



## PATIENTERS OPLEVELSE AF WARD

*Kvalitativt studie af patienters oplevelse af kontinuerlig monitorering af vitalparametre herunder deltagelse i forskning samt overvågning fra plejepersonale*

Maja Nielsen 70191  
Roskilde Universitet  
Psykologi + Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier  
Specialerapport i psykologi  
Vejleder: Susanne Ekman  
Dato: 1. december 2022  
Anslag: 146.035



**Roskilde Universitet**

---

## INDHOLD

---

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>INDLEDNING.....</b>	<b>5</b>
SUNDHEDSTEKNOLOGI SOM POLITISK LØSNING .....	5
<i>Vitalparametre i fokus.....</i>	6
<i>Udvikling af bæredygtigt sundhedsteknologi.....</i>	7
<i>Sundhedsteknologi og etik .....</i>	7
<i>Psykologisk relevans.....</i>	8
BELYSNING AF PROBLEMFELT.....	9
<i>Teorivalg.....</i>	9
<i>Problemformulering .....</i>	10
<i>Metode og empiri.....</i>	10
<i>Afgræsning .....</i>	10
RAPPORTENS OPBYGNING OG STRUKTUR .....	10
<b>ANALYSESTRATEGI .....</b>	<b>11</b>
TEORI.....	11
<i>Postfænomenologi .....</i>	11
<i>Postfænomenologien i forskningspraksis.....</i>	14
SPECIALEPROCES .....	15
<i>Forsker.....</i>	15
<i>Gruppesplit.....</i>	15
SAMARBEJDE MED FORSKNINGSPROJEKTET WARD .....	16
METODOLOGI.....	17
<i>Forskningsfilosofi.....</i>	18
<i>Samspillet mellem teori og virkelighed i kvalitative studier .....</i>	18
<i>Interviews .....</i>	20
<i>Informanter .....</i>	23
DATABEARBEJDNING OG UDVALGT EMPIRI .....	26
<i>Transskriptioner.....</i>	26
<i>Kodning.....</i>	26
<i>Empiri til analyse .....</i>	29
FORSKNINGSKVALITET.....	30
<b>ANALYSE .....</b>	<b>31</b>

PATIENTERNES FORSTÅELSE AF WARD .....	31
RELATION MELLEM TEKNOLOGI OG PATIENT .....	32
<i>Tilvænnning</i> .....	32
<i>Håndtering</i> .....	33
<i>Forventning</i> .....	34
KONSTITUERING AF PATIENT .....	36
<i>Mening</i> .....	36
<i>Moral</i> .....	39
RESULTATER .....	44
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>45</b>
DISKUSSION AF RESULTATER.....	45
PERSPEKTIVERING TIL PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....	47
<b>KONKLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>LITTERATUR.....</b>	<b>53</b>

---

---

## ABSTRACT

---

---

This thesis highlights a first-hand perspective on how patients experience participating in a research project to wear wireless monitoring devices that measure vital signs during hospitalisation. Wireless Assessment of Respiratory and circulatory Distress (WARD) is the name of the research project I cooperate with. The thesis' empirical data consists of transcripts of 15 semi-structured interviews with seven informants. In addition, my experiences from participatory research in the field. The research findings are made by academic systematics in semi-structured interviews, concepts and methodology from postphenomenology, and data processing with coding processes of the empirics. The results of the analysis show that patients have varying degrees of understanding and interpretation of WARD as a research and support system. Participating in research is meaningful to patients, and a few prioritise it over their personal needs. The equipment can be both reassuring and stigmatising, which is particularly experienced in the relationship with relatives. WARD helps to constitute patients as subjects of research and in extension of this they are good patients when they tolerate the inconvenience of the equipment. Participating in research challenges patients to act morally because in practice the ethical implications are different from patient to caregiver, which puts patients in a dilemma of acting morally responsibly based on their own judgments. I conclude that WARD constitutes patients in different ways depending on the patient's condition and environment as well as ongoing interpretations of what WARD can do as a support system and purpose of research. Ethical and psychological perspectives related to health technology are underexposed and lack a common language, therefore the debate on health technology and its ethical implications and hidden effects is neglected in the dialogue on health technology in healthcare. The study calls for more research to establish a language for how health technology is experienced in coexistence with patients.

---

## INDLEDNING

---

Denne rapport præsenterer, hvordan patienter oplever at være indlagt, når deres vitalparametre monitoreres kontinuerligt af trådløst overvågningsudstyr. Undersøgelsens formål er at bidrage med et psykologisk perspektiv på, hvordan den kontinuerlige overvågning med sundhedsteknologi påvirker patienter. I mine bestræbelser på at undersøge den monitorerede oplevelsesverden, vil jeg først kontekstualisere min analysegenstand og præsenteres studiets teoretiske og metodiske tilgange.

Hvorfor bekymre sig om sundhedsteknologi? Så langt som arkæologien kan tage os tilbage i tiden, har teknologi været en del af menneskers hverdagsliv og samfund. Det der unikt gør os til mennesker er, at vi aktivt og konstant skaber vores egen samfundsmæssige og teknologiske verden i udvalgt og i overensstemmelse med behov, idéer og planer (Schrubbe, 2020 s. 2-3). Vi tager let imod ny teknologi og integrerer det i vores liv, men sjældent forholder vi os til, hvordan teknologien ændrer vores liv nu og her, og i nogle tilfælde med uigenkaldelige forandringer (Schrubbe, 2020 s. 6). Med digitalisering som redskab til at imødekomme sundhedsrelaterede mål, er det nærliggende at spekulere over, hvordan anvendelsen af sundhedsteknologier får betydning for sundhedsrelaterede fænomener i fremtiden (Andersen, et al., 2019 s. 31).

## SUNDHEDSTEKNOLOGI SOM POLITISK LØSNING

Digitalisering og teknologianvendelse fylder mere og mere som værktøjer til at realisere centrale, politiske mål på sundhedsområdet. Digitalisering og sundhedspolitiske målsætninger kobles på en måde, der er med til at løse sundhedsvæsenets kerneopgaver (Andersen, et al., 2019 s. 26-27).

Sundhedsdatastyrelsen har identificeret, at flere patienter har kroniske sygdomme, hvilket er en central udfordring for sundhedsvæsenet. De kronisk syge og multisyge patienter har ofte komplekse forløb (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Levealderen stiger, og ældre borgere har behov for pleje og behandling. Antallet af dem, der er i den arbejdsdygtige alder, vokser ikke tilsvarende (Danmarks Statistik, 2022). Danmarks demografiske udvikling er central i udviklingen af sundhedsteknologi (Andersen, et al., 2019 s. 16). Den aldrende befolkning har behov for pleje og behandling, og der findes et samtidigt stigende forventningspres. Dette sammenfald af øget behov og faldende ressourcer er med til drive udviklingen af strategier for digitalisering (Andersen, et al., 2019 s. 18).

Digitale løsninger i sundhedsvæsenet er også voksende, og politisk fokus på teknologi og digitalisering finder sted (Andersen, et al., 2019 s. 16). Der ønskes at skabe tværgående indsatser med borgeren i centrum, og Sundhedsdatastyrelsen formulerer:

*Strategien sætter rammer og retning for de forandringer, som i de kommende år skal sikre, at Danmark fortsat indtager en international førerposition inden for digitalisering af sundhedsvæsenet. Digitalisering er et vigtigt redskab til at sikre, at flere opgaver kan løses tættere på og med borgeren som medaktør i forhold til egen sundhed. Samtidig kan arbejdsgangene for sundhedspersoner omkring borgeren gøres mere smidige.*

(Sundhedsdatastyrelsen, 2022).

Forebyggelse og digitalisering handler om, at store mængder data om sundhedstilstande hos den danske befolkning skal kunne bruges til at skabe mere præcise behandlingsforløb af patienterne og stadig med udgangspunkt i den enkeltes behov. Monitorering af sundhed skal kunne resultere i tættere men mindre indgribende håndtering af patienternes sygdom. Dette skulle gerne forårsage, at borgeren behandles tidligere i udviklingen af kritisk sygdom og dermed behandles mindre (Sundhedsdatastyrelsen, 2022).

### Vitalparametre i fokus

Forholdet mellem komplikationer og personaleressourcer er tæt forbundet (Meyhoff, et al., 2022 s. 5-6). I nærværende studie samarbejder jeg med forskningsprojektet WARD. WARD står for Wireless Assessment of Respiratory and circulatory Distress, og det betyder trådløst vurdering af respiratorisk og cirkulatorisk forværring. Med kunstig intelligens udløser data om patienten alarmer hos personalet. Ved at monitorere patienterne kontinuerligt giver WARD som supportsystem plejepersonalet mulighed for at iværksætte kliniske interventioner ved brug af egne faglige kompetencer (WARD 24/7, 2022). Stifterne af WARD argumenterer, at supportsystemet muliggør en effektiv udnyttelse af ressourcer, således at plejepersonalet kan rette faglig opmærksomhed mod de patienter med akutte behov og samtidigt kan observere vitalparametre på resterende patienter på afdelingen (WARD 24/7, 2022). Med stigende kompleksitet i patientforløbene på sengeafdelingerne, argumenterer forfatterne, er der behov for tilsvarende komplekse pleje- og behandlingsmuligheder (Meyhoff, et al., 2022 s. 1-2).

EWS er en forkortelse af Early Warning Score, hvor samme vitalparameter måles manuelt. Aktuelt er der på alle landets sygehuse praksis for at måle vitalparametre minimum hver 12. timer på alle patienter, medmindre andet er lægeordineret. De målte EWS-data blive plottet i en referenceramme, og alt efter scoren heri, udløses handlingsalgoritmer, der indeholder interval for næste måling og eventuel tilkaldelse af særligt kompetence fagpersoner (Nielsen, et al., 2018 s. 1). EWS-målingerne er en praksis, der typisk forløber nogenlunde således: Patienten er i sin seng, plejepersonale instruerer til at slappe af og trække vejret imens, målingerne udføres. Det tager cirka tre minutter afhængig af konteksten, arbejdsro, patientens velbefindende og samarbejdskapacitet, om

EWS-udstyret er tilgængeligt mm. Herefter rengør plejepersonalet udstyret og taler med patienten imens.

WARD er skabt til at løse en specifik opgave, nemlig at måle patienternes vitalparametre kontinuerligt med trådløse enheder påsat patienten. To etiske fordringer i WARD er at opspore forværring af sygdom samt at mobilisere personaleressourcer ved at kunne undlade at lave manuelle EWS-målinger. Der findes en sammenhæng mellem patientsikkerhed og personaleressourcer, og med WARD ønskes der er sikre patienternes sikkerhed ved at erstatte og forbedre en teknologisk sygeplejepsikis med trådløst sundhedsteknologi (Meyhoff, et al., 2022 s. 5-6).

I WARD-forskningen er der ikke præsenteret et patientperspektiv i kvalitativ kvalitet, det vil sige at der ikke forskes i patienternes subjektive vurdering af at bære udstyret.

