Sygeplejevidenskab.dk

Journal for Sygeplejevidenskab
Fag | Disciplin | Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk

SPL Publishing

Patienters oplevelse af tryghed under sygdom i hospitalskontekst: Et kvalitativt interviewstudie

Selina Kikkenborg Berg, sygeplejerske, professor[1,2], Bettina Højberg Kirk, klinisk sygeplejespecialist, ph.d.[1] Camilla Nygaard Bring, klinisk sygeplejespecialist[1],Dorte Bæk Olsen, klinisk sygeplejespecialist[1], Helle Luther Hoff, klinisk sygeplejespecialist[1], Line Ryberg Rasmussen, sygeplejerske, ph.d.[1], Mai Nanna Schønau, klinisk sygeplejespecialist, ph.d.[1], Mette Kirstine Wagner, klinisk sygeplejespecialist, ph.d.[1], Pernille Orloff Donsel, klinisk sygeplejespecialist[1], Pernille Palm, klinisk sygeplejespecialist, lektor[1,2], Pia Keinicke Fabricius, klinisk sygeplejespecialist, ph.d.[1], Malene Missel, klinisk sygeplejespecialist, lektor[1,2]

1 Hjertecentret, Rigshospitalet, København.
2 Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.



Videnskabelig artikel

Læs artiklen og få viden om

- Hvordan patienter oplever tryghed under sygdom og hospitalsindlæggelse.
- Hvordan nærvær, tydelig kommunikation og fagligt overblik bidrager til tryghed.
- Hvad det betyder at kunne overlade ansvaret til andre uden at miste sin værdighed

Resumé

Introduktion

Tryghed er et centralt ideal i sundhedsvæsenet, men begrebets indhold er sjældent empirisk udfoldet fra et patientperspektiv. Eksisterende forskning peger på, at tryghed har betydning for patienters oplevelse af sygdoms- og behandlingsforløb, men viden om, hvordan tryghed konkret erfares under indlæggelse, er fortsat begrænset.

Formål

Studiets formål var at udforske, hvordan patienter oplever tryghed under sygdom i et hospitalsmiljø.

Metode

Studiet havde et kvalitativt design baseret på semistrukturerede interviews med patienter indlagt på et højt specialiseret hospital. Deltagerne blev rekrutteret strategisk med henblik på variation. Data blev analyseret ved hjælp af refleksiv indholdsanalyse med fokus på det manifeste indhold. Analysen blev gennemført abduktivt og understøttet af generativ kunstig intelligens som eksplorativt redskab, mens alle analytiske beslutninger blev foretaget af forskergruppen.

Resultater

I alt 11 patienter blev interviewet. Tryghed fremstod som et multidimensionelt fænomen organiseret i tre hovedkategorier:

1. Relationer og menneskeligt møde.
2. Kommunikation, faglighed og struktur.
3. Krop, afhængighed og oplevelse af sårbarhed.

Patienterne beskrev tryghed som tæt knyttet til at blive set som "hele" mennesker, til pårørendes aktive inddragelse og til en stemning af ro og imødekommenhed. Tydelig kommunikation, faglig kompetence, organisatorisk overblik og oplevet nærvær styrkede trygheden. Samtidig var tryghed forbundet med muligheden for at overgive sig til hjælpen uden at miste værdighed. Tryghed fremstod desuden som dynamisk, skrøbelig og situationsafhængig.

Konklusion

Under sygdom kan tryghed forstås som et relationelt, strukturelt og eksistentielt fænomen, der løbende skabes i samspillet mellem patient, pårørende, sundhedsprofessionelle og behandlingskonteksten.

Nøgleord: Tryghed, patientperspektiv, indlæggelse, relationer, sårbarhed, kvalitativ forskning

Baggrund

Tryghed er et centralt og tilbagevendende ideal i sundhedsvæsenets arbejde med kvalitet, patientcentrering og sammenhængende forløb. I den danske velfærdsstat er tryghed tæt forbundet med forestillinger om tillid til offentlige institutioner og et sundhedsvæsen baseret på lige adgang, hvor befolkningen generelt udviser en høj grad af tillid til både sundhedspersonale og myndigheder (1,2).
Sundhedsvæsenet forventes således ikke blot at levere effektiv behandling, men også at skabe rammer, hvor patienter kan føle sig trygge i mødet med sygdom og behandling.

Tryghed kan samtidig forstås som en grundlæggende menneskelig erfaring, tæt knyttet til behovet for sikkerhed, stabilitet og beskyttelse mod fare (3). I en sundhedsfaglig kontekst aktualiseres dette særligt i situationer præget af sygdom, hvor kroppen opleves som sårbar og hvor patienten er afhængig af andres vurderinger og handlinger. I et sygeplejefagligt perspektiv er tryghed desuden forankret i det relationelle møde.

Ifølge Martinsen opstår tryghed i den måde, patienten bliver mødt på gennem nærvær, opmærksomhed og ansvarlig omsorg (4). Tryghed fremstår dermed ikke alene som et resultat af strukturer eller intentioner, men som en erfaring, der formes i konkrete møder mellem patient og sundhedsprofessionelle.

Eksisterende forskning peger på, at organisatoriske og relationelle forhold i sundhedsvæsenet har betydning for patienters sygdoms- og behandlingsforløb (5-7). Ligeledes peger studier på, at forhold i mødet mellem patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle kan have betydning for patienters oplevelser i forløbet (7-10).

Tidligere forskning har således primært undersøgt tryghed gennem beslægtede begreber som patientsikkerhed og tillid eller gennem teoretiske og begrebslige analyser. Der findes derimod kun begrænset empirisk forskning, der udforsker tryghed som et selvstændigt patientoplevet fænomen med udgangspunkt i patienternes egne beskrivelser.

Tryghed som selvstændigt begreb fremstår altså bredt og flertydigt i en dansk begrebsteoretisk analyse (11), og der mangler fortsat empirisk viden om, hvordan patienter selv oplever og beskriver tryghed under sygdom og hospitalsindlæggelse.

Alligevel behandles tryghed ofte som et normativt og selvindlysende mål i klinisk praksis, uden at begrebets indhold udfoldes eller defineres nærmere. Herved risikerer tryghed at fungere som et overordnet ideal frem for et empirisk undersøgt og analytisk afgrænset fænomen. Dette efterlader et spændingsfelt mellem organisatoriske ambitioner og patienters levede erfaringer, hvor det ikke er givet, at intentioner om at skabe tryghed nødvendigvis afspejler patienternes oplevelser og behov.
Problematikken aktualiseres i en hospitalskontekst, hvor tryghed i stigende grad formuleres som en eksplicit ambition. På Rigshospitalet er tryghed eksempelvis fremhævet som en ambition om "Tryghed under sygdom", hvor professionel sygepleje beskrives som tryghedsskabende for patienter og pårørende (12).

Selvom ambitionen peger på vigtige elementer som relationer, faglighed og overskuelige forløb, er det fortsat uklart, hvordan tryghed konkret opleves og skabes i praksis. Selvom tryghed er beskrevet inden for flere teoretiske traditioner, findes der fortsat ikke en entydig forståelse af begrebet. Nogle perspektiver knytter tryghed til menneskers grundlæggende behov for sikkerhed og beskyttelse (3), mens andre betoner den relationelle og omsorgsmæssige dimension i mødet mellem patient og sundhedsprofessionelle (4).

Ovenstående perspektiver bidrager med vigtige teoretiske forståelser, men de udspringer ikke af patienters egne beskrivelser af tryghed under sygdom. I modsætning til begreber som omsorg og patientcentrering, der primært beskriver professionelle handlinger og intentioner, kan tryghed forstås som en oplevelse, der kun kan beskrives af patienten selv. Der er derfor fortsat behov for empirisk viden om, hvordan patienter oplever og beskriver tryghed i forbindelse med sygdom og hospitalsindlæggelse.

Formål
Studiet tager derfor ikke udgangspunkt i én bestemt teori om tryghed, men anlægger et eksplorativt perspektiv, hvor forståelsen udvikles med afsæt i patienternes egne beskrivelser og erfaringer. Formålet med studiet er at udforske, hvordan patienter oplever og beskriver tryghed i forbindelse med sygdom og hospitalsindlæggelse.

Metode

Design og videnskabsteoretisk tilgang

Studiet har et kvalitativt design baseret på individuelle semistrukturerede interviews. Det er forankret i et klinisk forskningssamarbejde mellem forskere og kliniske sygeplejespecialister, hvoraf flere har forskningskompetencer inden for kvalitative metoder. Denne tilgang muliggjorde en tæt kobling mellem klinisk praksis og forskningsprocessen med henblik på at frembringe praksisnær og anvendelig viden.

