-februar-2023.pdf>

Gittell, J. H. (Instruktør). (2018, februar 20). *Introduktion af Relationel Koordinering ved Jody Hoffer Gittell* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=tYG22Epttlw>

Henricson, M. (2018). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination* (2. udgave, s. 479–489). Munksgaard.

Hospitalsenhed Midt. (u.å.). *Ensengstuer har stor betydning for patienter og sygeplejersker*.

Hospitalsenhedmidt.dk. Hentet 18. december 2024, fra

<https://www.hospitalsenhedmidt.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2023/ensengstuer-har-stor-betydning-for-patienter-og-sygeplejersker/>

Husted, M. (2016a). Aktionsforskning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indefor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder* (2. udg, s. 278–293). Munksgaard.

- Husted, M. (2016b). Antropologisk feltarbejde. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indefor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder* (2. udg, s. 130–141). Munksgaard.
- Jensen, C. J. (2019). Deltagerobservation. I J. Frederiksen & N. Sandholm Larsen (Red.), *Undersøgelsesmetoder i sundhedfagligt arbejde: En grundbog* (1. udg, s. 103–118). Samfundslitteratur.
- Juul, S., Kristensen, J., & Elm Larsen, J. (2020). Hvordan skabes og vedligeholdes forestillinger om normalitet og afvigelse ifølge Goffman. I Ann Christina Sørensen (Red.), *Sociologibogen* (2. udgave, s. 197–200). Forlaget Columbus.
- Järvinen, M. (2020). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave, s. 463–487). Hans Reitzels Forlag.
- Kirsten Frederiksen & Kirsten Beedholm. (2023). Sygeplejens historie. I Kirsten Frederiksen & Michala Eckhardt (Red.), *Fag—Grundbog i sygepleje* (3. udgave, s. 192–209). Munksgaard.
- Kjeldsen, S. B. (2016). Sygeplejens ydmyge superhelt. *Sygeplejersken*, 2016(11), 52–55.
- Kjellström, S. (2018). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination* (2. udgave, s. 75–99). Munksgaard.
- Klausen, S. H. (2024, oktober 3). *Socialkonstruktivisme—De grundlæggende idéer*. Lex.dk.
<https://lex.dk/socialkonstruktivisme>
- Klit, M. (2023a). Kvalitetsmålinger uden omsorg. *Sygeplejersken*, 2023(5), 21.
- Klit, M. (2023b). Omsorgen har mistet sin værdi. *Sygeplejersken*, 2023(5), 18–21.
- Kolbæk, R., Andersen, A. B., & Friis Søndergaard, S. (2023, marts 17). *Forskere: Supersygehusenes enestuer er ikke et ubetinget gode*. Altinget Sundhed.
<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forskere-supersygehuse-med-enestuer-er-ikke-et-ubetinget-gode>

- Kristiansen, S., & Poder, P. (2020). Erving Goffman og hverdagslivets rollespil. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave, s. 289–295). Hans Reitzels Forlag.
- Krogstrup, H. K., & Kristiansen, S. (2015a). Analyse, fortolkning og rapportering. I *Deltagende observation* (2. udgave, s. 192–196). Hans Reitzels Forlag.
- Krogstrup, H. K., & Kristiansen, S. (2015b). Feltroller og feltrelationer. I *Deltagende observation* (2. udgave, s. 112–117). Hans Reitzels Forlag.
- Krogstrup, H. K., & Kristiansen, S. (2015c). Observationsmetodens historie og rødder. I *Deltagende observation* (2. udgave, s. 23–41). Hans Reitzels Forlag.
- Kræftens Bekæmpelse. (2017, februar 12). *Patienter beder om diskretion på sygehusene*. Via Ritzau.
<https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/9733560/patienter-beder-om-diskretion-pa-sygehusene?publisherId=2700313>
- Lind, L. E. (2023). Patienten på den anden side af forhængen kan lytte med. Hvad gør jeg?
Sygeplejersken, 2023(13), 50–51.
- Martinsen, K. (2006a). At blive tillid værdig. I *Samtalen, skønnen og evidensen* (1. udgave, s. 150–156). Gads Forlag.
- Martinsen, K. (2006b). Samtalen og tiden. I *Samtalen, skønnen og evidensen* (1. udgave, s. 45–50). Gads Forlag.
- Martinsen, K. (2006c). Samtalen som en treleddet relation. I *Samtalen, skønnen og evidensen* (1. udgave, s. 28–32). Gads Forlag.
- Martinsen, K. (2006d). Skøn—Nærvær gennem distancering. I *Samtalen, skønnen og evidensen* (1. udgave, s. 123–126). Gads Forlag.
- Nepper-Rasmussen, K. (2018, juni 1). *Her er fremtidens sygehus: Du får enestue*. DR: Nyheder.
<https://www.dr.dk/nyheder/regionale/fyn/her-er-fremtidens-sygehus-du-faar-enestue>

- Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. I S. Juul & K. B. Pedersen (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori—En indføring* (1. udgave, s. 187–230). Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, K. B., & Juul, S. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I S. Juul & K. B. Pedersen (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori—En indføring* (1. udgave, s. 399–430). Hans Reitzels Forlag.
- Raudaskoski, P. (2022). Observationsmetoder. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave, s. 117–134). Hans Reitzels Forlag.
- Reventlow, S. (2016). Etiske udfordringer ved kvalitative metoder. I T. Jørgensen, E. Christensen, & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode—En grundbog* (4. udgave, s. 100). Munksgaard.
- Rossen, R. T. (u.å.). *Analyse af feltnoter*. Læremiddel.dk. Hentet 18. december 2024, fra <https://laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/datakodning-analyse-og-fortolkning-af-empiriske-data/analysetilgange-til-forskellige-empirityper/analyse-af-feltnoter/>
- Schønberg, C. (2023). Enestuer forværrer sygeplejerskernes arbejdsmiljø. *Sygeplejersken*, 2023(5), 58–59.
- shribe! - master your studies (Producer). (2018, februar 20). *Thematic Analysis in Qualitative Research (Braun & Clarke, 2006)* [Video recording]. https://www.youtube.com/watch?v=Sd_nJPXzMzE
- Sommer, C. (2023a). Her er omsorgen sat i system. *Sygeplejersken*, 2023(5), 24–26.
- Sommer, C. (2023b). Undskyld forstyrrelsen. *Sygeplejersken*, 2023(5), 22–23.
- Stadsgaard, D., & Lindermann, G. (2006). Se verden i et andet perspektiv. *Sygeplejersken*, 2006(21), 44–45.
- Sygeplejeetisk Råd. (2024, februar 7). *Etiske aspekter ved flersengsstuegang*. DSR.dk. <https://dsr.dk/sygeplejeetisk-raad/holdninger-og-dilemmaer/etiske-aspekter-ved-flersengsstuegang/>

- Szulevicz, T. (2022). Deltagerobservation. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udgave, s. 97–115). Hans Reitzels Forlag.
- Søndergaard, S. F., Andersen, A. B., Kolbæk, R., Beedholm, K., & Frederiksen, K. (2023). Influence of single-room accommodation on nursing care: A realistic evaluation. *Nursing Inquiry*, 30(4), e12585. <https://doi.org/10.1111/nin.12585>
- Sørensen, R. B., Voldbjerg, S. L., & Krogsgaard, H. K. (2021). Med Fundamentals of Care i sygeplejerskeuddannelsen. I B. Martinsen, P. Dreyer, & A. Norlyk (Red.), *Sygeplejens superhelte: Sygeplejeteoretikere der styrker klinisk praksis* (1. udgave, s. 113–127). Munksgaard.
- The World Medical Association. (2024, oktober). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN PARTICIPANTS*. The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Tjørnhøj-Thomsen, T., Whyte, S. R., & Høybye, M. T. (2021). Feltarbejde og deltagerobservation. I S. Vallgård & A. M. Bornø Jensen (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (6. udgave, s. 95–121). Munksgaard.
- Videnskab.dk (Producer). (2018, februar 20). *Hvad er socialkonstruktivisme?* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=JxbpZBCpF5U&t=339s>
- Villadsen, K. (2020). Michel Foucault. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave, s. 433–461). Hans Reitzels Forlag.
- Willemann, M., Svendsen, M. N., Ankjær-Jensen, A., Petersen, P. G., & Christensen, M. (2006). *Stuegang—En medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion* (Nos. 2006; 6(1); DSI Rapport, s. 117). https://dsr.dk/media/mmzhjfp/stuegang_sst-rapport.pdf
- Winther, S. (2022). Når sygeplejersker samarbejder. I H. Ditte (Red.), *Fagligt samarbejde i sundhedssektoren—Grundbog i sygepleje* (1. udgave, s. 90–107). FADL's Forlag.

9.0 Bilagsfortegnelse

Bilag A: Observationsguide

Bilag B: Søgeord

Bilag C: Inklusions- og eksklusionskriterier

Bilag D: Søgeprofil

Bilag E: Søgning i databaser

Bilag F: Flowchart

Bilag G: Information til deltager

Bilag H: Ansøgning til klinisk uddannelsessted

Bilag I: Samtykkeerklæring

Bilag J: Videomateriale af kodeprocessen

Bilag K: Koder med tilhørende uddrag

Bilag L: Koder, foreløbige temaer og endelige temaer

Bilag A: Observationsguide

Observationsguide

Forkortelser

SP = sygeplejerske, **Pt** = patient, **Sa** = samtale, **O** = observation, **L** = læge, **Stg** = stuegang, **Pr** = pårørende, **Mp** = medpatient

1-seng = tæt på døren, 2-seng = vindue

Observation nr.

Observatør

Tidspunkt start

Tidspunkt slut

1. Omgivelser	• Hvor? Indretning? Hvordan er patienterne placeret ift. hinanden? Afskærmning?
2. Hvem	• Hvem er til stede? • Er medpatienten på stuen lige nu?
3. Adfærd	• Sygeplejerskens placering ift. pt? • Kommunikation ○ Snakkes der om følsomme oplysninger? • Blufærdighed – fysisk og/eller psykisk • Nonverbal kommunikation? ○ Øjenkontakt – spl-pt, pt-pt ○ Ansigtstudtryk • Pt's og/eller sygeplejerskens respons på den andens handling/sprog • Medpatienten – "bemærkes" hans/hendes tilstedeværelse? • Hvilken form for sygepleje er der i fokus/kræves der?
4. Forløbet	• Ankomst? • Kommer der flere/andre ind på stuen undervejs? • Hjælpe midler? • Arbejdsstillinger? • Afslutning?
5. Obs rolle	• Vækker jeg opsigt? Øjenkontakt? Henvendelser? Placering?