## Udvikling af bæredygtigt sundhedsteknologi

Sundhedsteknologi skal ikke betragtes som isolerede enheder, men som dele, der indgår i komplekse helheder. Kristina Thornbjerg argumenterer i sit kapitel "Partnerskab mellem mennesket og sundhedsteknologien" (2019), at sundhedsteknologi fungerer som organisatorisk medspiller, som både er følsom og påvirkelig overfor, hvordan brugeren interagerer med den. Den formes af anvendelsen og er på samme tid med til at definere rammerne for, hvordan anvendelsen finder sted. Thornbjerg pointerer i øvrigt, at et af hovedformålene med teknologi er at forbedre menneskers levestandard. Årsager til, hvis teknologi ikke bliver taget godt imod, kan være, at teknologien ikke tjener sit formål, (Thornbjerg, 2019 s. 33-34). I udviklingen af teknologi er det vigtigt, at der tages ansvar for designet og vores brug af teknologien. For at imødekomme at sikre dets bæredygtige formål, mener Thornbjerg, at der i udviklingsprocessen må være fokus på menneskets behov, tilstand og værdier. Dette særligt inden for teknologiudvikling i sundhedsvæsenet, hvor der arbejdes med menneskers helbred (Thornbjerg, 2019 s. 33-34).

## Sundhedsteknologi og etik

Maskiner vil fremover overtage dele af sundhedspersonalets opgaver, og at dette vil fratage borgere og patienter menneskelig kontakt. Men hvilke sociale omkostninger kommer teknologien med? (Bøgeskov, et al., 2019 s. 52-53). Anvendelsen af teknologi kan udvide menneskers handlemuligheder. Etik forholder sig til, hvordan teknologien bør anvendes, og om teknologien altid skal bruges til alt det, som vi kan bruge den til (Bøgeskov, et al., 2019 s. 50). På den måde er både etik og teknologi praktisk viden, fordi begge både beskæftiger sig med menneskers handlinger (Bøgeskov og Tømmerup s.50). Etik og teknologi har er begge fænomener, der beriger menneskers liv dog på forskellige måder. Formålet for teknologien er at forbedre menneskets livsvilkår, og den etiske praksis søger at gøre os til bedre mennesker ved at handle rigtigt (Bøgeskov, et al., 2019 s. 51)

Teknologisk udvikling er omfattende og sker i højt tempo, og det ikke givet, at den etiske udvikling følger teknologiens (Bøgeskov, et al., 2019 s. 51). For eksempel er der forskel på politiske

beslutninger og etiske beslutninger. Man kan være enige i værdisæt og de etiske principper i et problem, men der kan være mange forskelligartede politiske beslutninger, der søger at imødekomme samme etiske princip, herunder valg af sundhedsteknologi som løsning på et politisk problem (Bøgeskov, et al., 2019 s. 55).

Der er behov for etisk refleksion om teknologi i sundhedsvæsenet. Bøgeskov og Tømmerup (2019) argumenterer, at anvendelsen af teknologi i høj grad afhænger af kontekst og individuelle behov. Teknologi har forskellige effekter hos brugerne. Det kunne være, at en borger oplever tiltagende ensomhed ved anvendelsen af en teknologi, som en anden borger oplever øget frihed og autonomi med. Der er altså en vis usikkerhed forbundet i anvendelsen af teknologi, og dette må siges at være et vilkår. Det etiske element i sundhedsteknologi er da relevant for at fokusere på, hvilket niveau af usikkerhed om teknologis tydelige og skjulte effekter, sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle skal acceptere i målet om at tage vare på patientliv (Bøgeskov, et al., 2019 s. 56-58)

De sundhedsprofessionelle kan jonglere menneskelige aspekter og faglig viden, men det kan sundhedsteknologi ikke. Sundhedsteknologi har til formål at optimere processer og potentielt lette arbejdsgange. Det kan bidrage til tidsoptimering, hvilket måske kan give personalet kapacitet til at bruge deres faglighed på at styrke den menneskelige relation til patienten (Bøgeskov, et al., 2019 s. 60).

Følelser, tænkning, perception, læring og adfærd er egenskaber, som udviklingspsykologien blandt andet er optaget af. Fordi mennesker er sociale skabninger, har vi brug for relationer med andre mennesker for at trives og udvikle os. Samhørighed, afspejling og regulering af vores følelser, at give og modtage omsorg er elementer, som kan opstå i mødet mellem mennesker. Social isolation eller følelsen af ensomhed er risikofaktorer for helbredsudfordringer af både somatisk og psykisk karakter (Bøgeskov, et al., 2019 s. 61). Sundhedspersonale er ofte dem, der verbalt og nonverbalt beroliger patienterne, når de føler sig angst, urolige og nervøse. Når der bliver implementeret sundhedsteknologi, er der derfor risiko for at fratage brugeren menneskelig kontakt, og dette er med til at skabe utryghed hos patienten (Bøgeskov, et al., 2019 s. 62-63). Sundhedsteknologisk opmærksomhed kan i nogle tilfælde betragtes som en form for omsorg. Bøgeskov og Tømmerup (2019) argumenterer, at det relevant at spørge, om teknologi skaber en form for falsk tryghed ved at opsamle data, der egentlig ikke påvirker det observerede problem. Dertil kommer også spørgsmålet, om fravalget af teknologien stiller vedkommende dårligere end tilvalget (Bøgeskov, et al., 2019 s. 65-66).

## Psykologisk relevans

Ovenstående identificerer en problemstilling, der har psykologisk relevans. Til at kredse rapporten ind på de anvendte psykologiske teorier og problemstillinger, præsenteres Schraubes artikel "Technology of the practice of everyday living", der diskuterer, (2020) hvorfor og hvordan



psykologien kan forske i forholdet mellem menneske og teknologi. Teknologi forhandler menneskelig subjektivitet, handlefrihed og adfærd i hverdagslivet. Schraube ytrer en videnskabelig vision på vegne af psykologien, at teknologi-psykologien kan udvikle en vigtig stemme i den offentlige debat om, hvordan mennesker transformerer dem selv og deres sociale relationer i en tid, hvor teknologi er dominerende. Ønsket er at nedbryde de simple dikotomiske ideer opdelt i teoretisk/empirisk og menneskeligt subjekt/teknologisk objekt (Schraube, 2020 s. 16-17). Teori er med til at skabe sprog for teknologi og dets effekter i vores liv. Derfor er det essentielt, at vi omhyggeligt og kontinuerligt undersøger, hvordan teknologi, teori om teknologi og dermed forskningspraksis om teknologi udvikles (Schraube, 2020 s. 2).

Teknologi er alle steder, og derfor rejser Schraube spørgsmålet, hvorfor menneske og teknologi skal adskilles i forskning. Hans bekymring er omfattende i forhold til psykologien fremtid. Allerede nu observeres en markant nedprioritering af psykologien i både sociale og politiske diskussioner (Schraube, 2020 s. 6). For at undersøge subjektive dimensioner, må der tages udgangspunkt i et fænomen i den sociale, diskursive og materielle kontekst (Schraube, 2020 s. 9).

Teknologi udvider menneskers handlemuligheder og er med til at facilitere mennesker liv og subjektivitet. Schraube argumenterer, at det er essentielt at anerkende, at teknologi ikke blot er "et middel for et mål", men at vores sameksistens med teknologi er langt mere kompleks. Teknologi er ikke blot hvad, det er intenderet at være, men teknologi har også uafhængige og uforudsigelige effekter (Schraube, 2020 s. 14-15).

## BELYSNING AF PROBLEMFELT

### Teorivalg

Forskning i teknologi-psykologi har frugtbare muligheder inden for de kvalitative traditioner, og særligt deltagerforskning er relevant. Forskning bør tage udgangspunkt i konflikter og dilemmaer i hverdagslivet ved blandt andet at beskrive oplevelser og tanker, mennesker har i aktiviteterne med teknologien (Schraube, 2020 s. 15-16). Til at belyse min empiri anvender jeg den filosofiske teori *Postfænomenologi*. I tråd med ovenstående kritik af psykologiens potentiale for at belyse den menneskelige sameksistens med teknologi, har jeg fundet det brugbart at anvende postfænomenologien til at reflektere, hvordan patienterne relaterer sig til verden i en teknologimedieret relation i form af WARD-teknologier. Schraubes (2020) forståelse af teknologi-psykologi, samt den kvalitative potentiale og ønsket om et førstepersons-perspektiv, deler postfænomenologerne. Teorien tilbyder at forstå, hvordan relationen mellem menneske og verden er medieret af teknologi (Rosenberger, et al., 2015 s. 9). Jeg ønsker at belyse, hvordan patienternes oplevelse af at være indlagt påvirkes af at blive overvåget kontinuerligt med trådløst udstyr. Ved at undersøge og identificere betydningsstrukturer, der kan bidrage til at et patientperspektiv af, hvordan

den kontinuerlige overvågning får betydning for patienten, kredser denne specialerapport sig dermed om følgende problemformulering:

## Problemformulering

*Hvordan er WARD med til at konstituere patienten?*

### Arbejdsspørgsmål

1. Hvordan forstår patienterne WARD som supportsystem og forskning?
2. Hvordan medierer WARD relationer mellem patient og verden?
3. Hvordan konstituerer WARD patienterne?

## Metode og empiri

Forskningsprocessens analyseresultater bygger på kvalitative forskningsinterviews af informanter samt forskererfaringer fra felten. Jeg har i processen arbejdet på specialeprojektets forskellige elementer med løbende justeringer, udfordringer og beslutninger, som i undervejs har formet og tilpasset hinanden. Grundet opgavens omfang har nogle resultater været præget af begrænsede ressourcer som vilkår for denne type opgave. Jeg søger med rapporten at skabe transparens for rapportens indhold ved at vise processens refleksioner og beslutninger (Jensen, et al., 2019 s. 58).

## Afgræsning

WARD har under hele specialeprocessen været i bevægelse, og min forskning har i løbet af det sidste år været formet af WARD's præmisser herunder forsinkelse af deres patientinklusion, tekniske udfordringer samt Covid-19-forhold. Mine data er indsamlet i juni 2022, hvor WARD var ganske nyt for afdelingen. Rapporten kan ikke afdække, hvordan patienterne på afdelingen på nuværende tidspunkt oplever at deltage i WARD. Da mit projekt forløber parallelt med WARD's opstart på vedrørende afdeling, findes der endnu ikke forskningslitteratur om WARD i den konkrete kontekst.

## RAPPORTENS OPBYGNING OG STRUKTUR

Jeg ønsker i rapporten at give plads til at præsentere mine refleksioner fra forskningsprocessen løbende af hensyn til afsnittenes substans frem for et måske mere systematisk layout. Rapporten er disponeret med studiets analysestrategi, analyse af empiri, diskussion af resultater samt en perspektivering. Slutteligt en konklusion som svar på min problemformulering.

---

## ANALYSESTRATEGI

---

I nærværende kapitel vil jeg præsentere min analysestrategi og synliggøre, hvordan jeg i felten er sensitiv for, hvordan min analysegenstand viser sig. Det viser sig at være en kreativ måde dog ikke vilkårlig, men jeg ønsker at studere min genstand på den måde, den tager sin form på. Det har vist sig at være overraskende, og nye opdagelser er trådt frem. Analysestrategien har jeg revideret løbende som jeg har fået nye indsigter i felten, genstanden, formelle vilkår og personlige ressourcer (Knudsen, 2009 s. 12-14). For at passe på ikke at tage patienternes fremtræden for givet, vil jeg ikke anvende metoder i deres rigide forstand, men forsøge at anvende en analysestrategi, hvor jeg kan gøre mit blik følsomt for det, min empiri har potentiale for at vise (Knudsen, 2009 s. 12).

