

”Ingen skaber alene”

- den medmenneskelige samtale mellem sygeplejersker og patienter i en diakonal hospitalskontekst

Tidsskrift for praktisk teologi
Nordic Journal of Practical Theology
Årgang 40. Nr. 2/2023
[s. 37-54]

<https://doi.org/10.48626/tpt.v40i2.5543>



Conny Hjelm, diakon og ph.d.stud. Filadelfia Uddannelse, Filadelfia, Dianalund



Marianne R. Nygaard, førsteamanuensis, Fakultet for teologi og samfunnsvitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Oslo
Anne Austad, professor, Fakultet for teologi og samfunnsvitenskap, VID vitenskapelige høyskole, Oslo
cohj@filadelfia.dk

Abstract

The importance of experiencing oneself as seeing and seen is essential to the experience of humanity. This applies not least to patients who find themselves in difficult and complicated life situations in a hospital. In this study, a Human Related Conversation (HRC) was conducted at a diaconal epilepsy hospital in Denmark. The article explores what characterizes the interaction between the parties in such a conversation. Data consists of 15 semi-structured conversations between nurses and patients, as well as the patients' feedback on the conversations. Data is analyzed based on reflexive thematic analysis and the emerging findings perspective from the understanding of diakonia in conviviality and Hartmut Rosa's resonance theory. It is concluded that in HRC there is a shift from hospital-rooms to everyday-spaces, which in this case means that the interaction between the participants in HRC is characterized by a respectful attitude, a human meeting and an equal reciprocity.

Nøgleord: Medmenneskelig samtale, sygepleje, diakoni, conviviality, resonans.

Indledning

Betydningen af at opleve sig selv som seende og set er essentiel for at erfare sig selv som menneske (Rosa, 2021, s. 81) og indgå i menneskelige forhold i sin omverden (Rosa, 2021, s. 83)¹. Dette gælder ikke mindst patienter, der befinder sig i sårbare livssituationer på et hospital. I et samfund, hvor acceleration er med til at øge menneskers fremmedgørelse i både sociale- arbejdsmæssige- og uddannelsesmæssige dimensioner samt meningsdimensioner for livet (Rosa, 2021, s. 52), kan det imidlertid være svært at skabe muligheder for at fastholde medmenneskelige møder. Ikke desto mindre er det vigtigt at have fokus på muligheden for sådanne møder, hvilket er noget, der fagligt optager både diakoni og sygepleje og andre professionspraksisser.

I dette empiriske studie tager vi udgangspunkt i en personorienteret samtalepraksis, kaldet Den medmenneskelige Samtale (DMS). Den foregår i et samarbejde mellem sygepleje og diakoni på Epilepsihospitalet Filadelfia i Danmark således, at DMS er udviklet i diakonienheden på stedet, mens den er udført af sygeplejersker i hospitalsenheden.

Filadelfia er oprettet i 1897 som en diakonal institution, og er i dag et højt specialiseret hospital for mennesker med epilepsi. Filadelfias diakonale grundlag betyder, at der, udover hospitalet, også findes en diakonienhed, som tilbyder landsdækkende undervisning og uddannelser i diakoni.

DMS har eksisteret i over 10 år som et etableret kursusforløb, der har været udbudt gennem diakonienheden. DMS har dels et teoretisk afsæt i Kresten Kolds pædagogik med fortællingen og sam-talen som centrale livsoplysende elementer (Lillelund, 1977/78, s. 38), dels i Haldor Halds kirke- og teologiperspektiver relateret til mennesker, der ikke er hjemmevante i kristne/kirkelige sammenhænge (Hald, 1990, s. 61-76) og endelig i Heinz Rüeegger og Christoph Sigrists diakonale skabelsteologiske perspektiv på næstekærlighed (Rüeegger og Sigrist 2011).

DMS forstås i dette studie som en ikke-diagnose-relateret samtale, der udføres af sygeplejersker og fokuserer på at danne et medmenneskeligt rum i en klinisk hospitalskontekst. Denne artikel sigter på at undersøge interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS.

Studiet placerer sig indenfor empirisk diakonividenskab og er kendetegnet ved flerfaglige teoretiske perspektiver. Studiet har videre et indefra-perspektiv, hvor det enkelte menneskes eller målgruppes stemme bliver vægtlagt, samt et praksisorienteret mål (Stifoss-Hanssen 2014, s. 63 og 73).

Skønt der indenfor de sidste 10 år er fremkommet et mere systematisk arbejde med forskning i diakonal praksis i Norden (Nissen, 2019, s. 323-334), så er konteksten for størstedelen af disse praksisser en kirkelig og menighedsorienteret diakoni (eksempelvis Nygaard, 2014, 2017; Gunnes, 2020). Der forekommer sjældent studier, der kombinerer sygepleje og diakoni i en diakonal hospitalskontekst. Vi har derfor fundet det vigtigt at undersøge, hvorledes DMS udfoldes, når den udføres af en faggruppe, der ikke relaterer

¹ Citatet ”Ingen skaber alene” er titlen på bogen af samme navn, som er en brevveksling mellem kunstneren Sonja Ferlov Mancoba og museumsdirektør Troels Andersen. Han skriver i forordet, hvordan han – efter lang tids tavshed - vovede at skrive et brev til hende med nogle spørgsmål. Og, som han kort formulerer det: ”Der kom svar.” (Sonja Ferlov Mancoba, u.å., s. 5).

sig til diakonale sammenhænge, men indgår i en fagkontekst (den kliniske sygepleje) som, på trods af sin tradition med åndelig omsorg, ofte er produktionsorienteret (Kleiven et al, 2016).

Fokus for dette studie er som sagt på det, der sker mellem sygeplejerske og patient i DMS og forskningsspørgsmålet lyder: ”Hvad kendetegner interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS?”

Tidligere forskning

I den sygeplejefaglige forskning ses det medmenneskelige som en del af sygeplejefagets kvalifikationer og værdigrundlag (Delmar, 2006, s. 24, 28, 199-201) og er indlejret i den del af sygeplejefagligheden, der indeholder et åndeligt omsorgsperspektiv (Dansk Sygeplejeråd, 2014, s. 5, 9; Haugen, 2018a, s. 63). Her benævner tidligere forskning det som fx et ”menneske-til-menneske-forhold” (Travelbee, 2010, s. 38), næstekærlighed (Delmar, 2006, s. 24, 28) eller et ”helligt øjeblik” (Martinsen, 2018, s. 35). Det indebærer at møde patientens lidelse (Delmar 2006, s. 109) eller at lindre den syges distress (Travelbee, 2010, s. 41) eller opleve et spontant sanseligt samvær (Martinsen, 2018, s. 36). Disse forskellige udtryk for det medmenneskelige har afsæt i et sygeplejefagligt fokus på patienten. Det er imidlertid svært at finde forskning, hvor sygeplejen integrerer diakonifaglighed i et tværfagligt eller flerfagligt samspil.