Bilag B: Søgeord

Danske søgeord	Engelske søgeord
Sygeplejerske	Nurse
Omsorg (at give omsorg)	Patient care
Omsorg (at yde pleje)	Caregiving
Omsorg (at drage omsorg for patienten)	To care for
Omsorg (at tage sig af patienten)	To care of
Omsorg (involveret)	To care about
Flersengsstue	Multi-bed room

Bilag C: Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier:	Eksklusionskriterier:
Publikationstyper: Peer-reviewed	Publikationstyper: Ikke-fagrelevante artikler
Studiedesign: Systematisk review/litteraturstudie, randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), metaanalyser, kohortestudier, casestudier	Studiedesign: Alle andre end de inkluderede
Alder på patienter: Voksne > 18 år	Alder på patienter: Børn/ < 18 år
Sprog: Dansk, Norsk, Svensk og Engelsk	Sprog: Alle andre sprog end de inkluderede

Bilag D: Søgeprofil

Fokus 1: Omsorg	Fokus 2: Sygeplejerske	Fokus 3: Flersengsstue
Patient care	Nurs*	Multi-bed room*
Caregiving	Nursing	Multiple occupancy room*
To care for		Multi-bed ward*
To care of		Multiple-bed*
To care about		
Care*		

Bilag E: Søgning i databaser

BLOK 1: Omsorg	AND	BLOK2: Sygeplejerske	AND	BLOK 3: Flersengsstue
Patient care OR Caregiving OR To care for OR To care of OR To care about OR To care OR Care*		Nurs* OR Nursing		Multi-bed room* OR Multiple occupancy room* OR Multi-bed ward* OR Multiple-bed*
Hits I alt: 7 hits				

S13 (Patient care OR caregiving OR to care
for OR to care of OR to care about OR
care* OR to care) AND (Nurs* OR nursing
) AND (Multi-bed room* OR Multiple
occupancy room* OR multi-bed ward* OR
multiple-bed*)

Limiters - Peer Reviewed

Expanders - Apply equivalent subjects

Narrow by SubjectAge: - aged, 80 & over

Narrow by SubjectAge: - aged: 65+ years

Narrow by SubjectAge: - adult: 19-44
years

Narrow by SubjectAge: - middle aged:
45-64 years

Narrow by SubjectAge: - all adult

Search modes - Proximity

[View Results](#) (7)

[View Details](#)

[Edit](#)

BLOK 1: Omsorg	AND	BLOK2: Sygeplejerske	AND	BLOK 3: Flersengsstue
Omsorg		Sygepleje*		Flersengsstue
Hits I alt: 1				

1 - 1 of 1 result for "Sygepleje" AND "Omsorg" AND "Flersengsstue"

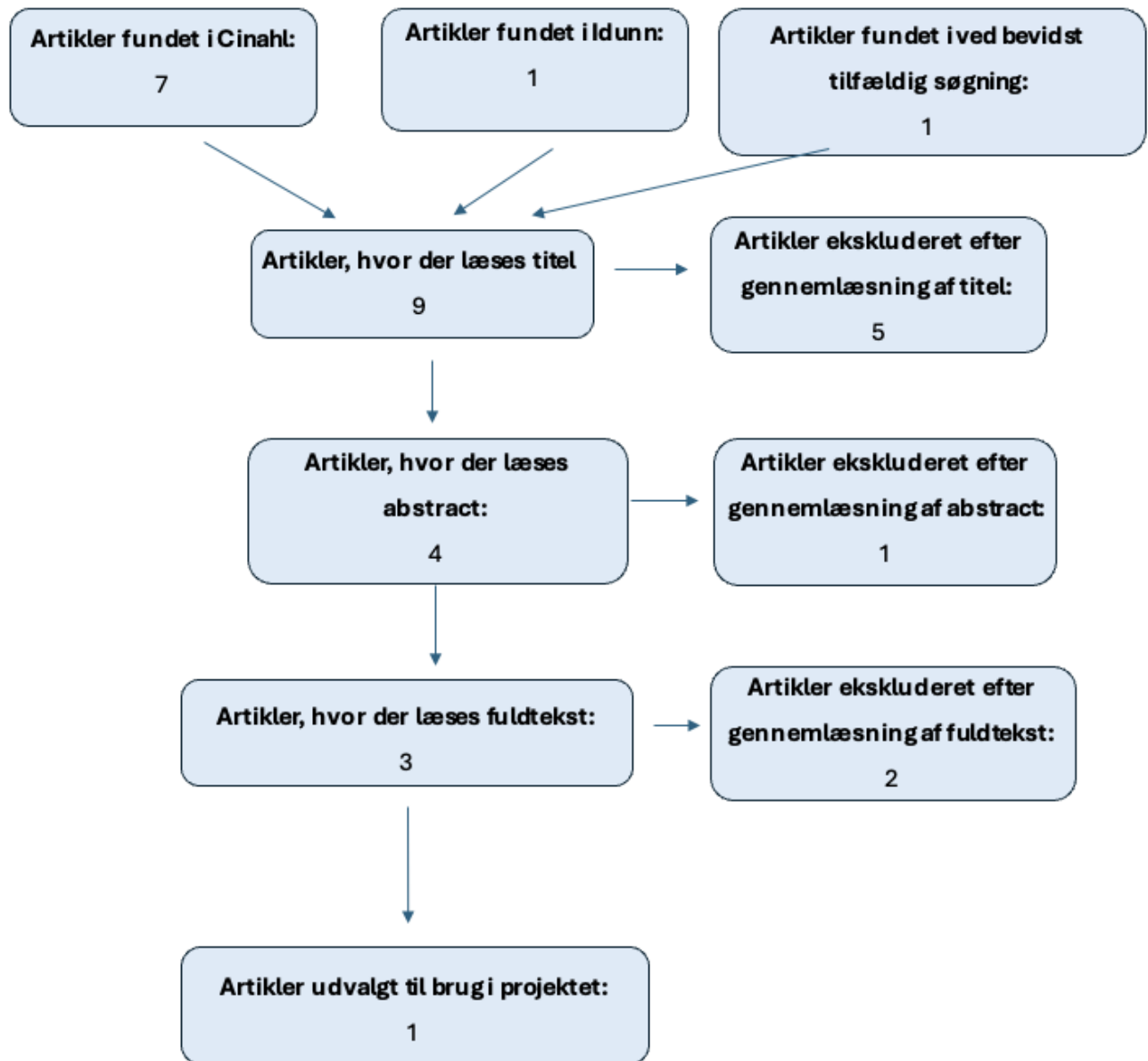
[Save search](#)