### TEORI

Postfænomenologien er blevet mit primære teoretiske ståsted i dette projekt, i hvilken prisme jeg har indsamlet og belyst min empiri ud fra. I det følgende præsenteres teoriens metodologiske grundlag og implikationer, dens potentialer og begrænsninger i praksis.

#### Postfænomenologi

Den anvendte litteratur i rapporten vedrørende postfænomenologi er fra tre kilder. Det ene kapitel er fra Peter Danholt og Christopher Gads bog ”Videnskab, teknologi og samfund – en introduktion til STS”, hvori forfatterne Finn Olesen, Mikkel Bille og Søren Riis har skrevet kapitlet ”Postfænomenologi” (Olesen, et al., 2021). Fra bogen ”Sundhedsteknologi i praksis” anvendes kapitlet af Kristina Tornbjerg ”Partnerskabet mellem mennesket og sundhedsteknologien” (Tornbjerg, 2019). Desuden anvendes teksten ”A Field Guide to Postphenomenology” skrevet af Robert Rosenberger og Peter-Paul Verbeek, som begge er medstiftere i udviklingen af postfænomenologien (Rosenberger, et al., 2015).

Postfænomenologien er en gren inden for science and technology studies (STS), som er et forskningsfelt, der beskæftiger sig med, hvordan teknologi, samfund og videnskab hænger sammen (Tornbjerg, 2019 s. 35). Det er en filosofi, der har rødder i den klassiske fænomenologi, der handler om, hvordan bevidsthedens intentionalitet erfarer fænomener i verden (Olesen, et al., 2021 s. 121-122). Jeg ønsker at anvende et begrebsapparat, der ikke blot lader fænomenerne tale for sig selv som i fænomenologien, men som kan hjælpe mig med at fokusere på, hvilken særlig indvirkning teknologi kan have i menneskers erfaring af verden.

## Metodologi

Postfænomenologien skaber opmærksomhed på, hvordan en specifik verden og specifikt subjekt konstitueres i sameksistens med teknologi. Teorien har en empirisk åbenhed for det forekommende i menneskers teknologimedierede relationer, og der ønskes at analysere det netværk af relationer, der er omkring teknologien (Rosenberger, et al., 2015 s. 31-32). Postfænomenologien har ikke en bestemt systematik metodologi, men tillader at lade empirien træde frem i det udforskede felt (Rosenberger, et al., 2015 s. 10). På den måde kræver teorien en kreativ anvendelse med en empiriske orientering i felten, der fungerer som et konkret udgangspunkt for filosofisk refleksion, der kan belyse, hvordan teknologier er med til at forme normativ rammesætning og har moralsk signifikans (Rosenberger, et al., 2015 s. 30-31).

## Komposition af bevidsthedsfelt

Postfænomenologer beskriver, hvordan teknologi påvirker menneskets overordnede erfaring af verden. Begrebet *bevidsthedsfelt* handler om, hvilke konturer, der komponerer menneskets oplevelser i forgrunden og baggrunden. *Feltkomposition* handler om, hvordan virkeligheden er komponeret, og hvad der i bevidsthedsfeltet kræver og ikke kræver opmærksomhed (Rosenberger, et al., 2015 s. 23). *Sedimentation* er de fortidserfaringer, som er sedimenteret i mennesket på en måde, der aktivt kontekstualiserer den nuværende oplevelse. Denne tankeverden er ikke statisk, men det er en løbende proces, der er med til at muliggøre, at vores perceptioner øjeblikkeligt fremstår meningsfulde i kraft af kropslig-perceptuelle vaner udviklet over tid (Rosenberger, et al., 2015 s. 25). Menneskets *bevidsthedsfelt* bør også studeres ud fra et menneskets mikro- og makroperceptioner, der uløseligt hænger sammen. *Mikroperceptioner* er det subjektne nære kropslige oplevelse, og *makroperceptionen* indebærer de kulturelle og historiske dimensioner af erfaringen (Rosenberger, et al., 2015 s. 16).

Teknologien former og omformer både mennesker og verden. Ved at *forstærke* og *reducere* vores sanseerfaringer i den teknologiske mediering sker der en *transformation* af det pågældende. Dobbeltveden i, at når noget forstærkes, reduceres noget andet og omvendt, er et eksistentielt forhold, som postfænomenologien ikke søger at afkræfte, men som anses som en metodologisk kvalitet (Olesen, et al., 2021 s. 129-130). Når teknologien konstitueres af brugeren, vil dens funktion være afhængig af, hvordan vedkommende anvender den. Denne varierende grad af stabilitet kaldes for teknologiens *multistabilitet* (Olesen, et al., 2021 s. 131-133).

## Mediering og teknologimedierede relationer

Postfænomenologien præsenterer teknologi som et fænomen, der har forskellige betydninger afhængig af brugeren og omgivelserne i *brugssituationen*. Desuden handler postfænomenologiens centrale pointer om, hvordan teknologi *forbinder*, *formidler* og *mægler* menneskets erfaring af

verden. Filosofien kan anvendes til at beskrive, hvordan menneskers *strukturer, erfaringer* og *handlinger* påvirkes af teknologien, og derfor mener postfænomenologerne, at teknologi *medierer* menneskelig praksis (Tornbjerg, 2019 s. 42-43).

*Mediering* betyder, at en mellemposition arbejder i midten mellem subjektet og verden. Den medierende del fokuserer på nogle særlige elementer i praksis, og når noget *forstærkes*, *reduceres* noget andet. Dette er ikke en neutral proces. Mediering mellem to elementer er derimod en *gensidig konstituering* af parterne, hvilket vedrører dannelse af de to positioner. Når teknologi medierer mellem menneske og verden, kaldes *det teknologisk mediering*, og her er teknologien altså med til at *strukturere* vores erfaringer af de situationer, vi indgår i (Olesen, et al., 2021 s. 130-131). Jo mere teknologi, der optræder i *brugssituationer* med mennesker, des større bevægelse sker der væk fra menneskets væren (Olesen, et al., 2021 s. 128). Med andre ord menes der, at når vi anvender teknologi, distancerer vi os fra vores *væren* i verden. Når mennesket relaterer sig til teknologi i en *brugssituation*, påvirkes vi af teknologi på en måde, der ændrer vores umiddelbare *væren* som menneske i verden. Den teknologiske *mediering* former, hvordan verden opleves.

Postfænomenologien præsenterer fire typer af *teknologisk mediering*. Det er et analytisk syn på, hvordan menneskets kropslig-perceptuelle erfaring af verden kan påvirkes af teknologi i *brugssituationer*. Medieringen kan forekomme som en *kropsliggjort, hermeneutisk, andetheds-* og som en *baggrundsmæssig* teknologisk medieret relation. I min analyse er tre af relationstyperne anvendt, og den baggrundsmæssige teknologimedierede relation udelades derfor i følgende uddybning af teorien (Olesen, et al., 2021 s. 126-127).

#### Den kropsliggjorte relation: (jeg - teknologi) – verden

Denne type relation kan opstå, når teknologi sidder på kroppen som en forlængelse af den. På den måde sanser og erfarer mennesket verden i en kropsliggjort teknologimedieret relation (Tornbjerg, 2019 s. 44). Efter en *tilvænningsperiode* har teknologien potentiale for at blive oplevet som en forlængelse af kroppen og måske optræde *semi-transparent* for brugeren. Når objektet opleves som en kropslig forlængelse, er det *vedhåndenværende*. I tilfælde af en *sammenbrudssituation*, det vil sige, når kroppen pludselig bemærker teknologien igen, erfares teknologien igen som et enkeltstående objekt og er da *forhåndenværende* (Olesen, et al., 2021 s. 126).

#### Hermeneutisk relation: jeg - (teknologi – verden)

Den *hermeneutiske* teknologiske mediering drejer sig om, at teknologi anvendes af mennesket til at fortolke verden. Teknologi kan formidle noget, som mennesket forholder sig ved brug af erfaring og opfattelser, og på den måde forstår verden ud fra den teknologisk medierede fortolkning af det, som teknologien udtrykker (Tornbjerg, 2019 s. 44). Brugeren oversætter det teknologiske udtryk til et forhold i vedkommendes egen livsverden, således teknologien giver en indirekte adgang til verden, og teknologiens mediering bliver da grundlag for menneskets erfaring af verden. Fortolkningen af, hvad teknologien formidler, afhænger af, hvilke erfaringer, vedkommende der aflæser formidlingen,

har til det det formidlede (Olesen, et al., 2021 s. 126-127). *Transparensen* for en bestemt *hermeneutisk* relation vil afhænge af det særlige niveau af kendskab, vedkommende har til fortolkningen af udstyrets "sprog". Teknologis sprog kan fremstå på hvilken som helst kropslig sans og ikke blot med skrevet tekst (Rosenberger, et al., 2015 s. 16-18).

#### Andetheds teknologisk relation: jeg - teknologi (- verden)

Teknologien fremstår som en kvasi-andethed. At teknologien fungerer som "en anden" vil sige, at brugeren direkte interagerer med teknologien, håndterer og betjener den (Olesen, et al., 2021 s. 127).

#### Etik og moral

Mennesket er moralsk ansvarligt for sine handlinger. Det er vanskeligt at vide sig fri af indflydelse fra andet og andre. Teknologis moralske relevans er dermed højaktuel, og den er at finde i den teknologiske mediering, som menneskers beslutninger og handlinger påvirkes og træffes gennem (Olesen, et al., 2021 s. 133-135). Den moralske dimension i teknologien handler ikke om, at teknologi i sig selv er moralsk, men i anvendelsen af den udtrykkes i menneskelige *beslutninger* og *handling*er. Værdi og mening skabes i relationen mellem teknologi og menneske, og disse afhænger af den menneskelige *praksis*, der er teknologisk medieret (Tornbjerg, 2019 s. 44).

Teknologiens moralske kvaliteter, intentioner og effekter er vanskelige at fremlægge. Moral er nemlig kompliceret: Menneskers *moralske ansvarlighed* kan forstås ud fra to kriterier omhandlende menneskelig *intentionalitet* og menneskelig *frihed* til at virkeliggøre denne intention. *Intentionalitet* skal forstås som subjektets eller objektets rettet (uden krav om bevidst handling). Teknologi kan være rettet mod at gøre noget og på den måde placere mennesket i en bestemt position. *Frihed* skal i postfænomenologien forstås, som menneskets *frihed som evnen til at realisere sig til, hvad der bestemmer ens position* (Olesen, et al., 2021 s. 134), altså ikke blot at være fri af indblanding fra andre menneskers eller teknologisk indflydelse men også at kunne realisere sig til denne indflydelse (Olesen, et al., 2021 s. 134). Jeg forstår ovenstående definition om frihed på således, at frihed er at kunne forholde sig til det, der afgør, hvor man bliver placeret i sin verden, og at kunne virkeliggøre sine ønskede handlinger.

