

Kandidatspeciale

Kandidatuddannelsen i sygepleje

Birgitte Steentoft Zilmer

Studienummer: 201702932

Afleveringsdato: 1. juni 2020

Anslag: 119.507

Vejleder: Malene Beck



AARHUS
UNIVERSITET
HEALTH

Ventetid udenfor komfortzonen

En kvalitativ interviewundersøgelse af patienters oplevelse af præoperativ
ventetid på operationsdagen

Sektion for Sygepleje

Institut for Folkesundhed, Health

DPU, Aarhus Universitet, Emdrup

Tuborgvej 164, 2400 København NV

Specialet må udlånes via opgavebanken

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	4
Abstract of the thesis “ <i>Waiting time out of the comfort zone</i> ”	5
1.0 Indledning	6
2.0 Baggrund.....	6
2.1 Ventetid i sundhedsvæsenet	6
2.1.1 Samfundsfagligt perspektiv.....	6
2.1.2 Patientperspektiv	7
2.2 Internationalt perspektiv på problemstilling	8
2.2.1 Sygeplejerskers information til den dagkirurgiske patient	8
2.2.2 Operationspatienter oplever angst.....	9
2.2.3 Negative konsekvenser af angst i operationsforløbet	9
2.2.4 Tiltag for at minimere angst.....	9
2.2.5 Ventetid er et problem for patienterne	10
2.3 Sammenfatning af litteraturen.....	10
3.0 Afgrænsning og formål	11
3.1 Problemformulering	12
3.2 Begrebsafklaring	12
4.0 Metode	13
4.1 Specialets opbygning	14
4.2 Litteratursøgning	14
4.3 Videnskabsteoretisk referenceramme	15
4.3.1 Nøglebegreber.....	16
4.3.2 Sammenfattende kommentarer til nøglebegreber	18
4.3.3 Forskerposition.....	19
4.3.4 Van Manens eksistentialer	19
4.4 Empiri.....	22
4.4.1 Forskningsinterviewet.....	22
4.4.2 Teoretisk ramme for interviewundersøgelsen.....	24
4.4.3 Interviewguide	25
4.4.4 Rekruttering af informanter	25
4.4.5 Etik.....	27
4.4.6 Limitations ved telefoninterviews.....	28

4.4.7 Observationsstudie	30
4.4.8 Transskription af interviews.....	33
4.5 Analysestrategi.....	33
4.5.1 Første fase af analysen	34
4.5.2 Anden fase af analysen	34
4.5.3 Udarbejdelse af den refleksive tekst	35
4.5.4 Afrunding	35
5.0 Undersøgelsens fund.....	36
5.1 Når anerkendelse medfører en meningsfuld ventetid	36
5.2 Rummets begrænsninger som base for rastløshed og nervøsitet	39
5.3 Når passivitet indebærer en længere ventetid	42
5.4 Essensen af fænomenet <i>levet tid</i>	46
6.0 Diskussion.....	47
6.1 Diskussion af undersøgelsens fund	48
6.2 Diskussion af undersøgelsens metode.....	53
6.2.1 Credibility	53
6.2.2 Transferability.....	54
6.2.3 Dependability	54
6.2.4 Confirmability.....	55
7.0 Konklusion.....	55
8.0 Perspektivering.....	57
9.0 Litteraturliste.....	58
10.0 Bilagsoversigt.....	63
10.1 Bilag 1: Flowchart over udvælgelsesproces af litteratur.....	64
10.2 Bilag 2: Interviewguide.....	65
10.3 Bilag 3: Patientinformation.....	68
10.4 Bilag 4: Samtykkeerklæring.....	69

Resumé

Undersøgelsens formål er at belyse patienters oplevelse af fænomenet *levet tid* i den præoperative ventetid på operationsdagen, gennem en Van Manen inspireret kvalitativ interviewundersøgelse af seks patienter. Den videnskabsteoretiske referenceramme befinder sig indenfor den hermeneutiske fænomenologi. Gennem en systematisk litteratursøgning i internationale databaser identificeredes fænomenet at være underbelyst. Analysens fund og diskussionen finder ved fænomenets essens, at *den levede tid* i ventetiden kan skildres som en eksistentiel erfaring, der konstrueres i tiden og udvikles i det fysiske rum, hvor de relationelle omgivelser har afgørende betydning for oplevelsen af en meningsfuld ventetid, og hvor omgivelserne i rummet indskrænker patientens handlerum og øger nervøsiteten. Der er foretaget en kritisk vurdering af undersøgelsens troværdighed ud fra Lincoln & Guba's kvalitetskriterier. Fremtidig klinisk praksis bør skærpe opmærksomheden på rummets og informationens essentielle betydning i den præoperative ventetid, da disse kan bidrage som hjælpende faktorer i ventetiden. En afsluttende perspektivering erkender undersøgelsens fund som aktuelle i andre kontekster med ventetid.

Anslag: 1.200

Abstract of the thesis “*Waiting time out of the comfort zone*”

The aim of the study was to illuminate patients' experience of the phenomenon *lived time* in the preoperative waiting time on the day of surgery. The study's scientific theoretical frame of reference is in the field of hermeneutic phenomenology, where, with inspiration from Van Manen, a qualitative interview study of six patients was conducted. A systematic literature search in international databases identified the phenomenon as being inadequately researched. The study found that the essence of the phenomenon is, that *lived time* in the wait can be depicted as an existential experience constructed in time, developed in the physical space, where the relational environment is crucial for the experience of a meaningful wait and where the surroundings in the room causes inaction and increases nervousness. A critical assessment of trustworthiness of the study was made based on Lincoln & Guba's quality criteria. Future clinical practice should be aware of the importance of space during the preoperative wait and the importance of information, as this may contribute as aiding factors in waiting. Finally, the findings of the study are shown to be relevant in other contexts with waiting time.

Characters: 1.200

1.0 Indledning

Adskillige operationspatienter lider af præoperativ angst, som kan medføre psykiske gener for patienten samt et dårligere kirurgisk udfald. Sundhedsprofessionelle har et vist fokus på at minimere denne angst, dog fremgår visse aspekter af den præoperative periode at være underbelyst i litteraturen. Nærværende speciale sætter fokus på den præoperative ventetid, som patienter oplever på operationsdagen. I følgende afsnit præsenteres aktuel litteratur om ventetid i sundhedsvæsenet, hvorfra det eksemplificeres, at fremskaffelsen af mangfoldig litteratur om emnet ikke lod sig muliggøre.

2.0 Baggrund

I dette afsnit redegøres for baggrunden, der er fundamentet for argumentationen af problemstillingens relevans. Disse argumenter udgør den eksisterende viden om ventetid i sundhedsvæsenet, der efterfølges af et afsnit bestående af afgrænsning af specialets problemstilling, der udmønter sig i den endelige problemformulering.

2.1 Ventetid i sundhedsvæsenet

Ventetid i sundhedsvæsenet belyses i dette afsnit ud fra en samfundsfaglig vinkel samt et patientperspektiv for at illustrere problemfeltets omfang og indhold fra forskellige aspekter.

2.1.1 Samfundsfagligt perspektiv

Vi har været optaget af ventetid indenfor sundhedsvæsenet tilbage fra 1800-tallet, hvor den engelske sygeplejereformator Florence Nightingale i *Notes on Nursing* fra 1859 skrev:

”Apprehension, uncertainty, waiting, expectation, fear of surprise, do a patient more harm than any exertion” (Nightingale 2015, s. 44 (1)). Med citatet beskriver Nightingale, hvordan ventetid er mere skadelig for patienten end enhver anstrengelse. Nightingale betragtes som grundlæggeren af moderne sygepleje, og hun artikulere sygeplejens essens i sine skrifter (2). Heri fastslås væsentligheden af, at sygeplejersken ikke lader patienten vente i uvidenhed (1). Det er essentielt at sygeplejersken er åben omkring sit fravær fra patienten og forinden informerer patienten om

rammerne for fraværet – særligt den forventelige tidshorisont. Denne information vil medvirke til, at patienten ikke venter med følelsen af angst og uro, men har noget håndgribeligt at forholde sig til (1).

Ligeledes er vores samfund i dag optaget af ventetid, og der er politisk fokus på at nedbringe ventetid i sundhedsvæsenet. Ventetid opstår som resultat af en kompleks interaktion mellem de reelle behov for sundhedsydelser og de tilgængelige ressourcer, der er til stede til at dække disse behov (3). I De nationale mål for sundhedsvæsenet 2019 fremgår ventetid som et væsentligt aspekt under punkterne ”Bedre sammenhængende patientforløb” og ”Hurtig udredning og behandling” (4). Der er særligt fokus på at igangsætte udredning hurtigt, så patienten kan få den nødvendige behandling (4). Den gennemsnitlige ventetid på en sygehusoperation har da også været faldende siden 2009, hvor den var på knap 65 dage, til i 2017 er være på ca. 40 dage (5). Ventetid på elektive operationer er desuden et vigtigt politisk problem i flere Europæiske lande. Ventetiden medfører utilfredshed fra patienter, der må døje med smerter og funktionsnedsættelser (3). OECD foretager komparative analyser af borgernes sundhedsstatus i europæiske lande, og af rapporten fra 2018 fremgår det, at Danmark klarer sig godt i forhold til ventetid på elektive operationer i internationalt regi (3). Danmark er desuden ét af de lande, som har indført en lov om maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme jf. Sundhedslovens §88 (6).

I Budgetaftalen for Region Hovedstaden fremgår et økonomisk fokus på at nedbringe patienters ventetid, hvormed der afsættes knap 100 mio. kr. fra 2020 til at øge kapaciteten i de områder, hvor der mangler kapacitet og forekommer ventetid (7). Udviklingen i overholdelse af forløbstiderne i kræftpakkerne i Regionen, viser et fortsat behov for at styrke kapaciteten til udredning, diagnostik og behandling af kræft, hvorfor der afsættes knap 40 mio. kr. fra 2020 til særligt at løfte området og overholde forløbstiderne indenfor lunge- og brystkræft (7).

2.1.2 Patientperspektiv

Som det fremgår af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, LUP, er ventetid for patienterne ét af de områder, der undersøges. Heri anskueliggøres *Ventetid ved ankomst*, som er den ventetid, som patienterne oplever fra de ankommer til Hospitalet, og til de bliver kaldt ind (8). Som det fremgår af rapporten om patienters oplevelser i Region Hovedstaden fra 2018 (9), er denne

ventetid forbedret fra 2016 til 2018. Der fremgår dog at være stor variation i patienternes vurderinger indenfor denne kategori afhængigt af det enkelte hospital, hvor ventetiden er oplevet (9). LUP anbefaler, at resultaterne fra undersøgelsen ikke står alene, men at der også anvendes andre metoder til at inddrage patienternes perspektiv yderligere (8). Dette har Kvalitetsafdelingen på Regionshospitalet Randers gjort, idet de har observeret patienter med mavesmerter (10). Patienterne blev skygget fra indlæggelse på Akutafdelingen til udskrivelse/overflytning til et sengeafsnit. Undersøgelsen viser, at patienter oplever ventetiden som lang og frustrerende, når de ikke bliver informeret om denne undervejs i forløbet. Modsat oplever patienterne deres forløb kortere, når de bliver orienteret om ventetiden og udviklingen af denne undervejs (10).

Ventetid omtales ligeledes i kommentarsamlingen fra *Hej Sundhedsvæsen* (11), hvor patienter besvarer, om der er noget, de ønsker, der skulle være gjort anderledes under deres indlæggelse. Her fremgår det gennemgående mønster, at patienterne oplever manglende information omkring ventetider samt ønsker at blive informeret og opdateret løbende (11). Det tyder ligeledes på, at ventetid er et relevant problemfelt at undersøge, når fokus rettes mod årsagen bag sundhedsvæsenets patientklager, hvor klager vedr. ventetid er den 9. hyppigste årsag i 2017 (12).

2.2 Internationalt perspektiv på problemstilling

I dette afsnit redegøres for eksisterende international viden, der identificeredes med relevans for problemstillingen. Indledningsvis beskrives de væsentligste fund fra et forskningsstudie, der anskuer emnet ud fra et sygeplejerskeperspektiv. Efterfølgende delafsnit belyser de fund, der yderligere er gjort gennem den systematiske litteratursøgning, hvorefter der foretages en sammenfatning på tværs af litteraturen.

2.2.1 Sygeplejerskers information til den dagkirurgiske patient

I en spørgeskemaundersøgelse (13) foretaget i Storbritannien blev sygeplejersker adspurgt ift. den information, som de leverer til patienter ved ankomst til dagkirurgisk afsnit. Undersøgelsen fandt, at grundet hyppige afbrydelser og konkurrerende krav til sygeplejerskernes arbejdsopgaver blev information vedr. patientsikkerhed prioriteret. Under korte samtaler formidler sygeplejerskerne oftest teknisk prægede informationer, imens de samtidig forsøger at individualisere overbringelsen af

information. Studiet fastslår nødvendigheden for at identificere sygeplejerskers arbejdsbyrde, hvor patienters præoperative angst kan være en medspillende faktor ift. at kunne overkomme en fuldstændig verbal formidling af information i den begrænsede tidsramme for sygeplejerske-patient kontakt, der findes på det dagkirurgiske afsnit (13).

2.2.2 Operationspatienter oplever angst

Adskillige forskningsstudier er enige om faktummet, at angst er udbredt blandt operationspatienter (13-21). I et review anslås, at det drejer sig om ml. 21-77% af alle patienter, der oplever angst i løbet af den præoperative periode. Den præoperative angst begynder, så snart operationen planlægges, for at peake på operationsdagen ved ankomst til hospitalet (19). Et Amerikansk studie fastslår, at tallet for pædiatriske operationspatienter, der oplever betydelig præoperativ angst, er ml. 50-75% (21). Patienter udsættes for forskellige ukendte og uvante faktorer i ventetiden på operationsdagen (14), og frygten for det ukendte er identificeret til at øge angstniveauet før operation (14, 17, 22).

2.2.3 Negative konsekvenser af angst i operationsforløbet

Oplevelsen af præoperativ angst kan for patienterne medføre et forlænget rehabiliteringsforløb (16, 20), et forringet kirurgisk udfald og fysiologiske manifestationer (herunder: forsinket sårheling, forøget infektionsrisiko, forhøjet blodtryk, puls og kortisolniveau i blodet) (15, 19, 20). Flere studier fastslår, at angst hænger sammen med graden af patienttilfredshed (15, 16, 19). I de tilfælde, hvor patienten oplever angst undervejs i operationsforløbet, vil patientens samlede oplevelse af forløbet være forringet. Hos de pædiatriske patienter finder et studie, at præoperativ angst kan bevirke mareridt, sengevædning, spiseforstyrrelser og separationsangst efter endt operationsforløb (21).

2.2.4 Tiltag for at minimere angst

Flere forskningsstudier omtaler tiltag, der kan bidrage til at minimere patientens præoperative angst (13-16, 18-23). Adskillige studier er enige om effekten af individualiseret information til patienten i det præoperative forløb. Gennem individuelt tilrettelagt og målrettet kommunikation kan sundhedsfaglige informere operationspatienten på en hensynsfuld måde, hvormed oplevelsen af angst kan lindres (13-15, 18, 22, 23). Musik anslås ligeledes til at kunne mindske patientens oplevelse af angst

på operationsdagen (15, 19, 20), såvel før og under som efter operation (15, 24). Et review opfordrer sundhedsfaglige til at betragte musik som et bivirkningsfrit alternativ til medicinsk behandling af patientens præoperative angst (20). I flere studier konkluderes, hvordan præoperativ patientuddannelse kan forberede patienten, så frygten for det ukendte på operationsdagen mindskes, og den præoperative angst hermed minimeres (16, 19, 21). Systematiske reviews konkluderer væsentligheden af at involvere pårørende ved den præoperative information af patienten (14, 18). Hos den pædiatriske patient ses desuden en stigning i patienttilfredsheden, når de pårørende modtager information i hvert trin af operationsforløbet (18).

2.2.5 Ventetid er et problem for patienterne

Litteraturen udfolder, at ventetid i kirurgiske omgivelser kan medføre øget stress for patienter, der i forvejen er nervøse for deres operation, og at ventetid på operationsdagen kan forårsage præoperativ angst (24). Patienttilfredsheden stiger hos de patienter, der oplever at være blevet informeret undervejs omkring ventetid på operationsdagen (24). Et interventionsstudie konkluderer, at patienter er utilfredse med ventetiden på operationsdagen, og at dette påvirker deres samlede oplevelse af forløbet og hermed patienttilfredsheden (25). Det er særligt patienter hvis operation er senere på dagen, der er mindre tilfredse med forløbet. Årsagen til dette er hovedsageligt lange ventetider, mangelfuld kommunikation og en forlænget fasteperiode (25). Efter der indføres ændringer, hvor oplysninger omkring sandsynligheden for ventetid på operationsdagen tilføjes i informationspapirerne til patienterne, ses en markant stigning i patienttilfredsheden (25).

2.3 Sammenfatning af litteraturen

Ventetid i sundhedsvæsenet er et uomgængeligt emne, såvel nationalt som internationalt, hvor der ses et politisk, økonomisk og patientrettet fokus på at nedbringe ventetid, med hurtigere udredning og behandling til følge. Nationalt er fokus på at nedbringe ventetid på elektive operationer og indenfor kræftbehandling, hvor patienten er dækket under loven om maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme. Patienter udtrykker utilfredshed omkring ventetidens længde samt mangelfuld information om ventetiden under deres indlæggelse, imens der ses en stigning i den patientoplevede tilfredshed af *Ventetid ved ankomst* fra LUP 2018 i Region Hovedstaden (9).

Der identificeredes adskillige forskningsstudier, der fastslår at en betydelig del af operationspatienter oplever angst (13-21). Et review fastslår, at mindst 1 ud af 5 og helt op til 4 ud 5 patienter oplever præoperativ angst (19). Graden af angst hænger sammen med mængden af ventetid op til operationen på selve operationsdagen (22). Patientens oplevelse af angst peaker, når patienten ankommer til hospitalet på operationsdagen (19). International forskning fastslår, at præoperativ angst kan være forbundet med forskellige negative konsekvenser ifm. operationsforløbet (15, 16, 19, 20). Derudover konkluderes, at patientens samlede tilfredshed med operationsforløbet påvirkes negativt, når denne har oplevet præoperativ angst (15, 16, 19). Et studie udpensler, hvordan pædiatriske patienter efter operation kan lide under adskillige senfølger (21).