Studiet er inspireret af en pragmatisk videnskabsteoretisk tilgang (13–15), hvor formålet er at udvikle praksisrelevant viden med afsæt i patienters erfaringer. Patienters udsagn om tryghed forstås i relation til deres konkrete erfaringer med sygdom og indlæggelse. Studiet tager ikke udgangspunkt i en på forhånd defineret teori om tryghed, men undersøger, hvordan begrebet kommer til udtryk gennem patienternes egne beskrivelser. Den viden, der udvikles, har til formål at kvalificere forståelsen af tryghed i klinisk praksis.

Data blev analyseret ved hjælp af Reflexive Content Analysis (RCA) som beskrevet af Nicmanis (16). Analysen blev gennemført på manifest niveau med fokus på deltagernes eksplicit formulerede udsagn (16). En abduktiv analytisk logik understøttede den iterative bevægelse mellem empiriske observationer og udviklingen af analytiske kategorier (17). De anvendte metodologiske begreber refererer til forskellige niveauer i studiets design: pragmatisme udgør den videnskabsteoretiske ramme, RCA analysemetoden, manifest analyse angiver analysens fokus, og den abduktive tilgang beskriver den analytiske logik.
Studiet er rapporteret med inspiration fra COREQ (18).

Deltagere og rekruttering

Studiet inkluderede patienter indlagt grundet somatisk sygdom fra hjerte-, lunge- og infektionsmedicinske specialer på Rigshospitalet, et højt specialiseret universitetshospital, med henblik på at opnå variation i erfaringer relateret til tryghed under sygdom. Inklusionskriterier var voksne patienter (≥18 år), indlagt på Rigshospitalet og i stand til at deltage i et interview på dansk. Patienter, der ikke talte eller forstod dansk, blev ekskluderet.

I alt deltog 11 patienter (6 kvinder, 5 mænd) med en medianalder på 69 år, se **Tabel 1**. Antallet af deltagere blev vurderet med inspiration fra begrebet informationskraft (information power) som beskrevet af Malterud et al. (19). Studiets afgrænsede formål, deltagernes direkte erfaring med det undersøgte fænomen og variationen på tværs af kliniske kontekster bidrog til datamaterialets informationskraft. Interviewene gav relevante og varierede beskrivelser af patienternes oplevelser af tryghed, og datamaterialet blev på denne baggrund vurderet som tilstrækkeligt til at belyse studiets formål.

Rekrutteringen var formålsstyret (20) med henblik på at opnå variation i deltagernes erfaringer med sygdom og hospitalsindlæggelse. Der blev derfor inkluderet patienter med forskellig alder, køn og forskellige somatiske diagnoser fra både hjerte-, lunge- og infektionsmedicinske specialer. Formålet var ikke at sammenligne bestemte patientgrupper, men at belyse variationen i patienters oplevelser af tryghed på tværs af sygdomsforløb.

Dataindsamling

Data blev indsamlet via individuelle semistrukturerede interviews. Interviewguiden blev udviklet med afsæt i studiets formål og omfattede fire tematiske områder:

1. Patientens forståelse af tryghed
2. Konkrete oplevelser fra sygdomsforløbet
3. Relationer til sundhedsprofessionelle
4. Tryghedens betydning for håndtering af sygdom og hverdagsliv

Tabel 1. Oversigt over interviewpersoner

Køn	6 kvinder og 5 mænd
Alder	50-82 år (median 69 år)
Diagnose	Spontan koronararteriedissektion (SCAD): 1 person Akut myokardieinfarkt (AMI): 1 person Atrieflimren: 1 person Hjerteklapsygdom: 2 personer Hjertesvigt: 2 personer Lungekræft: 3 personer Tuberkulose: 1 person
Interviewlængde	11 – 58 min. (median 18 min) Interviewet på 11 min. blev afbrudt på grund af sammenfald med akut behandling

Interviewguiden blev udviklet af fire medlemmer af forfattergruppen på baggrund af studiets formål, klinisk erfaring, eksisterende litteratur og iterative drøftelser understøttet af kunstig intelligens (ChatGPT). Guiden blev efterfølgende gennemgået og drøftet med de kliniske sygeplejespecialister, der skulle gennemføre interviewene, med henblik på at sikre en fælles forståelse af opbygning og anvendelse.
Interviewene blev indledt med et åbent spørgsmål: *"Når jeg siger tryghed under sygdom og behandling, hvad tænker du så på?"*

Dette åbne spørgsmål blev valgt for at understøtte en patientdefineret forståelse. Herefter blev der spurgt ind til konkrete situationer, hvor tryghed blev oplevet, samt hvor den blev udfordret, uden på forhånd at definere disse som utrygge eller introducere en forudbestemt forståelse af begrebet. Interviewene tog udgangspunkt i deltagernes beskrivelser af, hvad tryghed var for dem, hvordan den blev oplevet, og hvilke situationer der styrkede eller udfordrede den, før der blev spurgt ind til relationer, kommunikation, personale og sygdomsforløb.

Under interviewene inddrog størstedelen af deltagerne tidligere oplevelser fra egne eller pårørendes sygdoms- og behandlingsforløb i hospitalsregi som en del af deres fortællinger om tryghed. Disse erfaringer indgik således naturligt i datamaterialet, men blev ikke undersøgt særskilt. Interviewene blev gennemført af 10 kliniske sygeplejespecialister med erfaring inden for deres respektive specialer. Interviewene blev gennemført i relation til en indlæggelse eller ambulant kontakt.

Interviewene fandt sted på sengestuer, i konsultationsrum, på kontorer eller telefonisk afhængigt af deltagernes situation og præferencer, men altid i enerum. Interviewene varede mellem 11 og 58 minutter og blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet ved anvendelse af Viceron Transkription Software. Alle transskriptioner blev efterfølgende gennemlyttet og gennemgået af den interviewer, der havde gennemført interviewet, og korrigeret efter behov for at sikre en retvisende gengivelse af interviewets indhold.

Dataanalyse

Data blev analyseret med fokus på det manifeste indhold (16). Ved manifest refleksiv indholdsanalyse beskrives og organiseres det eksplicit udtrykte indhold i deltagernes udsagn uden at søge efter underliggende eller latente betydninger. Da studiets formål var at udforske patienters oplevelse af tryghed, fokuserede analysen på de dele af deltagernes udsagn, hvor de beskrev, hvad tryghed var for dem, hvordan den blev oplevet, og hvilke forhold de selv knyttede til oplevelsen af tryghed.

De udviklede kategorier repræsenterer således empirisk identificerede dimensioner af patienters oplevelse af tryghed og ikke generelle karakteristika ved patientoplevelser eller kvaliteter ved god sygepleje. Analysen havde til formål at identificere mønstre i deltagernes eksplicit formulerede udsagn. Den efterfølgende diskussion fortolker fundene i relation til eksisterende teori og forskning, men selve analysen har til formål at udvikle en empirisk funderet beskrivelse af fænomenet (16).

Analysen blev gennemført i iterative trin. Først blev interviewene gennemlæst gentagne gange for at opnå en helhedsforståelse. Herefter blev meningsenheder identificeret og kodet tæt på data. Koderne blev efterfølgende grupperet i underkategorier og kategorier gennem en proces, hvor data og analytiske strukturer løbende blev sammenholdt. Analysen indebar en abduktiv bevægelse mellem empiriske udsagn og analytisk struktur. I tråd med den refleksive tilgang blev kategorisering forstået som analytiske konstruktioner udviklet i et samspil mellem data og forskernes fortolkning.

Den initiale kodning blev gennemført i fællesskab af hele forfattergruppen. På baggrund af den initiale kodning genererede ChatGPT et foreløbigt forslag til struktur af koder, kategorier og subkategorier. Denne struktur fungerede udelukkende som et arbejdsredskab og blev efterfølgende gennemarbejdet, diskuteret og revideret iterativt af hele forfattergruppen i overensstemmelse med principperne for manifest refleksiv indholdsanalyse. Alle analytiske beslutninger og den endelige kategorisering blev truffet af forfattergruppen.

Brug af generativ kunstig intelligens som analytisk støtte

Det var en særlig ambition for forfattergruppen at anvende kunstig intelligens i forskningsprojektet, for i fællesskab at benytte nye tilgængelige værktøjer. Se vores videnskabelige kommentar i tillægsartiklen: *At forske med kunstig intelligens som sparring – mellem tøven og begejstring.*

I forbindelse med analyseprocessen blev generativ kunstig intelligens (ChatGPT) anvendt som et eksplorativt og understøttende redskab (21,22). I den indledende fase blev ChatGPT anvendt som sparring i udviklingen af interviewguiden på baggrund af fire foruddefinerede tematiske fokusområder. De genererede forslag blev efterfølgende kritisk gennemgået og metodisk kvalificeret af forskergruppen, som havde det fulde ansvar for den endelige udformning. Efter dataindsamling, transskription og fælles initial kodning blev de identificerede koder anvendt som input til ChatGPT med henblik på at afprøve mulige kategorier og subkategorier i overensstemmelse med en manifest refleksiv tilgang (16).