Forskning i institutionsdiakoni handler for stor en del om diakonale institutioners forskellige roller i samfundet. Det kan handle om at finde sårbare grupper, der er uden offentlige tilbud (Leis-Peters, 2014, s. 117) eller at skabe et fundament for ligeværdige partnerskaber (Cone, 2019, s. 47), hvor der ikke tales om ”dem og os”-positioner (Lid, 2019, s. 63) og hvor brugernes involvering, innovation og empowerment fremmes (Haugen, 2018b, s. 27). Forståelsen af denne samfundsmæssige rolle kan variere, og rollen kan udfoldes som fx værdivogter, tjenesteudbydere, pioner eller forbedrer (Angell, 2016, s. 151). En anden del af institutionsdiakonal forskning fokuserer på ledelse (Hein, 2018; Askeland, 2011; Aadland og Skjørshammer, 2012). Her kredser ledelsesperspektiverne om forhold mellem menneskesyn, værdier og handling indadtil i organisationen (Hein, 2018, s. 161-181; Askeland, 2011, s. 165). Det tætteste vi kommer på forskning, i kombinationen diakoni og sygepleje i institutioner, er en rapport, som evaluerer 10 års indsats med diakonisygeplejersker i Diakonhjemmet Sykehus, Oslo. Her blev diakonisygeplejersken forstået som en, der kunne minde ansatte om hospitalets diakonale værdier (Hovland, 2015, s. 82). Den konkrete praksis handlede om at lede en refleksionsgruppe om værdier, samt, i travle perioder, at være en ekstra sygeplejefaglig ressource som kunne sikre lidt mere tid til patienterne generelt (Hovland, 2015, s. 22).

Forskning rettet mod interaktion mellem patienter og sygeplejersker på diakonale hospitaler dækker vidt forskellige temaer, så som palliativ omsorg (Sørbye, 1992), søvnapnø (Herrscher et al., 2011), diabetes (Larsen, 2000) og kommunikation med patienter på hospitaler (Karlsen et al., 2019). Dog integrerer ingen af disse forskningsprojekter teoretiske perspektiver fra diakonifeltet.

Indenfor hospitalskonteksten er der også andre professionelle, der udfører samtaler, hvor medmenneskelighed indgår; fx *chaplancy* (Raakjær, 2018), som i en Skandinavisk

kontekst især udgøres af personer, der er uddannede præster (Stifoss-Hanssen et al 2019, s. 61). Denne faglighed har et hovedfokus på meningsdimensioner i livet samt eksistentiel og åndelig støtte og trøst (Stifoss-Hanssen et al, 2019, s. 65). Chaplaincy er imidlertid ikke dækkende for indholdet i dette studie, fordi det i studiet er sygeplejersker med en ikke-kirkelig faglighed, der udfører DMS.

Teori

I studiet anvendes to teorier i diskussionen. Den ene er den diakoniforståelse, som kommer til udtryk i begrebet *conviviality* (Addy, u.å., 2017, 2019; Illich, 1973) og den anden er Hartmut Rosas resonansteori, en sociologi om menneskers forhold til verden (Rosa, 2021) perspektiveret ud fra begreberne fremmedgørelse og resonans (Rosa 2021, s. 232).

Conviviality

Conviviality, som ikke har et godt dansk udtryk, er en diakoniforståelse, der defineres som ”den kunst og praksis at leve sammen som mennesker” (Addy, 2017, s. 18) - som ufuldkomne mennesker. *Conviviality* har sin oprindelse i Ivan Illichs (1973) samfundskritik og hans ønske om at gå op imod en verden præget af industriel produktivitet, hvor menneskers ageren sker som en betinget reaktion på de (ydre) krav, som andre (gerne eksperter) stiller til dem (Illich, 1973, s. 11-12). Tony Addy har formet *conviviality* til en diakonipraksis, oprindeligt relateret til østeuropæiske sammenhænge, som et bud på hvordan, diakonien kan operationaliseres i et postkommunistisk samfund (Addy 2017:18).

Conviviality, som diakoniforståelse, betoner opbygning af en tillidsfuld relation, hvor fortællinger og meninger forstyrres. Derved gives ”mulighed for at kunne dele i en atmosfære af gensidighed som åbner mulighed for gennem fælles handlinger at skabe en ny fortælling, der understøtter selvværd, værdighed og handlefrihed” (Addy, 2017, s. 132, førsteforfatterens oversættelse). *Conviviality* søger at skabe en diakonal praksis ud fra tre grundpræmisser. For det første den personlige relation i modsætning til et besidderisk individualistisk (*possessive individualism*) menneskesyn, som baserer sig på succes og fiasko målt ud fra hvor meget, man ejer, eller hvor rigt samfundet er (viden, magt, økonomi); for det andet et respektfuldt syn på mennesker og samfund der er ’anderledes’, og for det tredje at fundamentet for at leve sammen bygger på gensidighed i at give og tage fra hinanden (Addy, 2017, s. 134).

Conviviality er udviklet til en samfundsmæssig sammenhæng, fx en lokal landsby, snarere end en institutionel sammenhæng, men vi ønsker alligevel at anvende perspektivet i dette studie, fordi vi mener, det kan perspektivere den dyadiske situation, som kendetegner relationen mellem patient og sygeplejerske i en hospitalskontekst. Vi har også valgt *conviviality*, fordi det er et bud på diakoni, som integrerer den samfundsmæssige kontekst, som et hospital er en del af, samtidig med at den fokuserer på hvordan, vi kan dele en fælles menneskelighed (Addy, 2019, s. 166), også når vi krydser henover roller, som vi normalt kategoriserer hinanden i.

Resonansteori

Hartmut Rosas sociologi om forholdet til verden kredser om det vellykkede liv, og fokuserer på den måde man tilegner sig verden (Rosa, 2021, s. 14). Vellykkethed, i Rosas perspektiv, er ikke relateret til personers konkurrenceedygtighed eller ressourceudrustning, men til kvaliteten af den enkelte persons verdensforhold (Rosa, 2021, s. 40).

Rosa har i sin tænkning indbygget en samfundskritik, hvor han opererer med de to kategoriale grundbegreber: fremmedgørelse og resonans (Rosa, 2021, s. 191). Rosa mener, at fremmedgørelsen vokser frem på baggrund af en samfundsmæssig strukturel accelerationstvang, som er med til, at vi bliver mere og mere fremmedgjorte over for de rum, de mennesker og erfaringer, som vi interagerer med (Rosa, 2021, s. 211). Fremmedgørelse betegner det forhold til verden, hvor den opleves fjendtlig, kold, afvisende, upåvirkelig, stum og relationsløs (Rosa, 2021, s. 215). Resonans beskrives som ”fremmedgørelsens andet” (Rosa, 2021, s. 213). Det er et svarforhold – en relation – til verden, hvor man oplever en gensidig berøring og transformation, fordi mennesket og verden taler sammen med hver sin stemme og vurderinger (Rosa, 2021, s. 203). Resonans er derved ikke et ekko, men en relationsmodus, hvor det ikke handler om at opnå konsensus eller ”idel harmoni” (Rosa, 2021, s. 219), men om at nå den anden og at lade sig påvirke (Rosa, 2021, s. 203). Resonans har tre retninger, eller dimensioner, henholdsvis en horisontal, en diagonal og en vertikal (Rosa, 2021, s. 226-232). Den horisontale dimension omfatter ”sociale relationer til andre mennesker” (Rosa, 2021, s. 226). Det vil sige de jeg-du relationer, hvor der opstår en forbundethed; fx i familie- venskabelige og politiske sammenhænge (Rosa, 2021, s. 233-259). Den diagonale dimension indbefatter relationer til ”tingsverdenen” (Rosa, 2021, s. 226). Det omhandler de ikke-menneskelige og ikke-dyriske objekter som arbejde, skole/ uddannelse, sport og konsum (Rosa, 2021, s. 260-296). Den vertikale dimension er udtryk for det, som ”opleves som noget, der går ud over individet” (Rosa, 2021, s. 226), som fx religion, natur, kunst og historie (Rosa, 2021, s. 297-351).