Talrige studier konkluderer at individuelt tilrettelagt information til patienten i det præoperative forløb kan lindre oplevelsen af angst i operationsforløbet (13-15, 18, 22, 23). International forskning identificerer, at præoperativ patientuddannelse kan bidrage til at mindske frygten for det ukendte på operationsdagen, der ligesom musik (15, 19, 20, 24) og pårørendeinddragelse (14, 18) kan lindre oplevelsen af præoperativ angst (16, 19, 21).

Der er i litteraturen konsensus om, at den samlede patienttilfredshed påvirkes negativt, når der opstår uventet ventetid på operationsdagen samt at patienttilfredsheden stiger hos de patienter, der oplever at være blevet informeret undervejs omkring ventetid på operationsdagen (24, 25).

Litteraturgennemgangen beskriver aspekterne af, hvordan den nyeste viden finder, at ventetid kan medføre præoperativ angst, som kan påvirke patienttilfredsheden negativt. Ventetid på operationsdagen identificeredes som underbelyst, hvilket uddybes i følgende afgrænsning og formål.

3.0 Afgrænsning og formål

På tværs af litteraturen ses et stort fokus på nedbringelse af ventetid i sundhedsvæsenet, hvilket fremgår ud fra et politisk, et økonomisk og et patientrettet perspektiv (4, 6-10). Sundhedsvæsenet fokuserer desuden på patientinddragelse, hvilket er i overensstemmelse med international litteratur ift. at minimere præoperativ angst (13-16, 18, 19, 21-23).

Graden af angst hænger sammen med mængden af ventetid op til operationen på selve operationsdagen (22), men dette område identificeredes at være underbelyst ud fra litteratursøgningen. Et studie konkluderer, at patienter er utilfredse med ventetiden på operationsdagen, hvilket påvirker

patienttilfredsheden negativt. Tilføjelsen i de udleverede informationspapirer til patienterne, som består i oplysning omkring mulighed for ventetid på dagen for operation, medfører en stigning i patientens samlede tilfredshed med operationsforløbet. Dette tyder på, at patienter bedre kan acceptere ventetid på operationsdagen, såfremt de er informeret om denne på forhånd (25). I overensstemmelse hermed viser en undersøgelse fra Regionshospitalet Randers, at patienter oplever ventetiden kortere og mindre frustrerende, når de er blevet informeret om denne undervejs i forløbet (10).

Gennem litteraturen gives et præg om, at patienttilfredshed hænger sammen med præoperativ angst, som hænger sammen med ventetid på operationsdagen. Patientens oplevelse af angst peker på operationsdagen ved ankomst på hospitalet (19), men der tegner sig et billede af, at patientoplevelser af ventetiden præoperativt på operationsdagen er underbelyst. Det var derfor interessant at undersøge, hvordan patienter oplever denne tid umiddelbart inden operation. Denne præoperative ventetid er tiden fra patienten modtages på stamafdelingens sengestue til og med, at patienten køres på operationsgangen og venter her, indtil denne tages ind på operationsstuen. Litteraturen peger på nødvendigheden for at få belyst emnet nærmere gennem yderligere forskning, da problemstillingen ikke vurderedes at være tilstrækkeligt undersøgt.

Dette speciale har derfor til formål at danne et nuanceret indblik samt forståelse for problemstillingen ved at undersøge fænomenet *levet tid* ud fra operationspatienters oplevelser af ventetiden på operationsdagen. Problemstillingen belyses gennem en hermeneutisk fænomenologisk interviewundersøgelse. Nedenstående problemformulering dannede grundlag for undersøgelsen.

3.1 Problemformulering

Hvordan oplever patienten fænomenet *levet tid* i den præoperative ventetid på operationsdagen, og hvilke faktorer påvirker denne oplevelse?

3.2 Begrebsafklaring

Undersøgelsens valg af fænomenet *levet tid* hos den præoperative patient på operationsdagen, træffedes med inspiration fra Dahlberg og Nyström (26). Hvor Van Manen (27) definerer, at udgangspunktet for en fænomenologisk undersøgelse er én specifik livsverden situation,

argumenteres der hermed for at variationer i patienternes beskrivelser af fænomenet *levet tid* bidrog til en dybere forståelse for essensen af fænomenet (26). Valget om at forfølge nuancerne af fænomenet *levet tid* træffedes gennem undersøgelsen af *den samlede præoperative ventetid* på operationsdagen.

Med inspiration fra den hollandsk-canadiske professor og fænomenolog Max Van Manen, defineredes fænomenet tid. Van Manen forudsætter, at menneskets eksistens kan påvirkes af tiden (27), og der differentieres mellem den objektive (kosmiske) tid og den subjektive (levede) tid. Ifl. Van Manen opleves tiden, imens vi venter, anderledes end tiden, hvor vi aktivt er involverede i noget (27). Van Manen definerer den eksistentielle del af fænomenet tid, som værende menneskets forskellige opfattelser af fænomenet. Her opleves forskellige dimensioner af menneskets egen krop, af rummet og af mellemmenneskelige relationer, der findes i den levede tid. Dette betegner Van Manen som en *væren i verden*, hvor de forskellige dimensioner ikke kan eksistere uden hinanden (28). I nærværende speciale var fokus på patienternes oplevelse af *levet tid* i ventetiden fremfor den objektive klokketid. Dette fokus har til formål at blottlægge patienternes *væren i tiden* og på denne måde belyse deres oplevelser af eksistens i ventetiden.

Der blev derudover fundet inspiration hos Kari Martinsen (29), der skelner mellem kroppens erfarede tid og urets målbare tid. Dette aspekt diskuteres op imod undersøgelsens fund i diskussionsafsnittet.

I følgende metodeafsnit berøres fænomenet *levet tid* yderligere, ligesom der følger en indføring i specialets metode og design.

4.0 Metode

I specialet anvendtes en kvalitativ interviewundersøgelse som metode for at afdække fænomenet *levet tid* i den præoperative ventetid ud fra et patientperspektiv. Undersøgelsens videnskabsteoretiske referenceramme placerer sig indenfor den hermeneutiske fænomenologi. Forskningstilgangen var dermed en fænomenologisk åbenhed overfor patienternes umiddelbare oplevelse af fænomenet *levet tid*, samtidig med at der inddrogtes en fortolkende forståelse af fænomenet. På denne måde belyses fænomenet så dybdegående som muligt, ved at den fænomenologiske undren udfoldes gennem en fortolkende rettesnor under hele undersøgelsen (30).

4.1 Specialets opbygning

I opbygningen af specialet findes i afsnit 4 en gennemgang af den anvendte søgestrategi, der anvendtes i processen med identificering af relevant international forskningslitteratur. Under samme afsnit afdækkes de videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser, der dannede grundlag for initieringen samt gennemførelsen af den kvalitative interviewundersøgelse. Afsnittet omfatter desuden en fremstilling af forskningstilgangen, hvorunder der redegøres for de relevante videnskabsfilosofiske nøglebegreber. Analysestrategi samt argumentation for valg af denne præsenteres yderligere under afsnit 4. Følgende afsnit 5 rummer specialets analyse, hvorunder essensen af fænomenet *levet tid* præsenteres. Undersøgelsens fund og metodens anvendelighed diskuteres og vurderes i afsnit 6. En konklusion på undersøgelsens fund findes i afsnit 7, og i afsnit 8 foretages slutteligt en perspektivering.

4.2 Litteratursøgning

Indledningsvis iværksattes en "pilotsøgning" på de sundhedsvidenskabelige databaser PubMed, CINAHL, Embase og Scopus. Databaserne udvalgte på baggrund af deres omfattende sygeplejefaglige- og sundhedsvidenskabelige publikationer (31-35). Søgningen havde fokus på søgeord omhandlende *ventetid* og *vente* samt søgeord omhandlende *patientoplevelse* og *operationspatient*. Der blev søgt ved forskellige kombinationer med søgeordene "wait*", "wait time*", "waiting time*", "patient experience", "preoperative", "operative patient", "surgical patient", "surgical unit", "surgical ward". Søgningen udførtes som en bloksøgning med de booleske operatører AND og OR, samt trunkering for at undgå et uønsket indsnævret resultat (36). Uafhængigt af kombinationen af søgeord fremkom der alt mellem et betragteligt antal hits (>15.000) og ingen hits. Artiklernes relevans vurderedes ud fra deres titel, hvor det gennemgående tema omhandlede tiden *inden* operationsdagen. Da det ikke var muligt at fremskaffe relevant litteratur ud fra denne søgning, fungerede den som inspiration til en ny og bredere søgning på de samme databaser.

I den anden mindre specifikke søgning blev "Patient experience" og "preoperative care" vedtaget som søgeordene. På Cinahl og PubMed identificeredes og anvendtes søgeordet "preoperative care" i tesaurus som henholdsvis PubMed MeSH term (major) og Cinahl subject heading (major). Dette for at anvende den søgeterm, der rummede emnet og dets betydning så fyldestgørende som muligt. På

Scopus afgrænsedes søgningen til specialerne: nursing, medicine og healthcare professionals. Inklusionskriterierne fastsattes til videnskabelige peer reviewed studier publiceret indenfor de sidste 10 år, med abstract og fulltext tilgængelig, samt publiceret på sprogene engelsk, dansk, svensk eller norsk. Da søgningen udførtes ultimo 2019 var inklusionsårene for publicering 2009-2019. Med henblik på at sikre høj kvalitet, blev litteratursøgningen herefter konfereret med en forskningsbibliotekar fra Aarhus Universitet.

Der fremkom sammenlagt 462 hits på de fire databaser. Relevansen vurderedes ud fra artiklernes titel og herefter ud fra abstract og fuldtekstlæsning, hvorefter der inkluderedes 13 artikler. Der blev desuden foretaget en bevidst tilfældig søgning med relevante søgeord som ”preoperative”, ”waiting time” og ”patient experience”, hvor yderligere to artikler inkluderedes. Dette medførte et samlet antal på 15 artikler. For at sikre en høj kvalitet af de inkluderede forskningsstudier blev checklisten COREQ (37) anvendt som et systematisk vurderingsredskab under udvælgelsesprocessen af litteraturen (Flowchart Bilag 1). Herunder ekskluderes én artikel grundet mangelfuld kvalitet. Sammenlagt blev 14 videnskabelige artikler identificeret ud fra litteratursøgningen til at danne baggrund for den eksisterende viden om emnet.

4.3 Videnskabsteoretisk referenceramme

Forskningstilgangen befinder sig indenfor den hermeneutiske fænomenologi, hvor Van Manens fem livsverden eksistentialer anvendtes som videnskabsteoretisk referenceramme for undersøgelsen (27). Eksistentialerne fungerede som reflektiv guidning, hvormed forskeren spurgte, hvordan hvert eksistentiale opleves med respekt for det undersøgte fænomen (27). I undersøgelsen fungerede eksistentialerne som et refleksionsværktøj, for at opnå nuancerede beskrivelser af patienternes oplevelser af fænomenet *levet tid* i operationsforløbet. Den praktiske anvendelse af eksistentialerne fremgår af den udførte interviewguide (Bilag 2), hvor der opstilledes et forskningsspørgsmål ud fra hvert eksistentiale.

Hermeneutisk fænomenologisk forskning beskæftiger sig med at udtrykke essensen af levede oplevelser i tekst. Med dette menes en lingvistisk konstruktion af det undersøgte fænomen. Gennem deskriptive studier finder en meningssøgen sted (27). Omdannelsen af et oplevet fænomen til tekst resulterer i en reflektiv genoplevelse og er en reflekterende måde, hvorpå læseren oplever meningsfuldhed i teksten, hvorpå denne kan genkende egen levet oplevelse (28).

Anvendelsen af den hermeneutisk fænomenologiske metode kræver en introduktion af metodens filosofiske nøglebegreber (38), hvorfor der i følgende delafsnit redegøres for væsentlige nøglebegreber indenfor denne videnskabsfilosofi.

4.3.1 Nøglebegreber

For at bevidstgøre forforståelsen af begrebet *ventetid* samt for at danne grundlag for en dybere meningsdannelse under analysen, blev der fundet inspiration indenfor den fænomenologiske filosofi defineret af Van Manen. De filosofiske nøglebegreber fungerede som et retningsgivende perspektiv i forskningsprocessens forskellige faser.

4.3.1.1 Hvordan stilles et fænomenologisk spørgsmål?

Med bevidstheden om at det indenfor den fænomenologiske tradition ikke er uden betydning, hvordan ens forskningsspørgsmål udformes, opstilledes forskningsspørgsmålene i interviewguiden med inspiration fra Van Manen (27). Ved anvendelsen af denne videnskabsteori udsprang interessen i undersøgelsen af, hvordan en specifik situation er *gennemlevet*, hvorfor dette også medtænkes i udformningen af problemformuleringen. Med udgangspunkt i den almindelige hverdagssituation, som det præoperative forløb på operationsdagen anses at være, blev patienterne adspurgt ift., hvordan de har tænkt, følt og handlet i denne situation. På denne måde er patienternes oprindelige og umiddelbare indtryk fra situationen forsøgt gendannet. Det interessante er hermed oplevelsen før, at patienten gennem refleksion tillægger situationen en anden betydning, som vil påvirke oplevelsen af denne (27). Det var med Van Manens teori som referenceramme for denne undersøgelse den "levede" situation, som kerneelement, der ønskedes undersøgt. Dette kan være et svært interessefelt at beskæftige sig med, da en gennemlevet situation opleves umiddelbart og dermed er vanskelig at fremføre originalt efterfølgende (27). Det fremgår derfor af undersøgelsens design, at forskningsspørgsmålene udarbejdedes med udgangspunkt i ovenstående synspunkt, for at belyse essensen af fænomenet *levet tid* som gennemlevet af patienterne.

4.3.1.2 Temporalitet

Tidsbegrebet *temporalitet* skal i dette speciales emne om patienters oplevelse af ventetid på operationsdagen forstås som et kulturelt erfaret begreb ifølge Van Manen (27, 28). Dette medfører en

forforståelse af, at hver enkelt patient besidder nogle individuelle meninger og erfaringer relateret til begrebet ventetid. Jf. specialets litteraturgennemgang i baggrundsafsnittet er det nærliggende at forvente at ventetid oftest associeres som et negativt begreb. Ligeledes beskriver Van Manen, at tiden opleves anderledes, når man venter, fremfor når man er aktivt involveret i en aktivitet (27). Ventetid kan dermed formodes at være et vanskeligt fænomen at undersøge, og for at imødekomme disse forhåndsantagelser anvendtes bevidst begrebet *ventetid* samt begrebet *tid* i interviewundersøgelsen. Begreberne dækker begge over den ventetid, hvori patienten opholder sig på operationsdagen inden operationen. Følgende redegørelse for begrebet *intentionalitet* vil berøre dette nærmere.

4.3.1.3 *Intentionalitet*

Begrebet *intentionalitet* præger den fænomenologiske tradition, hvor Van Manen definerer menneskets bevidsthed som intentionel, idet fænomenet, der iagttages, altid tillægges en betydning (27). Mennesket oplever instinktivt fænomener på deres særegne måde, hvormed bevidstheden bestemmer, hvordan fænomenet opleves som værende noget bestemt (27). Denne tankegang berørtes under redegørelsen for begrebet *temporalitet*, hvor der for denne undersøgelses relevans blev antaget, at patienten oplever fænomenet *levet tid* ud fra den betydning, det har for dennes bevidsthed. *Intentionalitet* er forbundet med *reduktion*, der redegøres for i følgende delafsnit.

4.3.1.4 *Tvillingemetoderne: Reduktion og Epoché*

Gennem bevidst anvendelse af *reduktion* og *epoché* blev meningsstrukturerne af fænomenet *levet tid* identificeret. Anvendelsen udførtes med inspiration fra Van Manen, som anvender udtrykket tvillingemetoder om de to begreber, der anvendtes som metoder at anskue verden med i undersøgelsens hermeneutisk fænomenologiske forskning (27).

På denne måde anvendtes begrebet *epoché* ved, at forskeren befriede sig selv fra forudsætninger og åbnede sig overfor verden, som den blev *oplevet* (27). I dette speciale blev der med inspiration fra *epoché* anvendt *bracketing* for at opnå en bevidsthed om forskerens egen forforståelse, for så vidt muligt at sætte denne i ”parentes”. På denne måde forholdt forskeren sig så åben som muligt overfor, hvordan fænomenet *levet tid* præsenterede sig for patienternes bevidsthed. Fænomenet undersøgte herigennem så prærefleksivt som muligt.

Med *reduktion* henvises til den refleksive del af arbejdet med søgen efter meningsstrukturer i det gennemlevede fænomen *levet tid*. Den fænomenologiske forståelse af *reduktion* bestod dermed i betragtningen af fænomenet, der opstod gennem erindringer, der udsprang fra en specifik oplevelse med ventetid på operationsdagen (27). *Epoché* og *reduktion* fungerede som et sammenflettet synspunkt, hvormed forskeren først åbnede sin bevidsthed for fænomenet *levet tid*, og herefter indsnævrede betydningen af *levet tid*, som det forekom i egen oplevelse og bevidsthed.

4.3.1.5 Mening

I den fænomenologiske filosofi definerer Van Manen, hvordan alt erfares og dermed gives en særlig mening (27). I fænomenologiske undersøgelser er der fokus på at belyse forskellige meningsstrukturer, der bidrager til at forstå væsentligheden af menneskelige fænomener. Gennem dette filosofiske ståsted er fænomenologien velegnet til undersøgelser af betydningsaspekterne af de udtryk, der stemmer overens med levet erfaring (27). I nærværende undersøgelse har en sådan meningssøgning fundet sted ved at undersøge, hvordan patienterne oplevede ventetiden som menneskeligt erfaret fænomen.

4.3.1.6 Livsverden

Begrebet *livsverden* blev i undersøgelsen anskuet ud fra Van Manens forståelse af begrebet (27). *Livsverdenen* er udgangspunktet for undersøgelsen af fænomener, hvormed der ikke sker en udvikling af ny viden, men snarere en synliggørelse af implicite betydninger og meninger fra hverdagslivet. Med *livsverden* refereres til den virkelige verden, som den leves og tages for givet (27). *Livsverden* var som retningsgivende filosofi i dette speciale, medtænkt i valget af den almindeligt kendte situation med ventetid for patienter. Yderligere har livsverdensbegrebet ageret rettesnor for udarbejdning af såvel problemformulering som undersøgelsesdesign.

4.3.2 Sammenfattende kommentarer til nøglebegreber

Som det fremgår af ovenstående, hænger nøglebegreberne indenfor denne videnskabsfilosofi uløseligt sammen. Det er væsentligt at pointere forskellen på filosofi og metode indenfor videnskabsteori, og nøglebegreberne har dermed *præget* det praktiske arbejde med problemformuleringen samt fungeret som et fremherskende element i processen med at tøjle egen for-

forståelse og åbenhed omkring fænomenet *levet tid*. Dette bidrog til en forståelse af selve essensen af fænomenet, som det opleves af patienterne.