Der blev alene anvendt anonymiserede data, og ingen personhenførbare oplysninger blev behandlet i ChatGPT. Prompterne bestod af analytiske arbejdsspørgsmål med henblik på at undersøge måder at organisere allerede identificerede koder i kategorier og subkategorier. ChatGPT blev ikke anvendt til automatisk kodning eller selvstændig fortolkning af interviewdata. Der blev gennemført tre iterative runder, hvor foreslåede tematiseringer blev genereret, vurderet og justeret.

I første omgang blev otte subkategorier foreslået med tilhørende kodning som strukturel validering. Efter kritisk gennemgang blev koderne struktureret til subkategorier, som efterfølgende blev samlet under tre overordnede kategorier med tre subkategorier i de to første områder og to subkategorier i det sidste område. De foreslåede strukturer blev løbende vurderet i relation til det oprindelige datamateriale, hvor kategorierne blev testet mod empirien, og alternative fortolkninger blev overvejet. Forslagene fra Kunstig intelligens fungerede således som midlertidige analytiske redskaber, der understøttede den refleksive og iterative analyseproces (23).

ChatGPT blev desuden anvendt til at generere første udkast til baggrundsafsnit, udfoldelse af temaer i resultatafsnittet samt til et indledende diskussionsafsnit. Disse tekstudkast blev systematisk gennemgået, revideret og omskrevet af forskergruppen for at sikre metodisk konsistens, teoretisk præcision og overensstemelse med det empiriske materiale. Anvendelsen af kunstig intelligens ændrede ikke ved forskernes ansvar for fortolkning, syntese og konklusion, men indgik som et redskab i en transparent og dokumenteret analyseproces.

Forskerposition og refleksivitet

At forskergruppen bestod af sygeplejersker med klinisk erfaring, har haft betydning for både dataindsamling og analyse, idet forskerne havde indsigt i kliniske kontekster og specifikke patientforløb. I overensstemmelse med den refleksive tilgang blev deres forforståelse løbende genstand for kritisk refleksion med henblik på at synliggøre og udfordre egne antagelser.

Den kritiske refleksion blev blandt andet understøttet gennem fælles drøftelser af kodning og tematisering samt ved at inddrage flere perspektiver i analyseprocessen.

Etik og datasikkerhed

Deltagelse i studiet var frivillig, og alle deltagere blev mundtligt og skriftligt informeret om studiets formål, indhold og deres rettigheder. Det blev tydeliggjort, at deltagelse eller afslag på deltagelse ikke ville have indflydelse på deres behandling eller videre forløb.

Der blev indhentet både mundtligt og skriftligt informeret samtykke fra samtlige deltagere forud for dataindsamlingen. Data blev behandlet fortroligt og i overensstemmelse med gældende databeskyttelseslovgivning (GDPR).
Alle data blev anonymiseret i forbindelse med transskribering, og identificerbare oplysninger er udeladt eller ændret i citater for at sikre deltagernes anonymitet. Projektet er anmeldt til Region Hovedstadens Databeskyttelsesenhed med journalnummer P-2025-20347.

Resultater

Analysen resulterede i tre hovedkategorier med i alt otte underkategorier som beskriver centrale aspekter af patienternes oplevelse af tryghed under sygdom og hospitalsindlæggelse:

1. Relationer og menneskeligt møde.
2. Kommunikation, faglighed og struktur.
3. Krop, afhængighed og oplevelse af sårbarhed.

Hovedkategori 1
Relationer og menneskeligt møde

Tryghed fremstår i materialet som et relationelt fænomen, der opstår i mødet mellem mennesker og kan påvirke og "smitte" mellem aktører. Patienternes oplevelse af tryghed er tæt knyttet til relationer, hvor anerkendelse, nærvær og interesse for patientens perspektiv spiller en central rolle. Når patienterne oplever at blive mødt som "hele" mennesker af sundhedsprofessionelle og ikke blot som diagnoser, styrkes deres oplevelse af tryghed.

Samtidig peger materialet på, at omgivelser og stemning også har betydning. En stemning præget af ro og imødekommenhed kan understøtte trygheden, hvilket viser, at tryghed ikke kun er knyttet til relationer, men også til sanselige og stemningsmæssige aspekter af mødet i hospitalsmiljøet.

Underkategori 1.1
At blive set som et "helt" menneske
Tryghed opstår, når patienten oplever sig mødt som mere end en diagnose.

Patienternes fortællinger viser, at oplevelsen af tryghed er tæt knyttet til at blive mødt som et helt menneske og ikke udelukkende som en patient med en diagnose. Når sundhedsprofessionelle viser interesse for patientens livssituation, personlige historie og perspektiv, beskrives det som noget, der skaber tryghed i sygdomsforløbet. Flere patienter fremhæver, at det har betydning, når der er plads til samtaler, der rækker ud over sygdommen og behandlingen. En patient fortæller eksempelvis om en sygeplejerske, der tog sig tid til at tale om hverdagslige forhold.

> *"Der var en sygeplejerske. Hun gav sig altid god tid, og så stod hun lige og snakkede med mig, ikke kun om sygdom, men hverdagsting, og hvor man har været henne, og hvor man kom fra og sådan noget […] Jeg er jo også et menneske ud over sygdommen"* (ID 8).

I patienternes beskrivelser fremstår sådanne møder som betydningsfulde, fordi de bidrager til en oplevelse af at blive anerkendt som person. Når personalet viser interesse, lytter og tager patientens oplevelser alvorligt, beskrives det som en måde at skabe tryghed i en situation, hvor meget ellers kan opleves usikkert.

Flere patienter fremhæver også betydningen af genkendelighed i mødet med personalet. Når personalet husker patientens historie og tidligere samtaler, beskrives det som et tegn på opmærksomhed og engagement. Dette kan bidrage til en oplevelse af kontinuitet og understøtte følelsen af at være mere end blot et behandlingsforløb.

På tværs af patienternes fortællinger fremstår tryghed således tæt forbundet med oplevelsen af at blive mødt med indlevelse og menneskelig interesse. Når sundhedsprofessionelle viser opmærksomhed omkring patientens personlige situation og giver plads til dialog, beskriver patienterne, at det bidrager til en følelse af at blive set og taget alvorligt.

Underkategori 1.2
Relationel tryghed
Tryghed forstås som noget fælles og gensidigt – ikke individuelt.
Patienternes fortællinger viser, at tryghed i sygdomsforløbet ikke kun handler om den enkelte patients oplevelse, men også om relationerne mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle. Tryghed fremstår som et relationelt fænomen, hvor oplevelser deles og påvirker hinanden. Flere patienter beskriver, at det har stor betydning for deres tryghed, at deres pårørende også føler sig velkomne og informerede. Når pårørende kan deltage i samtaler, stille spørgsmål og blive mødt af personalet, beskrives det som noget, der skaber ro i forløbet. En patient fortæller eksempelvis:

> *"De (pårørende) har oplevet tryghed i forløbet også. De har kunnet snakke med personalet, de har været med. De er også blevet genkendt af personalet"* (ID 7).

Samtidig fremhæves betydningen af dialog mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Når der er mulighed for kontakt, spørgsmål og samtale, beskriver patienterne, at det bidrager til en oplevelse af tilgængelighed og støtte. På tværs af fortællingerne fremstår tryghed derfor som noget, der udvikler sig i relationer og i den løbende kontakt mellem patienter, pårørende og personale.

Underkategori 1.3
Hospitalets miljø og stemningens betydning
Tryghed er også sanselig og stemningsbåret.
Patienterne beskriver, hvordan hospitalets miljø og den generelle stemning på afdelingen påvirker deres oplevelse af tryghed.

Oplevelsen af ro, venlighed og omsorg i omgivelserne fremhæves som betydningsfuld i en situation, hvor meget ellers kan opleves usikkert. Flere patienter fortæller, at de er opmærksomme på små signaler i omgivelserne, såsom personalets ansigtsudtryk, tonefald og bevægelser.

Disse indtryk bruges til at orientere sig i situationen og kan påvirke oplevelsen af ro og tryghed. En patient beskriver:

> *"Jeg lægger mærke til ansigtsudtryk, jeg lægger mærke til stemmeføring. Jeg lægger mærke til hvor hurtigt folk bevæger sig. Det smitter jo, hvis folk begynder at løbe rundt og stresse. Så smitter det jo i nervesystemet. Jeg lægger mærke til om der er ro omkring mig på stedet. Ja, og det virker som om, at de folk, der arbejder, er glade for at være her"* (ID 10).

Patienterne beskriver således, hvordan stemningen i afdelingen kan have en direkte betydning for deres egen kropslige oplevelse af ro. Når personalet fremstår rolige, nærværende og venlige, kan det bidrage til en oplevelse af stabilitet i en ellers sårbar situation.