[RSS](#)

Refine Search 

Sort by: Relevance 

Bilag F: Flowchart



Bilag G: Information til deltager

Få tankerne ned
VIA University College



Dato: 30/10/2024

Bilag 2

Information om deltagelse i opgaver og projekter i sygeplejerskeuddannelsen

Vi er studerende ved Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg

I forbindelse med mit studium er jeg i gang med at udarbejde en opgave/et projekt, der omhandler:

Hvordan omsorgen for patienterne på en flersengsstue udspiller sig. Undersøgelsen har fokus på interaktionen mellem sygeplejersken og patienterne samt, hvordan de sociale og fysiske rammer påvirker omsorgen.

Vi har til dette formål brug for at få kontakt med sygeplejersker og patienter som vi vil observere i tidsrummet mellem kl 7 og kl 12.

Vi vil spørge om du vil deltage i opgaven/projektet på følgende betingelser:

- Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med blive anvendt.
- Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- Oplysninger der indgår i opgaven/projektet vil blive opbevaret forsvarligt indtil opgaven/projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.
- Der er ingen risici forbundet ved deltagelse i opgaven/projektet.

Såfremt du har spørgsmål og eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte:

Oversygeplejerske Rikke Thuesen Østergaard, Rikke.Thuesen@midt.rm.dk, 78 44 77 01

Såfremt du vil deltage bedes du underskrive en samtykkeerklæring. Denne vil blive opbevaret i din journal på afdelingen.

Med venlig hilsen

Katja Marie Friis Andersen og Camilla Harder Nurmisto
Sygeplejestuderende

Vejleder:

Navn: Malene Hangaard Alstrup

Underskrift: _____



Arbejdstelefonnummer: 87 55 22 41

Arbejds- E-mail: mhal@via.dk

Bilag H: Ansøgning til klinisk uddannelsessted

Få tankerne ned
VIA University College



Dato: 30/11-24

Bilag 1

Ansøgning til klinisk uddannelsessted om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter i/på:

I perioden: 1/11-20/12-2024

Opgave/projekt: Bachelorprojekt

Formål: At undersøge, hvordan omsorgen for patienterne udspiller sig på en flersengsstue, hvordan de social og fysiske rammer på denne omsorg.

Problemformulering: Hvordan konstrueres og formes sygeplejerskens omsorg i interaktionen med patienter på en flersengsstue, og hvordan påvirker de sociale og fysiske rammer denne omsorg?

Dataindsamlingsmetode: (sæt x)

Interview af enkelt personer:	
Gruppelinterview:	
Spørgeskema:	
Observation:	x
Andet:	

Deltagere: Beskriv typer og antal

	Hvilken gruppe?	Hvor mange?

Fagpersonale	Sygeplejersker	10-20 (afhængig af, om der er flere på én stue)
Patienter i et bestemt afsnit eller med en bestemt diagnose	Patienter på Medicinsk Sengeafsnit 1 Viborg	20-30 (afhængig af om det er 2 eller 3-sengsstuer)
Andre		

Information til deltagerne

	Hvornår?	Hvem informerer?
Der gives mundtlig information	1/11-24	Rikke og Solveig
	Hvornår udleveres det?	Hvem udleverer det?
Der gives skriftlig information	30/10-24	Katja og Camilla

Med venlig hilsen

Navn og Studienummer:

Katja Marie Friis Andersen, 302936

Camilla Harder Nurmisto, 314112

Uddannelsessted:

Sygeplejerskeuddannelsen, VIA University College viborg

E-mail adresse og telefon:

Katja: 302936@via.dk, 50 48 20 24

Camilla: 314112@via.dk, 27 83 40 02

Ovenstående er godkendt af

Vejleder: (underviser) Malene Hangaard Alstrup

Uddannelsessted: Sygeplejerskeuddannelsen, VIA University College Viborg

E-mail adresse og telefon:

mhal@via.dk

87 55 22 41

Vejleders underskrift: _____



Den ansvarlige kliniske leder:

Undertegnede imødekommer hermed ovennævnte ansøgning:

Dato: 30/6-24 Navn: Rikke Thuesen Østergaard

Klinisk leders underskrift: _____



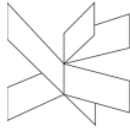
Undertegnede kan desværre **ikke** imødekomme ovennævnte ansøgning

Dato: _____ Navn: _____

VIA Sundhed, Sygeplejerskeuddannelsen

Bilag I: Samtykkeerklæring

Få tankerne ned
VIA University College



Dato: 30/10/2024

Bilag 3

Samtykkeerklæring i forbindelse med opgaver/projekter i sygeplejerskeuddannelsen

Vedrørende opgave/projekt: Bachelorprojekt omhandlende flersengsstuer på Medicinsk afsnit 1

Udarbejdet af: Katja Marie Friis Andersen og Camilla Harder Nurmisto

Formålet med opgaven/projektet: At undersøge, hvordan omsorgen for patienterne udspiller sig på en flersengsstue, hvordan de sociale og fysiske rammer på denne omsorg.