Ved anvendelsen af begrebet at ”tøjle” egen forforståelse i nærværende speciale, blev der dels fundet inspiration hos Dahlberg & Nyström (26) samt Van Manen (27). Undersøgelsen blev indledningsvis tilgået med en åben og fordomsfri synsvinkel for at indsamle nuancerede beskrivelser af fænomenet *levet tid*, der ikke prægedes af egen forforståelse (26). Med inspiration fra Van Manen, er dette dog ikke en udelukkende enkeltvis anvendelig tilgang, da mennesket altid vil reflektere over levede situationer (27). At ”tøjle” egen forforståelse anvendtes i denne undersøgelse med inspiration fra begge teoretiske synspunkter. Redegørelsen for håndtering af egen forforståelse i undersøgelsesprocessen leder til det følgende delafsnit, hvor der redegøres for forskerpositionen.

Begrebet *reduktion* leder til næstfølgende delafsnit, hvor forskeren med inspiration fra Van Manens livsverden eksistentialer bedrog den refleksive del af den hermeneutisk fænomenologiske forskning.

4.3.3 Forskerposition

Positionen som forsker bestod i en udefrakommendes tilgang, hvilket kom til udtryk ved udeladelsen af interviews af allerede kendte patienter fra klinisk praksis, hvilket medførte transparens i undersøgelsen. En forskerposition med tæt kendskab til undersøgelsesfeltet kunne muligvis have genereret data af mere uddybende og fyldestgørende karakter. Dette ansås dog ikke som en hindring af betydning for dataindsamlingen. Egen erfaring som operationssygeplejerske fra to andre sjællandske hospitaler bidrog med særligt kendskab til det præoperative forløb på operationsdagen. Som udefrakommende forsker assisterede denne erfaring i opstillingen af interviewguiden, hvormed patienterne let kunne stilles relevante spørgsmål, uden nogle forudfattede meninger. Dette medførte at patienternes *egen oplevelse* af fænomenet blev belyst.

4.3.4 Van Manens eksistentialer

Van Manens fem livsverden eksistentialer anvendtes som forskningstilgang i undersøgelsen ved at guide til refleksion i overvejelsen af, hvordan disse oplevedes med respekt for fænomenet *levet tid* (27). Som ved den fænomenologiske forskningstilgang, er det den levede verden, som den opleves i hverdagens situationer og relationer, der ønskedes belyst i denne undersøgelse (28). Van Manen opstiller fem eksistentialer, der anskues som fundamentelle livsverden temaer, der antagelig

gennemsyrrer alle mennesker uafhængigt af kulturelle, historiske eller sociale baggrunde. De fem livsverden eksistentialer uddybes i nedenstående oversigt:

Figur 1: Van Manens fem eksistentialer

- **Lived Time – Temporality:**

Når Van Manen beskriver levet tid, er den subjektive tid i fokus, hvor den enkeltes liv formes af fortid, nutid og fremtid. Levet tid opleves forskelligt afhængigt af humør, hvor tiden kan flyve afsted, når vi morer os, men føles uendelig lang, hvis vi keder os eller er nervøse.

- **Lived Space – Spaciality:**

I eksistentialet beskrives, hvordan levet rum i modsætning til det matematiske rum med fokus på afstande og rumlige dimensioner, fokuserer på det føjte rum. Van Manen fokuserer på, hvordan rummet og hermed omgivelserne påvirker mennesket. Mennesket oplever rummet forskelligt, afhængigt af tilstedeværelsen af sundhed eller sygdom.

- **Lived Body – Corporeality:**

Van Man beskriver i eksistentialet levet krop, hvordan mennesket altid er kropsligt til stede i verden. Ofte dvæler der en vis uopmærksomhed på kroppen, men det er gennem denne vi i det umiddelbare møder verden og andre mennesker. Gennem den kropslige tilstedeværelse vil mennesket, ikke nødvendigvis bevidst, altid både afsløre og skjule noget på samme tid. Når kroppen anskues af andre, kan denne miste sin naturlighed, og en følelse af akavethed kan opstå.

- **Lived Self-other – Relationality:**

Eksistentialet levet selv-andet, eller levede relationer, henviser til, hvordan mennesker og ting er indbyrdes forbundet. Der er fokus på den levede relation, som mennesket opretholder med andre i det interpersonelle rum, vi er fælles om. Van Manen fokuserer desuden på, hvordan selvet opleves i relationen med andre. Antagelsen om eksistensen af et alternativt synspunkt end selvets, og konstitutionen af subjekt-objekt relationen, er væsentlige perspektiver i dette eksistentiale.

- **Lived Things – Materiality:**

Eksistentialet levet ting beskæftiger sig med, hvordan ting fungerer som udvidelser af krop og sind. Van Manen anser det for vanskeligt at kunne overestimere betydningen af ting i vores liv. Mennesket genkender sig selv i tingene, der befinder sig i vores verden.

Reference: Van Manen 1997, Van Manen 2014 (27, 28).

Eksistentialerne er uløseligt forbundet med hinanden, og Van Manen definerer da også eksistentialerne ud fra hinanden, og der ses dermed ikke absolutte grænser imellem dem (27). I specialet fungerede hvert enkelt eksistentiale som inspiration til nærmere undersøgelse af dets særegne definition, hvor bevidstheden om at hver enkelt eksistentiale fremkalder de andre, var tilstede – da de fem eksistentialer tilsammen udgør vores levede verden – livsverden (28). Som et tillæg til Van Manens femte eksistentiale *lived things*, er eksistentialet *lived cyborg relation* fremført (27). Dette eksistentiale nævnes blot, da det ikke dannede grundlag for videre refleksion i forskningsprocessen. Der refereres dog til eksistentialet, når Van Manens holdning til det valgte undersøgelsesdesign diskuteres i delafsnit 4.4.6.

4.4 Empiri

Formålet med dataindsamlingen var at undersøge eksempler og variationer af oplevelser af *levet tid*. Jf. den hermeneutiske fænomenologi agerede patienternes livsverden og deres oplevelser i ventetiden, både kilde og objekt i forskningsprocessen (27). Da forskeren ifl. Van Manen kan opsøge levede oplevelser overalt i livsverdenen gennem forskellige dataindsamlingsmetoder (27), udvalgte interviews som primær dataindsamlingsmetode med et supplerende observationsstudie. De deskriptivt indsamlede levede oplevelser kan aldrig være identiske med de prærefleksive levede oplevelser i sig selv, da alle levede oplevelser indtræder umiddelbart i en refleksiv proces (27). Dette medførte en bevidsthed om, at det ikke lod sig gøre at sande det fuldstændige billede af patienternes levede oplevelser, uafhængigt af hvor tidligt i forløbet af den levede oplevelse, at denne indfangedes (27). Med denne erkendelse blev forskningsinterviewet tilgået i undersøgelsen af fænomenet *levet tid*.

4.4.1 Forskningsinterviewet

I forståelsen af det kvalitative forskningsinterview, blev der fundet inspiration hos Kvale og Brinkmann (39), der beskriver, at der i interviewet findes en interpersonel situation, hvor der konstrueres viden i interaktionen mellem interviewer og informant. Der blev dermed forsøgt at opnå en åben dialog blandt to ligestillede parter gennem interviewet. Dog med en bevidsthed om, at realiteten var et asymmetrisk magtforhold qua forskningsinterviewets konkrete professionelle karakter. Kvale og Brinkmann pointerer hermed væsentligheden af interviewerens selvrefleksion i

forhold til magtudøvelse i interviewet, og hvordan denne evt. kan påvirke indsamlingsmaterialet (39). Forfatterne peger på tilfælde, hvor informanten mere eller mindre bevidst udtrykker sig gennem svar, som de forventer, at interviewer-autoriteten ønsker at modtage (39). Der blev taget højde for dette i udarbejdelsen af interviewguiden, samt ved bevidst anvendelse af smalltalk inden interviewet, for herigennem at opnå så ligestillet et forhold som muligt. Dette forhåndsarbejde inden udførelsen af interviewet er kendt som at opbygge rapport med informanterne, som udførtes med forhåbningen om at højne indsamlingen af oprigtige svar (40).

Hos Vallgård og Koch blev der fundet inspiration i definitionen af det fænomenologiske interview som værende præget af intimitet og åbne spørgsmål (38). Gennem interviewene er der således forsøgt at indsamle data fra *mennesket som det sansende væsen*, hvor beskrivelser af følelser, erindringer og fornemmelser var i fokus. Der stræbtes efter beskrivelser af subjektiv karakter, af den specifikke situation, hvor informanterne ventede på operationsdagen. Fra Vallgård og Koch beskrives, at interviewereren kan drage fordel af at udfolde den specifikke situation i relationer i rum og tid og herved indsamle detaljerede beskrivelser (38). Dette ses videreført i inspirationen fundet hos Van Manen, hvor netop hans fem eksistentialer blev anvendt som reflektivt værktøj i interviewguiden. Inspireret af Van Manen befandt interviewereren sig i en åben position under interviewene, og undlod hermed at lade sig styre af forudfattede meninger samt af at stille for mange spørgsmål. Stilhed anvendtes som en taktisk interviewteknik for at få informanten til at fortælle og uddybe videre (27). Van Manen gør op med forestillingen om blot at anvende den semistrukturerede- eller åbne interviewform, da dette kan medføre konfusion omkring indsamlingen af data knyttet til det oplevede fænomen. Med denne tankegang var fokus på at indsamle en begrænset mængde data bestående af konkrete og detaljerede historier, fremfor mange korte svar (27). På denne måde blev der gennem interviewene generet data med stor fortolkningsværdi, som netop er formålet med dataindsamlingen i den hermeneutiske fænomenologi (27).

En udfoldelse af, hvordan Van Manens fem eksistentialer dannede grundlag for interviewguiden beskrives i følgende delafsnit.

4.4.2 Teoretisk ramme for interviewundersøgelsen

Van Manens fem eksistentialer anvendtes som den teoretiske ramme i interviewundersøgelsen. Ud fra eksistentialerne forholdt forskeren sig refleksivt til det undersøgte fænomen *levet tid* (27). Forskningsprocessen konstitueredes ifølge Van Manens tre arbejdsområder, hvor forskeren stillede spørgsmål, udøvede refleksion samt producerede et lingvistisk produkt (28). Jf. Kvale og Brinkmann kan forskningsspørgsmål bidrage til, at der bevares fokus på at besvare problemformuleringen på akademisk vis (39). Under forberedelsen til interviewundersøgelsen blev disse tanker videreført i udarbejdelsen af fem forskningsspørgsmål, der anvendtes som et arbejdsredskab i interviewguiden. Dette medvirkede til, at undersøgelsens analyse indfanger den essentielle mening af fænomenet *levet tid*, der udgår fra empirien.

Figur 2. Interviewguidens fem forskningsspørgsmål

- Hvordan oplever patienten tiden som subjektivt begreb i ventetiden?
- Hvordan oplever patienten det fysiske rum i ventetiden?
- Hvordan oplever patienten sin egen krop i ventetiden?
- Hvordan oplever patienten sig selv og relationen med andre i ventetiden? (Sygeplejersker, portører, læger, servicemedarbejdere og andre patienter).
- Hvordan oplever patienten de materielle genstande i ventetiden?

4.4.3 Interviewguide

Som nævnt ovenfor anvendtes Van Manens fem eksistentialer som teoretisk ramme for udarbejdelsen af de fem forskningsspørgsmål, der indgår i interviewguiden. Ifølge Van Manen var nærværende forsker som novice i risiko for blot at anvende det semi-strukturerede interview uden indledende overvejelser omkring interviewets hovedformål, og hvorledes det erfaringsbaserede fænomen belyses mest fordelagtigt (27). Med dette perspektiv på denne novices indsamling af materiale, der har karakter af levede oplevelser, opstilledes forslag til, hvordan interviewerens kunne få informanten til at give dybdegående beskrivelser af deres levede oplevelse af *levet tid* i ventetiden, under hvert forskningsspørgsmål. Interviewguiden fungerede som rettesnor og supplement til den åbne dialog med informanterne, som inspireret af Van Manen, ikke styredes af mange forudbestemte spørgsmål, men gav interviewerens mulighed for at forfølge de for informanterne essentielle områder (27).

Efter anbefalinger for kvalitativ forskning udførtes et pilotinterview inden selve undersøgelsen (40, 41). Pilotinterviewet blev optaget, hvorefter det omhyggeligt blev gennemlyttet, hvormed forskeren som novice var i stand til at reflektere over egen position som interviewer. Herigennem erkendte interviewerens at informantens del af dialogen burde fylde væsentligt mere. Dette blev taget til efterretning i de følgende interviews, og få rettelser blev foretaget i interviewguiden, hvilket drejede sig om rettelser til et lettere forståeligt hverdagsprog. Dette første pilotinterview vurderedes dog at have den nødvendige kvalitet til anvendelse i analysen, hvorfor interviewet indgik i det samlede datamateriale (41).

Nedenfor følger en redegørelse for rekrutteringsprocessen af informanter til interviewundersøgelsen.

4.4.4 Rekruttering af informanter

Under rekrutteringsprocessen blev der taget højde for, at det var essentielt, at studiet genererede data, der tager afsæt i variationer. Med bevidstheden om, at enhver patient forholder sig til verden på sin særegne måde, udvalgte de rekrutterede informanter med henblik på størst mulig variation i køn og alder, da disse forventedes at kunne have indflydelse på fænomenet (42) *levet tid*. Informanterne rekrutteredes ligeledes med henblik på variation i kirurgisk speciale og art, for at undgå fastlåsning samt en forsnævring af undersøgelsen. Der rekrutteredes informanter fra Ortopæd- og Abdominalkirurgisk afdeling med variation i operations-art, herunder større eller mindre operationer. Under

overvejelserne for rekruttering af informanter var også tidsaspektet nødvendigt at inddrage, da patienter, qua litteratursøgningens fund, kan opleve ventetiden forskelligt afhængig af operationstidspunkt på dagen.

Da interviewundersøgelsen bestod i telefoninterviews, nødvendiggjorde det at informanterne kunne forstå og tale dansk på et rimeligt niveau. Dette for at undgå misforståelser grundet en eventuel sprogbarriere, som kunne vanskeliggøres via telefon ift. et interview ansigt-til-ansigt. Ligeledes fastsattes informanternes kognitive funktionsniveau til et vist niveau, som indebar at informanten ekskluderedes ved demens eller lignende tilstande, da dette ligeledes kunne vanskeliggøre de telefoniske interviews. Rekrutteringen foregik ved fremmøde på stamafdelingen om morgenen på operationsdagen. Der indhentedes hjælp fra personalet på de respektive afsnit i rekrutteringen af informanter, da de på baggrund af indlæggelsessamtaler med patienterne var i stand til at beskrive sprogfunktioner og kognitiv tilstand.

Nedenfor illustreres de anvendte udvælgelseskriterier for rekrutteringen.

Figur 3. Kriterier for udvælgelsen af informanter:

- Variation i køn og alder
- Variation af kirurgisk speciale og art
- Variation i operationstidspunkt
- Agerer i det danske sprog, i såvel tale som forståelse
- Kognitivt velfungerende

For at opnå størst mulighed for at nå i dybden med analysen af det transskriberede interviewmateriale, blev rekrutteringen af informanter tilgæet med et vist mådehold. Informanterne rekrutteredes sideløbende med interviewudførelserne. Dette for at inkludere et passende antal informanter, hvilket baseredes på, hvornår interviewene ikke bidrog med ny viden om oplevelsen af fænomenet *levet tid* i ventetiden. Denne beslutning blev truffet med inspiration fra Kvale og Brinkmann, der fastslår at almindelige interviewundersøgelser typisk inkluderer 15 informanter +/- 10 (39). Der etableredes

kontakt med seks patienter fra Ortopæd- og Abdominalkirurgisk afsnit, som ønskede at deltage i interviewundersøgelsen. Nedenfor følger en kort præsentation af de inkluderede informanter.

Skema 1: Præsentation af informanterne

Informant nr.	Alder	Køn	Kirurgisk speciale og art
1	62 år	Kvinde	Ortopædkirurgisk, mindre operation
2	60 år	Kvinde	Ortopædkirurgisk, mindre operation
3	77 år	Mand	Ortopædkirurgisk, større operation
4	60 år	Mand	Ortopædkirurgisk, mindre operation
5	24 år	Mand	Ortopædkirurgisk, mellemstor operation
6	78 år	Kvinde	Abdominalkirurgisk, mindre operation

4.4.5 Etik

Der var flere etiske aspekter at tage højde for ifm. interviewundersøgelsen. Indledningsvis etableredes der, som anbefalet for kvalitative forskningsinterviews (40), kontakt med en gatekeeper, der initierede kontakt med de øvrige samarbejdspartnere fra Anæstesiologisk afdeling og de to kirurgiske afsnit. Interviewundersøgelsen modtog stor opbakning fra Anæstesiologisk afdeling på hospitalet i Region Hovedstaden. Forud for undersøgelsen indhentedes mundtlig samt skriftlig accept af udførelse af interviewundersøgelsen fra den ledende oversygeplejerske på henholdsvis Ortopæd- og Abdominalkirurgisk afdeling. Der indhentedes ligeledes accept af udførelsen af undersøgelsen fra afdelings- sygeplejerskerne på de respektive afsnit, hvor der rekrutteredes patienter fra. Herefter aftaltes de praktiske detaljer omkring tidspunkt for rekruttering af patienter.

Der indhentedes mundtlig såvel som skriftlig bekræftelse fra Datatilsynet (43) på, at det ikke var nødvendigt at søge om tilladelse til udførelse af undersøgelsen, da undersøgelsen ikke faldt indenfor

rammerne for en sådan ansøgning. Undersøgelsens behandlingsgrundlag hviler på indhentet samtykke fra patienterne (43).

Patienterne modtog mundtlig samt skriftlig information (Bilag 3) om undersøgelsens omfang, formål samt deres rettigheder, jf. anbefalinger for patientinformation i kvalitative studier (40). Herunder blev patienterne tydeligt informeret om, hvad deres deltagelse indebar. De informeredes om, at interviewet ville blive optaget med diktafon og nedskrevet efterfølgende. De blev gjort bekendt med, at disse optagelser og det nedskrevne tekstmateriale ville blive slettet efter projektets afslutning. Desuden modtog patienterne information om undersøgelsens forholdsregler ift. at opretholde anonymitet, og de oplystes ligeledes om, at alt materiale ville blive behandlet fortroligt. Det understregedes at patienternes deltagelse var frivillig, ligesom de til hver en tid kunne trække sig ubegrundet fra undersøgelsen. Slutteligt informeredes patienterne om, at deres deltagelse var uden konsekvens for deres fortidige, nutidige og fremtidige behandling. Efter denne formidling af information om undersøgelsen, indhentedes der skriftligt samtykke (Bilag 4) fra de patienter, der ønskede at deltage. Under rekruttering af patienterne blev der ud fra et etisk standpunkt ekskluderet patienter med psykiske lidelser, da en interviewundersøgelse forestilledes at være en yderligere belastning.