På tværs af patienternes fortællinger fremstår tryghed derfor ikke kun som noget, der opstår i individuelle møder, men også som noget, der påvirkes af den samlede atmosfære i omgivelserne. Hospitalets miljø og den stemning, som personalet er med til at skabe, bliver dermed en del af den kontekst, hvor tryghed kan udvikle sig.

Hovedkategori 2
Kommunikation, faglighed og struktur
Tryghed fremstår i interviewdata som tæt forbundet med oplevelsen af tydelig kommunikation, faglig kompetence og organisatorisk overblik.
Når information gives løbende, forståeligt og med mulighed for dialog, bidrager det til forudsigelighed i sygdomsforløbet. Samtidig er tillid til personalets viden, kompetencer og professionelle håndtering af behandlingen central for patienternes oplevelse af tryghed.

Fortællingerne peger desuden på betydningen af nærvær og tilgængelighed i mødet med personalet. Patienterne beskriver, at tryghed ikke kun er knyttet til den tid, der er til rådighed, men til oplevelsen af nærvær og opmærksomhed i kontakten. Samlet set viser kategorien, at tryghed i høj grad er forbundet med en oplevelse af, at personalet har overblik, kommunikerer tydeligt og er til stede i mødet med patienten.

Underkategori 2.1
Kommunikation og information som grundlag for tryghed
Information forstærker tryghed – også selvom det er "dårlige nyheder".
Patienternes fortællinger viser, at klar og løbende kommunikation fremstår som en central forudsætning for oplevelsen af tryghed under sygdomsforløbet. Når patienterne modtager tydelig information om sygdom, behandling og næste skridt i forløbet, beskriver de, at det bidrager til en oplevelse af overblik og forudsigelighed.

Flere patienter fremhæver betydningen af, at sundhedsprofessionelle lytter til deres spørgsmål og reagerer på deres bekymringer. En patient beskriver eksempelvis en sygeplejerske, der tager ansvar for at følge op på patientens spørgsmål og sikre en faglig vurdering:

> *"Hun er eminent til at tage ansvar på sig. Hun lytter og reagerer. Og så finder hun ud af: skal jeg tilkalde en læge? … Hun er rigtig dygtig til det der med at lytte til patienten og sige, at det her er normalt – eller at det lige skal vurderes af en læge"* (ID 1).

I patienternes beskrivelser fremstår det som tryghedsskabende, når personalet både lytter og tydeligt forklarer, hvad der skal ske. Samtidig fremhæves betydningen af, at kommunikationen formidles på en måde, der er rolig og let at forstå. En patient fortæller eksempelvis, hvordan information om behandlingsforløbet bidrog til en oplevelse af ro:

> *"Jeg har ikke været urolig på noget tidspunkt. Jeg var meget veloplyst omkring, hvad der skulle ske, hvilke konsekvenser det ville have, og hvad succeskriteriet ville være. Det gjorde, at der ikke var nogen grund til, at jeg skulle sidde og være nervøs"* (ID 3).

Patienterne beskriver også, at tryghed opstår, når de kan stille spørgsmål og få svar i et sprog, de kan forstå. En deltager udtrykker det således:

> *"Det er meget vigtigt, at lægerne er rolige og udtrykker sig, så man kan forstå det. Så bliver man mere tryg"* (ID 8).

På tværs af patienternes fortællinger fremstår information og kommunikation dermed som centrale elementer i oplevelsen af tryghed. Når information gives tydeligt, løbende og på en forståelig måde, beskriver patienterne, at det skaber overblik og reducerer usikkerhed i sygdomsforløbet.

Underkategori 2.2
Faglighed, professionalisme og organisatorisk overblik
Tryghed knyttes til oplevelsen af, at "nogen har overblik og styr på det".
Patienterne beskriver, at tillid til personalets faglige kompetencer har stor betydning for deres oplevelse af tryghed. Når sundhedsprofessionelle fremstår vidende, strukturerede og sikre i deres handlinger, beskrives det som noget, der skaber ro i en situation, hvor patienterne selv kan opleve usikkerhed og uro. Flere patienter fremhæver, at det bidrager til tryghed, når personalet tydeligt forklarer, hvad der undersøges, hvad der skal ske, og hvorfor bestemte handlinger udføres. En patient udtrykker det således:

> *"Det skaber tryghed for mig, at jeg ved, hvad det er, I gør. At man bliver holdt opdateret på, hvad vi kigger efter, hvad vi gør, og hvorfor vi gør det"* (ID 1).

Tryghed forbindes også med oplevelsen af, at personalet koordinerer arbejdet og overholder aftaler.

Når aftaler bliver fulgt, beskriver patienterne, at det skaber forudsigelighed og tillid til forløbet. En patient formulerer det således:

> *"Hvis nogen siger, at jeg kommer om ti minutter, så kommer jeg også om ti minutter. Sådan nogle helt simple ting. En aftale er en aftale"* (ID 10).

Flere patienter fremhæver desuden sygeplejerskers rolle som centrale i koordineringen af plejen. Når personalet er orienteret om patientens situation og videregiver information mellem faggrupper, beskrives det som noget, der skaber sammenhæng i forløbet. En patient fortæller:

> *"Jeg kunne mærke, at der var en, der havde læst fuldstændig op på mig. Hun forklarede de andre sygeplejersker, hvad der var sket, og hvad jeg havde med mig"* (ID 1).

På tværs af fortællingerne fremstår faglighed, ansvar og organisatorisk overblik således som centrale elementer i oplevelsen af tryghed. Når personalet fremstår kompetente og koordinerede, beskriver patienterne, at det giver en følelse af, at situationen er under kontrol.

Underkategori 2.3
Nærvær, tid og tilgængelighed
Tid handler ikke kun om minutter, men om oplevet nærvær.
Patienternes fortællinger viser, at oplevelsen af tryghed også er tæt knyttet til personalets nærvær og tilgængelighed. Nærværet kan vise sig i form af fysisk kontakt, hvor for eksempel det at blive holdt i hånden kan give en oplevelse af tryghed. Det handler ikke nødvendigvis om, hvor lang tid personalet er til stede, men om hvordan tiden opleves i mødet.

Flere patienter beskriver, at det skaber tryghed, når personalet tager sig tid til "bare" at lytte, men også til at besvare spørgsmål uden at signalere hastværk.

En patient fortæller eksempelvis om en samtale med en læge:

> *"Der var al den tid, man havde brug for. Det var trygt. Man måtte spørge lige så meget, man ville, og han svarede på det hele"* (ID 5).

I patienternes beskrivelser fremstår det som betydningsfuldt, når sundhedsprofessionelle er tilgængelige og viser, at der er plads til spørgsmål og samtale. Samtidig fremhæver patienterne betydningen af at vide, at personalet holder øje med dem og følger deres tilstand. En patient beskriver det eksempelvis således:

> *"Det er meget rart at vide, at der er nogen, der holder øje med én"* (ID 5).

Når patienterne oplever, at der er personale til stede, som følger deres situation og er tilgængelige ved behov, beskrives det som noget, der bidrager til ro og tryghed i forløbet.

På tværs af patienternes fortællinger fremstår nærvær og tilgængelighed således som centrale elementer i oplevelsen af tryghed. Når personalet giver plads til dialog, viser opmærksomhed og er til stede i situationen, beskriver patienterne, at det skaber en oplevelse af at blive taget alvorligt og mødt i deres behov.

Hovedkategori 3
Krop, afhængighed og oplevelse af sårbarhed
Tryghed fremstår i interviewdata som tæt knyttet til patienternes oplevelse af kropslig sårbarhed og afhængighed under sygdom. Sygdom og behandling kan udfordre oplevelsen af autonomi og kontrol over egen krop, hvilket gør patienterne afhængige af andres hjælp og vurderinger.

I denne situation bliver det afgørende for oplevelsen af tryghed, at hjælpen gives på en måde, hvor patienten kan overlade ansvar uden at opleve tab af værdighed. Samtidig beskrives tryghed som et dynamisk og situationsbestemt fænomen, der formes af erfaringer, information og den konkrete situation.

Underkategori 3.1
Kroppens sårbarhed, kontroltab og afhængighed
Tryghed hænger tæt sammen med at kunne give sig hen uden at miste værdighed.
Patienterne beskriver sygdom og indlæggelse som situationer, hvor kroppen opleves mindre for-udsigelig og kontrollerbar. I denne sammenhæng bliver tryghed tæt knyttet til oplevelsen af, at sund-hedsprofessionelle følger situationen og er til-gængelige ved behov.

Muligheden for, at patienterne kan få deres til-stand vurderet, modtage konkrete råd og vide, hvor de skal henvende sig ved bekymring, bidrager til en oplevelse af kontrol og forudsigelighed. En patient beskriver f.eks. en periode med usikkerhed om-kring kroppens signaler:

"Der kan jeg huske, at der havde været en periode, hvor jeg var bare lidt utryg ved, hvordan min krop reagerede. Men jeg vidste jo, at jeg kunne bare tage kontakt (ID 7)".