Rosa påpeger, at det moderne samfund i stor grad har institutionaliseret resonanssfærene, så bestemte typer resonanserfaringer relateres til bestemte situationer eller sammenhænge (Rosa, 2021, s. 231-232). I en hospitalskontekst vil den diagonale dimension således være en primær resonanssfære, hvorigennem de andre resonansdimensioner formidles. Det kan have den virkning, at hvis man har brug for andre sider af henholdsvis den horisontale eller vertikale resonansdimension, end konteksten lægger op til, så forstørres fremmedgørelsespotentialer (Rosa, 2021, s. 232).

Metode

Informanter og dataindsamling

Rekruttering af informanter havde en pragmatisk tilgang. Studiet blev af førsteforfatteren annonceret via afdelingsledelsen på Epilepsiafsnit for voksne på Filadelfia, og 5 sygeplejersker meldte sig. Derefter inviterede disse sygeplejersker hver 3 patienter, som var indlagt eller til undersøgelse – og som ikke var udfordret kognitivt – til at

deltage. Hver informant læste en beskrivelse af, hvad deltagelsen gik ud på og gav efterfølgende frivilligt deres samtykke til deltagelse. Hver sygeplejerske afholdt en samtale² med tre forskellige patienter. Samtalerne varede 30-50 minutter, blev optaget på video og efterfølgende transskriberet.

Sygeplejerskerne havde forud for afholdelse af DMS modtaget 2 timers undervisning i diakoni, DMS og Exposure af førsteforfatteren. Efterfølgende udførte de en Exposure-øvelse på Filadelfias område. Exposure er en metode, hvor man på en vandring oplever forskellige lokationer ud fra sine sanser og følelser. Disse observationer har til hensigt at forstyrre sygeplejerskens behandlingsfokus på patienten og skabe åbenhed for andre tilgange til interaktion (Bjørklund et al, 2004, s. 11-12, 35-36). Sygeplejerskerne fik en spørgeguide³ som inspiration til at afholde DMS. Spørgeguiden blev udarbejdet af førsteforfatteren. I guiden var dog en obligatorisk indledning, som beskrev hensigten med samtalen og sygeplejerskens rolle som ikke-ekspert i samtalen. Der var også en obligatorisk afslutning, hvor sygeplejersken spurgte, om der var noget, patienten ønskede at efterlade i rummet, og om der var noget, som patienten ønskede at tage med hjem som støtte eller opmuntring i hverdagen.

1-6 måneder efter samtalen mødtes de 8 patienter, som ønskede det, med førsteforfatteren. Her så de deres samtale igennem og meldte tilbage, hvor de oplevede medmenneskelighed. Førsteforfatteren nedskrev deres tilbagemeldinger under gennemgangen. Det empiriske materiale består derved af 15 DMS, som er transskriberede (ca. 240 sider), samt tilbagemelding fra 8 patienter på deres oplevelser af medmenneskelighed (ca. 215 tilbagemeldinger). Tilgang til interaktion mellem sygeplejerske og patient kommer dermed både fra hvad, vi selv læste ud fra transskriberingen af samtalerne, samt fra patienternes observationer af interaktionen.

Metode- og analysestrategi

Metodisk valgte vi Filadelfia som case for forskningsspørgsmålet, dels fordi DMS er udviklet i diakonienheden her, og dels fordi der findes en diakonal hospitalskontekst på Filadelfia.

Vi læste det empiriske teksthindhold ud fra en reflektiv tematisk analysetilgang (Braun & Clarke, 2021). Vi valgte denne analysestrategi, fordi den indregner ”betydningen af forskerens subjektivitet som en analytisk *ressource* og deres refleksive engagement i forhold til teori, data og fortolkning” (Braun & Clarke, 2021, s. 331,

2 Der blev afholdt 15 samtaler, som blev optaget på video. Der indgår kun indhold fra 13 samtaler i det empiriske materiale, da videooptagelsen svigtede i to af samtalerne.

3 Spørgeguiden indeholdt følgende spørgsmål: 1: Vil du fortælle hvordan du oplever dit liv, som epilepsi er en del af? 1a: Hvordan føles det for dig i hverdagen? 1b: Er der noget særligt du gør – eller lader være med at gøre? 1c: Hvordan har du det i familien og i vennekredsen? 2: Hvad tænker du om, at menneskelig er forskellige? 3: Hvad er med til at give dig mening og håb i livet? 3a: Hvornår er dit liv en fest? 3b: Er der noget du længes efter, som giver dig energi, livskraft og glæde? 3c: Er der noget i livet, som du gerne vil protestere imod? 4: Hvis du havde en tryllestav, der kunne ændre alt, hvad ville du så gøre? 5: Hvad tænker du om fremtiden? 6: Er der noget vigtigt i dit liv, som vi mangler at tale om? 7: Er der noget som har forandret sig – eller noget særligt, som du er kommet til at tænke på under denne samtale? 8: Er der noget, som du ønsker at efterlade her hos mig, som du ikke ønsker at tage med ud i din hverdag? 9: Er der noget du ønsker at tage med hjem fra denne samtale, som kan være en hjælp for dig i hverdagen?

førsteforfatterens oversættelse). Dette gav mulighed for en subjektiv identificering af mønstre i datamaterialet, som efterhånden fremstod som centrale temaer.

I analyseprocessen kodede vi først materialet uden at introducere formel teori. Vi kodede hver for sig, og diskuterede det derefter i flere omgange. På dette tidspunkt kom teorierne i spil, og analyseprocessen blev derved abduktiv præget (Afdal, 2010, s. 106). Konkret brugte vi inspirationen fra *conviviality* som overskrifter for de tre kendetegn på interaktion mellem sygeplejerske og patient, der efterhånden fremstod (4.1, 4.2, 4.3). I diskussionen satte vi disse temaer i et teoretisk samspil med både resonans og *conviviality*, da vi så, at de var egnede til at give yderlige perspektiver på analysen.

Reliabilitet og validitet

I forhold til studiets reliabilitet, så var vi opmærksomme på, at selvom vi stode på patienternes umiddelbare tilbagemeldinger efter gennemsyn af deres egen samtale, så kunne de have været anderledes, hvis patienten så samtalerne på et andet tidspunkt, eller hvis det havde været en anden person, der havde spurgt. Desuden var det kun 8 ud af de 15 patienter, der ønskede at deltage i tilbagemeldingerne. Vi ved ikke, hvorfor nogle ikke ønskede det, og derfor ved vi heller ikke, om det udelukkende er tilbagemeldinger fra de patienter, der overvejende oplevede en positiv samtale, som indgår i data. Det ville have været optimalt, at der i studiet indgik en patientbegrundelse for henholdsvis deltagelse og fravælgelse af dette.

Studiets styrke ligger i, at samtalerne blev optaget på video, så analyserne foregik ud fra det, der reelt foregik – og ikke i forhold til et retrospektivt interview. Styrken ligger også i, at patienternes tilbagemeldinger ikke blev drøftet efterfølgende, men nedskrevet umiddelbart. Det udgør imidlertid en svaghed, at patienternes tilbagemeldinger ikke blev optaget på lydfil. Endelig er der en vis usikkerhed omkring hvorledes, undervisningen af sygeplejerskerne, forud for afholdelse af DMS, har indvirket på gennemførelsen af samtalerne. Det ville have styrket validiteten, hvis sygeplejerskerne i gruppeinterviewet var blevet spurgt om dette.

Forskningsetik

Datatilsynet i Danmark har godkendt studiet, og det har journalnummer 2017-41-5147.