Opgavens/ projektets problemformulering: Hvordan konstrueres og formes sygeplejerskens omsorg i interaktionen med patienter på en flersengsstue, og hvordan påvirker de sociale og fysiske rammer denne omsorg?

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående opgave/projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den/de studerende, der udarbejder opgaven/projektet.

Jeg er blevet informeret om:

1. At deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
2. At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse.
3. At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.
4. At fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at prøven er afsluttet.
5. At der ingen risici er ved at deltage i projektet.

Navn:

Underskrift:

Bilag J: Videomateriale af kodeprocessen

Er vedlagt som videomateriale i Wiseflow

Bilag K: Koder med tilhørende uddrag

Koder	Uddrag fra empirien
Sygeplejerske berører patient	<i>"Spl tager hans hånd og siger godmorgen"</i>
	<i>"Hun lægger blidt pt's arm ned på dynen, mens hun aer ham op ad armen"</i>
	<i>"Da lægen er færdig med at lytte på hjerte og lunger, trækker sygeplejersken hans bluse ned, og aer ham på ryggen og skulderen."</i>
	<i>"Sygeplejersken går roligt ind til 1-sengen, tager hans hånd med begge sine hænder og siger forsigtigt godmorgen, mens hun kigger på ham, og læner sig ind over sengen. De taler lidt frem og tilbage, mens de fortsat holder i hånden."</i>
	<i>"Sygeplejersken spørger forsigtigt 1-sengen om CPR-nummer, hvilket han fortæller. Hun responderer ved at ae hans hånd, og stiller medicinen på natbordet."</i>
	<i>"Han kommer på siden, og mens SSA vasker bagpå, holder og aer sygeplejersken hans hofte og lår."</i>
	<i>"Imens rykker sygeplejersken rundt på stuen og spørger patienten om han vil have bukser på, mens hun kører sin hånd op og ned ad patienten ben."</i>
	<i>"Hun tager hans hånd, og informerer ham om, at han skal ned i dialysen lidt senere på formiddagen."</i>
	<i>"På vej ud fra stuen går sygeplejersken hen til 1-sengen, og aer ham på skulderen og siger "ja, i dag fik du jo 2 sukker med det samme" 1-sengen aer sygeplejerskens arm og griner."</i>
Støj fra bioanalytikere	<i>"Da bleen klistres fast om maven, sætter spl blusen ned over, og aer pt på maven. "Sidder den godt?" spørger spl. Patienten nikker og kigger på hende."</i>
	<i>"Bioanalytikerne snakker med pt 2, og spl skal snakke med lidt høj stemmeføring for at overdøve deres samtale (...). Det er svært at høre hvad pt 1 siger, da bioanalytikerne snakker med pt 2".</i>

	<i>"Bioanalytikeren og pt 2 snakker højt og griner"</i>
	<i>"(...) samtidig roder bioanalytikeren med sengehesten på pt 2's seng. Der kommer knirkende og knagende lyde (...) Lydene er meget overdøvende".</i>
	<i>"(...) Han når ikke at svare, før to bioanalytikere kommer ind på stuen med deres rullefogne"</i>
Patient berører sygeplejerske	<i>"På vej ud fra stuen går spl hen til pt 1, og aer ham på skulderen og siger "ja, i dag fik du jo 2 sukker med det samme". Pt 1 aer spl's arm og griner"</i>
	<i>"Pt 1 klapper forsigtigt spl et par gange på maven. Spl får lidt røde kinder, og træder et lille skridt tilbage"</i>
	<i>"Da han er kommet op at sidde, siger hun velbekomme og smiler til pt. Han tager hendes hånd, klemmer den og takker"</i>
	<i>"Patienten tager fat i sygeplejerskens hånd, og fortæller hende en kort anekdote".</i>
Larm/støj fra patient	<i>"Hun forklarer ham, at der lige sker så meget lige nu, men at hun lige vil sætte en manchete på ham, alt imens der er uro fra 2-sengen. SSA og pt 2 taler og SSA larmer og flytter rundt på ting"</i>
	<i>"Pludselig sætter pt sig hårdt ned, og både SSA og spl bliver forskrækkede."</i>
	<i>"(...) da spl stikker i øret siger pt: "AV FOR SATAN HAHHAHA""</i>
	<i>"Sygeplejersken guider patienten op at sidde på sengekanten, og han smiler og udbryder højt flere gange "det var da fantastisk"</i>
Personale forstyrrer personale fysisk på stuen	<i>"Den anden spl kommer igen og fortæller om en pt på en anden stue. Spl må igen vende sig væk fra pt 1. Spl undskylder overfor pt 1, at hun bliver forstyrret af den anden spl"</i>
	<i>"En anden sygeplejerske kommer nu ind på stuen, og fortæller sygeplejersken om en pt på en anden stue, så hun må vende sig væk fra pt 1"</i>