Grundet driften på operationsgangen var det ikke en reel mulighed at udføre interviewene på operationsdagen, da dette sandsynligvis ville medføre for mange afbrydelser i interviewene, når operationspersonalet var klar til at tage patienten ind på operationsstuen. Dette konfereredes med gatekeeperen, som ligeledes afslog denne mulighed. Ifølge fænomenologien er interviews ansigt-til-ansigt med informanten ønskværdigt, da dennes nonverbale kommunikation hermed kan inddrages i interviewet, hvormed interviewer kan følge op på informantens mimik og kropssprog (44, 45). Grundet de pragmatiske omstændigheder på operationsgangen blev telefoninterviews dagen efter operation vedtaget som undersøgelsesdesign. Følgende delafsnit berører begrænsninger (limitations) og fordele ved telefoninterviews, desuden anskues metoden ud fra et fænomenologisk perspektiv.

4.4.6 Limitations ved telefoninterviews

Telefoninterviews er en udbredt metode til dataindsamling indenfor den kvantitative metode, imens metoden er mindre udbredt i kvalitative studier, ligesom de ofte fremstilles som mindre attraktive end

ansigt-til-ansigt interviews (45). De oftest fremhævede bekymringer og mulige limitations ved telefoninterviews inkluderer udfordringer i etableringen af et forhold til informanten over telefon, potentielt tab af kontekstuelle data (fx hvis informanten kunne have været interviewet i et hjemme- eller arbejdsmiljø), og interviewers manglende evne til at reagere på informantens visuelle signaler (44, 45). I et internationalt forskningsstudie beskrives, hvordan interviewer via telefon stadig kan opfange informantens visuelle signaler uden tilstedeværelse, fx gennem stemmens toneleje, og hermed spørge ind til dette, for at få informanten til at beskrive oplevelsen/følelsen nærmere (44). Muligheden for at overse visse visuelle signaler vil dog stadig være til stede i telefoninterviewet. Der er dog ringe evidens for, at der i telefoninterviews forekommer tab af data eller forvrængning af disse. Omvendt fremhæver litteraturen fordele ved telefoninterviews, da informanten har større mulighed for at opleve anonymitet og hermed har lettere ved at videregive følsomme oplysninger (45).

Telefoninterviews konkluderes at være en anvendelig metode til udførelse af dybdegående interviews og indsamling af fyldestgørende data (44, 45). Yderligere konkluderes telefoninterviews at være anvendelige på samme niveau som ansigt-til-ansigt interviews i fænomenologiske forskningsundersøgelser (46).

Ifølge den rendyrkede fænomenologiske tradition anskues det som en limitation ikke at udføre interviewundersøgelsen i nuet, imens fænomenet opleves af informanten. Van Manen skriver, at dette nærmest vil være en umulighed, da alle oplevelser bearbejdes umiddelbart refleksiøvt (27). Dermed vil den prærefleksive oplevelse af fænomenet, som fænomenologien er interesseret i, have en antydning af reflektiv bearbejdelse, uafhængigt af, hvor tidligt interviewet udføres ift. hvornår fænomenet opleves (27). Filosofen Drew Leder skriver, inspireret af Descartes, om den levede krop, at denne husker oplevelser, da disse indlejres i kroppen (47). Inspireret af dette perspektiv gav det mening at udføre interviewene retrospektivt dagen efter operationen, da informanterne vurderedes at være i stand til at beskrive, deres oplevelser af den levede tid.

Med inspiration fra Van Manen (27) vurderedes teknologi i form af en telefon ikke at være en hindring i den hermeneutisk fænomenologiske undersøgelsesproces. Van Manen beskriver i tillægs-eksistentialet *lived cyborg relation*, hvordan mennesket tager teknologi for givet i hverdagslivet, og at denne er med til at højne vores livskvalitet (27). I forlængelse af denne tankegang konkluderedes

telefonen at være et alment kendt redskab i de fleste menneskers hverdagsliv, hvorfor telefonen blev vedtaget som værende en anvendelig ressource i interviewundersøgelsen.

Der blev desuden fundet inspiration hos Drew Leder (47), som beskriver, at telefonen ikke bør betragtes som en genstand, man henvender sig til. Derimod anskues telefonen som et talerør, hvorigennem vi henvender os til personen i den anden ende. Menneskers forhold udfolder sig ikke blot i det direkte fysiske rum med vores fælles tilstedeværelse, men også i rummet, der skabes af vores teknisk supplerede kroppe (47). Ud fra denne tankegang betragtes telefoninterviews som værende fænomenologiske, da telefonen ikke anskuedes som en hindring for at undersøge patientens egen oplevelse af fænomenet *levet tid*.

Det er fundamentalt at etablere et forhold til informanten inden selve interviewets påbegyndelse, og der blev taget højde for dette ved anvendelsen af smalltalk i begyndelsen af telefonsamtalen. På denne måde opbyggedes rapport for at øge muligheden for, at informanten ønskede at videredele følsomme oplysninger og hermed indsamle fyldestgørende data (27, 44).

Studier med afsæt i fænomenologien ses ofte at være metodologisk kreative, idet der med fordel kan anvendes forskellige metoder til generering af data (42). For at imødekomme ovenstående mulige limitations ved telefoninterviews, og med henblik på at styrke undersøgelsens dataindsamling og herved indsamle så varieret data som muligt, beskrives i følgende delafsnit, hvordan et observationsstudie fungerede som supplement til telefoninterviewene. På denne måde blev det muligt at følge den fænomenologiske kundskabsteoris vision om, at videnskab skal mødes med den kompleksitet, som eksistensen afføder (42).

4.4.7 Observationsstudie

Under rekrutteringen af patienter foregik en sideløbende art observation af sengestuerne på stamafdelingerne, hvorfor operationsgangen udvalgte som observationsfeltet til det supplerende, indledende observationsstudie. Som startskud for undersøgelsen etableredes der, ifølge anbefalinger for iværksættelse af observationsstudier, kontakt til en gatekeeper, der etablerede adgang til observationsfeltet (40). Gatekeeperen informerede personalet om undersøgelsen inden observationsstudiets start, og bidrog ift. planlægning af observationstidspunkter (48). Informering af personalet kan minimere følelsen af overvågning (49), hvilket kom til syne ved stor imødekommenhed under

observationerne. Der indhentes desuden tilladelse til udførelse af undersøgelsen fra ledelsen på Anæstesiologisk afdeling, hvor undersøgelsen modtog opbakning.

Formålet med observationsstudiet var at genere data til understøttelse af interviewene samt til anvendelse i analysen og diskussion af undersøgelsens fund. Forskerens forforståelse bevidstgjordes under observationsstudiet, hvormed denne lettere tøjledes undervejs i undersøgelsesprocessen. Qua klinisk erfaring som operationssygeplejerske på to andre hospitaler, bidrog observationsstudiet til en ny åbenhed overfor, hvordan patienter oplever ventetiden på den aktuelle operationsgang. På denne måde blev forskeren som novice bedre forberedt til interviewene, hvor der kunne drages paralleller til det observerede.

Inspireret af etnografen James Spradley anskuedes observationsstudiet ud fra hans beskrivelse af deltagerobservationer, hvor den sociale interaktion bestående af observationsfeltet, aktiviteterne og aktørerne var i centrum (50). Observationerne udførtes med afsæt i Spradleys ni dimensioner (50), tilstedeværende i alle sociale interaktioner, der dermed også vurderedes at gøre sig gældende på operationsgangen, hvor patienterne ligger og venter. Dimensionerne actor, activity, space, time, object, event, act, feelings og goal inddrages i observationernes fokus, med henblik på ikke at undlade væsentlige aspekter (50). Dette valg træffedes ud fra bevidstheden om, at der var forskel på dimensionernes relevans for problemformuleringens fokus på fænomenet *levet tid*.

Observationerne defineredes som deskriptive observationer, idet forskeren noterede så meget som muligt undervejs, herunder også egne tanker og følelser knyttet til det observerede (51). Det overordnede spørgsmål, der ønskedes belyst var: "Hvad foregår der her?". Observationerne indledtes med en grand tour inspireret af Spradley (50), hvor forskerens fokus var på åbne indledende spørgsmål, som: "Kan du beskrive rummet, hvori patienterne venter?". Formålet med denne første observation var at opnå kendskab til observationsfeltet, som dannede grundlag for den efterfølgende mini-tour. Under denne anden observation var forskerens fokus på uddybende spørgsmål af mere specifik karakter, som: "Hvordan varierer begivenhederne på operationsgangen fra dag til dag?".

Forskerpositionen var ifl. Spradley passiv (50), hvilket indebar en lav grad af involvering med såvel patienter og personale samt aktiviteter på operationsgangen. Forskerpositionen bestod i fysisk tilstedeværelse uden deltagelse eller interaktion med patienter og personale (50). Denne lave grad af involvering træffedes for at observere *det gjorte* i situationen, og herunder undgå risikoen for at egne

holdninger påvirkede de naturlige hændelser på operationsgangen, herunder forskerens ”indefra-perspektiv” (48). Forskerens forforståelse gennem erfaring som operationssygeplejerske bar præg af et solidt kendskab til operationsspecialet. Gennem observationsstudiet blev forskerens forforståelse således forsøgt ændret til et ”udefra-perspektiv”.

Gatekeeper vedtog iførelse af hospitalsuniform og operationshue, på trods af et oprindeligt ønske om at besidde en forskerposition uden forveksling med operationspersonalet (48). Den manglende differentiering fra det øvrige personale afstedkom ingen vanskeligheder, da den anderledes kultur på operationsgangen medførte, at patienter og pårørende ikke færdedes frit som på en alm. sengeafdeling. Den primære observationspost var operationsgangens samlingspunkt ”kernen”, hvorfra et gæstekort gav adgang til de forskellige grene af operationsgangen.

Rapportføring af observationerne foregik ved notering af nuancerede feltnoter undervejs. Uddybende beskrivelser og kommentarer blev, jf. anbefalinger for feltnoter, noteret hurtigst muligt efter endt observation (48, 52). Feltnoterne transskriberedes efterfølgende, hvorefter de fungerede som supplement til telefoninterviewene. I de tilfælde, hvor der under observationerne opstod en situation med udveksling af fortrolig viden, blev De Sygeplejeetiske Retningslinjer og kravet om tavshedspligt fulgt (53). Med inspiration fra Creswell og Poths observationsprotokol (40) opdelttes og noteredes feltnoterne i to kolonner til henholdsvis deskriptive- og reflektive noter. Ved observation af samtaler noteredes det præcist anvendte sprogbrug. Observationerne udførtes over to dage af ca. to timers varighed hver, og affødte en samlet mængde feltnoter på ca. 20 siders tekst.

Den anvendte forskningsproces med kombinationen af interviews og observationer er i overensstemmelse med Spradley, der konkluderer, at forskeren bør foretage grundige interviews efterfølgende i de tilfælde, hvor deltagerobservationerne indebærer en lav grad af involvering for at forstå, hvad deltagerne føler og oplever (50).

Der tillagdes størst vægt på patienternes udsagn fra interviewene, da undersøgelsen ønskede at afdække patienternes egen oplevelse af fænomenet *levet tid* og deres livsverden. De indledende observationer agerede som supplement i udarbejdelsen af interviewguiden samt i analysen og diskussionen, for at afdække flest mulige nuancer af fænomenet *levet tid*.

4.4.8 Transskription af interviews

I umiddelbar forlængelse af hvert enkelt af de udførte telefoninterviews, transskriberedes disse ud fra anbefalinger for processen fra interview til tekst (54). En fast strategi for udførelsen af transskriptionen træffedes og fulgtes nøje, med henblik på at udføre samtlige transskriptioner identisk. Grin og suk anførtes i parentes og talesprog som ”øh” noteredes på samme måde som det samlede talesprog med dens særegne talestrøm. Interviewene prægedes af informanternes ufuldendte sætninger, hvor der blev sprunget frem og tilbage til tidligere uafsluttede sætninger. Dette vanskeliggjorde tegnsætning i form af punktum og komma, men udgjorde ikke et reelt problem i transskriptionen, da denne udførtes umiddelbart efter interviewene, hvorfor samtals præcision erindredes. Transskription af interviews kan være en tidskrævende affære (54), og der afsattes derfor en time til hvert interview, der i gennemsnit varede 20 min. Informanterne tildeltes fiktive navne, for at levendegøre den reflektive tekst i analysens fund for læseren. Det samlede transskriptionsmateriale fra de seks interviews udgjorde sammenlagt 30 siders tekst.

4.5 Analysestrategi

Det empiriske datamateriale til anvendelse i analysen, bestod af de indsamlede interviewoptagelser samt det transskriberede tekstmateriale fra interviewene. Disse tekster og optagelser dannede grundlag for den videre meningsøgning. Med inspiration fra Van Manen blev der gennem en tematisk analyse, drevet af tankegangen fra begreberne epoché og reduktion, foretaget en fri handling i form af at ”se” mening i teksterne (27). Dersom tankegangen i analyseprocessen var inspireret af Van Manen, medførte dette en hermeneutisk fænomenologisk tilgang til datamaterialet. Dette indebar en erkendelse af, at det ikke var muligt at sætte egen forforståelse fuldstændig i ”parentes”. Analysen udarbejdedes dermed med hermeneutisk fænomenologiske ”briller” på, hvilket medførte anvendelsen af refleksion.

Analysestrategien for den tematiske analyse opdeltes i følgende tre trin:

1. Indledende holistisk læsning
2. Selektiv læsning
3. Detaljeret læsning

I analysens første trin blev refleksionen holdt i baggrunden, ud fra tankegangen fra epoché-begrebet, og i analysens følgende to trin blev refleksionen drevet ud fra tankegangen fra reduktions-begrebet (27).

Analysen opdeltes i to grundlæggende faser, hvor der indledningsvis var fokus på hvert enkelt interview i sin helhed, for dernæst at fokusere på interviewene som en samlet helhed. I begge faser af analysen fungerede Van Manens fem eksistentialer som en art retningsgivende model, hvorpå der sikredes en tæt relation med det fælles menneskelige i de levede oplevelser af *levet tid* på operationsdagen.

I det følgende redegøres for, hvordan analysens forskellige faser praktisk blev tilgået. Dernæst redegøres for udarbejdelsen af den refleksive tekst.

4.5.1 Første fase af analysen

Indledningsvis anskuedes det samlede datamateriale at være en deskriptiv præsentation af informanternes levede oplevelser i tiden, hvor de ventede på operationsdagen. Først gennemlyttedes interviewoptagelserne nøje adskillige gange. Herefter gennemlæstes alt tekstmateriale tematisk med udgangspunkt i ovenstående tre trin. Dette indebar en indledende læsning af teksterne som hver enkelt helhed, med fokus på at identificere, hvorledes teksternes væsentligste betydning kom til udtryk (27). Dernæst gennemlæstes tekstmaterialet adskillige gange med fokus på at understrege og ”highlighte” de fraser og udsagn, der fremstod særligt væsentlige eller afslørende ift. fænomenet *levet tid*. Herunder blev enkelte særligt stemningsfulde udsagn gemt til udarbejdelsen af det skriftlige analysemateriale. Afslutningsvis gennemlæstes teksterne med fokus på, hvordan hver enkelt linje, sætning eller afsnit, afslørede noget om fænomenet (27) *levet tid*. Disse bearbejdedes ud fra arbejdsspørgsmålet: ”Hvad siger denne linje/sætning/afsnit om oplevelsen af *levet tid* for patienten?”. Efter denne gennemgang identificeredes forskellige essentielle temaer i hver af teksterne, med dertilhørende meningsstrukturer.

4.5.2 Anden fase af analysen

Efter den første del af analysen af hvert enkelt interview som en helhed, blev den selektive- og detaljerede læsning gentaget med udgangspunkt i det samlede tekstmateriale, herunder alle interviewene, som én helhed. Her var formålet at identificere fælles grundtemaer i interviewene på

baggrund af de tidligere identificerede essentielle temaer fra hvert interview (27). På denne måde bevægede analysen sig mod en dybere forståelse for fællestrækkene i de levede oplevelser i tiden på operationsdagen. Under denne del af analysen vurderes hvert fælles meningsbærende tema ud fra arbejdsspørgsmålene: ”Fremstår oplevelsen af *levet tid* på samme måde uden dette tema?” og ”Mistes den grundlæggende mening med oplevelsen af *levet tid* ved udeladelsen af dette tema?”. Tekstmaterialet bearbejdedes ud fra en konstant tilbagevendende tilgang fra helheden i det enkelte interview til den samlede helhed af samtlige interviews (27). Herigennem anvendtes egen forforståelse aktivt, hvorunder denne udfordredes gennem kritisk refleksion, for at sikre overensstemmelse mellem de enkelte helhedsforståelser og den samlede helhed i form af de fælles meningsbærende temaer.

I denne detaljerede del af analysen bearbejdedes datamaterialet ud fra at opnå en faglig forståelse for fænomenet *levet tid*. Gennem bevidst anvendelse af egen forforståelse stillede teksten spørgsmålet: ”Hvad siger dette afsnit/sætning om patientens oplevelse af ventetiden ud fra et sygeplejefagligt perspektiv?”. På denne måde identificeredes de essentielle temaer i interviewene. Fundene gjort i det selektive analysetrin blev genlæst, reduceret, kombineret og omformuleret adskillige gange. Dette med henblik på at strukturere fundene på en måde, hvorpå der kunne ”ses” mening med, hvordan informanterne oplever den levede tid præoperativt på operationsdagen.

4.5.3 Udarbejdelse af den reflektive tekst

Ifølge Van Manen (27), udgør udarbejdelsen af det fænomenologiske reflektive tekstprodukt en væsentlig del af forskningsprocessen. Dette medførte for analyseprocessen en dekontekstualisering, hvori en distance fra livsverden figurerede. Gennem skriveprocessen identificeredes nuancer, som ikke kunne ”ses” forinden. Dette er ifølge Van Manen en vanskelig opgave (27), hvilket for denne undersøgelse medførte et tidskrævende samt udførligt arbejde med selve skriveprocessen. Her prægede aktiv anvendelse af egen forforståelse processen, hvor der skete en vekselvirkning mellem en tilgang med egen subjektive refleksion og objektiv distance.