De forskningsetiske overvejelser kredsede især om at beskytte patienterne, fordi de indgik i studiet, mens de befandt sig i en sårbar situation på et hospital og i livet i øvrigt. For at give patienterne bedst mulighed for at sige nej til at deltage i studiet blev der indlagt tid mellem forespørgsel om at deltage i projektet og det endelige tilsagn. Det var også sygeplejerskerne – og ikke førsteforfatteren – der fandt de patienter, som blev adspurgt, fordi de havde et bedre kendskab til, hvilke patienter der havde mulighed for at gennemføre en samtale. Der blev ved forespørgslen udleveret en samtykkeerklæring, der beskrev formål, indhold og baggrund. Her blev det også pointeret, at deltagelse var frivillig, og at det for patienten var muligt at trække deres samtykke tilbage.

Analyse, fortolkning og fund

En respektfuld holdning

I materialet fandt vi mange forekomster på situationer, hvor patienterne oplevede sig sårbare på en negativ måde, fordi de levede med epilepsi. Her talte patienterne om at føle sig anderledes og at opleve sig fremmedgjorte både i forhold til dem selv og i forhold til andre.

I et eksempel fra tilbagemeldingen forundres patienten K over, hvorledes sygeplejersken uventet – og ikke fagligt korrigerende – bare forstår den underliggende sårbarhed og følger hende i en forvrænget beskrivelse af sin livssituation. Patient K udtrykker det således: ”Super, super godt – at fange og *forstå*. Det gør meget, at hun forstår mit vanvid. [Det gør] at jeg føler mig tryk. Jeg har ikke talt med nogen på den måde!”. Patient Ks tilbagemelding er et tydeligt eksempel på en situation, hvor sygeplejerskens implicitte forforståelse for patienternes anderledeshed ikke blev verbaliseret, men viste sig i en interaktion mellem dem, hvor sygeplejersken møder patientens oplevelser med respekt og agtelse.

En anden patient, T, fortalte i sin samtale om, hvordan det, både i familien og andre sundhedskontekster, kan være svært at bliver anerkendt og forstået – at man faktisk har en sygdom, og at det ikke handler om at tage sig sammen:

Det har vi først nu her - efter vi er kommet ud her på Filadelfia, og det ligesom er blevet taget lidt mere seriøst, fordi der var heller ikke den store opmærksomhed på det før på [andet hospital]....jeg ved ikke helt hvordan, jeg skal forklare det, men der bliver ligesom sat lidt mere fokus på det nu, og så gav det lidt mere mening at snakke om det nu.

Senere i samme samtale ses hvorledes sygeplejersken, i modsætning til familien tidligere, helt naturligt indregner epilepsi, som en del af patientens hverdag og vilkår:

Sygeplejerske	Hvordan er det for dig nu så, at der er plads til den del [epilepsien] af dig også?
Patient	Det er rigtig rart. Både at jeg har fået en større helhedsfornemmelse. For der var også mange af de her ting, jeg ikke vidste var på grund af epilepsien, det er også rigtig rart at få svar på det.
Sygeplejerske	Så der er nogle ting der lige pludselig falder på plads eller...?
Patient	Ja. Det giver mening ik’. Øhm, og så også at mine forældre ved det. Ikke nok med at jeg ved det, men at mine forældre også ved det, sådan så når jeg så siger ”husk nu på jeg har epilepsi” - at det ikke kommer som en undskyldning, for det synes jeg tit godt det kan lyde som om, og der går det egentlig igen tilbage til der, før jeg ikke vidste, jeg havde epilepsi, fordi når jeg så fik at vide, hvad det er, så følte jeg rigtig mange gange, at folk følte, jeg sagde det som en undskyldning, sådan ”ej men jeg er ikke god til at læse på grund af epilepsi” og det har jeg så fået bekræftet og at vide nu, at det er faktisk derfor. Så det synes jeg både er rart nu, men også at mine forældre ved...
Sygeplejerske	Ja, det kan jeg godt forstå.

Patient T fortæller, at der nu er mere fokus på, hvordan det opleves at leve med epilepsi, og at der er et større rum for at snakke om dette svære. Betydningen af at blive forstået og respekteret i sin krævende og sårbare livssituation går igen hos alle patienter som et vigtigt element i interaktionen i DMS.

Overordnet så vi, at sygeplejerskernes respektfulde holdning over for patienternes oplevelser af at være anderledes alene viste sig i en positive form (patient K, F, T, L, Ce, S, L, Nj, H, Ma, C). Sygeplejerskerne talte på den naturligste måde om det at føle sig fremmed og anderledes med stor sans for patienternes oplevelser af sårbarhed. Her var en blanding af emner fra en hverdagskontekst og fra en traditionel hospitalskontekst. Den blanding indeholdt fx emner om forandringer og skift i selvforståelse og sociale roller; begrænsninger i livsudfoldelse; uddannelsesmæssige- og jobmæssige problematikker samt fysiske og psykiske begrænsninger som gjorde, at patienten oplevede sig væsentligt anderledes end andre. Det udfoldede sig som en indføling og forståelse af patientens eget besvær med at affinde sig med sin livssituation eller familiens vanskeligheder ved at acceptere eller forstå situationen.

Et personligt møde

Nogle gange blev ordet kærlighed anvendt i patienternes tilbagemelding. Andre gange fulgte sygeplejersken patientens fortælling, når han eller hun talte om emner, som rummede passion og følelser.

I en af samtalerne begyndte patient K at græde. Her opfattede sygeplejersken hendes tårer og fandt i et snuptag en papirserviet. Patient K sagde i tilbagemeldingen, at hun oplevede ”masser af kærlighed”, og skyndte sig at tilføje ”hvis man må sige det”. Ud fra sin egen forforståelse blev patienten pludselig usikker på, om hun kunne bruge et medmenneskeligt begreb som kærlighed ind i en hospitalskontekst, fordi hun ikke vidste, om det var naturligt i sådan en interaktion.

Senere i samtalen fortalte sygeplejersken patient K, hvad hun selv tog med fra samtalen:

...det er meget modigt af dig at gå ind i det rum. Det kræver meget mod, tænker jeg, at have de to scenarier i sig, og det der enorme behov at have styr på det, tage ansvar og kontrol og så alligevel kunne sidde og være så åben og holde ud og turde mærke de her ting. Det er... det tænker jeg er en kæmpe kæmpe ressource.

Sidst i samtalen sluttede patient K af med at sige til sygeplejersken ”jeg vil egentlig bare gerne komplimentere dig, jeg synes, du har et enormt dejligt væsen”. Her var et personligt møde, hvor patienten mødte sygeplejersken med et kompliment, som hører hjemme i hverdagsrummet.

Da patient K så sin egen samtale, kommenterede hun deres interaktion med elementer fra hverdagen midt i et hospitalsrum således:

Mega ros – at få som menneske. Det synes jeg er stort – og det er ikke noget, der står i et manus, hun fyrer af. Det er møntet på mig! Hun pakker mig godt ind, efter at jeg har været skilt ad – jeg har lyst til at sige kærlighed.

”Ingen skaber alene”

Et andet samtaleeksempel handler om en situation fra patient Fs hverdag, hvor han med stor passion og kærlighed fortæller om sin hund.