	<i>"Det giver et knald, da spl 2 lukker skabet, og pt 1 og spl 1 kigger hurtigt derhen som de havde fået en chok"</i>
	<i>"En anden spl kommer ind på stuen og spørger, om de er færdige med termometeret"</i>
Negativ respons	<i>"Så kører SSA'en med Sara Steddyen over imod lænestolen, da pt 1 siger, han bliver utilpas. SSA'en guider ham verbalt til at trække vejret ned i maven, og fortæller, at de tager det stille og roligt. Hun står foran ham, og spl står ved siden af ham. De spørger ham på skift, om han vil ned i lænestolen eller tilbage i sengen. Pt står med lukkede øjne og svarer ikke. Spl puffer blidt til ham, og taler højt... "JA" siger pt "jeg vil gerne i seng igen!"</i> <i>"(...) begynder at fortælle om en episode derhjemme, mens han søger øjenkontakt med spl. Spl virker til at have travlt, og svarer pt: "det er ligegyldigt", mens hun ruller øjne"</i> <i>"Hun giver ham sine piller, hvor han siger, mens han ser lidt småsur ud og rynker på panden, at der mangler en helt bestemt pille i. Hun kigger og siger, hun nok lige skal gå ud og finde den om lidt. Han fortæller, at der maks må gå 12 timer mellem hver pille, og hun siger: "Ja, jeg skal nok komme med den om lidt". Pt 2 står nu ved 1-sengens fodende og venter på spl. Hun går ud til vægten med pt 2. Da de er på vej ud mumler pt 1 "kæft man" og ryster på hovedet, mens han sidder på sengekanten"</i>
Sygeplejerske-patient-medpatient samspil	<i>"SSA-eleven står ved siden af sengen og spørger, om hun kan hjælpe med mere. Pt 2 svarer "Jeg tænker lige... Nej tror jeg ikke". Pt 1 reagerer, og griner lidt af dette, og det samme gør pt 2."</i> <i>"Spl kommer ind på stuen igen med en lille pose sukker i hånden, som hun går og ryster lidt frem og tilbage. Hun går direkte over til pt 2 og siger: "værsgo – i går synes pt 1 også, jeg var nærig med sukkeret, ikke pt 1?". Pt 1 siger højt "jooo da" og så griner de alle sammen"</i>

Forstyrrelser under stuegang	"Spl får øjenkontakt med pt 1 mens hans ligger og kigger over på pt 2 (som har stuegang). Pt 1 begynder at hoste lidt, og dette forstyrrer spl, og hun sidder nu og kigger flere gange på pt 1"
	"Det banker på døren, og en spl træder ind på stuen. Han har et spørgsmål til spl, som er med til stuegangen"
	"Imens der er stuegang hos pt 1, ligger pt 2 med sin mobil, hvor lyden er skruet højt op"
	"Stuegangen er ved at være færdig, og hun (spl) tænder masken (pt 1). Lægen og spl går direkte over til pt 2. Pt 1 sidder med masken på, som larmer lidt"
	"Der sidder en spl ved 1-sengen og roder med hans PVK, hun forlader stuen kort efter"
	"Mens lægen og pt 3 taler, banker det på døren og en anden sygeplejerske stikker hovedet ind, og spørger til om han må give frokost til en anden stue".
"Upassende" adfærd under stuegang	"Pt 3 ligger i sengen og kigger over mod pt 2 og lytter med (pt 2 har stuegang). Pt 1 ligger også i sengen, og kigger og lytter med"
	"Lægen snakker med fortsat almindelig høj stemmeføring til pt på vej ud af stuen (de taler stadig stuegangsrelateret)"
	"Spl skal ind med vand til pt 2. Da hun kommer ind på stuen, er lægen ved at snakke med pt 1 og hans kone. Konen, pt 1 og lægen kigger på hende, da hun kommer ind. Pt 1's kone ser lidt bedrøvet ud, og stemningen virker trykket"
	"1-sengen får øjenkontakt med sygeplejersken (som har stuegang med 2-sengen), mens han ligger og kigger over på 2-sengen"
Uro/støj	"Spl kommer gående hurtigt ind på stuen med en kørestol"
	"Fjernsynet er tændt under hele morgenplejen og skruet godt op"
	"SSAen træder ind på stuen, hun henter en toiletforhøjer i skabet bag døren, og smækker skabslågen inden hun går ud"

	"SSAen og spl rydder lidt op på stuen, og flytter rundt, da de er blevet enige om der skal en anden lænestol ind på stuen"
	"Patient siger han havde et spørgsmål, men den er helt smuttet nu" (der er uro på stuen, medpatient taler i mobil og døren er åben)
	"(...) imens de taler kommer en anden sygeplejerske ind og taler med pt 3".
Medpatient forstyrrer	"Spl hører ikke, hvad pt siger, og siger: "hvad for noget?". Pt fortæller, at saften ikke smager godt, og at han ikke drikker rent vand, men det skal være appelsin- eller æblejuice. Spl siger: "hvad?", da hun ikke kan høre, hvad pt siger"
	"Pt 1 rumsterer mere i sin seng, og spl tager et skridt tilbage for at se ham. Hun siger til pt 1, om han ikke lige vil blive siddende i 5 minutter, så hun kan måle hans blodtryk og så videre"
	"Kort efter ringer pt 2's telefon MEGET højt"
	"Under stuegang ved pt 2 er pt 1's inhalation færdig, og spl går forsigtigt mod pt 1 og slukker og tager forsigtigt hans maske af. De smiler til hinanden, og uden at sige noget smiler hun igen og går over til pt 2 og sætter sig igen i vindueskarmen"
	"Mens spl er ved pt 1 begynder pt 2 at rejse sig. Kørestolen står i vejen, så pt 2 ikke kan gå forbi den. Pt 3 siger så: "Skal jeg lige hjælpe dig?". Spl kigger op og opdager situationen. Pt 2 siger "Nej ellers tak, jeg venter bare lige – nu skal du også have lov til at være syg og hvile dig". Spl går over mod pt 2 og flytter kørestolen, så han kan komme forbi. Hun går tilbage til pt 2, og imens taler pt 2 og pt 3 til hinanden fra hver deres seng."
	"Pt 2's mobil ringer MEGET HØJT, mens pt 2 fortsat er på toilet, og pt 1 bliver utilfreds med, at hans medpatients mobil "kimer hele tiden"
	"(...) og spørger pt 1, hvordan han er til bens, hvortil pt svarer "hva?". Pt 2 snakker fortsat i telefon. Sygeplejersken gentager sit spørgsmål"