#### Postfænomenologien i forskningspraksis

I det følgende reflekteres der over postfænomenologiens potentialer og begrænsninger ud fra mine erfaringer reflektivt at udforske de forståelsesstrukturer, der tillader genstandene at vise sig på den særlige måde, som de gør (Olesen, et al., 2021 s. 123).

Begreberne er gode til at fremhæve relationer, multistabilitet og grad af stabilitet, som giver sensibilitet for, at oplevelsen af verden ændrer sig herunder moral, handlinger og praksis. I min analyseproces oplevede jeg samspillet med min empiri og teorien fungerer overvejende redegørende. Det er udfordrende for mig at skabe en analytiske tyngde i analysen, der kan sige mere

om empirien, end empirien selv fremstår som. Teorien kan fremhæve elementer i empirien, men der er også betydelige dele af empirien, der ikke bliver belyst teoretisk, fordi teorien ikke har potentiale til det. De ellers ret konkrete begreber om teknologisk mediering sættes i analysen i spil overfor de mere abstrakte begreber som væren og sansning. Det kunne være de følelsesmæssige reaktioner fra patienterne. Postfænomenologien er en åben tilgang til det empirisk forekommende (138), men jeg erfarer, at det forekommende mangler sprog, og derfor er det en udfordring at få skjulte effekter frem. Jeg savner et større forråd af begreber og fænomener, der kan beskrive den kropslige perception samt de affektive effekter af at bære sundhedsteknologi.

## SPECIALEPROCES

### Forsker

Jeg har en professionsbachelor i sygepleje fra 2015 og er aktuelt på min afsluttende del på min kombinationskandidat i psykologi og sundhedsfremme og sundhedsstrategier. Under specialeprocessen har jeg oplevet en væsentlig fordel ved at kende til, hvordan Rigshospitalet fungerer som organisation i kraft af mit virke som opvågningspsygeplejerske på samme hospital. Jeg har oplevet et smidigt samarbejde med samarbejdspartnere, fordi jeg forstår fagsproget, organisationen, Rigshospitalets arbejdsgange, og især det at kende til, og have mod til, hvordan man kontakter og fat i de forskellige parter i en praksis, hvor specialeforskning er lavt prioriteret. Modsat har det været tilsvarende vanskeligt for mig at håndtere at være en inkarneret en del af sit eget forskningsfelt. Min sygeplejefaglige livsverden er blevet udfordret i refleksionerne om i den behandling, vi giver patienterne.

### Gruppesplit

Specialeprocessen begyndte i et specialesamarbejde i en tomandsgruppe. Ved gruppesplittet delte vi vores arbejde hidtil med lige adgang til vores fællesmateriale. Vi informerede vores samarbejdspartnere om splittet, og vi tog hver især kontakt til samarbejdspartnerne med henblik på at etablere WARD-samarbejdet enkeltvis. Jeg ændrede mit fokus på specialet fra et kritisk psykologisk perspektiv på patienternes betingelser for tryghed under indlæggelse, til at være endnu mere rettet mod WARD-teknologien fra patienternes perspektiv. I første omgang havde vi ønsket at indsamle empiri via systematisk selvobservation (SSO) i form af skriftlig eller mundtlig dagbogføring fra patienterne. Det viste sig, at patienterne havde det for dårligt for at opnå signifikant kompliance til denne krævende metode. Jeg ønskede med mit solo-projekt at stræbe efter samme kvalitative kvalitet, som SSO har potentiale for. Min metode er valgt først og fremmest ud fra erfaring med patienternes kapacitet til at deltage. Empiri fra gruppearbejdet er ikke anvendt i dette speciale, skønt har bidraget til min erfaring af felten.

Jeg har ikke erfaring med solo-projekter, og derfor var det nyt for mig at disponere hele projektet på selv. Jeg har lavet nogle skæve prioriteringer, som har været krævet ressourcer svarende til flere medforskere, f.eks. mængden af interviews, grundigheden af transskriptioner og kodningsarbejde. At lære selvstændigt at diskutere, fordybe sig og holde overblik.

## SAMARBEJDE MED FORSKNINGSPROJEKTET WARD

I mit job på Rigshospitalet har jeg stiftet bekendtskab med forskningsprojektet WARD siden 2019, hvor nogle af de kirurgiske patienter umiddelbart efter deres operation har fået påsat trådløst overvågningsudstyr som en del af forskningen. Da jeg på RUC's kursus "Mennesker, teknologi og sundhed 2021E" fik fokus på, hvordan teknologi influerer vores hverdagsliv som en aktiv medspiller, begyndte jeg at forholde mig til patienternes udstyr på en ny måde. Professionelt er jeg vant til at arbejde med monitoreringsudstyr i opvågningsfasen, men at forestille sig, hvordan patienterne vil påvirkes af det trådløse udstyr på sengeafsnittet, hvor der er høje krav til patientens initiativ til f.eks. ernæring og mobilisering, blev jeg nysgerrig på, hvordan forskningsprojektet havde forholdt sig til den del af patientdeltagelsen. Jeg arrangerede et møde med min kollega Eske Aasvang, der foruden at være anæstesiolog, og derfor har sin daglige gang i opvågningen, er professor og forskningsansvarlig for WARD. Jeg spurgte ind til projektet psykologiske perspektiv på det patientoplevede i forbindelse med WARD, og det blev klart, at det perspektiv manglede, og at kvalitative studier har sparsom indflydelse i WARD's forskning. Den formelle del af samarbejdet forløb via dialog og skriftlige samarbejdsaftaler med ledelsen for pågældende center og afdeling.

Projektsygeplejerske Louise har været min primære kontakt til patienterne. Hun har vurderet, hvilke patienter, der kunne være relevante for mig at tale med. Nogle gange har hun spurgt dem, om jeg må deltage i tilsynet, andre gange har jeg selv taget kontakt til patienterne. Louise har ikke plejeansvar for patienterne. Videre i rapporten omtales hun som "WARD-sygeplejerske".

Jeg har haft kontorplads på Rigshospitalets Forskningsenhed, hvor jeg har haft daglig kontakt med WARD-personalet og andet forskningspersonale. Tilrettelæggelse, styring og gennemførelsen af undersøgelsen er varetaget selvstændigt. Rapporten er udarbejdet som en del af min uddannelse på Roskilde Universitet og er ikke læst af WARD-ansvarlige (Poulsen, 2019 s. 103).

### WARD som forskningspraksis

Patienterne bliver spurgt, om de vil deltage i WARD i tillæg med info om forskningens formål samt den praktiske betydning for patientens indlæggelse. Patienterne skriver under på et informeret samtykke, se bilag 1. Dagligt er der tilsyn fra WARD-personalet, der observerer, om udstyret sidder korrekt. Derudover stilles spørgsmål vedrørende symptomer på konfusion. Der laves aftaler med patienten om fortsat ønske om deltagelse. WARD-personalet er tilgængelige i dagstid alle dage.



Plejepersonalet kan afhængig af deres fortrolighed med udstyret betjene det uden at konferere med WARD-personalet.

### WARD som supportsystem

Det kropslige udstyr i supportsystemet består af et blodtryksapparat, saturations- og pulsmåler samt et hjerteplaster. Da ingen af mine informanter bærer blodtryksapparatet, bliver det ikke beskrevet. Se bilag 3-7 for fotos af udstyret.

Saturation- og pulsmåleren kaldes fra producentens side for NONIN. I denne rapport vil NONIN blive omtalt som sat-måler, ligesom den gør i praksis. Det er en non-invasiv enhed, der kan måle blodets iltmætning og puls gennem en enhed, der sidder på en finger eller tå. Den grå del, der sidder på fingeren, er i semiblød silikone. Den skal sidde således, at den ikke afklemmer blodtilførslen men fortsat har nær kontakt til fingeren. En ledning fører data til apparaturen på håndledet. Apparaturet har et display, hvor puls og iltmætning vises. Der er en lille knap, hvor man kan tænde og slukke for udstyret. Apparatet sidder fast på håndledet med velcro (Concord Health Supply, 2022)

Hjerteplasteret måler respirationsfrekvens og hjerterytme. Hjerteplasteret monteres med to klistermærker på venstre side af brystkassen svarende til hjerteniveau. Her kan bevægelsen af brystkassen samt en simpel måling af hjertets kontraktioner registreres (Isansys, 2022).

### Fra måling til udstyr

Udstyret består af teknologisk udstyr, der monteres på patienten. De data, der måles, modtages via internetforbindelse til en tablet på patientstuen. WARD-tabletten er på patientstuen, og de registrerede data er synlige for dem, der ser på skærmen (Isansys, 2022). Skærmen bliver mørk, når den ikke trykkes på, og da tablettens skærm er mindre iøjnefaldende. Tablettens placering på stuen afhænger af stuens indretning, strømudtag og andet udstyrs placeringskrav. Dataene bliver også sendt til sygeplejerskens smartphone, men taler ikke sammen med andre apps, og sygeplejerskerne skal i hver vagt aktivere notifikationer på vedrørende patienter.

## METODOLOGI

I dette afsnit præsenteres projektes forskningserfaringer inddelt i forskningfilosofi, kvalitative studier, forholdet mellem data og teori, samt refleksioner om, hvordan skæringlinjerne mellem samfund og personlige erfaringer kan reflektere hinanden. Slutteligt præsenteres mine interviewerfaringer og informanter.

## Forskningsfilosofi

Bogen "Kvalitativ udforskning af hverdagslivet" fra 2013 er skrevet af Svend Brinkmann. Brinkmann er professor i psykologi på Aalborg Universitet (AAU) ved Institut for Kommunikation. På samme universitet er han sammen med en kollega leder af Center for Kvalitative Studier. Filosofiske, moralske og metodologiske spørgsmål i psykologien er nogle af de fænomener, han beskæftiger sig med både inden for de samfundsvidenskabelige og humanistiske discipliner (Brinkmann, 2013 s. 9). I bogen fremlægger Brinkmann, hvordan forskeren på baggrund af eget liv og egne oplevelser kan lave mindre undersøgelser. Han beskriver, at det rent praktisk er muligt og en ret spændende måde at tilgå fænomen, og han mener, at når man laver forskning i, bør det have udgangspunkt i oplevelser, som forskeren har en autentisk interesse for, og der er stor sandsynlighed for, at forskningsprojektet også har relevans for andre mennesker (Brinkmann, 2013 s. 10). Jeg har under min kandidatuddannelse og særligt i nærværende projekt været stærkt inspireret i Brinkmanns forskningsfilosofi. Hans opfordring til at studere fænomener med personlig relevans gav mig mod til at udforske et så personligt nærtstående fænomen som patienters oplevelse af at være indlagt endda i samarbejde med mennesker, jeg deler uddannelses- og erfaringsmæssig baggrund med. Min specialeforskning har måske til gengæld budt på overraskende svære situationer, hvor jeg som forsker først har skulle forholde mig til mine indgroede, forudindtagede idéer om patientoplevelser, lige så vel som være varsom med at tage parti på mine sygepleje-fagfællers vegne. Måske er netop disse konfrontationer en del af Brinkmanns pointer om at forske inden for områder, man har en oprigtig interesse for at beskrive og fortolke, fordi interesse er bærer af særlig omsorg for feltet, hvilket implicerer et omhyggeligt ønske for at forske med en rimelig standard, hvilket har været min egen oplevelse.