Patient	Ja. Så ejer vi en stor hund. Altså det giver lidt selskab. <i>Griner let.</i> Altså, det giver lidt selskab ik, men det er jo ikke helt det samme... som...
Sygeplejerske	Nej, det er noget andet i hvert fald tænker jeg.
Patient	Jo, men det skaber alligevel noget liv i huset så... så det er jo hyggeligt nok.
Sygeplejerske	Ja. Ja. Hvad er det for en hund?
Patient	Det er en labrador og border collie, der er blandet, så det...
Sygeplejerske	Nurgh, det er nogle, nogle gode racer. Så det er et godt sind, tænker jeg.
Patient	Ja, og den er enorm social og dygtig.
Sygeplejerske	Så den, så den giver dig også, den gør dig også glad og mening i tilværelsen?
Patient	Ja, den er meget sød og hyggelig at være sammen med.
Sygeplejerske	Hvad hedder den?
Patient	Ozzy.
Sygeplejerske	Ozzy, okay!
Patient	Efter forsangeren fra Black Sabbath. <i>Griner let.</i>
Sygeplejerske	Ja, selvfølgelig ja. <i>Griner let.</i> Spiser den også rotter?
Patient	Nej, mus. Men den er jo ikke ligeså stor som en... nej så...

I dette eksempel giver patient F del i hverdagsfortællinger om sin hund og sygeplejersken tager på en personlig måde imod ved nysgerrigt at spørge interesseret ind. Man kan sige, at sygeplejersken tager del i den passion, som patient F har til sin hund, og den store betydning hunden er i Fs liv. Denne interaktion opleves som et personligt møde.

Vi fandt overordnet, at det personlige møde viste sig der, hvor både sygeplejerske og patient gav af sig selv som menneske og ikke kun som rolle (patient K, F, S, T, S, Li, A). De var sammen som medmennesker. Her samtalede fx om hunde, motorcykler, mad og social stempling, men det handlede også om øjeblikke, hvor patienten karakteriserede interaktionen mellem dem som ”rare og varme følelser” (patient T).

En ligeværdig gensidighed

I interaktionen mellem sygeplejerske og patient sås også en ligeværdighed mellem sygeplejerske og patient, som viste sig som en gensidighed i samtalen. Dette blev tydeligst der, hvor replikker flød så uhindret og naturligt mellem sygeplejerske og patient, at fx forstyrrelser og fejl ikke betød noget.

I en samtale blev sygeplejersken overrasket over, at døren ud til gangen stadig stod åben og rejste sig for at lukke den, mens hun undskyldte. Her sagde patient S i tilbagemeldingen: ”Alle laver fejl, Herre Gud”. Her blev de roller, som sygeplejerske og patient normalt indtager i hospitalshierarkiet udvasket, og der fremkom en gensidighed i interaktionen. Her viste det sig, at selvom sygeplejerskerne blev usikre eller begik fejl, brød det ikke relationen med patienten. Tværtimod viste det, at de delte samtalen, og derfor bidrog sygeplejerskernes fejl eller usikkerhed til at skabe en ligeværdighed som menneske.

Der var også negative eksempler på, at sygeplejersken overtog ejerskabet til indholdet i samtalen og dirigerede emnerne. Når det skete forsvandt ligeværdigheden og gensidigheden. I en samtale fortalte patient A, at hun ikke havde et tæt forhold til datteren, fordi datteren var utryg ved moderens epileptiske anfald. Sygeplejersken replicerer: ”Har din datter fået undervisning i epilepsi?” Og i de næste 16 replikker fastholder sygeplejersken samtalen på undervisning, selvom moderen forsøgte at glide af emnet. I denne del af samtalen var der ingen gensidighed og ligeværdighed, og samtalen bestod af sygeplejerskens insisterende spørgsmål og patientens korte svar. De sidste replikker fremstår således:

Sygeplejerske	Ja, øh ja... det andet er jo de udfordringer du får i dagligdag... men A, du har også vennekreds ja?... og nu ved jeg ikke om du har nogen stor familie eller om?
Patient	Jeg har en stor familie.
Sygeplejerske	Du har en stor familie, ja...
Patient	Jeg har nogle... forældre der også bare... altid har været der ikke også... og været åbne, og henter og bringer, skriver og ringer og... griner let... så på den måde har jeg en god bag, bagland hedder det vel. Ja.
Sygeplejerske	Ja.
Patient	Ja, det har jeg.
Sygeplejerske	og god familie og forhold og?
Patient	Ja...
Sygeplejerske	Og god vennekreds?
Patient	Ja.

I denne kommunikation havde sygeplejersken en manglende sensitivitet for patientens indspil. Sygeplejersken indgik ikke på en gensidig måde, men overtog ejerskabet til samtalen, og patienten lukkede sig i interaktionen med sygeplejersken.

Ligeværdigheden fremstod klart i de sekvenser, hvor der blev talt om hverdagstemaer. Her så man, at både sygeplejerske og patient gav scenen til hinanden og havde en gensidig interaktion. Det skete fx i den samtale, hvor sygeplejersken spurgte, hvad patient F gjorde ved savnet efter at kunne det, han kunne før. Patienten fortalte i en

”Ingen skaber alene”

lang passage om, hvad motorcyklen havde betydet for ham og konen. Her var han eksperten, der gav ud af sin viden og erfaring.

Overordnet fremstod den ligeværdige gensidighed i samtalerne både positivt og negativt. De allerfleste gange initierede sygeplejerske og patient på skift temaer, som den anden responderede på med opmærksomhed eller nysgerrighed, ofte i form af kommentarer, der virkede støttende eller perspektiverende. Denne ligeværdige gensidighed var tydeligst i passager, hvor det var svært at se, om det var patient eller sygeplejerske, der talte. Her foregik samtalen ligesom en snak mellem gode bekendte eller naboer, med en ligeværdig deltagelse og en deling af fællesmenneskelige interesser, viden og spørgsmål (patient K, F, T, La, Ce, S, Li, Nj, H, Ma, C). Det viste sig dog også i en negativ udgave i de passager, hvor sygeplejersken ensidigt fastholdt et emne, selvom patienten alene responderede med enstavelserord (patient A, B, R). Her sås en tendens til, at patienten trak sig tilbage fra den frie fortællerposition, og at den gensidige, ligeværdige interaktion i samtalen ophørte, fordi patienten overgik til at svare på sygeplejerskens spørgsmål med ja eller nej, ligesom ved besvarelse af et spørgeskema.

Opsummering

I analysen interaktionen mellem af tekstindholdet i DMS samt fra patienternes tilbagemeldinger fandt vi tre kendetegn på sygeplejersker og patient: sygeplejerskens respektfulde holdning; et personligt møde mellem patienter og sygeplejersker samt en ligeværdig gensidighed i samtalen. Det sidste kendetegn fremstod også negativt på den måde, at sygeplejersken indimellem overtog ejerskab over samtalen uden at give plads til patientens interesser.

Der fremstod i samtalerne uvante glimt af øjeblikke, som normalt relaterer sig til hverdagslivet udenfor en hospitalskontekst. Disse glimt etablerede en interaktion inde på hospitalet, som var med til at forstyrre og nedbryde de hierarkier og fastlåste positioner, som sædvanligvis er tilstede i hospitalssammenhænge. Fundene karakteriseres derved, at i en hospitalskontekst kan interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS være en essens, som er med til at skabe forskydninger mellem hospitalsrum og hverdagsrum, så der midt i hospitalskonteksten kan forekomme glimt af hverdagsliv. Denne forskydning ser ud til at bane vej for en respektfuld holdning, et personligt møde og ligeværdig gensidighed i samtalen.

Diskussion

I dette afsnit vil vi diskutere fundene, forskydning mellem hospitalsrum og hverdagsrum samt en respektfuld holdning, et personligt møde og en ligeværdig gensidighed, perspektiveret af Rosas resonanstheori og Addys forståelse af *conviviality*.