	<i>"Pt 1 rumsterer nu og sætter sig op i sin seng. Lagenet giver en knirkende lyd, da pt 1 "møver" sig rundt i sengen, og det forskubber sig på madrassen"</i>
	<i>"Imens ligger pt 2 i sin seng og lytter og ser en video på sin mobil"</i>
	<i>"Imens de taler sætter pt 3 sig op, og ryster sin proteindrik. Pt 2 kigger på ham(...)"</i>
	<i>"Hun vender sig for at sige til pt 1, at han skal ud og vejes, da pt 2 afbryder og spørger om, han ikke også skal vejes. Hun vender sig imod pt 2 siger jo, men hun ville lige hente en siddevægt til ham. Hun spørger så, om han kan stå på en vægt, hvilket han siger ja til. Hun siger "Jeg kommer lige over til dig og hjælper dig ud til vægten om et øjeblik", mens hun går over til pt 1"</i>
Hensyntagen	<i>"Spl fortæller pt 1, at han skal scannes og derfor er fastende. Det synes pt 1, der er træls (...) SSAen tilbyder nu morgenmad til pt 2 (...) SSAen kommer med morgenmad til pt 2"</i>
	<i>"Spl snakker med pt 1 om, at han er varm. Spl vil gerne åbne vinduet, og det vil pt 1 også gerne have. Spl spørger pt 2, som helst ikke vil have vinduet åbent, men han går med til det (...) SSAen spørger pt 2, om det er okay, at vinduet er åbent. Pt 2 vil gerne have det lukket, og SSAen lukker det"</i>
	<i>"Spl siger godmorgen til pt 2. Pt 1 sover i sengen ved siden af"</i>
	<i>"Spl spørger pt 1, om han vil have fjernsynet tændt, hvilket han ikke ønsker(...) Han siger derefter, at han ønsker at hvile sig"</i>
	<i>"Sygeplejersken kommer ind på stuen igen, og går over til pt 2 og vender persiennen mens hun spørger, om hun ikke må åbne vinduet. Pt rynker og trækker lidt på sit svar, men siger, at han nok lige selv skal gøre det senere. Der er lunt på stuen og luften er tæt"</i>
Personale forstyrrer patient	<i>"Spl fortæller SSAen, at pt 2 også skal vejes mens de står foran 1-sengen. Pt 1 kigger på den imens"</i>

	<i>"2 portører træder ind på stuen og henter pt 1. Pt 2 kigger på portørerne"</i>
Personale larmer	<i>"Mens spl og pt 1 taler, er der uro fra pt 2 og SSAen. SSAen taler højt, og larmer med TOKS-tårnet..."</i>
	<i>"Spl slår den knirkende sengehest op, og imens spørger SSAen ind til, om han vil op at sidde i lænestolen og spise morgenmad"</i>
	<i>"SSAen kommer ind på stuen igen, og trækker lænestolen hen ad gulvet. Det larmer højt, og der er en del uro med at flytte tingene rundt"</i>
	<i>"Spl står i døren, og taler højt til pt 2 (hen over pt 1) "Har du fået taget dine Panodiler?" til 2-sengen"</i>
Sygeplejerskens deltagelse ved stuegang	<i>"Lægen spørger spl om hun vil finde en maske, så pt kan få en Berodual. Spl går ud og henter den"</i>
	<i>"Spl siger ikke noget, men sidder og lytter og nikker. Hendes blik skifter mellem at se på pt og lægen"</i>
	<i>"Spl byder her ind med, at afdelingen normalt giver med til op til 10 dage. Pt 2 får øjenkontakt med spl da hun snakker".</i>
	<i>"Lægen leder samtalen med pt 2 og spl sidder og lytter, nikker og smiler forsigtigt ind i mellem. Samtalen starter med at tale om pt's bryst smerter, hvor pt "taler det ned". Spl indvender med en løftet pegefinger, "du fortalte mig tidligere...". Pt kigger lidt på hende med rynkede øjenbryn, og kigger derefter på lægen. Han fortæller det samme, som han gjorde til spl tidligere på morgenen."</i>
	<i>"Sygeplejersken står passivt for enden af sengen med armene på ryggen og læner sig op ad væggen"</i>