## Samspillet mellem teori og virkelighed i kvalitative studier

Brinkmann præsenterer det typiske scenarie, at forskere inden for kvalitative studier indsamler for meget data i forhold til, hvad de har ressourcer og potentiale for at bearbejde og forholde sig til. Konsekvensen bliver da, at analysen og diskussionen får uhensigtsmæssigt lidt plads i forhold til at lave forskning af høj kvalitet, fordi den teoretiske refleksion og empiriens bestanddeles kvalitet ikke rapporteres tilstrækkeligt (Brinkmann, 2013 s. 12-13). Denne erfaring kan jeg tilskrive mig. Jeg har ønsket at arbejde grundigt og stringent i min metode, og når jeg har tvivlet på min empiris gennemslagskraft, har jeg frygtet mit arbejdes videnskabelige legitimitet. Jeg indsamlet endnu mere empiri i min umiddelbare utilfredshed over ikke at kunne besvare min daværende problemformulering med mine data. Desuden blev jeg også grebet af interviewspraksissen, som jeg ønskede at opkvalificere.

Skønt jeg erkendte, at empirien var for omfattende for mig, lod jeg databearbejdningen blive ligeså i mit ønske om at arbejde grundigt, stringent og på den måde opnå

videnskabelig legitimitet. Netop denne overvældende oplevelse af at have uoverskueligt meget data fik en betydelig effekt på mit projekt. Ved transskriptionerne og kodningsarbejdet oplevede jeg at blive nærmest fortabt og desorienteret i empirien. Ved at lytte så intenst til samtalerne i forbindelse med transskriptionerne, bearbejde dem induktivt med koder og meningskondenseringer, mistede jeg ligesom fatningen med problemformuleringen, og jeg fik pludselig øje på grunden til, at jeg ikke følte, jeg fik svar på min problemformulering i første omgang. Patienterne kunne simpelthen ikke selv give mig svar på det, jeg spurgte om, og jeg kunne ikke gennemskue, hvordan det kunne være, at mine simple og direkte spørgsmål ikke kunne besvares. I databearbejdningen gik det op for mig, at patienternes manglende evne til konkretisere, hvordan WARD-udstyret opleves, blandt andet skyldtes den skjulte, kropslige erfaring. Patienternes emotionelle udtryk vidende også om, at fokus på teknologien indebar noget udmattende og krævende for patienterne. Jeg opdagede, at postfænomenologiens begreber kunne bidrage med til at fremme nogle af patienternes erfaringer i de teknologimedierede relationer.

Ved at læne mig ind i Brinkmanns metodiske filosofi om, at hverdagslivets genstande gerne undersøges med flere typer metoder med det formål at forstå verden bedre gennem kvalitativ forskning (Brinkmann, 2013 s. 16-17)., køber jeg også ind på præmissen om, at forskningen er som et håndværk, hvor skel mellem teori, metode og forskningspraksis sløres. Jeg oplevede i min proces at ændre metodiske tilgange undervejs, og det var trygt at kunne bevare fokus på målet med at forstå patienterne bedre. Den tryghed om, at metoderne gerne måtte variere, frisatte en kreativitet hos mig, der netop begyndte at se muligheder i, hvordan jeg kunne få forskellige slags data ud af mine informanter. Jeg varierede, hvornår på dagen, jeg kom ind til patienterne. Nogle gange gik jeg med WARD-sygeplejersken, andre gange gik jeg selv. Nogle gange bad jeg WARD-sygeplejersken om at introducere mig uden mit tilstedevær, andre gange var det mig, der gik i forvejen for WARD-sygeplejersken. Jeg deltog i samtalerne med uniform på, og andre gange i privat tøj. I nogle samtaler forsøgte jeg at holde mig semistruktureret til min interviewguide, og andre samtaler var langt mere spontane. Nogle samtaler arrangerede jeg i enerum med patienterne, andre samtaler inviterede jeg pårørende med. Friheden til at afprøve forskellige design involverede min erfaring i min planlægning af samtalerne, og jeg oplevede også at tænke anderledes om de fremtidige samtaler velvidende, at dem kunne jeg arrangere anderledes. Min kreative kapacitet oplevedes mere frugtbar.

Ikke kun praksis eksperimenterede jeg med. Med indsigt fra pragmatismen erkender Brinkmann, at verden bedre kan forstås og mestres, ved brugen af teori som redskaber. Ved at anvende teori disciplineret og analytisk rettet mod datamaterialet, vil projektets stringens og videnskabelige kvalitet styrkes. De teoretiske begreber kan virke sensitiviserende på den empiriske analyse, og i håndværksfilosofien vil et sensitiviserende værktøj hjælpe os med at navigere i empirien på nye måder og i nye retninger (Brinkmann, 2013 s. 16). Det var netop denne åbenbaring, jeg oplevede, da

jeg sad med min systematisk kodede empiri og stadigvæk ikke kunne vise, hvad der var så særligt i mine samtaler med patienterne. Først da jeg læste mig længere ind i postfænomenologiens filosofiske bidrag til at forså teknologi som noget, der medierer relationen mellem mennesket og dets verden, blev mit blik sensitivt for de empirisk forekommende teknologimedierede relationer og effekter. Denne usynlige relation, der optræder forskelligt afhængig af patientens kapacitet til at forholde sig til det.

I samtalerne eksperimenterede jeg, jeg læste forskelligt psykologisk og teknologifokuseret teorier og undersøgelser. Forskellig teori om bearbejdning af data udforskede jeg. I det alle dele af min forskningsproces har jeg ladet mig rive med af interessante og potentielle emner af litteratur, samtaler og vidensformidling i form af lyd og video, der har kunne nuancerede og sammensætte et fagligt bagtæppe at udføre min forskning på. Dette har været uvurderligt interessant og omfangsrigt.

Personlige beretninger abstraheres til sociale tendenser. Brinkmann pointerer, at vores hverdagsliv vidner om, hvem vi er, og forskning heraf er dermed også et udsnit af, hvad der betyder noget for mennesket det i vores tid (Brinkmann, 2013 s. 17). Kvalitativ forskning inkluderer både empiri, filosofi og teori, og disse er afhængige af hinanden. Uden det praksisnære er filosofien tom, og forskningen vil være blind uden at kunne retningsætte med filosofi og teori (Brinkmann, 2013 s. 19). Kvalitativ forskning har både potentiale og nogle begrænsninger. Dette er relevant at have for øje, da jeg i mit specialeprojekt forsker kvalitativt. Jeg forsker i samarbejde med et forskningsprojekt, der primært er kvantitativt funderet. Kvalitative studier søger at få dybdegående indsigt i empiriske fænomener og de kvaliteter, som de tillægges af informanten. Som forsker er jeg interesseret i, hvordan fænomener opleves, siges, gøres og udvikles, og i forskningen forsøges fænomenet at blive beskrevet, forstået, fortolket eller måske dekonstrueret (Kristensen, et al., 2019 s. 15).

## Interviews

Et forskningsinterview er en samtale med et bestemt formål, der fokuserer på at lære noget om informantens livsverden, de kender og møder i hverdagslivets kulturelle sammenhæng og har egne erfaringer med (Poulsen, 2019 s. 99). Formålet er at blive klogere på et mere generelt problem. At indhente kvalitativt empirisk materiale kræver en grundig og systematisk tilgang til samtalen og ønsker at få adgang til personlige viden og erfaringer fra relevante informanter (Poulsen, 2019 s. 97).

Studiets empiri er 15 kvalitative, semistrukturerede interviews lavet på baggrund af en interviewguide, som kan ses i bilag 11. Med åbenhed for nye erkendelser søgte jeg at generere et righoldigt empirisk materiale med udgangspunkt i patientens egen fortælling. Samtalerne fandt sted i enerum med en patient, som deltagerforskning på WARD-tilsyn samt i en åbne men styrede samtaler med patient og pårørende. Varigheden af samtalerne har været mellem 2-43 minutter, hvor jeg har

optaget lyd. Nogle gange har jeg været på stuen i længere tid. Jeg har også talt med patienter uden at optage det, hvis jeg f.eks. har været inde og spørge, om de vil deltage i mit projekt eller om de har tid til den planlagte samtale. Jeg har også mødt patienterne på gangene og talt kort med dem der. Patienterne er anonymiseret i bilagene og sløret i analysen (Poulsen, 2019 s. 102).

Jeg foretrækker at kalde mine forskningsinterviews for samtaler.

Jeg havde i mine interviews forberedt en interviewguide, og for at undgå at skulle sidde med et manuskript, memorerede jeg mine spørgsmål således jeg havde hele guiden i mit hoved og havde øvet formuleringer, så det faldt mig naturligt (Poulsen, 2019 s. 98). Desuden med formål at skabe bedre kontakt med informanten i forhold til kropssprog og aktiv lytning. Jeg søgte at styre samtalen med en balance at være tålmodig, høflige afbrydelser, ydmyg for patientens ressourcer og bidrag, godt humør og respekt for patientens sindstilstand og samtalekapacitet (Poulsen, 2019 s. 106). Guiden var operationaliseret ud fra postfænomenologiens begreber, det vil sige at jeg havde øvet spørgsmål, der i et simpelt sprog kunne give patienterne anledning til at tale ind i mit problemfelt med sit hverdagsprog, se bilag 11 (Poulsen, 2019 s. 103). Jeg reviderede mine interviewguide løbende, som jeg fik erfaring med mine spørgsmål og lærte informanterne at kende. Under samtalerne anvendte jeg et let forståeligt sprog og talte i roligt tempo skønt jeg også var lidt nervøs og udfordret i samtalerne flow. Jeg søgte at få konkrete beskrivelser fra informanternes livsverden frem, og i samspil med dem løbende fortolke og på den måde validere min forståelse af deres fortællinger og svar (Poulsen, 2019 s. 107). Jeg observerede nogle patienter afmålte og afventende i mine første samtaler, og jeg fik god erfaring med at give mere slip på strukturen og give informanterne mere styring i samtalen (Poulsen, 2019 s. 108). Måske særligt ordet "interview" virkede til at give dem præstationspres, men det var lettere at tale om det, når jeg gemte interview-artefakter væk og de bedste interviews fandt sted uden interviewguide og uniform. Det krævede stor samtaleteknisk omstilling og sensibilitet at tale med denne sårbare informantgruppe, hvorfor jeg evaluerede og reviderede min interviewguide efter hver samtale.

Jeg deltog i WARD-tilsyn for at blive indlogeret på patienternes stuer i en naturlig setting, og jeg havde WARD-uniform på. I samtalerne prøvede jeg at opfange de store linjer i, hvad der foregik på stuen mellem patient og WARD-sygeplejerske, og når jeg havde spørgsmål, zoomede jeg ind på enkeltdele af konteksten og var i dialog med enten sygeplejersken, patienten eller begge. Patienternes ressourcer var meget svingende og langt dårligere, end jeg havde forventet. Patienterne var plaget af udmattelse.