Samtidig beskriver patienterne sygdomsforløbet som en situation, hvor de må overlade ansvar til andre. Det kan være uvant at give slip på kontrol, men det kan opleves trygt, når hjælpen gives på en måde, der viser omsorg og respekt. En patient beskriver denne proces således:

"Jeg troede jeg ville have svært ved at give slip … og lade nogen passe på én … og skulle hvile i det … men det er gået meget godt" (ID 7).

På tværs af fortællingerne fremstår tryghed så-ledes som tæt knyttet til muligheden for at kunne overlade ansvaret for kroppen til kompetente og nærværende sundhedsprofessionelle uden at mis-te oplevelsen af værdighed og respekt.

Underkategori 3.2
Tryghedens dynamik og paradoks
Tryghed forstås som værende skrøbelig, situeret og erfaringsbaseret.
Patienternes fortællinger viser, at tryghed under sygdom ikke er en stabil tilstand, men noget der kan variere over tid i sygdomsforløbet. Flere patien-ter giver udtryk for, at oplevelsen af tryghed påvirk-es af ny information, erfaringer med behandlingen samt relationen til sundhedsprofessionelle.
En patient beskriver eksempelvis, hvordan graden af tryghed påvirker lysten til at søge hjælp og indgå i dialog:

"Mindre tryg, så vil jeg bede mindre om hjælp. Er du mere tryg, er der en anden åbenhed til, at du kan have en dialog… og du kan få nogle svar" (ID 10).

Flere patienter fortæller også, hvordan ny for-ståelse af sygdom eller behandling kan ændre oplevelsen af tryghed. Selv forhold, der umid-delbart opleves som bekymrende, kan blive let-tere at forstå og håndtere, når de sættes ind i en større sammenhæng og forklares menings-fyldt:

"Det synes jeg er utrygt … det der med mang-lende viden omkring, hvad jeg må og ikke må. Men da jeg forstod, at det stadig er bedre at have det her end forkalkede årer … så blev jeg tryg igen" (ID 5).

Her beskrives, hvordan ny forståelse af situati-onen kan bidrage til en ændret oplevelse af tryghed. Flere patienter fortæller desuden, at håb og en positiv forståelse af behandlingen kan bidrage til at skabe tryghed i en situation, hvor sygdommen ellers kan opleves som usikker.
På tværs af patienternes fortællinger fremstår tryghed dermed som et fænomen, der formes gennem et samspil mellem erfaringer, infor-mation og situationelle forhold. Tidligere oplev-elser, ny viden, håb og møder med sundheds-professionelle bidrager alle til, hvordan patien-terne oplever situationen.

Tryghed kan eksistere side om side med usikkerhed og sårbarhed og er derfor et situeret og dynamisk fænomen.

Diskussion

Formålet med studiet var at udforske, hvordan indlagte patienter oplever tryghed under sygdom. Når fundene analyseres, fremstår tryghed som et komplekst og multidimensionelt fænomen, der konstitueres i spændingsfeltet mellem relationelle, strukturelle, sanselige og eksistentielle dimensioner. Tidligere forskning har fremhævet betydningen af relationer, information og faglighed for patienters oplevelser under sygdom (5–10, 24–30). Vores fund viser, hvordan disse forhold – sammen med patienternes erfaringer med sårbarhed, håb og mestring – indgår i udviklingen af tryghed under sygdom. Studiet uddyber dermed forståelsen af tryghed som et relationelt, sanseligt, situeret og dynamisk fænomen.

Hvor tidligere forskning primært har beskrevet f.eks. relationer, kommunikation og faglighed som kvaliteter ved god pleje eller positive patientoplevelser, viser vores fund, hvordan disse forhold får betydning gennem deres evne til at skabe, opretholde eller udfordre patienters oplevelse af tryghed.

Tryghed som relationelt konstitueret

Tidligere forskning har beskrevet relationer som betydningsfulde for patientoplevelser, tillid og relationel kontinuitet (9,24). Vores fund viser imidlertid, at relationernes betydning kan forstås anderledes, når udgangspunktet er patienters oplevelse af tryghed. Det afgørende synes ikke alene at være relationens kvalitet, men dens evne til at reducere oplevelsen af sårbarhed, skabe mulighed for at overgive ansvar og understøtte oplevelsen af, at sygdomssituationen er håndterbar.

Tryghed etableres dermed ikke som en isoleret individuel tilstand, men udvikles i mødet mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle. Vores fund konkretiserer, hvordan denne relationelle tryghed udvikles i praksis.

Patienterne beskriver ikke blot betydningen af at blive mødt imødekommende, men af at blive set som hele mennesker og ikke reduceret til diagnoser eller behandlingsforløb.

Når sundhedsprofessionelle viser interesse for patientens livssituation, historie og perspektiv, bliver relationen et grundlag for, at patienten tør overlade ansvar og oplever situationen som håndterbar. Relationel tryghed fremstår derfor ikke alene som et spørgsmål om kontakt, men om anerkendelse, menneskelig tilstedeværelse og oplevelsen af at kunne være sårbar uden at miste værdighed. Omsorgsteoretisk kan det forstås i forlængelse af Martinsen (4), der beskriver omsorg og tryghed som forankret i det etiske og sanselige møde, hvor nærvær og ansvar er konstituerende elementer. Martinsens omsorgsteori bidrager til at forstå, hvorfor patienterne tillægger nærvær, anerkendelse og menneskelig opmærksomhed så stor betydning.

Vores fund konkretiserer samtidig, hvordan disse omsorgsbegreber omsættes til oplevet tryghed i hospitalskonteksten gennem små hverdagslige handlinger, hvor patienten oplever sig set, husket og genkendt. Dette peger på, at tryghed ikke alene opstår gennem kliniske handlinger, men også gennem måden patienten mødes på som menneske.

Inddragelse af pårørende er ligeledes veldokumenteret som betydningsfuld for patienters oplevelse af sammenhæng og sikkerhed (7,9). Vores fund uddyber denne forståelse ved at pege på, at tryghed ikke alene understøttes af pårørendes tilstedeværelse, men udvikles som en gensidig proces, hvor patienters og pårørendes oplevelse af tryghed påvirker hinanden. Når pårørende oplever sig velkomne, genkendt og informeret, bidrager det til patientens egen oplevelse af tryghed. Tryghed fremstår dermed ikke alene som en individuel erfaring, men som noget fælles og relationelt distribueret.

Vores fund tydeliggør desuden, at tryghed ikke kun er relationelt, men også sanseligt forankret.

Patienterne beskriver, hvordan ansigtsudtryk, stemmeføring, tempo og den generelle stemning på afdelingen påvirker deres oplevelse af ro og tryghed. Den eksisterende litteratur har i høj grad fokuseret på relationelle og kommunikative aspekter af tryghed, mens vores fund peger på, at tryghed også opleves kropsligt og stemningsmæssigt. Dette udvider forståelsen af tryghed ved at synliggøre betydningen af sanselige erfaringer i hospitalsmiljøet.

Forudsigelighed, kommunikation og institutionel tillid

Eksisterende forskning peger på, at information og forudsigelighed reducerer angst og usikkerhed under indlæggelse (25). Vores fund understøtter betydningen af information, men peger samtidig på, at information i sig selv ikke skaber tryghed. Information bliver først trygheds skabende, når den gør patienten i stand til at orientere sig i sygdomsforløbet, forstå sin situation og opleve, at den er håndterbar.

Vores fund viser imidlertid, at denne forståelighed ikke alene knytter sig til informationens indhold, men udvikles i den relationelle proces, hvor informationen formidles.

Tryghed synes dermed ikke at opstå gennem mængden af information, men gennem informationens evne til at skabe mening og retning for patienten. Patienterne fremhæver, at information skal være tydelig, rolig og responsiv for at virke tryghedsskabende.

En mulig fortolkning af fundene er, at de kan ses i lyset af Antonovskys (26) teori om sense of coherence, hvor forståelighed og håndterbarhed beskrives som centrale komponenter i menneskers oplevelse af sammenhæng. I vores materiale peger patienternes beskrivelser på, at klar information om, hvad der skal ske, hvorfor det sker og hvad næste skridt er, bidrager til, at situationen opleves mere forståelig og håndterbar.

Vores fund peger imidlertid også på, at denne forståelighed er tæt knyttet til relationen: Patienterne beskriver tryghed, når personalet lytter, reagerer og tilpasser kommunikationen til det, patienten faktisk spørger om og kan forstå. Kommunikation bliver dermed ikke blot et redskab til informationsudveksling, men en proces, hvor patienten oplever sig mødt, forstået og hjulpet til at skabe mening i en sårbar situation.