Dette teoretiske dobbeltvalg sker ud fra en betragtning om, at vi dels ønsker at være i tråd med Filadelfias diakonale tradition; derfor faldt valget på *conviviality*, og dels ønsker at tilføre diskussionen yderligere et teoretisk indhold, som kan øge omfanget af perspektiver, hvorfor vi fandt resonanstheorien fordelagtig. Rosa tilbyder et anderledes vokabular, som ikke kræver diakonalt kendskab, og som derved kan være mere alment formidlende. De to teorier er også valgt fordi, de, på hver sin måde, integrerer det

relationelle på individniveau, som den forekommer mellem sygeplejerske og patient i DMS, samt et samfunds niveau som Epilepsihospitalet, som et landsdækkende tilbud, tilgodeser.

I diskussionen vil vi først drøfte resonansteorien i forhold til forskydningen mellem hospitalsrum og hverdagsrum. Derefter følger overvejelser om hvordan, kendetegnene om en respektfuld holdning, et personligt møde samt en ligeværdig gensidighed, kan forstås både i forhold til grundpræmisserne i conviviality og i forhold til resonansteoriens tre resonansdimensioner og de kategoriale grundbegreber om fremmedgørelse og resonans.

Til sidst fremkommer betragtninger om, om en anderledes organisering af hospitalskonteksten kan øge interaktionsmulighederne mellem sygeplejerske og patient.

Teoretisk drøftelse af forskydning mellem hospitalsrum og hverdagsrum

I denne del af drøftelsen vil vi først se på hvorledes, forskydningen fra hospitalsrummet til hverdagsrummet kan fortolkes i relation til resonansteoriens tre dimensioner. Man kan sige, at den diagonale dimension er den overvejende forventelige i en hospitalskontekst, fordi de primære perspektiver her er på diagnose og behandling som en tingskarakter (Rosas udtryk) (Rosa, 2021, s. 226). I og med, at det overvejende er rationelle relationer, der kendetegner den diagonale dimension, betyder det, at interaktioner mellem mennesker her primært er præget af et klinisk indhold, da behandling i hospitalskonteksten især er naturvidenskabeligt etableret og legitimeret. I en sådan kontekst opfattes tingene ikke i sig selv som besjælede eller talende, hvilket i et resonansperspektiv danner et stumt verdensforhold, som virker fremmedgørende (Rosa, 2021, s. 260). Som et korrektiv til dette, kan det imidlertid opleves dybt meningsfuldt at være i en hospitalskontekst, som kender min lidelse, forudsat at dette integreres i patientens ”livs- og verdenshelhed” (Rosa, 2021, s. 268). Altså når samtale om diagnose og behandling vedrører patientens livserfaringer og spørgsmål.

Forskydningen mellem hospitals- og hverdagsrum, udfordrer de sædvanlige stumme verdensforhold i en hospitalskontekst, fordi DMS går ud over det indhold, eller de formål, som sædvanligvis er institutionaliseret i hospitalskonteksten. Dette skaber mulighed for adgang til, og plads for, nyt indhold og ny ageren. Ud fra et resonansperspektiv kunne man fristes til at tolke de øjeblikke, hvor hverdagsrummet er tilstede, som et udtryk for en forskydning fra en diagonal dimension til en horisontal dimension, hvor der er bedre mulighed for resonanshændelser. Men dette er for enkel en slutning, fordi der allerede ér mulighed for resonanshændelser i den horisontale dimension indenfor hospitalskonteksten; dog alene formidlet gennem en fagprofessionel relation i den diagonale dimension. Det sås fx der, hvor sygeplejerskerne på en positiv måde havde en forforståelse for den anderledeshed, som patienterne oplevede. Denne forståelse, som i øvrigt sjældent blev italesat, lå både som en del af sygeplejerskernes professionelle faglighed, og som en del af den atmosfære som selve hospitalskonteksten udgjorde. Så selvom patienterne under deres indlæggelse på hospitalet var taget ud fra deres vante hjemmeliv, så oplevede nogle patienter sig alligevel på hjemmebane i hospitalet, fordi her var indlejret en fagprofessionel forståelse i forhold til deres sygdom.

”Ingen skaber alene”

En forståelse som de sjældent mødte i samme grad i hverdagslivet derhjemme eller i samfundet i øvrigt. Her virkede den hospitalskontekst, som i andre sammenhænge opleves som fremmedgørende, som et resonansrum, i og med at forskydningen til hverdagsrummet muliggjorde nye resonanshændelser i den horisontale dimension, fordi både sygeplejersker og patienter subjektivt kunne tale med sin egen stemme, og derved etablere et personligt møde. Her blev givet rum til elementer fra patientens hverdags- og familieliv i en gensidig interaktion, både ift. hvad der taltes om, og hvordan der blev talt. Dette kom til at virke som en positiv kilde til forstyrrelse, der udvidede mulighederne for resonanshændelser i den horisontale dimension. Hermed antyder vi, at interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS kan forstås som en interaktion, der modvirker patienters fremmedgørelse i en hospitalskontekst.

For os at se, påvirkede udvidelsen af den sygeplejefaglige interaktion med det medmenneskelige perspektiv i DMS også sygeplejerskerne selv. Det skabte en diskontinuitet ift. sygeplejerskernes normale kliniske hverdag, og angik både hvad patienterne kunne tale med sygeplejersken om, og hvordan man kunne relatere sig til sygeplejersken. Dette skabte nye sider af den horisontale resonansdimension, som ikke var forventelige i en rationel og videnskabsorienteret hverdag. Disse resonanserfaringer var med til at besjæle sygeplejerskernes professionelle praksis (Rosa, 2021, s. 260), fordi temaer, der normalt hørte hjemme i hverdagsrummet, kunne være tilstede samtidigt med temaer, der normalt hørte hjemme i hospitalsrummet. Som en slags ”resonanshavn” (Rosa, 2021, s. 96).

Der fremstod ikke nogen tydelig vertikal dimension i samtalerne. Dog vil vi vende tilbage til denne dimension reflekteret i et diakonalt perspektiv (5.2.).

Teoretisk drøftelse af kendetegnene, en respektfuld holdning, et personligt møde samt en ligeværdig gensidighed

Generelt var det både for sygeplejerske og patient uvant at mødes i en samtale, hvor interaktionen eksplicit fokuserede på det medmenneskelige. Her var sygeplejersker og patienter sårbare ud fra hvert sit afsæt, patienten ud fra en sårbar livssituation og sygeplejersken ud fra en uvant position i en ellers overvejende klinisk orienteret professionalitet.

Ud fra Rosas resonanstæori kan denne gensidige, sårbare personlige relation ses som noget, der ændrer forholdet mellem patient og sygeplejerske. Ændringen betød, at forholdet fra alene at være på hospitalskontekstens primære diagonale ’tingsbaserede’ (Rosa, 2021, s. 260) præmisser, også kunne ske på den horisontale dimensions egne præmisser, fordi DMS skabte et rum for et personligt møde, der integrerede hverdagstemaer. Her fremstod en ligeværdighed mellem samtaleparterne, fordi det ikke kom an på kompetencer eller roller, men på en indladen sig, en villighed til at prøve veje af uden at være sikker på, hvor vejene førte hen (Rosa & Endres, 2017, s. 79-82).

Skønt Rosa ikke direkte anvender ordet medmenneskelighed, fortolker vi hans udtryk som ”menneskelige verdensforhold” (Rosa, 2021, s. 82) og ”menneskelige

forhold til verden” (Rosa, 2021, s. 83) som medmenneskelighed. (Videre referencer i dette afsnit er alle fra Rosa 2021.)