Poulsen (2019) anbefaler at afbryde interviews, hvis de bliver for følelsesmæssige og minder om terapi (Poulsen, 2019 s. 108), og denne balance var svært at finde, fordi det ikke var tydeligt hvad patienterne reagerede på, og at de italesatte gerne at ville fortsætte samtalen. Nogle patienter reagerede med afsluttende bemærkninger, og i de tilfælde rundede jeg samtalen af og sagde tak. Jeg var opmærksom på ikke at forlade patienterne med en følelse af at være helt udslidt af samtalen samt at være åben for deres afsluttende kommentarer, også når optageren var slukket igen

(Poulsen, 2019 s. 109). Dog var de sårbare patienter vanskelig at vurdere. Jeg prøvede at disponere samtalsens tyngde, længde og tidspunkter efter patienternes behov, men deres behov var meget svingende undervejs i samtalerne og fra samtale til samtale. Trods de udmattede patienter, føler jeg, at jeg med alle havde en sensitiv, respektfuld kontakt og at vi sammen formidlede samtaleforløbet forsvarligt i forhold til patienternes behov. Jeg var ikke konsistent i min metode, fordi både for at være sensibel for empiriens spontanitet, men i høj grad fordi, det var meget vanskeligt for patienterne at samtale om WARD og dermed følge min interviewguide.

Jeg er endnu i tvivl, om patienternes sparsomme bidrag i samtalerne beroede på en dårlig forskerhåndværk og vanskeligt forskningsfænomen, eller om det primært gjaldt lav kapacitet fra patienterne. Jeg oplevede, at det var vanskeligt for mig at fastholde fokus på udstyret i vores samtaler, og patienterne havde ringe kapacitet til at reflektere og kunne knap beskrive, hvad udstyr var for noget. Selvom de havde sagt ja tak til at tale med mig om det, så var det svært. I stedet observerede jeg, at patienterne af alle mulige genveje rettede samtalen over på mere eksistentielle og smertefulde temaer. Mestring af sygdom var et tema, de bragte på banen i form af hverdagsanekdoter og meget personlige fortællinger, som på en måde virkede som et manuskript at lytte til. Modsat var der også patienter, jeg ikke kunne holde øjenkontakt med, og de svarede med korte ord.

Jeg fik enkelte gange en fornemmelse af, at patienterne opfangede, at mit studie handler om ”noget med psykologi” og måske derfor øjnede en mulighed for at få lov til at tale med mig. Jeg fik nogle gange en fornemmelse af, at jeg sad i en byttehandel med patienterne, som om de sagde ja til at deltage i ønsket om, at jeg kunne tale med dem om det, der fyldte for dem også.

I løbet af hele processen har jeg løbende sporet mig ind på, hvad denne rapport har skulle indeholde. Der er mange elementer i empirien at tage fat i. Jeg erfarede paradoksalt nok, at det var vanskeligt at dokumentere, at patienterne ikke havde sprog for de affekter, der opstod i samtalerne. Det er ikke kun patienterne, der mangler sprog for deres oplevelser. Som forsker manglede jeg også begreber, der kan belyse, hvad patienterne oplever i hvad der endnu er skjult.

Deltagerforskningen har i det hele taget været omfattende at dokumentere i notesform. At bevæge sig ind på et område, ”der ikke findes”, er det enormt vanskeligt fokusere sit fokus.

Jeg var i mine samtaler med patienterne optaget af at finde ud af, hvordan det er meningsfuldt for dem at deltage i WARD. Lektor Peter Busch-Jensen skriver i en artikel (2015), at der er mening på spil i alle livets aspekter (Busch-Jensen, 2015 s. 38). I artiklen fremlægges det, at menneskers sociale virkelighed har noget at gøre med andethed, hvilket forstås som noget, vi oplever som værende forskelligt fra os selv. At udfordres på vores forståelse af andre mennesker og sætte os i deres sted ved at forsøge at føle, mærke og indleve os i de livsbetingelser og tilstedevær, der er gældende for den anden (Busch-Jensen, 2015 s. 49). Selvom patienterne ikke talte direkte ind i emnerne om sundhedsteknologi, forsøgte jeg i mine samtaler at udfordre min forståelse for deres

oplevelse af at leve med deres livsbetingelser. Jeg forsøgte at nå ind til udstyrets betydning ved simpelthen at gå en lang omvej i samtalen, og ligesom lade patienterne komme til orde, og på den måde tage udgangspunkt i, hvad de bød ind med i samtalen. Busch-Jensen skriver, at det er vanskeligt at få nogen til at fortælle om, hvad de ikke tænker over. At gøre sig til medforsker kan være en måde at spotte andre menneskers selvfølgeligheder og fortrolighed med verden. En medforer, der forsøger at fastholde en kritisk, indlevende undren i forhold til det andet menneske (Busch-Jensen, 2015 s. 50). Med udgangspunkt i Brinkmanns kvalitative forskningsterm om at synliggøre de skjulte sammenhænge i sociale praksis, skriver Busch-Jensen, at vores verdener er vævet ind i sammenhænge, som betinger vores handlemuligheder. Handlinger er indlejret i praksis, og disse er indlejret i praksisstrukturer (Busch-Jensen, 2015 s. 54-55). I lyset heraf forstår jeg, at mine spørgsmål for mig har været enkle og åbenlyse i indhold, men at spørge ind til menneskers handlemuligheder i deres hverdagslivs praksisstrukturer kan have været indviklet og abstrakt at svare. Når jeg har spurgt patienterne, hvordan udstyret har betydning for dem og bedt dem beskrive, hvordan de vil forberede en fiktiv medpatient på WARD, oplevede jeg, at en patient begyndte at græde og sagde, at det ville hun lade professionelle om. Jeg fik også en fornemmelse af, at patienterne har oplevet deres deltagelse i WARD gennem sansninger og observationer, og når jeg så beder dem om at tale om disse erfaringer, virker det er alt for abstrakt for dem at svare på.

## Informanter

Mine informanter var udvalgt af WARD-personalet. Udvælgelseskriterierne af informanter gik på at få et førstehåndsindtryk af det oplevede fænomen. Jeg ønskede at tale med så mange og så meget, der skulle til få at kunne besvare min problemformulering med en rimelig mætningsgrad (Poulsen, 2019 s. 100-101). Patienterne er repræsenteret i en situation, hvor de fungerer som informanter for min dataindsamling. Jeg foretrækker at kalde studiets informanter for patienter for at bevare en virkelighedsnær og hverdagslignende tone i mine beskrivelser og analyser. Jeg talte med seks patienter. For at beskytte deres personlige oplysninger har jeg anonymiseret dem i rapporten, og i analysen har jeg sløret sammenhængen mellem analysepointe og person, hvor det ikke har konsekvenser for indholdet. Det er ikke alle mine informanter, der bliver citeret i analysen, men da alle har været med til at skabe min forståelse af, hvordan det er at være indlagt og have teknologisk udstyr, vil jeg præsentere dem alle.

Mine samtaler med patienterne var meget forskellige ad indhold og varighed, og derfor har jeg også varierende forståelse for patienterne som enkeltpersoner. Nogle patienter var meget udfordrende for mig at samtale med, fordi de ganske enkelt var for syge. Ikke desto mindre er det en væsentlig erfaring at få frem, selvom jeg ikke kan citere dem for det, at sygdommen sætter patienterne i en sårbar situation i forhold til at disponere deres kapacitet til for eksempel at deltage i et forskningsinterview. Selvom jeg kun fik tildelt de patienter, som blev vurderet egnet til at blive præsenteret for mig og mit ønske om samtale, var der varierende overskud hos de patienter, jeg endte

med at tale med. Repræsentationen af patienter i denne rapport er altså ikke fuldt tilsvarende, hvem der er indlagt og tilbydes WARD-udstyret, og ikke engang dem jeg faktisk talte med, kom tilstrækkeligt til orde i vores samtaler. Min erfaring er, at jo mere syge patienterne er, des sværere var det for mig for det første at få adgang til dem, og dernæst at få en indholdsrig samtale med dem om emner, som jeg faciliterede, i dette tilfælde deres oplevelse af at have WARD-udstyr på.

Jeg erfarede også, at samtykke til deltagelse var udfordret, fordi patienterne sagde ja til alt muligt, de ikke orkede. Jeg fornemmede, at de var i klemme i at gøre det moralsk rigtige og at forpligte sig til noget, der kræver deres ressourcer, altså i klemme i magtrelationer og i deres egne idealer og realiteter. Jeg opfattede tydeligt patienternes ringe tilstand i samtalerne med pårørende. Kontrasten mellem syge og raske mennesker trådte meget tydeligt frem på f.eks. stemmeføring, refleksionsniveau, deres subjektive stabilitet når jeg udfordrede deres meninger omend det ikke var særlig konfrontatorisk.

Se bilag 8 for transskriberede interviews for at få grundigt indblik i samtalerne.

Næsten alle patienterne har en lang indlæggelseserfaring og har erfaring med at forskellige medicinsk udstyr på kroppen i varierende tidsperioder.

### Sine

Sine ligger på en tomandsstue. Der er personale inde hos hende flere gange, hvor jeg eller vi kom forbi til tilsyn, og jeg fik en fornemmelse af, at Sine havde brug for en del hjælp fra personalet. Stemningen på stuen travl, også fordi der er to patienter på stuen. Der er dårlig akustik, solen står ind, og når vinduerne er åbne, kan man høre trafikken. Sine er sengeliggende de gange, jeg ser hende. Hun har smerte i skelettet, og smertebehandlingen er ikke reguleret sufficient endnu. Hun er udfordret med at klare basale behov som vandladning, defækation, ernæring, mobilisering, personlig hygiejne samt at disponere sin sociale og mentale kapacitet. Sine har været indlagt i mange dage. Jeg har to lange samtaler med hende: den første er i forbindelse med WARD-tilsyn, og den anden samtale er dagen efter om eftermiddagen, hvor patienten og jeg er alene på stuen.

### Birthe

Birthe ligger på enestue. Hun har en kemo-hat på, en vat-meshe i næsen, og hun taler lidt besværet, fordi hendes slimhinder i munden er i gang med at afstødes som bivirkning til hendes medicinske behandling. Hun er ikke smerteforpinet, men hun er udmattet. Hun fremstår venlig og imødekommende i kontakten. Birthe har været indlagt i mange dage. Jeg har fire samtaler med hende, hvoraf to af dem er i forbindelse med WARD-tilsyn og de to andre er individuelle samtaler.

### Gunhild

Gunhild ligger på enestue for nedrullede gardiner, stuen er lidt rodet, og en filmserie afspilles på computeren. Jeg går ind til hende et par gange, og hver gang sover hun. Jeg deltager i tilsyn sammen



med WARD-sygeplejersken, og jeg bliver på stuen efterfølgende. Gunhild er plaget af træthed, og er konfus efter store mængder opioider. Hun er ikke smerteforpinet da jeg møder hende. Gunhild har været indlagt i få dage.