Rammer – som "bestemmer"	"Bioanalytikeren er færdig med pt 1, og går nu over til pt 2. Bioanalytikeren skal have sin vogn med, og sygeplejersken og SSA-eleven må gå ud af stuen, så hun kan komme forbi"
	"(...) Hun (sygeplejersken) går om på den anden side, og tjekker lige den højre arm, hvor der er blevet taget blodprøver. Henne ved 2-sengens fodende står computeren, hvor hun går over og skriver værdierne ind"
	Sygeplejersken finder TOKS apparatet fra pt 1's seng.
	"(...) og (sygeplejersken) stiller sig midt i rummet med computeren og tæller medicin til patienterne"
	"SSA-eleven skal samtidig spritte hænder, og bevæger sig over ved siden af 1-sengen for at gøre dette, og må skubbe til sygeplejerskens computer. Pt 1 kigger på SSA-eleven, da hun går forbi sengen"
	"SSA-eleven går forbi 1-sengen for at spritte hænder og smide noget i skraldespanden"
	Sygeplejersken fortæller om vejret udenfor, mens hun går hen og henter TOKS-tårnet, som står i den anden ende af stuen.
Pladsmangel	"SSA'en og spl rydder lidt op på stuen og flytter rundt, da de er blevet enige om, at der skal en anden lænestol ind, fordi den, der er på stuen, er for lav til pt"
	"Spl fjerner afskærmningen helt, så 2-sengen kan køres ud af stuen"
	"Pt 2 kommer ud fra toilettet, som er placeret til venstre (udefra set) for stuen. Spl går med pt 2 ind til sengen. Hun må skubbe til bioanalytikerens vogn, for at hende og pt 2 kan komme forbi"
	"Bioanalytikeren er færdig med pt 1, og går nu over til pt 2. Bioanalytikeren skal have sin vogn med, og spl og SSA-eleven må gå ud af stuen, så hun kan komme forbi"
	"...SSA-eleven skal samtidig spritte hænder, og bevæger sig over ved siden af 1-sengen for at gøre dette, og må skubbe til spl's computer"

	<i>"Spl skubber kun døren halvt i, da der står en rollator i døråbningen"</i>
	<i>"Bioanalytikerens har svært ved at komme fra pt 2 til pt 1, da spl's computer og bioanalytikerens egen vogn fylder"</i>
Ventetid	<i>"Spl står ude på gangen og venter på, at hun kan komme til en af patienterne"</i>
	<i>"Imens spl er i gang, står bioanalytikerens og venter"</i>
	<i>"SSA'en ved pt 2 får nu TOKS apparatet"</i>
	<i>"Sygeplejersken og SSA står mellem de to senge nede ved væggen, og taler om TOKS-tårnet, og SSA fortæller, der kun er et tårn på hver stue, så sygeplejersken må vente. Sygeplejersken bliver lettere irriteret og siger "det kan sgu da ikke passe, så ser jeg efter en på en anden stue".</i>
	<i>"En anden sygeplejerske kommer ind på stuen og spørger, om de er færdige med termometeret"</i>
Snakker højt om en anden patient	<i>"Spl's telefon ringer. Hun snakker i telefon om en anden pt. Hun bliver distraheret af samtalen og går i stå med det, hun er i gang med og kigger væk fra pt og TOKS-apparatet".</i>
	<i>"En anden sygeplejerske kommer nu ind på stuen, og fortæller sygeplejersken om en pt på en anden stue, så hun må vende sig væk fra pt 1"</i>
Sygeplejerske forstyrres af andet personale telefonisk	<i>"Spl's telefon ringer. Hun snakker i telefon om en anden pt. Hun bliver distraheret af samtalen og går i stå med det, hun er i gang med og kigger væk fra pt og TOKS-apparatet".</i>
	<i>"Spl 2's telefon ringer, og hun forlader stuen"</i>
	<i>"Spl's telefon ringer, og hun tager den og træder lidt væk fra pt 2. Hun taler kort i telefonen, og lægger på igen"</i>
Direkte skift mellem patienterne	<i>"Spl kommer retur med håndklæder og tøj til alle patienterne. Hun ligger det på sengen ved pt 1 som er på toilettet, går over til pt 3 med hans tøj og håndklæder, også går hun over til pt 2"</i>

	<i>"Hun går hen til pt 1, tager hans hånd, og siger godmorgen igen. Pt smiler. Hun går derefter hen til pt 2, tager hans hånd og siger godmorgen. Pt 2 smiler"</i>
	<i>"Spl går hen til pt 1 igen, og beder om hans CPR-nummer. Han siger det, og hun smiler og giver ham det lille glas med hans morgenmedicin. Spl går over til pt 2, og beder om hans CPR-nummer. Han siger det, og hun smiler og giver ham glasset med hans morgenmedicin".</i>
	<i>"Spl går kort over til pt 2, og kommer tilbage til pt 1"</i>
	<i>"Da spl er færdig med at redde sengen, går hun hen og ruller computeren væk fra pt 2. Spl ruller computeren over mod pt 1 som fortsat sover i sengen (...)"</i>

Bilag L: Koder, foreløbige temaer og endelige temaer

Kode	Foreløbigt tema	Tema
Rammer som "bestemmer"	Fysiske og materielle betingelser	Tema 1: Fysiske og organisatoriske rammer som udfordring på en flersengsstue
Pladsmangel	Pladsmangel	
Ventetid	Begrænsede ressourcer	
Rammer som "bestemmer"		
Sygeplejerske berører patient	Berøring	Tema 2: Forventet adfærd på en flersengsstue
Patient berører sygeplejerske		
Hensyntagen	Hensyntagen	
Forstyrrelser under stuegang	Stuegang	
"Upassende" adfærd under stuegang		
Sygeplejerskens deltagelse ved stuegang		
Negativ respons	Uventet adfærd	
Støj fra bioanalytikere	Støj og afbrydelser på stuen	Tema 3: Forhandling af relationer på en flersengsstue
Larm/støj fra patient		
Uro/støj		
Personale forstyrrer patient		
Personale larmer		
Medpatient forstyrrer	Medpatient forstyrrer	
Sygeplejerske-patient-medpatient-samspil	Samspil mellem sygeplejerske, patient og medpatient	
Direkte skift mellem patienter		
Personale forstyrrer personale fysisk på stuen	Interne forstyrrelser mellem personale	
Sygeplejerske forstyrres af andet personale telefonisk		
Snakker højt om en anden patient		