4.5.4 Afrunding

Gennem refleksion og udfoldelse af informanternes deskriptive beretninger om deres oplevelser af den præoperative ventetid på sengestuen og/eller operationsgangen, viser den hermeneutisk

fænomenologiske mening sig i de fælles identificerede meningsbærende temaer. Analysen bidrager således med en indsigt i, hvordan patienter oplever fænomenet *levet tid* præoperativt på operationsdagen, hvorunder selve essensen af fænomenet *levet tid* belyses. I diskussionsafsnittet bearbejdedes temaerne dernæst reflektivt gennem inddragelse af supplerende teori, der støtter op om teksternes meningsstrukturer.

Van Manens eksistentialer er til stede i samtlige identificerede meningsbærende temaer. Med bevidstheden om at eksistentialerne er tæt forbundne (27), blev der i følgende kapitel foretaget en forsigtig inddeling af de mest tilstedeværende eksistentialer i de forskellige temaer. Dette udførtes med henblik på en synliggørelse af tankerne bag det refleksive arbejde i analysen.

5.0 Undersøgelsens fund

Undersøgelsens fund repræsenteres af følgende tre identificerede fælles meningsbærende temaer:

- Når anerkendelse medfører en meningsfuld ventetid
- Rummets begrænsninger som base for rastløshed og nervøsitet
- Når passivitet indebærer en længere ventetid

Empirien viser, at visse af Van Manens eksistentialer kommer særligt til udtryk i de forskellige temaer, hvorfor der træffedes et analytisk valg om at forfølge disse eksistentialer i materialet gennem en fordybelse i disse. Med bevidstheden om, at Van Manens eksistentialer er sammenflettede og overlappende, blev der ikke foretaget en teoretisk opdeling i den empiriske udlægning af fundene. Materialet udviste ikke nok data til at uddybe samtlige eksistentialer og de udfoldede eksistentialer har noget at "sige" om informanternes levede liv og hermed, hvordan de har betydning for oplevelsen af ventetid, hvormed fænomenet *levet tid* belyses.

I det følgende fremstilles undersøgelsens fund og heri en udfoldelse af, hvordan eksistentialerne viser sig i fundene samt deres betydning for informanternes oplevelse af fænomenet *levet tid* i ventetiden.

5.1 Når anerkendelse medfører en meningsfuld ventetid

I undersøgelsens fund viser sig det fælles meningsbærende tema "Når anerkendelse medfører en meningsfuld ventetid". Dette fælles meningsbærende tema ses i relation til eksistentialen levede

relationer (relationality), fordi informanternes oplevelser er relaterede til, hvordan de relationelle omgivelser påvirker deres oplevelse af den præoperative ventetid. Ligeledes knyttes temaet til eksistentialt levetid (temporality), da informanternes oplevelse af ventetiden er relateret til påvirkningen af den individuelle opfattelse af tiden.

Ud fra empirien fremgår det, hvordan informanterne oplever de relationelle omgivelser i ventetiden gennem at modtage information i ventetiden på operationsdagen, inden operationen. Materialet viser en fælles meningsstruktur for informanterne gennem kommunikation, som bidrager til følelsen af anerkendelse fra personalet, der medfører at ventetiden opleves som meningsfuld. Nogle informanter oplever at få detaljerede opdateringer undervejs i ventetiden, imens andre informanter beretter, at de ikke oplever at få nogen informationer eller opdateringer undervejs omkring ventetiden. Desuden viser empirien, at ventetiden opleves kortere, når informanterne modtager information og opdateringer undervejs. Modsat beskrives i materialet, hvordan manglende kommunikation medfører oplevelsen af en længere og ikke meningsfuld ventetid. Her ses, hvordan eksistentialt temporality kommer til udtryk, da der ses en forskel i den objektive tid og den individuelt oplevede tid, som påvirkes af, hvorvidt informanterne oplever kommunikation med personalet undervejs i ventetiden. Her ses kommunikation igen som en fællesnævner for informanternes oplevelse af ventetiden som meningsfuld.

Det er ikke uden betydning, hvorvidt informanterne har følt sig informerede undervejs, da materialet viser, hvordan kommunikation knyttes til ord som ”anerkendelse”. Ud fra materialet tegner der sig et klart billede af, hvad anerkendelse betyder for oplevelsen af ventetiden, idet informanterne beskriver denne anerkendelse med fraser som ”opmærksom på mig”, ”klar over jeg var der” og ”ikke glemt eller overset”. På denne måde beskriver informanterne, hvordan personalet gennem kommunikation anerkender deres tilstedeværelse i ventetiden. Materialet viser, at informanterne oplever ventetiden som meningsfuld, når de føler sig anerkendt og ikke overladt til sig selv, og når de modtager konkrete informationer og tidsperspektiver at forholde sig til undervejs. Ud fra empirien vises, at anerkendelsen fra personalet i ventetiden, kan have mindsket oplevelsen af at ligge og føle sig alene - på trods af, at informanterne i størstedelen af ventetiden lå alene og ventede. Eva beretter om sin oplevelse af at føle sig informeret og anerkendt i ventetiden:

”...jeg kunne godt se at nu myldrede de rundt, fordi de havde travlt, men at de så stadig har overskuddet til at være opmærksom på mig og komme og hilse, og sige hej jeg hedder sådan og sådan og jeg er anæstesisygeplejerske og hvad det nu var. Det synes jeg var meget fint. Det bed jeg meget mærke i. Det er en ting, der betyder noget”(Eva)

Med fokus på eksistentialet relationality fremgår det ud fra empirien, hvordan såvel den verbale som den nonverbale kommunikation har betydning for informanternes oplevelse af fænomenet *levet tid*. For nogle af informanterne gjorde det sig gældende, at de ikke oplevede at modtage verbal kommunikation undervejs i ventetiden, men alligevel oplevede anerkendelse fra personalet imens de lå og ventede. Denne anerkendelse bestod i nonverbal kommunikation med det forbigående personale, der med smil og nik tilkendegav informanternes tilstedeværelse. Denne nonverbale kommunikation er ikke uden betydning, da den bidrog til, at følelsen af at være alene og overladt til sig selv i ventetiden minimeredes, på trods af den manglende verbale kommunikation. Vivi fortæller om sin oplevelse af at føle sig anerkendt i ventetiden:

”Det oplevede jeg ved, at de smilede til mig og nikkede sådan lige til mig, når de gik forbi. Det synes jeg er meget venligt. Ja, så ved de jeg er her” (Vivi)

Med citatet illustreres, hvordan informanterne oplever anerkendelsen som omsorgsfuldhed samt hvordan det er en måde, hvorpå personalet skaber en beskyttende atmosfære i ventetiden.

Det fremgår ud fra empirien, at informanterne, der ikke oplevede de relationelle omgivelser i ventetiden gennem at modtage information undervejs, ikke følte sig anerkendt af personalet, hvilket medførte følelsen af at være alene i ventetiden. Informanterne beskriver, hvordan de oplevede at ligge længe alene og vente, uden at blive informeret af personalet undervejs. Informanterne anskues som operationspatienter at være sårbare, hvorfor det ikke er uden betydning, hvordan de oplever deres tid undervejs i indlæggelsen. De er i uvante og utrygge kliniske omgivelser, og følelsen af at være overladt til sig selv i ventetiden er dermed væsentlig at minimere. I de tilfælde, hvor informanterne føler sig alene og ikke oplever at blive anerkendt i ventetiden, kan det tolkes som, at ventetiden ikke opleves meningsfuld. Det fremgår ud fra empirien, at informanterne føler sig overladt til sig selv, når de ikke modtager opdateringer undervejs omkring udviklingen i ventetiden. Dette ses i informanternes beskrivelser af, hvordan de lå alene og ventede i længere tid, end de havde forventet. Informanterne anvender ord som ”glor” og ”alene” i deres beskrivelser af ventetiden. Det fremgår ud fra empirien, hvordan informanterne beskriver, at de oplever at ligge alene størstedelen af tiden, imens

de ligger og venter. Informanterne lægger stor vægt på dette, og nævner adskillige gange, at de var meget alene undervejs i ventetiden. Det er en kendsgerning, at informanterne ligger alene i hovedparten af ventetiden. Her fremgår eksistentialt relationalitet tydeligt, idet kommunikation med personalet er af afgørende betydning for informanternes oplevelse af at være alene i denne ventetid. Materialet viser, at informanterne efterspørger kommunikation med personalet i ventetiden, hvorunder der direkte fortælles, at de ville have sat pris på at blive informeret undervejs. Claus beretter i sin oplevelse af at ligge alene og vente, at han gerne ville have modtaget information fra personalet undervejs:

”Ja, det ville det jo. Man ligger jo bare der og glor. Og venter... med en blokade. Og armen føles helt tung...” (Claus)

Citatet illustrerer, hvordan informanterne ligger og venter alene uden kontakt med personalet. Dette bevirker en øget tankestrøm omkring det ukendte i situationen, hvilket er u hensigtsmæssigt hos den i forvejen sårbare operationspatient, der kan påføres øget nervøsitet.

5.2 Rummets begrænsninger som base for rastløshed og nervøsitet

Gennem undersøgelsens fund findes det fælles meningsbærende tema ”Rummets begrænsninger som base for rastløshed og nervøsitet”. Dette meningsbærende tema ses relateret til eksistentialt oplevet rum (spacialeitet), idet informanterne på hver deres særegne måde har oplevet, hvordan rummets omgivelser påvirkede deres humør imens de ventede.

En gennemgående meningsstruktur hos alle informanterne ses ved, at humøret påvirkes negativt, når der ikke er noget at foretage sig i ventetiden. Ved anvendelsen af ord som ”rastløshed”, ”kedsomhed” og ”glor” beskriver informanterne, hvordan deres humør påvirkes negativt. Nogle af informanterne ligger og venter for enden af en gang på operationsgangen, hvor de ligger og kigger lige ind i en bar væg. De forklarer på denne måde, at de ikke har noget at kigge på i ventetiden. Informanterne giver udtryk for, at det ville være dejligt med et vægur at kigge på, så de kunne følge med i, hvor længe de ventede.

Informanterne fortæller om deres oplevelse af omgivelserne i ventetiden på operationsgangen, at de ikke har noget at foretage sig, og at de bare ligger og glor og venter. Informanterne fortæller, at de

ønsker at have noget at foretage sig under ventetiden, dels som en form for afledning og dels for at få ventetiden til at føles kortere. Informanterne udtrykker ønsket om muligheden for, at de kunne have haft medbragt en bog eller set fjernsyn under ventetiden. Informanten Eva oplevede at der hang nogle faglige plakater på væggen, hvor hun ventede på operationsgangen. Hun fortæller, at da hun ikke havde sine briller med, så fik hun ikke noget ud af dem. Her ses, hvordan der gennem omgivelserne på operationsgangen er forsøgt at bidrage med en form for underholdning eller afledning til de ventende patienter i form af plakater på væggene. Der er på denne måde forsøgt at tage hensyn til patienterne, men dette mislykkes i de tilfælde, hvor patienterne ikke er i stand til at tyde plakaterne uden deres briller, hvormed den gode intention mister sin betydning.

I forlængelse af dette beskriver informanterne, hvordan de ligger og følger med i forbipasserende personale, men fremhæver, at de ikke har noget at se på, da væggene er bare og uden vinduer, vægur, fjernsyn, plakater eller malerier. Empirien viser, at der med fokus på eksistentialet spaciality er forskel på det objektive rum og det følte rum. Der er reelt placeret plakater og malerier på flere vægge på operationsgangen, og dog oplever informanterne ikke, at det giver dem noget at kigge på. I overensstemmelse hermed ligger informanterne og følger med i færdslen på operationsgangen, men oplever ligeledes ikke, at dette bidrager til en form for underholdning i ventetiden. Informanten Eva beretter om sin oplevelse af rummet i ventetiden: *"Nej. Der var ikke rigtig noget at kigge på, kun udstyr og mennesker, der gik forbi"* (Eva)

Citatet illustrerer en uoverensstemmelse mellem det objektive rum, hvor der ses plakater og malerier og færdsel af forbipasserende personale, og den individuelle opfattelse af rummet i ventetiden, hvor informanterne ikke oplever at have noget at foretage sig eller at kigge på, hvilket medfører en følelse af rastløshed. Når humøret er præget af rastløshed, er det ikke uden betydning for informanternes oplevelse af fænomenet *levet tid* på operationsdagen. Der fremgår af materialet en forbindelse mellem denne følelse af rastløshed og følelsen af nervøsitet i ventetiden.

Informanterne efterspørger afledning i ventetiden for at fjerne fokus på omgivelserne, som beskrives som værende "kliniske", "kolde" og "ikke hyggelige". Det er en kendsgerning at operationsgange er kliniske i deres omgivelser, da der tages højde for at minimere risikoen for postoperativ infektion. Men det er ikke uden betydning, at informanterne oplever rummet som værende koldt og klinisk, fyldt med operationsudstyr på gangene, da rummet på denne måde bidrager med en øget oplevelse af nervøsitet i ventetiden. Materialet viser, at der findes nogle omstændigheder i rummet, som har betydning for informanternes oplevelse af ventetiden. Operationspatienten anses som tilhørende en

sårbar patientgruppe, hvorfor det er et essentielt område, hvor materialet viser, at rummet har betydning for informanternes humør i ventetiden på operationsgangen.

Når informanterne ikke oplever at have mulighed for at foretage sig noget i ventetiden på operationsgangen, kan det være en medvirkende årsag til, at denne nervøsitet opstår. De ligger og venter og bliver mere og mere rastløse, og har mere tid til at ligge og tænke over de ting, der er at kigge på i rummet, og spekulerer på det ukendte i operationsforløbet. Mads uddyber, hvordan han oplever de kliniske omgivelser:

”...der gik mange mennesker forbi og de var alle sammen pakket helt ind i plastik alle sammen, så det var lidt underligt lige at se” (Mads)

Med citatet illustreres, hvordan operationspersonalets påklædning kan øge nervøsiteten ved at bidrage til de kliniske og ukendte omgivelser i rummet.

Informanterne lægger vægt på, at de ligger alene og venter på operationsgangen uden en klokkesnor at ringe i. Dette medfører en følelse af nervøsitet, hvor informanterne beskriver, hvordan de ligger og håber, at der ikke opstår en situation, hvor de får behov for hjælp fra personalet. Ligeledes oplever informanten Claus ventetiden som præget af kedsomhed, som samtidig rummer en nervøsitet:

”Det er nok mest kedsomhed. Jeg var ikke nervøs. Jeg var nervøs for én ting. Det kateter der” (Claus)

I eksemplet med Claus ses, hvordan nervøsiteten forstærkes i ventetiden på grund af den manglende afledning, som flere informanter efterspørger.

Empirien viser, at der er forskel på informanternes oplevelse af ventetiden afhængigt af rummet, som de venter i. Materialet udfolder gennem eksistentialt spacialitet, hvordan der ses en gennemgående sammenhæng mellem, hvorvidt rummet bidrager til oplevelsen af *levet tid* i ventetiden, som præget af rastløshed og nervøsitet. For informanterne, der venter på operationsgangen, og som ikke oplever at have noget at foretage sig i rummet undervejs, medfører dette en følelse af rastløshed og nervøsitet. Empirien viser at informanterne oplevede rummet på operationsgangen som begrænsende ift. at foretage sig noget i ventetiden, og rummet ses som en væsentlig faktor for informanternes oplevede humør i ventetiden. Informanterne, der ventede på sengestuen, oplevede ikke rastløshed i ventetiden, og de oplevede modsat at have noget at foretage sig i rummet undervejs (de kunne færdes frit på

afdelingen, se fjernsyn og bruge deres mobiltelefon). Informanten Mads beretter, at hans mobiltelefon fungerede som underholdning i ventetiden. Her ses mobiltelefonen som genstand i rummet at være en essentiel faktor for at undgå kedsomhed og rastløshed i ventetiden – den form for ”tidsfordriv” og afledning, som informanterne efterspørger.

Empirien viser at sengens placering i rummet har betydning for informanternes oplevelse af nervøsitet i ventetiden. Vivi beskriver, hvordan hendes seng placeredes på operationsgangen, skråt over for to andre operationsstuer med åben dør. Hun giver udtryk for at det var ubehageligt at kunne ligge og følge med i, hvad personalet foretog sig på operationsstuerne, imens de gjorde dem klar til operation. Vivi beretter:

”Nej, det brød jeg mig sådan set ikke så meget om, det må jeg indrømme. Jeg havde lyst til at komme ned og ind med det samme, hvis jeg skal sige det på den måde” (Vivi)

Med dette citat illustreres, hvordan sengens placering i rummet under ventetiden på operationsgangen, har betydning for informanternes oplevelse af fænomenet *levet tid*. Empirien viser, at dette påvirker informanternes humør i ventetiden og øger følelsen af nervøsitet i de kliniske omgivelser, der findes i rummet på operationsgangen.

5.3 Når passivitet indebærer en længere ventetid

I undersøgelsens fund findes det fælles meningsbærende tema ”Når passivitet medfører en længere ventetid”. Temaet er i relation til eksistentialt levet tid (temporality), da informanternes oplevelser relateres til, hvordan deres egen opfattelse af tiden kan påvirke oplevelsen af den præoperative ventetid. Temaet er ligeledes i relation til eksistentialt levet krop (corporeality), da informanternes oplevelser er relateret til, hvordan oplevelsen af deres egen krop kan påvirke deres oplevelse af den præoperative ventetid.

Det fremgår ud fra empirien at en fælles meningsstruktur for informanterne er, at de ønsker at få operationsforløbet med den dertilhørende ventetid overstået. Informanterne beskriver, hvordan de ligger og venter passivt og gerne vil have det overstået, da de ikke bryder sig om ventetid, såvel generelt som den præoperative ventetid på operationsdagen. Informanterne anvender termer som

”spildtid” i deres beskrivelser af ventetid. Desuden viser empirien, at informanterne generelt forsøger at undgå ventetid i hverdagsituationer. Ventetid er noget informanterne kobler med en tidsperiode, de ønsker at få overstået hurtigt, eller helst ønsker helt at undgå. Informanten Kim kobler ventetid sammen med sit arbejde i byggebranchen, hvor han beskriver at ventetid opstår ved dårlig planlægning. Materialet viser at fænomenet ventetid, også i sygehusregi, anses som et kulturelt negativt ladet begreb. Dette er ikke uden betydning for informanternes oplevelse af fænomenet *levet tid* på operationsdagen, da ventetid er et begreb, som de på forhånd har kendskab til og har gjort sig tanker om. Materialet viser på denne måde, hvordan eksistentialt temporality udspiller sig gennem informanternes tidligere erfaringer knyttet til begrebet ventetid. Dette er medvirkende til, hvordan de tænker om begrebet ventetid, og hvordan de er indstillet på at skulle opleve ventetid præoperativt på operationsdagen. Da ventetid forbindes med en negativ tidsperiode, påvirker det, hvordan informanterne oplever denne *levede tid* allerede fra ankomst til hospitalet. Informanterne møder op med intentionen om at forsøge at undgå ventetid eller at få den overstået hurtigt.