### Torben

Torben har været indlagt på aktuelle afdeling i få dage som en del af et langt indlæggelsesforløb med livstruende blødninger i udlandet, liggende flyvetransport til Danmark og indlæggelse på intensivafdelingen. Han ligger derfor alene på en isolationsstue, fordi der er retningslinjer for, at man isoleres, indtil der forelægger negative podninger, når man indlægges direkte fra udlandet. Jeg møder Torben en formiddag, da WARD-sygeplejersken skal inkludere og opsætte ham til WARD, og jeg taler med ham alene i forlængelse af tilsynet. Jeg har også en samtale med ham alene dagen efter om eftermiddagen. Torben fortæller i første samtale, at sat-måleren er *lidt vel tungt* og at han ikke er vant til at bære noget på armen, fordi den er *ret svært handicappet*.

### Leo

Leo har været indlagt i mange dage, og jeg observerer et tominutters kort WARD-tilsyn hos ham. Han ligger i sengen med begge sengeheste oppe sin på enestue, gardinerne trukket for. Stuen er mørk, luften tæt. Hans hustru er der. Leo er plaget af hudkløe, udmattelse, smerter. Han afventer operation, der er blevet aflyst flere gange.

### Egon

Egon ligger på enestue. Ved første samtale sidder han i sin stol og spiser ved et bord, og jeg taler med ham alene. Anden samtale er et afsluttende tilsyn sammen med WARD-sygeplejersken, og her sidder Egon på sengekanten og han deler nu stue med en anden patient. Egon er venlig, imødekommende og forholdsvis velbefindende og energisk i kontakten i begge møder. Han har været indlagt i få dage.

### Jens

Jens har en enestue, der er lys og med frisk luft, og der står mange hjælpemidler på stuen. Jens ligger mest i sengen, kommer rundt i kørestol og kan selv forflytte sig og gå korte strækninger. Jens plages af konfusion, udmattelse og træthed. Han har været indlagt i mange dage. Jeg har tre samtaler med Jens. Til den første er Jens og hans datter til stede. Anden samtale deltager jeg i et tilsyn sammen med WARD-sygeplejersken. Til sidste samtale er Jens, hans hustru og to døtre til stede.

## DATABEARBEJDNING OG UDVALGT EMPIRI

I det foregående præsenterede jeg refleksioner om, hvordan mine rådata blev produceret. I det følgende præsenteres databearbejdningen heraf. Afsnittet fremlægger mine beslutninger og erfaringer i forhold til transskription, kodning af transskriptionerne og kategorisering af kodningerne. Se bilag 9 og 10 for processen.

### Transskriptioner

Mine interviews har jeg transskriberet. Jeg havde et stort datamateriale, og jeg bestemte mig for at bearbejde det hele. Jeg vidste, at datamængden var omfangsrig, men jeg var ikke moden nok i min proces til at prioritere. Jeg ville af samme grund selv transskribere alle samtalerne for at blive bedre orienteret i empirien. Jeg besluttede at transskribere ordret og fuldt ud. Til sidst i processen i de lange samtaler har jeg ind i mellem opsummerede samtaleindhold, når jeg vurderer efter at have lyttet grundigt til det, at jeg ikke ville bruge passager derfra i min analyse. Transskriptionerne kan ses i bilag 8.

### Kodning

Som redskab til at bearbejde empirien har jeg kodet transskriptionerne. Koderne blev organiseret i 29 hoveddimensioner med hver 2-51 underkategorier. Disse blev meningskondenseret og derfra kategoriseret. Empirien blev reduceret til tre overordnede kategorier for empirien.

Kodningsarbejdet er primært inspireret af min erfaring fra tidligere projekter. I tillæg har jeg orienteret mig i forskellige traditioner, og jeg endte med at gå med den metode, jeg følte mig mest tryk i for at disponere min analysekapacitet. Metoden er kraftigt inspireret af Kvale og Brinkmanns interviewanalyser med fokus på mening (Kvale, et al., 2009 s. 223-230). I kapitlet introducerer forfatteren til forskellige måder at finde mening i et datamateriale. Jeg forberedte mig til et deduktivt kodningsarbejde ved at foreholde mig til postfænomenologiens begreber. Efter at have forsøgt at forberede en begrebsstyret kodningsproces, skulle jeg ikke langt ind i første interview, før jeg blev grebet af den mere induktive, datastyret kodning (Kvale, et al., 2009 s. 224). Min kreative trang til ikke at følge for stringente metoder i kodningsarbejdet, prøvede jeg at finde en analysemetode i blandt Järvinen og Mik-Meyers bog om kvalitativ analyse (Järvinen, et al., 2017). Jeg fandt ikke en beskrevet metode, der rummede mine krav til kodningsprocessen, og jeg valgte at kode mine interviews fuldstændig datastyret med en tillid til, at min hermeneutiske proces med forskellige teorier og metoder ville afspejles i min sensibilitet for, hvad min empiri viste for mig. Det skulle vise sig at passe godt med den endelige teoretiske vinkel, postfænomenologien, nemlig at være åben for at lade fænomenerne træde frem, som de viser sig empirisk (Jørgensen, et al., 2011). I det følgende redegøres der for processen. Kodningsprocessen er dokumentet i bilag 9 og 10.

Jeg har lyttet til interviews, transskriberet dem efterfølgende, og lyttet til dem igen, da jeg kodede transskriptionerne. Jeg har gennem hele processen haft en solid fornemmelse af, hvad hver interview rummede som helhed konkret. Stemningerne i interviewene har været meget varierende og mere vanskeligt at definere verbalt for mig, da stemningerne indimellem var ganske modstridende i forhold til samtalerne konkrete indhold.

### Hoveddimensioner med underkategorier

Jeg vurderede hver enkelt citats naturlige meningsenhed og skrev det ind i tabellen til kodning. Citatets overordnede tema blev skrevet ind under hoveddimension og med en uddybende underkategori. Se udklip af tabel fra bilag 9:

#### 9. Tabel til kodning

Hoveddimension	Underkategori	Sortering af koder	Meningskondensering	Kategorier
Naturlig meningsenhed	af hoveddimension /naturlig meningsenhed	Underkategorier sorteres for at skabe overblik til at kunne meningskondensere	Ud fra koderne kondenserer jeg indholdet i mine samtaler  I mine samtaler med patienterne finder jeg, at...	Ud fra meningskondenseringerne sammenkobles empiriens bærende kategorier. Se nederste række i denne kolonne
1. Udstyr  Patientens fysiske oplevelse af at have udstyret	a. udstyret driller b. udstyret lyser, blinker c. oplevelsen af at udstyret ændrer sig d. det har ikke generet mig, mærker det ikke, mærker intet e. alt har været godt f. huske at tage det af ved bad g. telemetri var ikke sjov h. husker ikke hvad der var irriterende i. gør ondt j. strammer, klemmer liv af fingre	Patienterne fortæller i vores samtaler, hvordan de oplever at udstyret opleves at have på kroppen.  Forveksler ward-udstyr med telemetri  Neutralt <ul style="list-style-type: none"> <li>• blinker, lyser</li> <li>• bare et stort ur, vant til at gå med ud</li> <li>• armbånd sidder løst, ikke for stramt</li> <li>• life touch er neutralt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienterne forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr</li> <li>• Patienterne lægger mærke til, at udstyret lyser og blinker. Armbåndet sidder tilpas stramt og gør ikke ondt, tableten opleves neutralt.</li> <li>• De oplever, at fingeren bliver varm af at have tutten på, og at tutten kan klemme så fingeren bliver afklemt og føles iskold. Når pt sveder bliver udstyret irriterende at have på.</li> <li>• Patienterne synes, at WARD-udstyret er relativt smart (ift andet udstyr)</li> <li>• Patienterne oplever, at udstyret ikke er generende og de ikke bemærker det eller tænker over det.</li> <li>• Patienterne oplever, at udstyret kan drille, gøre ondt, stramme, klemme og gnave, irriterer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienterne forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr (1)</li> <li>• Patienterne bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm) (1)</li> <li>• Positive meninger om udstyret (1)</li> <li>• N11egative meninger om udstyret (1)</li> <li>• Vekslede meninger om udstyret (1)</li> <li>• Krav til patienten i forhold til at have udstyret på (1)</li> </ul>

### Meningskondensering

Ud fra hver hoveddimension formulerede jeg det tema, der dominerede den naturlige meningsenhed (Kvale, et al., 2009 s. 227-230). Jeg startede med at sortere underkategorierne ud fra hver hoveddimension, så det var enkelt for mig at meningskondensere indholdet deraf. I den proces spottede jeg også nogle koder, der var fejlkategoriseret. I meningskondenseringen komprimerede jeg indholdet og beskrev det med kortfattet, sammenhængende tekst.

### Kategori

Ud fra meningskondenseringerne kobler jeg empiriens bærende kategorier ved at slå meningskondenseringerne sammen (Kvale, et al., 2009 s. 227). Denne proces laver jeg af tre runder og ender med tre kategorier. Se udklip fra tabel fra bilag 10:

## 10. Kategoriseringstabell

Første runde kategorier	Anden runde	Anden runde fortsat	Tredje runde	Tredje runde fortsat
Kopieret fra Tabel til kodning.	Kategorier fra første runde slås sammen.	Kategorier inddeles med alfabetisk bulletpoints og tidligere kategorier slettes (fra 16 til 12 stk).	Kategorier reduceres yderligere.	Kategorier slås sammen og tidligere slettes. Der laves overskrift til de tre endelige hovedkategorier.
1. Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, andet forskning (1, 4, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 29) 2. Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm) (1, 10, 11, 13, 15, 24, 26, 27) 3. Positive meninger om udstyret/ WARD (1, 2, 4, 6, 13, 17, 21, 24, 26, 27, 29) 4. Negative meninger om	1. Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, teknologi og andet forskning (1, 4, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 29) 2. Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm). Italesættes/opfattes som en del af patientens krop (1, 10, 11, 13, 15, 24, 26, 27) + (14, 15, 17, 24, 28, 29) 3. Positive meninger om udstyret/ WARD (1, 2, 4, 6, 13, 17, 21, 24, 26,	A. Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, teknologi og andet forskning (1, 4, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 29) B. Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm). Italesættes/opfattes som en del af patientens krop (1, 10, 11, 13, 15, 24, 26, 27) + (14, 15, 17, 24, 28, 29) C. Positive meninger om udstyret/ WARD (1, 2, 4, 6, 13, 17, 21, 24, 26,	A. Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, teknologi og andet forskning (1, 4, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 29) B. <b>Slås sammen med A</b> Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm). Italesættes/opfattes som en del af patientens krop (1, 10, 11, 13, 15, 24, 26, 27) + (14, 15, 17, 24, 28, 29) C. Positive meninger om udstyret/ WARD	A. <b>Patienternes oplevelse af at bære teknologisk udstyr på kroppen</b> WARD forveksles med andet teknologi Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, teknologi og andet forskning. Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm). Italesættes/opfattes som en del af patientens krop (1, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29) B. <b>Refleksioner om WARD (udstyr og deltagelse)</b> Positive meninger om udstyret/

I det følgende er de tre endelige kategorier fremhævet. Følgende ses tal i parentes, som repræsenterer elementer fra hoveddimensionerne. Punkterne er de kategorier, der underbygger de endelige kategorier.