Faglig kompetence og organisatorisk overblik spiller også en central rolle. Tidligere forskning beskriver institutionel tillid som en forudsætning for oplevet sikkerhed (27). Vores fund konkretiserer, hvordan denne tillid opbygges i den kliniske hverdag gennem synlige tegn på faglig koordinering, tydelig kommunikation og oplevelsen af, at nogen har overblik over forløbet. Tryghed knyttes dermed ikke alene til en generel tillid til sundhedsvæsenet, men til patientens konkrete erfaring af, at situationen er under kontrol, og at nogen har ansvaret for forløbet. Institutionel tillid bliver dermed en del af grundlaget for oplevet tryghed.

Vores fund nuancerer samtidig forståelsen af faglighed. Faglig kompetence opleves ikke i sig selv som tilstrækkelig, hvis den ikke ledsages af kommunikativ tydelighed og relationelt nærvær. Det er karakteristisk, at patienterne ikke kun efterspørger, at personalet ved noget, men at de viser, at de ved noget, og formidler dette på en måde, patienten kan orientere sig i.

Sygeplejersker fremstår her som centrale, ikke kun som udøvere af pleje, men som koordinatorer og oversættere i et komplekst forløb. Studiet peger dermed på, at faglig kompetence først bliver tryghedsskabende, når den er synlig og meningsfuld for patienten gennem relationel og kommunikativ praksis.

Nærvær, tid og tilgængelighed som en særlig dimension

En væsentlig pointe i vores fund er, at tid ikke primært fremstår som et spørgsmål om varighed, men om oplevet nærvær. Patienterne beskriver tryghed, når personalet giver indtryk af at have tid, lytter uden hastværk og er tilgængelige for spørgsmål. Denne pointe rummer et vigtigt bidrag til forståelsen af tryghed, fordi den flytter fokus fra tidsmængde til kvaliteten af kontakten.

Tryghed synes dermed ikke at være afhængig af, hvor længe kontakten varer, men af om patienten oplever, at den sundhedsprofessionelle er nærværende og mentalt til stede i mødet.

Vores fund viser således, at nærvær kan være tryghedsskabende, også i korte møder, hvis patienten oplever sig set, lyttet til og taget alvorligt. Omvendt kan selv kontakt med sundhedsprofessionelle opleves som utilstrækkelig, hvis personalets kropslige og kommunikative signaler udtrykker travlhed, afstand eller manglende tilgængelighed. Fundene peger dermed på, at patienter ikke alene reagerer på den tid, der afsættes, men på de signaler, der formidler, om den sundhedsprofessionelle er følelsesmæssigt og opmærksomhedsmæssigt til stede. Tryghed er ikke blot afhængig af ressourcer i kvantitativ forstand, men af hvordan tilstedeværelse kommunikeres og erfares i situationen.

Samtidig viser fundene, at oplevelsen af at være under observation og kunne henvende sig ved behov styrker patienternes tryghed. Dette peger på, at tilgængelighed ikke kun handler om samtale, men også om oplevelsen af, at nogen følger ens situation og er parate til at reagere. Tryghed knyttes således ikke alene til den aktuelle kontakt, men også til forventningen om, at hjælpen er tilgængelig, når behovet opstår. Nærvær og oplevelsen af at blive fulgt fremstår dermed som centrale praktiske udtryk for tryghed i det kliniske forløb.

Sårbarhed, kontrol og aktiv mestring

Sygdom indebærer et brud med kropslig selvfølgelighed og autonomi. Eksisterende forskning beskriver sygdom som forbundet med kontroltab og afhængighed (28,29). Vores fund bidrager ved at vise, at afhængighed ikke nødvendigvis opleves som problematisk. Tryghed synes ikke at opstå ved at genvinde kontrollen, men ved at gøre det muligt at leve med den midlertidige afhængighed. Det afgørende synes snarere at være, hvordan afhængigheden mødes og håndteres i relationen til de sundhedsprofessionelle.

Når hjælpen gives med respekt, tid og forklaring, beskriver patienterne, at de kan overlade ansvaret til personalet og give sig hen uden at miste værdighed. Tryghed fremstår dermed tæt knyttet til muligheden for at overlade kontrollen over kroppen til andre på en måde, der ikke opleves som uværdig eller fremmedgørende. Vores fund peger dermed på, at tryghed ikke reducerer afhængighed, men ændrer patientens oplevelse af den.

Denne pointe udvider den eksisterende litteratur ved at tydeliggøre, at tryghed i situationer med kontroltab ikke blot handler om medinddragelse eller information, men også om værdighed i afhængigheden. Det er ikke nødvendigvis fraværet af afhængighed, der skaber tryghed, men oplevelsen af, at afhængigheden overlades til kompetente og nærværende andre. Tryghed bliver dermed en relationel mulighed for at acceptere sårbarhed uden samtidig at opleve tab af værdighed.

Imidlertid viser vores fund også, at patienterne ikke udelukkende indtager en passiv position. De forsøger aktivt at håndtere sygdomssituationen gennem spørgsmål, kontakt, håb og meningsskabende forståelser af behandlingen. Særligt i underkategorien om tryghedens dynamik bliver det tydeligt, at patienterne selv arbejder med at genetablere orientering og handlekraft i en usikker situation.

Vores fund peger således på, at tryghed ikke alene udvikles gennem det, sundhedsprofessionelle gør, men også gennem patienternes egne bestræbelser på at skabe mening, orientering og handlemuligheder i sygdomsforløbet. Håb og positiv forståelse af behandlingen fremstår her som strategier, der bidrager til at stabilisere oplevelsen. Håb er i sygeplejeforskning beskrevet som en central eksistentiel ressource i sygdom (10,28). Vores fund nuancerer denne forståelse ved at vise, at håb ikke alene fremstår som en individuel eksistentiel ressource, men udvikles og vedligeholdes i samspillet med den information, støtte og relationelle omsorg, patienten møder under sygdomsforløbet.

Håb bliver dermed ikke blot en måde at håndtere sygdom på, men en proces, der understøtter patientens oplevelse af, at situationen fortsat er meningsfuld og håndterbar. Tryghed fremstår dermed i spændingsfeltet mellem afhængighed og patientens bestræbelser på at bevare orientering og handlekraft.

Tryghed som dynamisk og situeret proces

Litteraturen beskriver tryghed som kontekstafhængig og foranderlig (30). Vores fund understøtter denne forståelse, men uddyber samtidig, hvordan denne dynamik kommer til udtryk i patienternes oplevelser. Patienterne beskriver ikke blot, at tryghed ændrer sig over tid, men at tryghed kan være til stede i nogle aspekter af forløbet samtidig med usikkerhed i andre. Denne pointe er vigtig, fordi analysen peger på, at tryghed ikke forstås som en enten-eller-tilstand, men som et graduelt og flerdimensionelt fænomen.

I vores materiale kan en patient eksempelvis opleve tryghed i relation til behandlingen som helhed og samtidig usikkerhed i relation til konkrete spørgsmål, symptomer eller manglende information.

Vores fund viser også, at tryghed er et dynamisk fænomen, der har betydning for patientens handlemuligheder. Når patienterne føler sig mindre trygge, beskriver de mindre tilbøjelighed til at bede om hjælp eller stille spørgsmål. Når trygheden er større, oplever de omvendt større åbenhed og mulighed for at indgå i dialog.

Tryghed fremstår dermed ikke alene som en oplevelse, men som en forudsætning for, hvordan patienterne orienterer sig, handler og indgår i relationer under sygdom.
Denne pointe har klinisk betydning, fordi den antyder, at mindre oplevet tryghed ikke blot er et problem i sig selv, men også kan begrænse patientens mulighed for at bruge de ressourcer, der faktisk er tilgængelige. Endelig peger vores fund på, at tryghed er tæt knyttet til situationelle og sanselige forhold.

Stemninger, personalets bevægelser, tonefald og ro i omgivelserne indgår i patienternes løbende orientering mod, om situationen er under kontrol. Vores fund bidrager dermed til forståelsen af tryghed som et fænomen, der ikke alene udvikles gennem information og relationer, men også gennem patientens fortløbende sanselige fortolkning af omgivelserne. Dette understreger, at tryghed ikke alene er et kognitivt eller relationelt fænomen, men også noget, der løbende erfares og reguleres kropsligt i situationen.

Mod en middel-range teori om tryghed under sygdom

Studiet peger på, at tryghed ikke kan forstås som et enkeltstående eller entydigt fænomen, men som noget, der opstår i et komplekst samspil mellem flere dimensioner i patienters sygdomsforløb. På denne baggrund kan resultaterne begrebsliggøres i en empirisk funderet konceptuel model, der repræsenterer et første skridt mod udviklingen af en middel-range teori om tryghed under sygdom (31). I modellen integrerer vi studiets fund i en samlet analytisk forståelse af, hvordan tryghed udvikles og opretholdes under sygdom, frem for blot at beskrive de enkelte forhold, som patienter forbinder med tryghed. Fundene er således samlet i en analytisk model, hvor tryghed fremstår som et dynamisk fænomen, der udvikler sig i samspillet mellem relationelle, strukturelle, sanselige og eksistentielle dimensioner (se side 17).