Præoperativ ventetid på operationsdagen kan ikke undgås, og det er derfor ikke uden betydning, hvordan der tages hensyn til, at patienterne oplever at tilbringe denne tid. Nogle beskriver, at de er spændte og glæder sig til at få det overstået. Imens andre er rastløse og frustrerede, og derfor ønsker at få det overstået hurtigst muligt. I relation til eksistentialt temporality medfører følelsen af rastløshed en individuel oplevelse af varigheden af ventetiden som værende længere end den objektivt er. Da informanterne på forhånd anser ventetid som et kulturelt negativt ladet begreb, som de ønsker at overstå hurtigst muligt, så vil denne rastløshed påvirke humøret i den resterende ventetid. Kim fortæller:

”Ja, så bliver man mere og mere stram i det. Ja, og når så du bliver syg, eller når du eller jeg bliver træt af at ligge og vente i en seng, så lader man det gå ud over de forkerte personer (Kim)

Citatet illustrerer, hvordan rastløshed, i takt med at ventetiden stiger, afløses af følelsen af frustration og manglende forståelse for situationen. Materialet viser, at oplevelsen af ventetid er kompleks og indeholder mange forskellige følelser.

Informanterne anvender betegnelsen ”det” om den tidsperiode, som den præoperative ventetid på operationsdagen udgøres af. Informanterne anvender frasen ”Det skal bare overstået”. Det fremgår ud fra empirien, at informanterne ønsker at få det *samlede* operationsforløb, og herunder den præoperative ventetid på operationsdagen, overstået hurtigst muligt. Dette fremgår såvel direkte som indirekte beskrevet i empirien. Claus beretter:

”Men det vil være dejligt at foretage sig noget under ventetiden. Så føles den lidt kortere jo” (Claus)

Med citatet illustreres, hvordan informanterne ønsker at foretage sig noget undervejs i ventetiden, så den føles kortere. På denne måde gives der indirekte udtryk for ønsket om at få ventetiden overstået hurtigt, da informanterne gerne vil have ventetiden til at føles kortere end den objektivt er. Dette tema er særligt knyttet til eksistentialet temporality, hvilket kommer til udtryk gennem informanternes egen oplevelse af tiden, som ligeledes påvirkes af humøret. Informanterne giver udtryk for at vente i spænding på at få det overstået. Vivi fortæller:

”Jamen der ligger man jo bare og er spændt og ligger og venter, og håber snart der kommer nogen, så man kan få det overstået, så vil jeg sige det på den måde, ikk” (Vivi)

Empirien viser, at fænomenet *levet tid* i ventetiden er præget af mange modsatrettede følelser. På den ene side fortæller informanterne, at de gerne vil have det overstået, men at de ikke var rastløse eller nervøse. Deres humør var præget af, at de glædede sig til at få det overstået. Dette kan have medført, at ventetiden føltes kortere end den objektivt var. På den anden side gav informanterne udtryk for at vente på at få det overstået, med en følelse af frustration, rastløshed eller nervøsitet. Når informanternes humør præges af disse sindstilstande, påvirkes deres egen oplevelse af tiden, som føles længere end den reelt er. I de tilfælde, hvor informanterne oplever humøret i ventetiden præget af frustration, skyldes det at operationstidspunktet udskydes. Et eksempel på dette er Kim, der oplever ventetiden som frustrerende, fordi han oprindeligt skulle have været opereret for flere dage siden. Da hans operation dels er blevet udskudt med flere dage, og han dels oplever at operationen igen og igen udskydes på operationsdagen, påvirkes han mere og mere af sin frustration over ventetiden. Kim giver udtryk for en frustration, der forværres i takt med den forlængede ventetid. Dette er i overensstemmelse med udsagn fra andre informanter, der oplevede at få forlænget ventetid i forhold til, hvad de var blevet forberedt på.

Når patienter indlægges og skal opereres, gælder der for de fleste at der er tale om en uvant situation, hvor de befinder sig udenfor deres komfortzone. Allerede ved iførelsen af hospitalstøjet sker en form for sygeliggørelse af patienterne. Der fremgår i materialet en fællesnævner knyttet til eksistentialet corporeality, som omhandler, hvordan informanterne oplever deres egen krop i ventetiden. Det ses ud fra empirien, at informanterne oplever hospitalstøjet som meget lidt dækkende. Dette er ikke uden betydning for, at informanterne valgte at blive liggende i deres seng i ventetiden. Dette kan være medvirkende til, at informanterne har oplevet egen krop som passiv i ventetiden, på trods af, at de oplevede mulighed for at foretage sig andre ting end at ligge i sengen og vente.

Informanterne fortæller at hospitalstøjet er underligt, og at det næsten ikke er tøj, men bare nogle klude. De kan derfor opleve deres egen krop som afklædt ved iførelsen af dette tøj. Hospitalstøjet anses som en "ubevidst" faktor for, at informanterne vælger at blive liggende og vente i deres seng, frem for at gå rundt eller sætte sig i en stol og se fjernsyn – som informanterne indlagt på sengestuen oplevede at have mulighed for. Empirien viser, hvordan informanterne oplever deres egen krop som passive og låst til sengen i ventetiden på operationsgangen. Eva beretter:

"Jamen det er jo nok bare det her med at man ligger i det her hospitalstøj og man ligger i en seng, ikk'. Og man er bare passiv... og ligger bare og venter på at man skal ind og opereres. Og man ligger bare og venter på... at komme ind på disken"
(Eva)

Citatet illustrerer, hvordan informanterne anskuer sig selv som et objekt, der skal ind at repareres på operationsbordet, hvilket sættes i relation til iførelsen af hospitalstøjet og den medførende passive adfærd i ventetiden. Ved ankomst til sengestuen får patienten tildelt hospitalstøj, som personalet lægger på sengen, hvorefter de gives valget om, hvornår de vil iføre sig det. Informanterne fortæller, at de frivilligt valgte at iføre sig hospitalstøjet med det samme, da de syntes det var lettere at få det overstået, og nogle påpegede, at de tænkte, at de måske kunne hvile sig lidt imens de ventede. Samtidig beretter de, at de havde bevæget sig mere rundt på afdelingen, hvis de havde været iført deres eget tøj eller noget mere dækkende hospitalstøj. Intentionen om at iføre sig hospitalstøjet ved ankomst for at kunne hvile sig, præges af ønsket om at få ventetiden overstået hurtigst muligt. Det vurderes ud fra empirien, at informanternes privatliv og mulighed for at foretage sig noget i ventetiden, indskrænkes ved iførelsen af hospitalstøjet, på trods af den frivillige iførelse af tøjet tidligt i ventetiden. Dette bidrager til, at informanterne oplever ventetiden som lang, fordi de ikke oplever at kunne foretage sig noget undervejs. Ligeledes medfører det en følelse af en passivering i sengen,

som medvirker til følelsen af, at ventetiden ”bare skal overstås”, da den individuelle oplevelse af tiden bærer præg af at være en lang og hverken morsom eller behagelig tidsperiode.

5.4 Essensen af fænomenet *levet tid*

Det fælles grundtræk, der gennemtrænger samtlige identificerede fælles meningsbærende temaer, anskues at være selve essensen af fænomenet *levet tid* præoperativt på operationsdagen. Inspireret af Van Manen (27) er essensen af *levet tid* den indre mening, der karakteriserer den reflektive tekst. Fænomenets essens er det unikke, der gør fænomenet til det det er, og som det ikke kan være uden (27). Undersøgelsen viser, at vi skal rette opmærksomhed på de relationelle omgivelser, da de er skelsættende for, hvorvidt ventetiden opleves som meningsfuld. Derudover skal vi være opmærksomme på rummet, fordi det er stemningsskabende for humøret i ventetiden. Vi skal desuden have fokus på, hvordan patienten oplever egen krop undervejs, da det påvirker den individuelt oplevede varighed af ventetiden.

Essensen af fænomenet *levet tid* viser sig i det universelle i de tre fælles meningsbærende temaer, som værende: *At vente i en uvant atmosfære*. Patienternes oplevelse af den levede tid præoperativt på operationsdagen, kan skildres som en eksistentiel erfaring. Denne erfaring konstrueres i tiden på hospitalet og udvikles i det fysiske rum, gennem det relationelle forhold med omgivelserne, oplevelsen af egen krop samt egen oplevelse af varigheden af ventetiden. På tværs af temaerne synliggøres nogle vilkår i ventetiden på hospitalet, der har betydning for, om patienterne oplever ventetiden som meningsfuld. Patienternes oplevelse af ventetiden som meningsfuld har essentiel betydning for den sårbare patient. Dette vanskeliggøres af de vilkår, der gælder i ventetiden på hospitalet. Disse vilkår viser sig ved et klinisk og koldt miljø, og rummets begrænsende rammer, som medfører en oplevelse af egen krop som passiv, hvilket medfører følelsen af en længere varighed af ventetiden. Vilkårene viser sig desuden ved patienternes oplevelse af de relationelle omgivelser, hvor anerkendelse fra personalet er af afgørende betydning for om ventetiden opleves som meningsfuld.

Gennem undersøgelsen vises, at det for patienterne opleves vanskeligt at være til stede i tiden under ventetiden på operationsgangen og sengestuen. Årsagen til dette findes ved de relationelle, fysiske, kropslige og tidsmæssige forhold, der gør sig gældende for den menneskelige *væren i tiden*.

Undersøgelsen viser at kommunikation med personalet imødekommer den sårbarhed, som operationspatienten kan befinde sig i. Derudover viser undersøgelsen, at omgivelserne i rummet påvirker patienternes humør negativt, og medfører en oplevelse af egen krop som fastlåst til sengen. Disse omstændigheder medfører, at patientens oplevelse af varigheden af tiden øges. Essensen af fænomenet *levet tid* viser sig ved, at patienterne tilbringer den præoperative ventetid under en uvant atmosfære, der er præget af de hæmmende eksistentielle vilkår, der findes i tiden på hospitalet. Spørgsmålet om, hvordan oplevelsen af ventetiden kan udvikles og forbedres, når patienter skal opnå en meningsfuld ventetid, på trods af vilkårene, der findes i tiden under den præoperative ventetid, rejser sig.

Dette diskuteres i følgende afsnit med inddragelse af Kari Martinsen og Mogens Pahuus, der skriver om hospitalsvæsenets arkitektur og dets betydning for den indlagte patient. Ligeledes diskuteres undersøgelsens fund med relevante forskningsstudier.

6.0 Diskussion

Undersøgelsesfundene viser, at informanterne oplever kommunikation med personalet som afgørende for, hvorvidt de har oplevet en meningsfuld ventetid med følelsen af anerkendelse. Derudover viser fundene, at rummet, hvori ventetiden tilbringes, har betydning for informanternes humør – særligt de kliniske omgivelser på operationsgangen viser at medføre øget nervøsitet. Ligeledes viser fundene, at informanterne oplever deres egen krop som passiv i ventetiden, der tilbringes i sengen, hvilket medfører en individuel oplevelse af en øget varighed af ventetiden.

I følgende afsnit diskuteres undersøgelsens fund med inddragelse af international forskning samt Martinsens tanker om ”sykeværelset” (55) (betegnes fremover ”patientens rum”). Når Martinsen identificeredes som den mest oplagte teoretiker at diskutere undersøgelsens fund op imod, beror dette på hendes mangeårige beskæftigelse med rum og tid i sine skrifter. Derudover vurderedes Martinsen med sine nylige skrifter at være særdeles nutidig og relevant at inddrage, med association til de i undersøgelsen gjorte fund.

Ligeledes inddrages Pahuus kortfattet, og sårbarhed som begreb diskuteres jf. Purdy (56) i relation til undersøgelsens fund. Der fremlægges belæg for, hvorfor operationspatienten kan anskues som tilhørende en sårbar patientgruppe.

6.1 Diskussion af undersøgelsens fund

Der fremgår overensstemmelse mellem den internationale forskningslitteratur, som er fremlagt i specialets baggrundsafsnit, og flere af de i undersøgelsen identificerede fælles meningsbærende temaer. Undersøgelsen viser, at informanterne oplevede at gennemleve ventetiden med en sinds-tilstand præget af nervøsitet. Dette er kendetegnet for den internationale litteratur, der i nyere studier har fundet, at præoperativ angst er et problem for patienterne (13-21). Gennem undersøgelsens fund blev der ikke identificeret en direkte angst hos informanterne, dog vurderes den oplevede nervøsitet at kunne sidestilles hermed. Undersøgelsen finder, at informanterne oplever den præoperative ventetid præget af de kliniske omgivelser i rummet på operationsgangen, som medfører øget nervøsitet. Et studie beskriver samstemmende, at operationspatienter oplever at ventetid i kirurgiske omgivelser, medfører øget stress hos de allerede nervøse patienter (24). Undersøgelsen finder, at patientens nervøsitet udvikledes i løbet af ventetiden, som følge af rummet hvori ventetiden tilbragtes. Ligeledes viser undersøgelsens fund, at informanterne ønskede at få overstået den præoperative ventetid hurtigst muligt, da de helst ønskede at undgå ventetid. Et internationalt forskningsstudie fastslår, at præoperativ angst kan være direkte forårsaget af ventetid på operationsdagen (24). Med undersøgelsens fund ses hermed konsensus med de i forskningsstudierne fremlagte konklusioner, da informanterne ligeledes lå og ventede i kirurgiske omgivelser på operationsgangen, hvilket øgede deres nervøsitet inden operationen.

Undersøgelsen finder ved essensen af fænomenet *levet tid*, at informanterne oplever ventetiden i en uvant atmosfære. Undersøgelsen viser, at rummets kliniske, kolde og begrænsende rammer på operationsgangen, udgør nogle af disse uvante faktorer i atmosfæren i ventetiden. Kvalitative studier har dybdegående undersøgt hvilke faktorer, der kan påvirke præoperativ angst (14, 17, 22). I overensstemmelse med undersøgelsens fund konkluderer studierne, at præoperativ angst øges af frygten for det ukendte (14, 17, 22) og at patienter under ventetiden bliver udsat for adskillige uvante og ukendte faktorer (14). Dette vurderes at være et væsentligt genstandsfelt for fremtidens

sygeplejepraksis, hvor rummet bør medindtænkes for at lindre patientens nervøsitet inden operation. Rummets rolle for patientens oplevelse af ventetiden diskuteres yderligere i nærværende afsnit.

Undersøgelsen finder, at kommunikation har en afgørende betydning for, hvorvidt informanterne har følt sig anerkendt i ventetiden, hvilket er en essentiel faktor for, om ventetiden oplevedes som meningsfuld. Dette stemmer overens med forskningsstudier, der konkluderer en sammenhæng mellem oplevelsen af at have modtaget information om ventetiden undervejs og den samlede patienttilfredshed (13, 14, 18, 25).

Fundene fra undersøgelsen viser en sammenhæng mellem informanternes oplevelse af ikke at have mulighed for at foretage sig noget i ventetiden og følelsen af rastløshed og nervøsitet. Ventetiden præges af en passivering i sengen, som starter ved iførelsen af hospitalstøjet. Undersøgelsen viser, at oplevelsen af ventetiden påvirkes af det Martinsen kalder ”virkelig tid” (57), fordi kroppens passivitet i ventetiden medfører oplevelsen af en øget varighed af denne. Ud fra et sygeplejefagligt perspektiv vil sundhedsprofessionelle med fordel kunne anvende denne viden i fremtidig praksis, og indtænke muligheden for at opfordre patienter til at vente med at iføre sig hospitalstøjet. På denne måde skabes mulighed for en mere aktiv ventetid, som kan minimere følelsen af rastløshed og nervøsitet. En sådan ændret arbejdsgang vil indebære kommunikation med løbende opdateringer undervejs i ventetiden, for at sikre at patienten er klar, når denne kaldes ned til operationsstuen. Arbejdsgangen vil kunne bidrage til en positivt oplevet ventetid og hermed optimere den samlede patienttilfredshed med det præoperative forløb, hvilket er i overensstemmelse med international forskning (13, 14, 18, 25).

Når undersøgelsen finder, at kommunikation leder til følelsen af anerkendelse i ventetiden, er dette ifl. Martinsen (57) et udtryk for en måde, hvorpå sygeplejersken anvender sit faglige skøn. Undersøgelsen viser, at patienten på denne måde føler sig set og hørt. Undersøgelsen finder, at nogle informanter oplever manglende anerkendelse i ventetiden, hvilket ifl. Martinsen beror på, at sundhedsvæsenet er præget af stort fokus på *instrumentel tid*, hvor mindst mulig målbart tidsforbrug er målet (57). Dette kommer til udtryk i undersøgelsen, når sygeplejerskens møde med patienten vanskeliggøres, hvor den målbare tid overvinder det omsorgsfulde møde med anvendelse af det

faglige skøn - og patienten hermed ikke oplever anerkendelse gennem kommunikation i ventetiden. Undersøgelsen identificerer anerkendelse som værende en essentiel faktor for, at ventetiden opleves som meningsfuld. Det er ifølge Martinsens tanker gennem arkitekturen på hospitalet, at patienten i ventetiden kan skabe fodfæste samt være rammegivende for meningsskabelse (55). Når vi fra undersøgelsens fund får givet, at informanterne oplever at være overladt til sig selv i ventetiden med følelsen af at være alene, så strider dette imod Martinsens tanker om at skabe rammer for meningsfuldhed gennem arkitekturen og socialt samvær med andre mennesker (55). Ud fra undersøgelsens fund, vil følelsen af at være alene i ventetiden ud fra denne tankegang, vanskeliggøre opnåelsen af en meningsfuld ventetid.