Dette begrundes vi ud fra, at Rosa mener, at resonans kan forstås som ”en menneskelig grundtrang og grundevne” (s. 199-200) i og med at mennesket eksistentielt karakteriseres ved en trang til resonansrelationer (s. 200), som både inkluderer den subjektive, den objektive og den sociale verden (s. 47). Han pointerer her, at det kræver ”en høj grad af sårbarhed ” (s. 477) at kunne indgå i ”procesagtige møder mellem subjekt og verden” (s. 144) som åbner op for resonansforhold, hvilket han beskriver som en ”mellemmenneskelig kærlighed” (s. 95) eller en interaktion hvor to strenge i ét buestrøg fremstår som én tone (s. 95). Vi ser derfor kongruens mellem sygeplejerskernes respektfulde holdning til patienternes oplevelse af anderledeshed og sårbarhed; det personlige møde mellem patient og sygeplejerske samt den ligeværdige gensidighed i samtalen og dét, som Rosa mener, der kendetegner resonansoplevelser, nemlig at det giver ”menneskelig forståelse” (s. 168) og at mennesker føler sig ”båret eller trygge i en verden, der svarer og kommer dem i møde” (s. 40) ”.

Fra et conviviale perspektiv ser vi kendetegnene (den respektfulde holdning, det personlige møde samt den ligeværdige gensidighed) som et udtryk for hver af de tre conviviale grundpræmisser: en personlig (ikke-besidderisk) relation; respektfuldhed i mødet med anderledeshed og at leve sammen i gensidighed (afsnit 2.1.). I samtalerne sås en atmosfære - oftest nonverbal - med en respektfuld forståelse for patienternes erfaringer af at være anderledes og sårbare (anden grundpræmis); her var også en interaktion mellem sygeplejerske og patient, der var præget af, at begge parter i samtalen bidrog med deres personlighed og egen menneskelighed i et personligt møde (første grundpræmis). Nogle patienter beskrev dette med ordet kærlighed. Den tredje grundpræmis viste sig i samtalerne dér, hvor patient og sygeplejerske, på en ligeværdig måde, gensidigt tog ejerskab. Nogle gange influerede hospitalskonteksten dog negativt derved, at sygeplejerskerne indimellem placerede sig i positioner, hvor de alene initierede temaerne i samtalen og tog kontrol over samtaleprocessen. Alligevel var der i de fleste samtaler en ligeværdig gensidighed i interaktionen mellem sygeplejerske og patient, hvor de var ligestillede i de medmenneskelige temaer (Hjelm, 2021, s. 157).

Med det conviviale perspektiv i ryggen kan man spørge, om interaktion mellem sygeplejerske og patient kan forstås som diakoni? Der er ikke i fundene noget, som direkte henviser til Filadelfias diakonale værdigrundlag. I positivt fald så forekommer det mere indirekte. Spørgsmålet er, når en patient i tilbagemeldingen beskriver sygeplejerskens ageren som kærlighed, om dette kan forstås som den ”tjenende kærlighed” (Hamre, 1997, s. 86), som Filadelfias grundlægger beskrev diakonien som?

Hvis man tager udgangspunkt i den conviviale definition af diakoni som den kunst og den praksis at leve sammen som ufuldkomne mennesker, så kan tilstedeværelsen af kærlighed opleves som en horisontal/vertikal resonans mellem ufuldkomne mennesker. I diakonien er kærlighedens udspring begrundet i at ”vi elsker fordi, han [Gud] elskede os først” (1. Joh. 4. 19), og at det er fra denne transcendent relation, vi kender til kærlighed.

”Ingen skaber alene”

I resonansteorien taler Rosa om, at vi individuelt og kulturelt kan etablere og stabilisere former for henvisninger til bestemte udsnit af verden, hvor vi igen og igen erfarer resonans på en måde, hvor dette bliver til resonansakser ”langs hvilke subjekter altid på ny formår at overbevise sig om deres resonansforhold til verden” (Rosa, 2021, s. 201). Ud fra et diakonalt perspektiv, hvor kærlighedsbegrebet også har en transcendent dimension, så kan man overveje om denne resonanserfaring af kærlighed, for nogle personer, vil kunne virke som en resonansakse, hvor det at blive vist kærlighed kan tolkes som et (transcendent) meningsgivende indhold i patientens livssituation, fordi hun, i situationen, oplever sig betydningsfuld og værdifuld som menneske.

Ud fra ovenstående tankegang kan man argumentere for at interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS kan være med til at skabe rum for resonansglimt, som både kan tolkes på den horisontale og vertikale dimension, skønt interaktionen foregår i en hospitalskontekst, hvor den diagonale dimension er den primære, som de andre dimensioner normalt bliver formidlet igennem. Derved ser det ud til at det ikke handler om, at de involverede kender til præmisserne for conviviality, men afhænger af, *om* de institutionelle rammer og sygeplejerskernes/patienternes personlighed bane vej for, *at* det der gives rum og plads til andre resonanssfærer end de forventelige i en hospitalskontekst.

Kan anderledes organisering af hospitalskonteksten øge interaktionsmulighederne mellem sygeplejerske og patient?

Man kan også spørge, om interaktionen mellem sygeplejerske og patient ville opleves anderledes, hvis hospitalsledelsen besluttede at implementere DMS i behandlingen, så hospitalsrummet, i sin professionelle funktion, blev udvidet til at kunne have flere funktioner, og derved også være et sted, hvor hverdagslivet kunne være i glimt? Ville dette give mulighed for flere resonanserfaringer i hospitalskonteksten? Ville det påvirke interaktionen mellem sygeplejerske og patient, fordi glimt af hverdagslivet ikke ville komme som en overraskelse, men være en naturlig, forventelig del af hospitalskonteksten?

For os at se vil en sådan ændring stille krav til både patienter og ansatte om at kunne orientere sig i en mere hybrid sammenhæng, hvor man både kan interagere som sygeplejerske og patient, men også i en almindelig hverdagsrelation med fælles mellemmenneskelige temaer. Måske kunne dette tale for en implementering af hverdagslivet i en hospitalskontekst vha. frivillige (Cone, 2019). De vil ikke indgå i den fagprofessionelle stab, men danne et ligevægtigt partnerskab på en fællesmenneskelig måde. Derved vil der skabes én relation for hverdagslivet (frivillige) og én relation for hospitalslivet (fagprofessionelle), hvilket måske er enklere at orientere sig i. Imidlertid foregår hverdagsliv og hospitalsliv samtidigt i ét møde mellem patienter og sygeplejersker i dette studie. Fra andre dele af studiet fortæller patienterne, at det netop er dette mixede møde, som opleves som noget unikt. Men da studiet alene bygger på empirisk materiale fra patienter, der selv valgte at deltage, så ved vi ikke om de patienter, der ikke valgte at deltage i studiet, er ganske tilfredse med den sædvanlige fagprofessionelle tilgang og egentlig ikke ønsker en udvidelse af interaktionsmulighederne mellem dem og sygeplejerskerne.

Konklusion

Der fremstod tre kendetegn på interaktionen mellem sygeplejerske og patient i DMS. De handlede om sygeplejerskernes respektfulde holdning til patienternes oplevelse af anderledeshed og sårbarhed, et personligt møde mellem patient og sygeplejerske samt en ligeværdig gensidighed i samtalen. Disse kendetegn, som kan relateres til grundpræmisserne i conviviality, skaber forskydninger mellem hospitalsrum og hverdagsrum, så der kan forekomme glimt af hverdagsliv midt i hospitalskonteksten. Denne forskydning kan ud fra Rosas resonansteori forstås som noget, der forøger resonansmulighederne, især indenfor den horisontale og diagonale dimension, hvilket kan være med til at mindske patienters fremmedgørelse i en hospitalskontekst.