I modellen kan tryghed dermed forstås som et emergent og relationelt fænomen, der formes i spændingsfeltet mellem patientens kropslige sårbarhed, relationelle erfaringer og de organisatoriske og kommunikative strukturer, der omgiver behandlingsforløbet.

Det fremstår ikke som en stabil tilstand, men som en proces, hvor patienten løbende orienterer sig gennem sanselige, relationelle og kognitive tegn på, at situationen er håndterbar. Samtidig peger fundene på, at tryghed har betydning for patientens mulighed for at indgå aktivt i eget forløb.

Styrker og begrænsninger

Deltagerne blev primært rekrutteret fra hjerte-, lunge- og infektionsmedicinske specialer på et højt specialiseret hospital, hvilket repræsenterer forskellige forløb, men også kan begrænse overførbarheden til patienter med andre sygdomme og behandlingskontekster.

En central styrke ved studiet er dets tætte forankring i forskergruppens egne erfaringer, hvilket giver adgang til nuancerede og praksisnære indsigter. Den store forskergruppe og løbende dialog og fælles refleksion har desuden styrket analysens dybde og bidraget til at kvalificere fortolkningerne (32).

Samtidig indebærer denne tilgang en række begrænsninger. Studiet er baseret på relativt få deltagere, hvilket giver et afgrænset erfaringsgrundlag. Det kan også påvirke overførbarheden til andre forskningskontekster. Dog refererede deltagerne ofte til tidligere oplevelser, hvilket breder oplevelsernes kontekst ud.

Interviewene blev primært gennemført af kliniske sygeplejespecialister fra de afdelinger, hvor patienterne var indlagt, mens enkelte interviews blev gennemført på tværs af afdelinger. Interviewerne indgik ikke som en del af patienternes behandlingsforløb, og patienterne kendte ikke interviewerne på forhånd.

Den kliniske kontekst og interviewernes faglige tilknytning kan dog have haft betydning for deltagernes udsagn. Dette blev søgt håndteret ved at understrege frivillighed, anonymitet og uafhængighed af behandlingen samt ved at interviewerne indtog en lyttende og ikke-vurderende rolle.

Selvom interviewerne ikke havde en behandlingsrelation til deltagerne, kan nogle deltagere have været tilbageholdende med at udtrykke kritik eller negative erfaringer, eksempelvis fordi interviewerne kunne opfattes som repræsentanter for den organisation, hvor de modtog behandling.

Forskernes kliniske erfaring og faglige forforståelse kan ligeledes have haft betydning for den analytiske proces. Dette blev løbende drøftet i forskergruppen med henblik på at gøre forskellige fortolkninger og antagelser eksplicitte.

Studiet tog eksplicit udgangspunkt i patienters oplevelse af tryghed, hvilket kan have påvirket, hvilke erfaringer deltagerne valgte at fremhæve. Et andet begrebsmæssigt fokus, eksempelvis omsorg, tillid eller patientcentrering, kunne muligvis have frembragt andre beskrivelser. Samtidig blev interviewguiden udviklet med åbne spørgsmål, hvor deltagerne selv definerede, hvad tryghed var for dem, uden at interviewerne introducerede en forudbestemt forståelse af begrebet.

Vi vurderer derfor, at studiet primært belyser patienternes egne forståelser af tryghed frem for en på forhånd defineret teoretisk konstruktion.

Implikationer for sygepleje

Studiet peger på, at tryghed ikke kan reduceres til enkeltstående tiltag, men må forstås som noget, der kontinuerligt skabes i mødet mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle.

For sygeplejen indebærer dette en opmærksomhed på både relationelle, kommunikative og organisatoriske aspekter af plejen. Nærvær, tydelig kommunikation og oplevelsen af fagligt overblik fremstår som centrale elementer, der kan understøttes i klinisk praksis.

Samtidig peger fundene på, at tryghed også formes af mere subtile forhold som stemning og krops-lige signaler, hvilket understreger, at sygeplejens udførelse – hvordan handlinger kommer til udtryk – er lige så betydningsfuld som selve handlingerne.

Implikationer for videre forskning i sygepleje

Der er behov for yderligere forskning, der udforsker tryghed som et patientoplevet og kontekstafhængigt fænomen i forskellige kliniske sammenhænge. Særligt kunne fremtidige studier undersøge, hvordan tryghed udvikler sig over tid i patientforløb, herunder i overgange mellem sektorer.

Der er dertil behov for studier, der mere dybdegående udforsker, hvordan tryghed opleves og får betydning i patienters livssituation, herunder de kropslige og situationelle dimensioner af tryghed.

Desuden er der behov for studier, der belyser, hvordan konkrete sygeplejefaglige interventioner kan understøtte tryghed, samt hvordan tryghed kan operationaliseres og måles uden at miste sin erfaringsnære karakter. Endelig kan forskning med fokus på pårørendes perspektiver og samspillet mellem patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle bidrage til en mere nuanceret forståelse af tryghed i praksis.

Konklusion

Patienternes fortællinger viser, at tryghed under sygdom ikke opleves som en fast tilstand, men som en dynamisk erfaring, der løbende udvikles gennem sygdomsforløbet. Tryghed opstår, når patienten oplever, at sygdomssituationen er til at forstå, at nogen har overblik og at det er muligt at være sårbar uden at stå alene med ansvaret. Samtidig kan tryghed og utryghed eksistere side om side og ændre sig i takt med sygdommens udvikling og de erfaringer, patienten gør sig undervejs.

Studiet bidrager med en mere sammenhængende forståelse af patienters oplevelse af tryghed ved at vise, hvordan relationer, kommunikation, faglighed, organisatoriske rammer og patientens egne fortolkninger ikke virker uafhængigt af hinanden, men får betydning gennem deres indbyrdes samspil.

Dermed flyttes fokus fra enkelte trygheds-skabende faktorer til en forståelse af, hvordan tryghed udvikles og vedligeholdes gennem patientens samlede erfaring med sygdomsforløbet.

Den foreslåede konceptuelle model sammenfatter denne forståelse og tilbyder en analytisk ramme for, hvordan patienters oplevelse af tryghed kan forstås, undersøges og videreudvikles i forskning og klinisk praksis. Modellen repræsenterer et empirisk funderet skridt mod en bredere teoretisk forståelse af tryghed under sygdom.

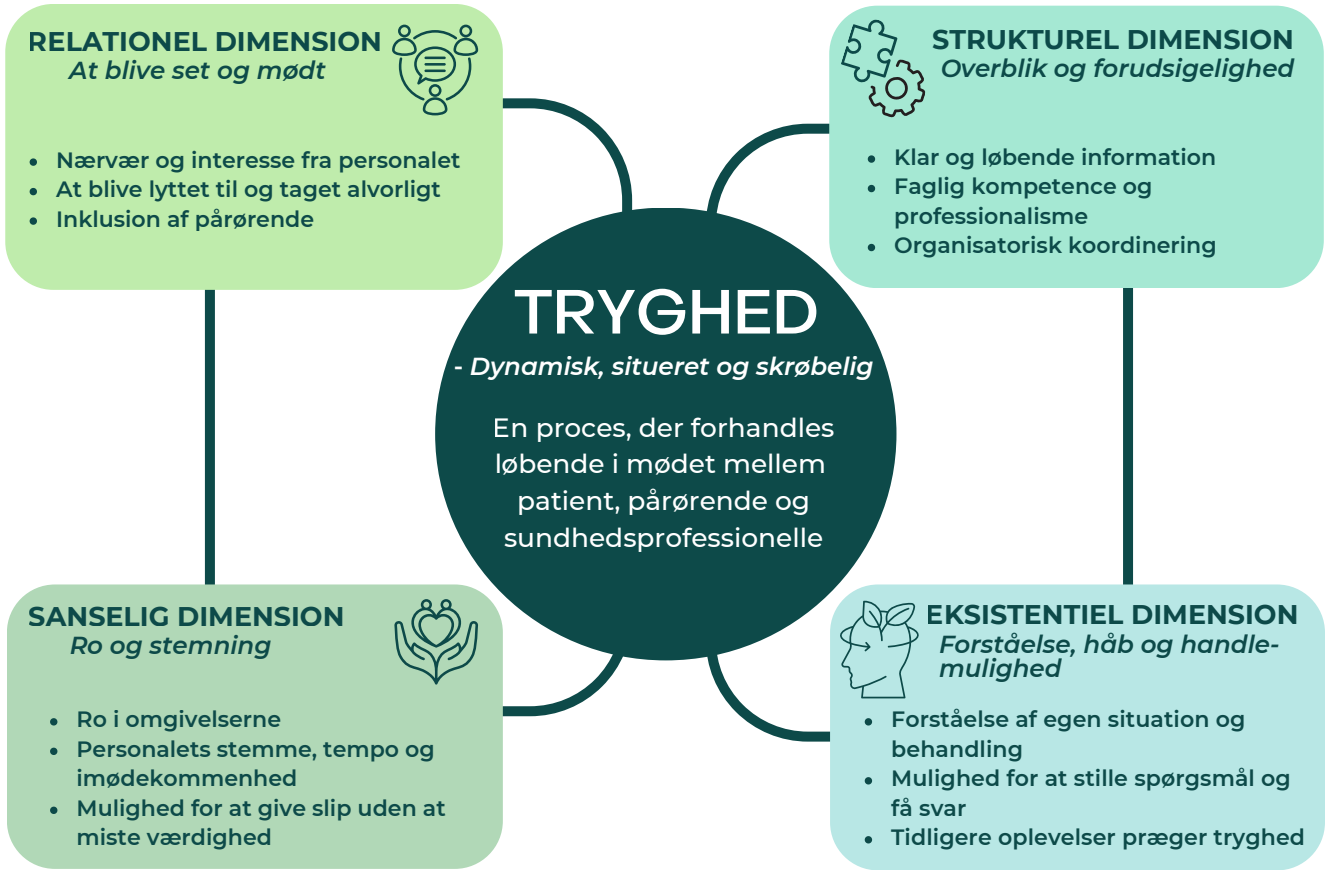
Studiet peger dermed på, at arbejdet med tryghed ikke alene handler om at forbedre enkelte elementer i plejen, men om at forstå sygdomsforløbet gennem patientens perspektiv. En sådan forståelse kan styrke udviklingen af en mere personcentreret sygepleje, hvor patienters oplevelse af tryghed bliver et eksplicit mål for både klinisk praksis og fremtidig forskning.