Undersøgelsen viser, at fænomenet *levet tid* viser sig ved den uvante atmosfære, hvori patienter tilbringer ventetiden inden operation. Denne uvante atmosfære i den præoperative ventetid har ifl. Martinsen grobund i rummet, hvor menneskets sansning er hindret og dermed fremmedgjort, hvilket kan medføre, at patienten mister sit fodfæste (55). Atmosfæren er præget af de indskrænkende vilkår, der opleves i rummet under ventetiden på hospitalet. Dette stemmer overens med Martinsens tanker om, at rummet spiller en essentiel rolle for den gode atmosfære (55). Omgivelserne i ”patientens rum” i ventetiden på operationsgangen er præget af travl færdsel af personale og andre patienter i senge, ligesom rummet beskrives som klinisk, koldt og ikke-hyggeagtigt. Dette er samstemmende med Martinsen, der skriver, at rum ikke blot er fysiske rum, men er rum fyldt med stemninger (55). Stemningerne, som informanterne oplever i ventetiden på operationsgangen, er dog i uoverensstemmelse med Martinsens tanker om ”patientens rum”, der bør være præget af ro, stilhed og langsomhed (55). Arkitekturen kan med fordel indtænkes i fremtidens indretning af ”venteområdet” på operationsgangen, og kan dermed fungere som genkendelige og trygge rammer for at bidrage til en meningsfuld ventetid.

Jf. undersøgelsens fund og essensen af fænomenet *levet tid* i ventetiden, mister patienten ifl. Martinsen sit fodfæste i den uvante atmosfære (55). I overensstemmelse hermed konkluderer Pahuus, hvordan patienten kan påvirkes af det indskrænkende rum (58). Således ses den præoperative ventetid at være påvirket af de begrænsende og hæmmende omgivelser i rummet, som får patienten til at føle sig passiv, da handlerummet indskrænkes. I undersøgelsen vises, at patientens seng på operationsgangen ikke er centrum i rummet, men en del af det øvrige inventar, hvor al færdsel foregår

”uden om” patienten og ikke ”rundt om” patienten. I modsætning hertil definerer Martinsen sengen som værende omdrejningspunktet for sygepleje i ”patientens rum” (55). Undersøgelsen finder, at informanterne oplever sig passive og fastlåste til deres seng under ventetiden, som ifl. Martinsen kan være en ubevidst base for tryghed i de ukendte omgivelser under indlæggelsen på hospitalet (55). I forlængelse heraf, sker der i rummet på operationsgangen en ”tingsliggørelse” af patienten, idet rummet præges af resultat- og målopnåelser samt en hurtig gennemstrømning. I overensstemmelse med dette beskriver Pahuus (58), hvordan patienten udvikles fra at have en krop til at være et legeme (58). Hvilket ligeledes kommer til udtryk i undersøgelsens fund, når informanterne oplever en objektivisering af deres egen krop, der relateres til iførelsen af hospitalstøjet og den dertilhørende passive ventetid.

Gennem undersøgelsen defineres operationsgangen som det kliniske rum. Martinsen beskriver, hvordan patienter i et sådant rum kan miste deres fodfæste, og tillægger hospitalsvæsenet en andel af skyldes, da de er eksperter i at modtage ”en bestilling” og at få den udført og leveret (55). Ud fra undersøgelsens fund ses, hvordan ventetiden på operationsgangen styres af den hurtige produktion. Martinsen stiller spørgsmålet om, hvorvidt ”patientens rum” og begivenhederne deri, giver mulighed for, at patienten kan finde ro og hvile i de langsomme sansninger i kroppen, selvom rummet er styret af en hurtig produktion (55). Derfor bidrager rummet jf. Martinsen (55) i ventetiden på operationsgangen ikke som en hjælpende faktor, idet de kolde og kliniske produktionsprægede omgivelser medfører stedstab for patienterne.

I undersøgelsen beskriver informanterne, hvordan de ventede på operationsgangen uden udsyn til vinduer, imens nogle havde udsyn til malerier eller plakater. Da der på hovedparten af operationsgangen ikke er vinduer, er det ifl. Martinsen af særlig betydning, at væggene præges af illustrationer, der leder tankerne væk fra sygeliggørelse, og som kan være ”sansernes flugtvej” (55). Ud fra undersøgelsens fund ses dette ikke at være tilfældet, da det fremgår, at der hænger faglige plakater, hvilket ligeledes er registreret under det indledende observationsstudie. Ud fra Martinsen (55) kan der derfor argumenteres for, at denne indretning i rummet på operationsgangen er uhensigtsmæssig, da patienterne vil have gavn af en æstetisk udformning af væggene, der bidrager til trøst. Ifl. Martinsen er det naturlige lys en livgivende og helbredsfræmmende kilde, og mangel på direkte vinduesudsigt kan medføre en følelse af at være indespærret (55). Ud fra undersøgelsens

indledende observationsstudie er der gjort kendskab med operationsgangens lysindfald, som bestod i lyset fra lysstofrør, der var så skarpe, at de fik øjnene til at svide. Ligeledes er lyset beskrevet af informanterne som ”ikke-behageligt”. Martinsen beskriver, hvordan et for skarpt lys kan lamme patienten og medføre en følelse af at blive udstillet (55). Dette stemmer overens med undersøgelsen, der beskriver, hvordan informanterne har oplevet operationsgangen som klinisk og ikke-hyggeilig. De ydre fastlagte omstændigheder bestemmer, hvordan lys og luft skal befinde sig i rummet på operationsgangen. I modsætning hertil skriver Martinsen, at da sygeplejersken ikke kan ændre på hospitalets ydre arkitektur som vinduer og døre, kan hun agere ”lys-, luft- og lydmaster” og hermed styre, hvordan lysindfaldet i ”patientens rum” skal være (55). Sygeplejersken kan ikke ændre på disse rumlige vilkår på operationsgangen. Muligheden for at medtænke, de for patienten væsentlige rumlige aspekter på operationsgangen som vinduer, hviler derfor på fremtidens hospitalsbyggerier.

Ud fra undersøgelsen findes der ikke at være klokkesnore ved sengene under ventetiden på operationsgangen. Dette anses som en bidragende faktor til nervøsitet for patienten under denne ventetid. Jf. Martinsen bør sygeplejersken have fokus på, hvordan patienten efterlades i ventetiden, når hun forlader rummet, og at klokkesnoren er en væsentlig faktor for følelsen af tryghed og varetagelsen for patienten (55). Det kan opleves som en form for omsorgssvigt fra personalet, når undersøgelsen viser, at informanterne oplever at være efterladt alene, uden mulighed for at tage kontakt med personalet ved behov i ventetiden på operationsgangen.

Operationspatienten kan ud fra undersøgelsens fund anskues at tilhøre en sårbar patientgruppe. For at afdække begrebet ”sårbarhed” inddrages Purdys begrebsanalyse (56). Purdy definerer sårbarhed som et fænomen, der dannes i det enkelte menneskes *kontekst*, og det er dermed ikke iboende i det enkelte menneske (56). Når patienten befinder sig i den præoperative ventetid, i ”rummet” på sengestuen eller i ”rummet” på operationsgangen, anskues denne at vente i en særlig kontekst. Denne kontekst medfører ifl. Purdy (56), at patienten er modtagelig for negative eller positive psykosociale skader. Da undersøgelsen viser, at patienten venter med følelsen af at være passiv og alene med et humør præget af nervøsitet, befinder de sig i en kontekst, der gør dem sårbare, da de påføres en negativ skade. Dette ses ved, at patienten ud over at skulle forholde sig til sit eget operationsforløb, skal forholde sig til omgivelserne i rummet, der præges af en uvant atmosfære, som vanskeliggør patientens eksistens i ventetiden.

Diskussionens fremlagte synspunkter kan med fordel inddrages i fremtidens nytænkning af hospitalsbyggerier, hvor patienter kan hjælpes i den præoperative ventetid, ved at opholde sig i et afskærmet "venteområde" kun for patienter på operationsgangen. Dette rum kan indrettes for at yde den sårbare operationspatient trøst og hjælp i ventetiden, hvor der medtænkes fred og ro fra teknikstøj, naturligt lysindfald fra vinduer samt malerier og fjernsyn til at agere afledning i ventetiden.

6.2 Diskussion af undersøgelsens metode

I nærværende afsnit følger en diskussion af den i specialet anvendte metodes styrker og svagheder. Diskussionen udførtes med inspiration fra Lincoln & Guba's (59) fire kvalitetskriterier: credibility, transferability, dependability og confirmability (60), der er anvendelige i adressering af pålidelighed og gyldighed i kvalitative studier.

6.2.1 Credibility

Med credibility vurderedes i hvilken grad fundene i specialet er troværdige (59). Gennem specialets metodeafsnit redegjordes for udvælgelsen samt anvendelsen af den hermeneutisk fænomenologiske metode, der blev fundet anvendelig til at besvare problemformuleringen. Variationen i de rekrutterede informanter ift. alder og kirurgisk speciale kunne med fordel have været større. Der var dog ikke mulighed for at forfølge ønsket om større variation, grundet de begrænsende omstændigheder, der gjorde sig gældende i perioden med rekrutteringsprocessen (jf. begrænset adgang til hospitalet pga. COVID-19). Der ses da også en variation i de seks informanternes køn, alder, kirurgisk speciale og art samt operationstidspunkt på dagen, hvormed der er foretaget kildetriangulering. Ligeledes anvendtes metodetriangulering i form af det indledende observationsstudie med efterfølgende interviews. På denne måde blev data krydstjekket, hvilket anses at øge specialets credibility (59).

De seks informanter vurderes at være et passende antal til indsamling af data, da databearbejdningen hermed blev dybdegående med nuancerede beskrivelser af informanternes oplevelser. I overensstemmelse med Kvale og Brinkmann (39) ville yderligere informanter have medført mindre tid og ressourcer til behandlingen af hvert enkelt interviewmateriale. Den udarbejdede interviewguide var desuden en medvirkende faktor til at sikre indsamlingen af detaljerede beskrivelser fra

informanterne (39). Da specialet udarbejdedes som et individuelt projekt kunne dettes credibility være øget ved anvendelsen af forskertrianglering (60). Der har dog figureret løbende sparring med den tildelte vejleder med forskningsmæssig erfaring, hvilket har bidraget til at øge specialets credibility. Der anvendtes teoritrianglering i specialets diskussion af fundene, da der inddrages forskellige perspektiver og teorier, hvilket anses at øge specialets credibility (60). Overordnet vurderes specialets credibility at være høj, hvormed der er taget højde for de få punkter, hvor denne kunne være øget.

6.2.2 Transferability

Med transferability henvises til graden af overførbarehed i specialet (59). Denne blev forsøgt sikret gennem dybdegående beskrivelser relateret til rekrutteringsprocessen af informanter, efterfulgt af en opstilling af informanterne og en redegørelse for konteksten, hvori interviewene blev udført (59). Med henblik på at besvare specialets problemformulering opstilledes inklusionskriterierne, og der redegjordes for de rekrutterede informanter med alder, køn, kirurgisk speciale og art. Da der som ovenfor nævnt var en variation i informanternes operationstidspunkt på dagen, kunne dette med fordel have fremgået af den skematiske oversigt over informanterne. Dette ville dog ikke bidrage med reelle operationstidspunkter, da informanterne under interviewene adspurgtes om tidspunktet som flere ikke var bekendte med, da operationen var udskudt på dagen. Dette anses dermed ikke som en svaghed for specialets transferability. Som det fremgår af metodeafsnittet, er de seks informanter demografisk placeret i Region Hovedstaden, hvilket kan mindske graden af repræsentativitet for den samlede befolkning. Der er derudover redegjort for forskerpositionen, hvilken har dannet grundlag for egen forforståelse i undersøgelsen. Tilhørsforholdet til konteksten, hvori undersøgelsen fandt sted, er dermed anskueliggjort. Dette anses ligeledes som en styrke af specialets transferability (59, 60).

6.2.3 Dependability

Specialets dependability beskriver kvaliteten af opgavens stringens og konsistens (59). Gennem grundig beskrivelse af specialets metode skabtes gennemsigtighed over de beslutninger, der træffedes i forskningsprocessen. Der er desuden præsenteret samt reflekteret over modstridende fund i analysen. Disse aspekter anses begge som styrkemarkører for specialets dependability (59, 60). For yderligere styrkelse af specialets dependability kunne der med fordel være foretaget et ”dependability trail” (60) – en pålidelighedsrevision. Her kunne en ekstern forsker have gennemgået de

transskriberede interviews, og undersøgt processen hvori data indsamledes samt analyseredes. Hermed kunne overensstemmelse mellem den teoretisk opstillede forskningsprocedure og den praktiske udfoldelse af denne sikres (60). Da specialet kan anses som et pilotstudie, vurderedes iværksættelsen af et ”dependability trail” at være for ressourcekrævende en proces. Dersom analysestrategien og analysefundene præsenteredes tydeligt samt understøttedes af citater, anses en art ”audit trail” (60) at være udarbejdet, hvilket vurderes at styrke specialets dependability.

6.2.4 Confirmability

Med confirmability vurderedes specialets transparens (59), der forsøgte styrket gennem redegørelse af forskerposition og egen forforståelse. Gennem anvendelsen af metode- og kildetriangulering blev der ligeledes ihærdigt forsøgt at skabe transparens i undersøgelsen, hvilket bidrager til at øge specialets confirmability (59, 60). Som nævnt anvendtes en decideret forskertriangulering ikke, da specialet udformedes som en individuel opgave. Dette anses ikke som en væsentlig svaghed, da der jævnligt konfereredes med en erfaren forsker. I forlængelse af et ”audit trail” ville et ”confirmability audit” (59, 60) – en bekræftelsesrevision – hvorunder sammenhæng mellem data og enhver fortolkning foretaget ud fra disse bekræftes, have styrket specialets confirmability (59, 60). Da udførelsen af den todelte auditproces ikke vurderedes at være en realitet, forsøgte dette imødekommet gennem redegørelsen for, hvordan den indsamlede empiri og dertilhørende temaer udsprang i overensstemmelse med hinanden. Specialets confirmability styrkedes derudover gennem henvisning til, hvilken teoretiker der blev fundet inspiration hos til analysen.

Opsummerende anslås den samlede bedømmelse af specialets kvalitet, vurderet ud fra ovenstående kvalitetskriterier, at være af høj karakter.

7.0 Konklusion

Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvordan patienter oplever fænomenet *levet tid* i den præoperative ventetid på operationsdagen. Ud fra en hermeneutisk fænomenologisk tilgang med inspiration fra Van Manen og hans livsverden eksistentialer, blev der foretaget interviews af seks informanter samt et supplerende observationsstudie af operationsgangen. Undersøgelsens analyse

fandt, at præoperativ ventetid er et komplekst begreb præget af modsatrettede følelser. Gennem undersøgelsen identificeredes nogle vilkår i ventetiden på hospitalet, som vanskeliggør ventetiden for patienterne. Vilkårene bevirker, at patienterne gennemlever den præoperative ventetid i en uvant atmosfære. Denne uvante atmosfære udspiller sig i rummets kliniske og indskrænkende omgivelser, der påvirker patienternes humør negativt. Vilkårene i rummet foranlediger ligeledes følelsen af passivitet, som øger patienternes individuelt oplevede varighed af ventetiden. Yderligere finder undersøgelsen, at de relationelle omgivelser i ventetiden er afgørende for, hvorvidt patienten føler sig informeret og anerkendt af personalet undervejs og dermed oplever ventetiden som meningsfuld.

Operationspatienten blev gennem diskussion af begrebet sårbarhed ifl. Purdy, vurderet at tilhøre en sårbar patientgruppe. Dette fordi, denne befinder sig under en særlig kontekst i rummet i ventetiden, hvilket vanskeliggør patientens eksistens i ventetiden under den uvante atmosfære. Undersøgelsens fund diskuteredes med international forskningslitteratur samt Kari Martinsen og Mogens Pahuus. Diskussionen fandt, at rummets uvante atmosfære medfører, at patienten mister sit fodfæste i den hurtige produktion og i de kliniske omgivelser, hvor der sker en "tingsliggørelse" af patienten, som oplever nervøsitet og frygt for det ukendte. Mangel på naturligt lys fra vinduer samt afledning i form af malerier på operationsgangen bevirker en mangelfuld trøst for patienterne i ventetiden. Derudover øger manglende klokkesnore patienternes nervøsitet i ventetiden på operationsgangen, hvilket kan opleves som omsorgssvigt fra personalet. Når rummet bevirker et indskrænket handlerum for patienterne, medfører dette en passiv ventetid og en individuel oplevelse af en øget varighed af ventetiden. Nogle patienter oplever manglende kommunikation, med manglende anerkendelse til følge, og en ventetid præget af at være ladt alene. Årsagen skal ifl. Martinsen findes i sundhedsvæsenets fokus på den instrumentelle tid, som vanskeliggør sygeplejerskens møde med patienten og anvendelsen af det faglige skøn.

Rummet fremstår som et særligt væsentligt aspekt at medindtænke i fremtidens sygeplejepraksis for at forbedre patienternes oplevelse af den præoperative ventetid. Undersøgelsen argumenterer for, hvordan de præsenterede synspunkter kan anvendes i fremtidens hospitalsbyggerier, for herigennem af skabe *hjælpende rum* fremfor *hæmmende rum*. På denne måde kan den sårbare operationspatient hjælpes med at være til stede i den præoperative ventetid. I følgende perspektivering anskues undersøgelsesfundene i en bredere kontekst.

8.0 Perspektivering

På baggrund af undersøgelsens fund, og diskussionen af disse, ved vi nu, at ventetid er et meningsfuldt fænomen, der kan drages fordel af i andre kontekster med ventetid i sundhedsvæsenet.

Vi har fået vished om, at ventetid ikke kun er objektiv, men også er subjektiv. Sygeplejersker kan aktivt anvende omgivelserne i rummet og kommunikation som en støttende tilgang for patientens oplevelse af ventetiden. På denne måde kan ventetiden føles tryk og anerkendende. Der er tale om at høste nogle lavthængende frugter i tilgangen til patienterne i ventetiden. Sygeplejersker kan med ganske få ændrede vaner hjælpe patienten med at være i den aktive ventetid gennem konstruktiv udnyttelse af omgivelserne. Denne tilgang bør ikke være forbundet med sundhedsøkonomiske omkostninger eller kræve mere af sygeplejerskens tid. I praksis kan der være tale om en ændring af vægurets placering, så patienterne kan se det og kan følge med i tiden i ventetiden. Ligeledes kan der i et særligt ”venteområde” på operationsgangen opstilles bøger, afspilles roligt musik og anbringes et lille legehjørne til de pædiatriske patienter, så de ikke behøver at blive liggende passivt i sengen under hele ventetiden. Herigennem skabes en stemning af tryk i rummet, der kan fungere som en hjælpende faktor for patienten i ventetiden ved at agere afledning fra den uvante atmosfære. Dette kan bidrage til at den præoperative angst mindskes, hvilket er særligt betydningsfuldt for den pædiatriske patients postoperative forløb, hvor forekomsten af senfølger ligeledes mindskes. Derudover kan sygeplejersken aktivt anvende information under ventetiden samt nonverbal kommunikation som smil og anerkendende nik.