Fremadrettet kunne det være aktuelt at undersøge i hvor høj grad, det er ønskeligt at trække hverdagslivet ind i en hospitalskontekst. Disse overvejelser drejer sig om, hvor vidt det vil stille patienterne mere eller mindre sårbare, i og med det kan blive vanskeligere at orientere sig i hvornår, interaktionen foregår i henholdsvis i en horisontal, diagonal eller vertikal resonansdimension.

Litteratur

- Aadland, E. & Skjorshammer, M. (2012). From God to good? Faith-based institutions in the secular society. *Journal of management, spirituality & religion*, 9(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/14766086.2012.641099>
- Addy, T. (Red). (u.å.). *Liv i mangfold fellesskap*. Det lutherske verdensforbund. Den norske kirke og Kirkens Bymission. https://kirken.no/globalassets/kirken.no/om-kirken/samfunnsansvar/diakoni/liv_i_mangfoldig_fellesskap.pdf
- Addy, T. (2017). Conviviality as a Core Concept for Diaconia. I. P. Launonen & M. Valtonen (Red), *Diaconia in Dialogue – the Challenges of Diversifying Contexts. 6th Biennial Conference for Research in Diaconia and Christian Social Practice (ReDi)Helsinki, Finland 14/15-17 September 2016* (s. 121-137). Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Addy, T. (2019). Community Practice and Critical Community Research: Perspectives from Conviviality and the CABLE Approach. *Diaconia*, 10(2), 161-179. <https://doi.org/10.13109/diac.2019.10.2.161>
- Afdal, G. (2010). *Researching Religious Education as Social practice*. Waxmann.
- Angell, O. H. (2016). Diaconia as Innovation: A Political and Organisational Perspective. *Diaconia*, 7(2), 142-158. DOI:10.13109/diac.2016.7.2.142
- Askeland, H. (2011). What do Diaconal Hospital Managers really do? *Diaconia*, 2(2), 145-169. <https://doi.org/10.13109/diac.2011.2.2.145>
- Bjørklund K., Sandahl C., Stenow H. (2004). *Att utsätta sig för utsatthet* (s. 11-12, 35-36). Arcus Förlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as a quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Cone, P. H. (2019). Norway's Kirkens Bymission Leads the Way in Care of the Vulnerable. *Journal of Christian Nursing*, 36(1), 42-47. doi: 10.1097/CNJ.0000000000000556
- Dansk Sygeplejeråd (2014). *De sygeplejeetiske Retningslinjer*. Sygeplejeetisk Råd
- Delmar, C. (2006). *Tillid og magt. En moralsk udfordring*. Munksgaard Danmark.
- Gunnes, G. (2020). *Towards a diaconia of displacements: An empirical theological inquiry* [Doktorgradsafhandling]. VID Specialized University, no 26.
- Hald, Haldor (1990). *Kirken der forarger*. Kirkens Korshær.
- Hamre, B. (1997): *.. syge må plejes med kærlighed. Kolonien ANONYMISERT INST. 1897-1997. Kolonien ANONYMISERT INST.*
- Haugen, H. M. (2018a). *Mangfold og dilemmaer. Diakoni i velferdsamfunnet*. Fagbokforlaget.
- Haugen, H. M. (2018b). What policy space for diaconal institutions? Challenges from public procurement. *Diaconia*, 9(1), 16-31. <https://doi.org/10.13109/diac.2018.9.1.16>
- Hein, H. (2018). *Ledetråde. Meningskabende værdiledelse*. Djøf Forlag.
- Herrschler, T. E. M. D., Akre, H. M. D. P., Øverland, B. P., Sandvik, L. P., & Westheim, A. S. M. D. P. (2011). High Prevalence of Sleep Apnea in Heart Failure Outpatients: Even in Patients With Preserved Systolic Function. *J Card Fail*, 17(5), 420-425. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.01.013>
- Hjelm, C. 2021 [2022]. The Human Related Conversation and The Professional Tension Between Diaconia and Nursing. *Diaconia* 12(2), 137-160. <https://doi.org/10.13109/diac.2021.12.2.137>
- Hovland, B. I. (2015). *Diakonisygepleie – en 10 års studie. ”En kvalitativ studie av rollen som diakonisygepleier; dens bidrag og utfordringer*. Diakonhjemmet Sykehus.
- Illich, I. (1973). *Tools for conviviality*. Marion Boyars.
- Karlsen, M.-M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review: Communication with patients in intensive care units. *Nursing in critical care*, 24(3), 115-131. <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
- Kleiven, O.T., Kyrte, L. og Kvigne, K. (2016). Sygepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(4), 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>

”Ingen skaber alene”

- Larsen, I. F. (2000). Diabetes among immigrants from non-western countries. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120(23), 2804-2806.
- Leis-Peters, A. (2014). Hidden by Civil Society and Religion? Diaconal Institutions as Welfare Providers in the Growing Swedish Welfare. *State Journal of Church and State*, 56(1), 105-127. <https://doi.org/10.1093/jcs/cst134>
- Lid, I. M. (2019). From Institutionalisation to Citizenship: Lessons Learned from Studying Diaconal Practice in a Norwegian Context. *Diaconia*, 10(1), 51-66. <https://doi.org/10.13109/diac.2019.10.1.51>
- Lillelund, B.B. (1977/1978) (red): Med Harald Sørensen på strejftog i Christen Kolds pædagogik. I: *Pædagogiske notater*. Årg. 1, nr. 1 (1977/78), s. 1-66.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforlaget.
- Mancoba, S.F. (u.å.). *Ingen skaber alene*. Forlaget Anagram.
- Nissen, J. (2019). *Håb på trods. Diakonale værdier i social- og sundhedsarbejde*. Eksistensen.
- Nygaard, M. R. (2014). Modes of Deacons' Professional Knowledge – Facilitation of the 'Space of Possibilities'. *Diaconia*, 5(2), 178-200. <https://doi.org/10.13109/diac.2014.5.2.178>
- Nygaard, M. R. (2017). Reflective Practice of Diaconia from the Margins: Ecclesiological and Professional Implications. *Diaconia*, 8(2), 166-187. <https://doi.org/10.13109/diac.2017.8.2.166>
- Rosa, H. (2021). *Resonans. En sociologi om forholdet til verden*. Eksistensen.
- Rosa, H. & Endres, W. (2017). *Resonanspædagogik – når det knitrer i klasserummet*. Hans Reitzels Forlag.
- Rüegger, H. og Sigrist, C. (2011). *Diakonie – eine Einführung. Zur theologischen Begründung helfenden Handelns*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Raakjær, O. (2018). *Fra frelse til well-being? Hospitalspræsters tænkning, tro og praksis i en terapeutisk kultur*. Ph.D. thesis, Aalborg Universitetsforlag.
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L.J. og Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 60-70.
- Stifoss-Hanssen, H. (2014). *Diakonia as a Professional Practice: Perspectives on Research and Education*. I: *Diakonia as Christian Social Practice. An Ontroduction* (Red) Dietrich, Stephanie; Jørgensen, K. Korslien, K. K. og Nordstokke, K.
- Sørbye, L. W. (1992). Has the care of dying patients in hospitals changed? A study of terminal care at the Diaconal hospital in 1977 and 1987. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 112(10), 1264-1267.
- Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Munksgaard Danmark.