Empirisk funderet model om tryghed under sygdom

Tryghed under sygdom fremstår som et emergent og relationelt fænomen, der opstår i samspillet mellem patientens kropslige sårbarhed, relationelle erfaringer og de organisatoriske og kommunikative strukturer, som omgiver behandlingsforløbet. Tryghed er ikke en stabil tilstand, men en dynamisk proces, hvor patienten løbende orienterer sig gennem sanselige, relationelle og kognitive tegn på, at situationen er håndterbar. Samtidig fungerer tryghed som en forudsætning for patientens mulighed for at deltage aktivt i eget forløb.

DEN INTEGREREDE MODEL FOR TRYGHED UNDER SYGDOM

Tryghed opstår i samspillet mellem fire dimensioner og udvikler sig i mødet mellem patienten, pårørende og behandlingsforløbet.



Referencer

1. Andersen, J., Andersen, J. G., Hede, A., Danneris, S., & Madsen, G. H. (2024). TrygFondens Tryghedsmåling 2024: Tillid i Danmark. København: TrygFonden smba; 2024. ISBN: 978-87-93652-98-9.

2. Nielsen, J. (2024). Høj tillid til sundhedsvæsenet, begrænset tro på forbedringer, men parathed til forandringer. Ugeskrift for læger. 17. sep. 2024.

3. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), 370–396. https://doi.org/10.1037/h0054346

4. Martinsen, K. (2006). Care and vulnerability. Oslo: Akribe.

5. Missel, M., Jarden, M., Witting, N., Pappot, H., Schønau, M. N., Mathiasen, M. C., Corvinius, C., Donsel, P. O., Culligan, M., Locatelli, G., Piil, K., & Andersen, L. K. (2026). Exploring Patient Experiences of Symptom Support From Healthcare Professionals in Acute and Chronic Illness: A Qualitative Study. Scandinavian journal of caring sciences, 40(1), e70210. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41749440/

6. Aboueid, S. E., Herati, H., Nascimento, M. H. G., Ward, P. R., Brown, P. R., Calnan, M., Perlman, C. M., & Meyer, S. B. (2023). How do you measure trust in social institutions and health professionals? A systematic review of the literature (2012–2021). Sociology Compass, e13101. https://doi.org/10.1111/soc4.13101

7. Rørtveit, K., Hansen, B. S., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., & Severinsson, E. (2015). Patients' experiences of trust in the patient–nurse relationship—a systematic review of qualitative studies. Open Journal of Nursing, 5, 195–209. doi: 10.4236/ojn.2015.53024

8. Missel, M., Kurita, G. P., Lindblad, M. K. E., Laursen, L., Eidemak, I., Johansen, D. T., Larsen, S., Witting, N., Piil, K., & Andersen, L. K. (2025). Navigating the Healthcare System With Chronic Illness: A Qualitative Study of Caregiver Experiences. Scandinavian journal of caring sciences, 39(3), e70094. https://doi.org/10.1111/scs.70094

9. Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15(2), 142–150. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x

10. Missel, M., Witting, N. & Beck, M. (2026). Are you weary of illness? Coping and existential positioning in life with myasthenia gravis. Med Health Care and Philos 29, 323–335. https://doi.org/10.1007/s11019-026-10332-8

11. Schmidt, N.-C. K. (2017). Tryghed: Begrebet, der sejrede ad helvede til...godt! [Ph.d.-afhandling, SDU]. Syddansk Universitet. Det Humanistiske Fakultet.

12. Rigshospitalet. (2025). Tryghed under sygdom [intern ambition for sygepleje].

13. Allemang, B., Sitter, K., & Dimitropoulos, G. (2022). Pragmatism as a paradigm for patient-oriented research. Health Expect. 2022;25:38-47. doi: 10.1111/hex.13384

14. Goldkuhl, G. (2012). Pragmatism vs interpretivism in qualitative information systems research. European Journal of Information Systems, 21(2), 135–146. https://doi.org/10.1057/ejis.2011.54

15. Kaushik V., & Walsh, C.A. (2019). Pragmatism as a Research Paradigm and Its Implications for Social Work Research. Social sciences. 2019;8(9):255. https://doi.org/10.3390/socsci8090255

16. Nicmanis, M. (2024). Reflexive content analysis: An approach to qualitative data analysis, reduction, and description. International Journal of Qualitative Methods. https://doi.org/10.1177/16094069241236603

17. Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a Paradigm for Social Research. Qualitative Inquiry, 20(8), 1045-1053. https://doi.org/10.1177/1077800413513733

18. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042

19. Malterud, K., Siersma, V.D., Guassora, A.D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444

20. Beck, C.T., & Flanagan, J.N. (2024). Polit & Beck's Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 12th edition. Wolters Kluwer.

21. Bijker, R., Merkouris, S. S., Dowling, N. A., & Rodda, S. N. (2024). ChatGPT for Automated Qualitative Research: Content Analysis. J Med Internet Res. 2024, 26:e59050. doi: 10.2196/59050

22. Nicmanis, M., & Spurrier, H. (2025). Getting Started with Artificial Intelligence Assisted Qualitative Analysis: An Introductory Guide to Qualitative Research Approaches with Exploratory Examples from Reflexive Content Analysis. International Journal of Qualitative Methods. https://doi.org/10.1177/16094069251354863

23. Dergaa, I., Chamari, K., Zmijewski, P., & Ben Saad H. (2023). From human writing to artificial intelligence generated text: examining the prospects and potential threats of ChatGPT in academic writing. Biology of Sport, Vol. 40 No2, 2023. doi: 10.5114/biolsport.2023.125623

24. Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. Journal of advanced nursing, 70(8), 1727–1737. https://doi.org/10.1111/jan.12348

25. Krupic, F., Krupic, M., Dervisevic, E., Kovacevic, M., & Bujakovic, T. (2025). Preoperative information as predictor of the patient's fear and anxiety before surgery Systematic review of qualitative and quantitative literature. Saudi journal of anaesthesia, 19(4), 487–493. https://doi.org/10.4103/sja.sja_120_25

26. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

27. Souvatzi, E., Katsikidou, M., Arvaniti, A., Plakias, S., Tsiakiri, A., & Samakouri, M. (2024). Trust in Healthcare, Medical Mistrust, and Health Outcomes in Times of Health Crisis: A Narrative Review. Societies, 14(12), 269. https://doi.org/10.3390/soc14120269

28. Carel, H. (2017). H. Carel, Phenomenology of Illness. Phenomenological Reviews. https://doi.org/10.19079/pr.2017.6.car.

29. Mol, A. (2008). The logic of care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge.

30. Yan, L., Liu, L., Wang, F., Zhao, F., & Hu, X. (2024). Barriers and facilitators to feeling safe for inpatients: a model based on a qualitative meta-synthesis. Frontiers in public health, 12, 1308258. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1308258

31. Kirkevold, M. (2010). Sygeplejeteorier – analyse og evaluering. 3. udg., København: Munksgaard.

32. Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet (London, England), 358(9280), 483–488. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6