Undersøgelsens budskab er, at vi ved at skærpe opmærksomheden på den mest fordelagtige anvendelse af omgivelserne i rummet, og at have forståelse for betydningen af at formidle information undervejs, kan sygeplejersken hjælpe patienten med at være til stede i ventetiden. På denne måde bidrager sygeplejersken til en positivt oplevet ventetid i trykke rammer, fremfor en ventetid præget af frustration og nervøsitet. Tiltagene vurderes at gøre sig gældende uafhængigt af konteksten for patientens ventetid.

9.0 Litteraturliste

1. Nightingale F. Notes on Nursing : what it is, and what it is not. 1. udgave ed.?: CreateSpace Publishing; 2015. 179 p. p.
2. Kirkevold M. Sygeplejeteorier : analyse og evaluering. 3 ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010. 272 sider, illustreret p.
3. OECD, Union E. Waiting times for elective surgery. Health at a Glance: Europe 20182018.
4. Sundheds- og Ældreministeriet K, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019. 2019.
5. Sundhedsdatastyrelsen S-oÆmbf. Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse - Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
6. Ældreministeriet S-o. Maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme - § 88 2019 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110>].
7. Regionsrådet. Budgetaftale 2020 - Tid til patienten. Region Hovedstaden; 2019.
8. regionerne KfPpva. LUP Somatik 2018 - National rapport. Frederiksberg; 2019.
9. Patientoplevelser Kf. Patienters oplevelser i Region Hovedstaden 2018. Frederiksberg; 2019.
10. Andersen S. Skyggeforløb af patienter med ondt i maven. Kvalitetsafdelingen, Regionshospitalet Randers: Region Midtjylland; 2015.
11. Patientsikkerhed DSf. Kommentarsamling for Hej Sundhedsvæsen. 2015.
12. Patientsikkerhed Sf. Statistiske oplysninger om patientklager for 2017. København; 2018.
13. Mitchell M. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. Journal of clinical nursing. 2017;26(1-2):225-37.
14. Chan Z, Kan C, Lee P, Chan I, Lam J. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc). 2012;21(5-6):812-24.
15. Lee MP, Zullo SW, Sobanko JF, Etkorn JR. Patient-Centered Care in Dermatologic Surgery: Practical Strategies to Improve the Patient Experience and Visit Satisfaction. Dermatologic Clinics. 2019;37(3):367-74.

16. Edwards PK, Mears SC, Barnes CL. Preoperative Care of the TKA Patient. *J Knee Surg.* 2018;31(07):618-24.
17. Svensson M, Nilsson U, Svantesson M. Patients' experience of mood while waiting for day surgery. *Journal of clinical nursing.* 2016;25(17-18):2600-8.
18. Espinel AG, Shah RK, McCormick ME, Krakovitz PR, Boss EF. Patient Satisfaction in Pediatric Surgical Care:A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2014;150(5):739-49.
19. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *American journal of surgery.* 2016;212(1):151-9.
20. Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2013(6):Cd006908.
21. Perry JN, Hooper VD, Masiogale J. Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patients using age-appropriate teaching interventions. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses.* 2012;27(2):69-81.
22. Fraczyk L, Godfrey H. Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc).* 2010;19(19-20):2849-59.
23. Mavridou P, Manataki A, Arnaoutoglou E, Damigos D. A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2017;32(5):438-44.
24. Freeman K, Denham SA. Improving patient satisfaction by addressing same day surgery wait times. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses.* 2008;23(6):387-93.
25. Fregene T, Wintle S, Venkat Raman V, Edmond H, Rizvi S. Making the experience of elective surgery better. *BMJ Open Quality.* 2017;6(2):e000079.
26. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. *Reflective lifeworld research.* 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2008. 370 s. p.
27. Van Manen M. *Phenomenology of Practice : Meaning-giving methods in phenomenological research and writing.* Walnut Creek: Left Coast Pr; 2014. 412 p. p.

28. Van Manen M. Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy. 2 udgave ed. London, Ont.: Althouse Press; 1997. xviii, 202 s. p.
29. Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. 234 sider p.
30. Hounsgaard L, Gildberg FA, editors. Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. Aarhus: Klim; 2018.
31. Bjerrum M. Fra problem til færdig opgave. Kbh.: Akademisk Forlag; 2005. 167 sider p.
32. NCBI. PubMed Help www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/: NCBI; [cited 2018 23.5]. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.PubMed_Quick_Start.
33. Health E. CINAHL Database www.health.ebsco.com: EBSCO Health; [cited 2018 23.5]. Available from: <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>.
34. Elsevier. Get the essential biomedical research you need quickly and accurately: www.elsevier.com; [cited 2018 23.5]. Available from:
<https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>.
35. Elsevier. Scopus 2020 [Available from: <https://www-elsevier-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/solutions/scopus>].
36. Munch Kristiansen H, Buus, N., Tingleff, E. B. & Blach Rossen. Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken. 2008;108(10):2-8.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007;19(6):349-57.
38. Kristensen DB. Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. In: Vallgård S, Koch L, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4 ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 182-204.
39. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 440 p.
40. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches. 4. ed., international student edition ed. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications; 2018. xxv, 459 s., illustreret p.

41. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L, editors. Det Kvalitative Forskningsinterview. 4 ed. København: Munksgaard; 2016.
42. Heimann Hansen B, editor. Fænomenologi og hermeneutik : anvendelse og argumentation i sygeplejen. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019.
43. Datatilsynet. Vejledning Samtykke. København; 2019.
44. Drabble L, Trocki KF, Salcedo B, Walker PC, Korcha RA. Conducting qualitative interviews by telephone: Lessons learned from a study of alcohol use among sexual minority and heterosexual women. *Qualitative social work : QSW : research and practice*. 2016;15(1):118-33.
45. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health*. 2008;31(4):391-8.
46. Sweet L. Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research? *Contemporary nurse*. 2002;12(1):58-63.
47. Leder D. *The absent body*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press; 1990. 218 sider p.
48. Henricson M, editor. *Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination*. 2 ed. Kbh.: Munksgaard; 2018.
49. Ringer A. Researcher-participant positioning and the discursive work of categories : experiences from fieldwork in the mental health services 2013; 4(1):[1-20 pp.]. Available from:
<http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/qual/article/download/8126/6716>.
50. Spradley JP. *Participant observation*. Reissued (i.e. New edition) ed. Long Grove, Il: Waveland Press; 2016. 195 s., illustrations, charts p.
51. Spradley JP. *Making descriptive observations*. Participant observation. USA: Harcourt Brace Jovanovich College Publisher; 1980. p. 73-84.
52. Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Deltagerobservation*. KBH: Hans Reitzels Forlag; 2015.
53. ICN., Nurses ICo. *ICN's etiske kodeks for sygeplejersker*: Dansk Sygeplejeråd; 2001.
54. Brinkmann S, Tanggaard L. *Interviewet: samtalen som forskningsmetode*. *Kvalitative Metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 29-54.
55. Martinsen K, editor. *Er sykeværelset med interiør og ting hjælpende? - om sted og stedstap i helsevesenet*. Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 2015.

56. Purdy IB. Vulnerable: A Concept Analysis. Nursing forum. 2004;39(4):25-33.
57. Martinsen K. Omsorg, sårbarhet og tid. Klinisk sygepleje. 2011;25(4):5-9.
58. Pahuus M, editor. Det levede rum - med sideblik til sygepleje. Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 2015.
59. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage; 1985. 416 s. p.
60. Lincoln YS, Guba EG. But is it Rigorous? Trustworthiness and Authenticity in Naturalistic Evaluation. New Directions for Program Evaluation. 1986(30):73-84.

10.0 Bilagsoversigt

Bilag 1: Flowchart over udvælgelsesproces af litteratur

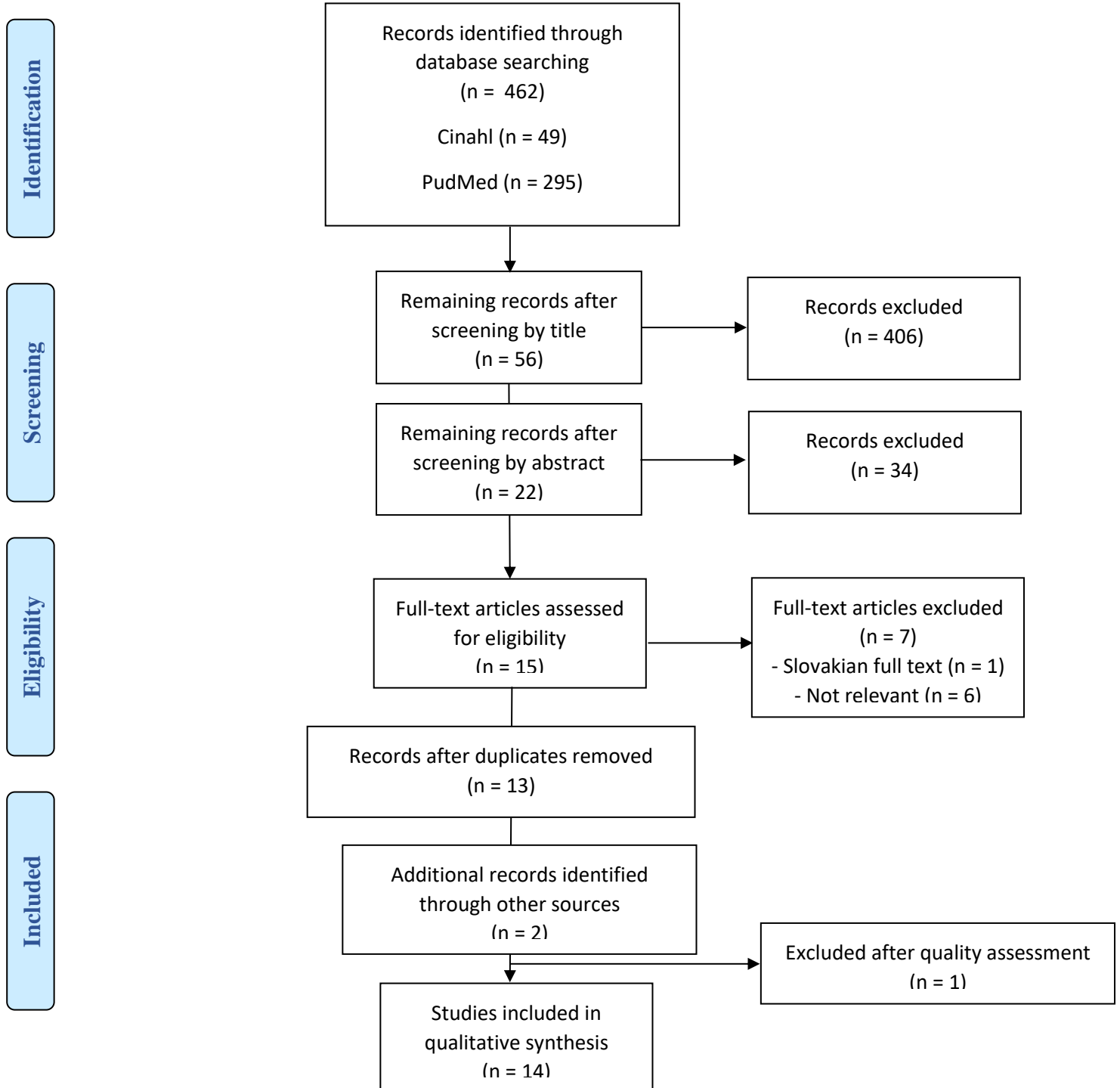
Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Patientinformation

Bilag 4: Samtykkeerklæring

10.1 Bilag 1: Flowchart over udvælgelsesproces af litteratur

Flowchart: Udvælgelsesproces af litteratur



10.2 Bilag 2: Interviewguide

Interviewguide

Indledende briefing

- Jeg er i gang med min afsluttende kandidatafhandling i sygeplejevidenskab på Aarhus Universitet.
- Afhandlingen fokuserer på patienters oplevelse af tiden på operationsdagen, inden operationsstuen.
- Jeg er sygeplejerske med erfaring fra andre hospitalers operationsgang.
- Under dette interview stiller jeg dig spørgsmål omhandlende din tid inden operation på operationsdagen.
- Jeg vil undertiden stille spørgsmål, der kan virke indlysende, men da jeg ikke må drage konklusioner selv, er jeg nødt til at høre svaret fra dig.
- Du vil måske opleve, at jeg stiller spørgsmål, der omhandler det samme, på forskellige måder, for på denne måde at inddrage alle tænkelige aspekter.
- Du må endelig sige til, hvis jeg ikke formulerer mig helt tydeligt.
- Husk, at din deltagelse i interviewet er frivillig og, at du til enhver tid har lov til at trække dig ud.
- Dine svar er fuldt ud fortrolige, og bliver slettet efter projektets afslutning.
- Ligeledes har din deltagelse i denne undersøgelse ingen indflydelse på dine tidligere eller fremtidige behandlinger/indlæggelser.
- Hvis du skulle komme i tanke om noget efter interviewet, som du vil tilføje, eller spørgsmål, er du velkommen til at kontakte mig (mail: birgitte.zilmer@gmail.com).

Vil du spørge om noget, inden vi begynder selve interviewet?

Indledende spørgsmål

- Hvad er det første du forbinder med din tid på operationsdagen inden operationen?

Forskningsspørgsmål 1: Hvordan oplever patienter tiden som subjektivt begreb i ventetiden?

- Hvordan vil du beskrive ventetiden inden operationen? Kan du sætte nogle ord på?

- Hvordan føles varigheden af tiden?
- Hvordan føles dit humør undervejs i ventetiden?
- Prøv at beskrive dit tidligste minde om ventetid.

Forskningsspørgsmål 2: Hvordan oplever patienter det fysiske rum i ventetiden?

- Hvordan vil du beskrive omgivelserne, du befandt dig i, imens du ventede?
- Prøv at fortælle noget om, hvordan du oplevede lys og lyd, imens du ventede?
- Hvad betyder det for dig, at du havde en seng i ventetiden?
- Hvad havde du mulighed for at foretage dig, imens du ventede?

Forskningsspørgsmål 3: Hvordan oplever patienten sin egen krop i ventetiden?

- Hvordan vil du beskrive atmosfæren i ventetiden?
- Hvordan havde du det, når du var alene i ventetiden? Hvordan havde du det, når der var personale/andre patienter under ventetiden? Kan du uddybe nærmere...
- Hvis du skulle beskrive, hvad der får dig til at føle dig som en *patient*, imens du venter, hvordan ville du så beskrive det?
- Prøv at sætte nogle ord på, hvordan du mærkede din egen krop, i tiden imens du ventede?

Forskningsspørgsmål 4: Hvordan oplever patienten sig selv og relationen med andre i ventetiden? (Sygeplejersker, portører, læger, servicemedarbejdere og andre patienter).

- Hvordan vil du beskrive, hvordan aktiviteten var, imens du ventede?

- Prøv at fortælle lidt om samspillet med de andre, der var til stede samtidig med dig i ventetiden?
- Hvis du skulle beskrive, hvordan du havde mulighed for at udtrykke dig følelsesmæssigt i ventetiden, hvordan ville du så beskrive det?
- Hvordan oplevede du muligheden for privatliv, i tiden imens du ventede?

Forskningsspørgsmål 5: Hvordan oplever patienten de materielle genstande i ventetiden?

- Hvordan vil du beskrive de ting, der befandt sig i rummet, hvor du ventede?
- Hvad fik tingene i rummet dig til at føle?
- Hvordan vil du beskrive muligheden for at have personlige ejendele med?
- Hvis du havde personlige ejendele med, hvad betød disse ting for dig i ventetiden?
- Oplevede du nogle ting/genstande, der havde betydning for tiden, imens du ventede?

Afrunding

Her til sidst vil jeg spørge, hvad der har gjort størst indtryk på dig, imens du lå og ventede på operationen?

Har du noget at tilføje?

Er der noget, du gerne vil spørge om?

Nu er interviewet færdigt og jeg har ikke flere spørgsmål at stille dig.

Jeg siger tusind tak, fordi du havde lyst til at deltage i undersøgelsen.

10.3 Bilag 3: Patientinformation

Kære operationspatient

Jeg henvender mig til dig, da jeg gerne vil invitere dig til at deltage i en interviewundersøgelse, som led i min specialeafhandling fra kandidatuddannelsen i sygepleje på Aarhus Universitet.

Jeg ønsker at undersøge, hvordan patienter oplever tiden inden deres operation på operationsdagen.

I sundhedsvæsenet arbejder vi konstant på at forbedre forholdene for patienterne, samt på at øge patienttilfredsheden. Tiden umiddelbart inden operation kan have betydning for patientens samlede tilfredshed med indlæggelsesforløbet. Denne undersøgelse ønsker at kaste lys på patientens oplevelse af tiden på operationsdagen, samt på hvilke faktorer, der har indflydelse på denne oplevelse.

Interviewet består i, at du bliver ringet op af undertegnede dagen efter din operation, hvor du her fortæller om din oplevelse af tiden inden operationen. Hertil vil jeg supplere med uddybende spørgsmål. Såfremt du ønsker at deltage, vil vi aftale, hvornår på dagen, du ønsker at blive ringet op. Interviewet optages på bånd og nedskrives. Ved projektets afslutning slettes denne optagelse. Undersøgelsen vil blive anonymiseret, og alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt. Din deltagelse i undersøgelsen er frivillig og uden konsekvens for din videre behandling. Dit udsagn om deltagelse kan til enhver tid trækkes ubegrundet tilbage. Ønsker du ikke at deltage i undersøgelsen vil dette heller ikke få konsekvenser.

Ved spørgsmål om undersøgelsen, kontakt da venligst undertegnede på nedenstående mail.

På forhånd tak.

Med venlig hilsen

Birgitte Zilmer

Mail: birgitte.zilmer@gmail.com

10.4 Bilag 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg bekræfter hermed, at jeg giver mit samtykke til deltagelse i en interviewundersøgelse, der vil omhandle min oplevelse af tiden inden min operation på operationsdagen.

Jeg er blevet informeret om og har forstået at:

- Min deltagelse er frivillig
- Interviewet er anonymt
- Jeg kan til enhver tid ubegrundet trække mit udsagn om deltagelse tilbage, på trods af en underskrevet samtykkeerklæring. Dette vil hverken have konsekvenser for min nutidige eller fremtidige behandling.

Jeg har modtaget mundtlig samt skriftlig information om interviewundersøgelsen.

Med venlig hilsen

Birgitte Zilmer

Mail: birgitte.zilmer@gmail.com

Dato: _____

Underskrift: _____