### Patienternes oplevelse af at bære teknologisk udstyr på kroppen

(1, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29)

- WARD forveksles med andet teknologi.
- Patienterne sammenligner/forveksler WARD-udstyret med andet medicinsk udstyr, teknologi og andet forskning.
- Patienterne og pårørende bemærker udstyret kropsligt (blinker, strammer, ses mm).
- Italesættes/opfattes som en del af patientens krop.

### Refleksioner om WARD (udstyr og deltagelse)

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29)

- Positive meninger om udstyret/ WARD.
- Negative meninger om udstyret, pt påvirkes negativt.
- Vekslende meninger om udstyret.
- Afbrydelse af deltagelse.
- Udmattelse, irritation, dårlig samvittighed.
- Forsøgsdyr/nålepude, informationspres
- Deltagelse i WARD er pga. forskning.
- Deltagelse i WARD er uvist for patienten, andre ufaglige grunde.
- Afbrydelse af deltagelse.
- Udmattelse, irritation, dårlig samvittighed. Forsøgsdyr/nålepude, informationspres.
- Patienterne negligerer udstyret/deltagelse i WARD og data.

### Patienternes relationer knyttet til WARD

(1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29)

- Relationen mellem patient og plejepersonalet påvirkes (ansvar, viden, tilgang til WARD, faglighed).
- Under samtalerne reagerer patienterne med gråd, stilhed, suk, dissociering, taler uden om, glemmer info, kan ikke reflektere over samtaleemne.
- Krav til patienten i forhold til at have udstyret på.

### Empiri til analyse

De tre endelige kategorier skulle vise sig at være alt for brede, og jeg måtte i gang med at fokusere empirien til min analyse. Første analytiske udkast blev til i prismet af narrativ psykologi, men ikke den kunne hjælpe mig tilstrækkeligt med at forstå, hvad der var på spil i mine samtaler med patienterne. Den kritiske psykologi havde jeg også nedprioriteret i min interesse i kun at fokusere på patienternes absurde, følelsesladede negliger af WARD-udstyret i en teknologimedieret relation. Jeg er endt med at skære analysen udelukkende med det postfænomenologiske snit, og tematiserede da min empiri til analysen ud fra mit kodningsarbejdet og min nonverbale forskningserfaring.

Jeg har prioriteret postfænomenologien på trods af dens begrænsninger, fordi jeg erfarer, at jo dybere jeg forstod teorien, des mere potentiale fik jeg øje på den har, og jo mere tydeligt trådte mine empiriske fund frem. Grundet opgavens begrænsninger har jeg ikke anvendt andet teori, selvom jeg i mine analytiske resultater finder behovet for yderligere begrebslig belysning af de elementer i empiriens og deltagerforskningen, der "stritter" og ikke får en overbevisende plads i den postfænomenologiske analyse.

Analyseprocessen er foregået af flere runder, og har været overvejende induktivt styret i begyndelsen. Jeg har med udgangspunkt i min empiri fundet bærende meningsenheder for mine samtaler med patienterne. Runderne har bestået i at orientere mig i empirien og samle temaer. Først efter en del runder, hvor jeg har sammensat empirien på forskellige måder, har jeg lagt mig fast på den postfænomenologiske teori. Da teorien var valgt, gik jeg deduktivt til værks. Jeg anvendte teoriens begreber til at forstå, hvordan empirien kunne organiseres, og derfra vekslet mellem induktiv og deduktiv analyse. Begreberne har i første omgang været styrende for analysens struktur. Delkonklusionerne strittede fortsat i mange forskellige retninger efter at have analyseret ud fra en deduktiv struktur. For at styre min analyse mod problemformuleringen, strukturerede jeg analysen tematisk ud fra tre arbejdsspørgsmål: Hvordan forstår patienterne WARD som supportsystem og forskning? Hvordan medierer WARD relationer mellem patient og verden? Hvordan konstituerer WARD patienterne?

## FORSKNINGSKVALITET

Det er væsentligt at vurdere den kvalitative forskningskvalitet for at placere studiets relevans. I det følgende reflekterer jeg over, hvorvidt rapportens resultater kan generaliseres til større populationer, og hvad resultaterne kan sige noget om. Derudover en refleksion over validiteten eller gyldigheden af mit studie. Dertil kommenterer jeg på studiets reliabilitet også kaldet pålideligheden (Jensen, et al., 2019 s. 55-56).

Jeg vurderer, at resultaterne fra mit studie kan generaliseres til lignende cases, hvor patienter bliver professionelt monitoreret kontinuerligt af sundhedsteknologi, der ikke er ledsaget af sundhedspersonale. Resultaterne bidrager på en væsentlig måde til feltet, fordi jeg søger at synliggøre og problematisere, for det første, at sundhedsteknologi har psykologiske effekter på mennesker. Jeg forsøger også at vise empirisk, hvordan dette tager sig ud. Desuden erfarer jeg, at postfænomenologien som analytisk apparat har potentiale for at synliggøre teknologimedierede relationer, men fordi informanterne har svært ved at italesætte det oplevede fænomen, og jeg desuden også fornemmer, at mine spørgsmål ikke rammer forskningsgenstanden, skal teorien suppleres med begreber, der kan åbne op for formidlingen heraf. Postfænomenologiens målingsvaliditet er altså god på den måde, at begreberne er sensitive for de teknologimedierede relationer og mulighed for den multistabile oplevelse af teknologien. Det er med til at øge validiteten for mine forskningsresultater, skønt gyldigheden er udfordret af informanternes kapacitet til at udtrykke deres oplevelse med teknologien.

Informanterne styrede de semistrukturerede interviews i en retning væk fra teknologioplevelserne, hvorfor empiriens validitet vrides. Samtalernes umiddelbare irrelevante indhold ledte mig dog til et væsentligt fund, nemlig patienternes behov for samtale og nærhed, hvilket jeg i rapporten inddrager som en kommentar på sundhedsteknologiens effekter samt generelle behov for synliggørelse af etiske og psykologiske overvejelser i udviklingen heraf.

Projektets reliabilitet (Jensen, et al., 2019 s. 56) vurderes til at være god, fordi informanterne er reelle eksempler på, hvad det vil sige at være patient. Empirien afspejler også patienternes mange forskelligheder, selvom de har deres sygdomskategori til fælles, er deres oplevelser af at bære WARD-udstyr individuelt. Hvad de har til fælles de kroniske diagnoser og måske deraf dårlige sygdomsstatus. I kraft af deres sygdomstilstand kan der sættes tvivl ved rapportens reliabilitet, fordi informanterne ganske enkelt havde dårlig kapacitet til at bidrage i samtalerne. Robustheden i studiets design og analyse er præget af postfænomenologiens sensibilitet for det fremkomne, min samtaleteknik som forsker samt patienternes mulighed for at reflektere og formidle det oplevede fænomen. Reliabiliteten kunne derfor i et studie med mere robuste informanter være stærkere. Ikke desto mindre synliggøres relevansen for at beskytte svage informanter for sundhedsteknologiske effekter.

---

## ANALYSE

---

Postfænomenologiens fokus er at analysere empiri konceptuelt og reflektere over, hvordan mennesker og teknologi gensidigt former hinanden via konkrete fænomener (Tornbjerg, 2019 s. 45). I dette kapitel præsenteres en selvstændig og kritisk analyse af empirien, hvor de beskrevne tilgange og metoder anvendes. Analysekapitlet er delt i tre analyseafsnit: Første del præsenterer patienternes forståelse af WARD, anden del præsenterer relationerne mellem WARD og patienter, og tredje del af analysen præsenterer WARD's konstituering af patienterne.

### PATIENTERNES FORSTÅELSE AF WARD

I min undersøgelse af, hvordan WARD konstituerer patienterne, vil jeg i den første delanalyse redegøre for de empiriske fund af, hvordan patienterne forstår WARD som supportsystem og forskning. Afsnittet præsenterer patienternes forståelse af deres deltagelse i WARD og deres forståelse af udstyrets funktioner.

Patienterne har forskellige forståelser for, hvad WARD er. Alle patienter kan i løbet af første samtale redegøre for, at WARD er forskning. Ingen af patienterne italesætter af sig selv, at udstyret måler data, som plejepersonalet har adgang til, og at deltagelsen i WARD dermed er aktuel for patientens egen indlæggelse og ikke kun er forskning. De fleste patienter bliver overraskede, når jeg fortæller, at data om vitalparametre er aktuelle for deres indlæggelse. Nogle patienter glemmer fra samtale til samtale, hvad WARD er, men de fleste genkender min genfortælling om WARD, og andre virker overraskede hver gang, jeg beretter om WARD. Forskelligt er det, om patienterne reagerer engageret eller uengageret i forhold til samtalen om WARD.

Patienterne i nærværende studie bærer alle hjerteplasteret. Sat-måleren har de på i første omgang, nogle tager den af og på ved behov, og nogle afmonterer den permanent. Ingen bærer blodtryksmåleren.

Patienterne har forskellige forståelse af, hvad udstyret kan måle, og hvad disse målinger er et udtryk for. Alle patienterne kan redegøre for, at puls handler om, hvor hurtigt hjertet slår, og at iltmætning handler om iltindholdet i blodet. Få af patienterne redegør for dataens fysiologiske årsager. De patienter, der forholder sig til data på sat-måleren, refererer udelukkende til tallene og tilkendegiver ingen refleksioner om, hvordan disse data om vitalparametrene relaterer sig til vedkommendes fysiologi eller subjektive velbefindende. Nogle af patienterne ved, hvor deres vitale parametre plejer at ligge, når de bliver målt. Enkelte patienter kommenterer på, at deres puls er højere end normalt for dem, og vurderer, at iltmætningen er ok. Få patienter kender til den referencetærskel, som plejepersonalet vurderer data ud fra. Størstedelen af patienterne forholder sig ikke til de data, der kan aflæses på deres håndled (puls og iltmætning), og ingen observerer data på tabletten.

Patienterne er instrueret i at tage udstyret af, hvis det bliver generende for dem. Nogle patienter er klar over denne instruks, andre er usikre eller uvidende herom. Nogle af patienterne har prøvet at justere eller afmontere udstyret, og nogle patienter har ikke erfaring med håndtering af udstyret endnu.

Jeg fornemmede desuden en sammenhæng mellem de patienter, jeg opfatter som mest velbefindende, og deres engagement i, hvad udstyret viser af data om deres krop i form af puls og iltmætning.

## RELATION MELLEM TEKNOLOGI OG PATIENT

I analysens første del har jeg redegjort for, hvordan patienterne forstår, hvad WARD er, og hvordan de forstår udstyrets funktioner. I denne del af analysen vil jeg præsentere, hvordan jeg med postfænomenologiens relationstyper kan analysere, hvordan WARD er med til at konstituere patienterne. Ved at se på, hvordan WARD medierer relationer mellem patient og verden, analyseres desuden, hvilke implikationer, disse relationer har (Rosenberger, et al., 2015 s. 13-19). Ud af de teoriens fire typer af teknologimedierede relationer, er har jeg fundet, at tre relevante at belyse empirien med. De tre anvendte teknologimedierede relationer er kropsliggjort, hermeneutisk og andetheds. Disse relationer kan anvendes til at analysere den måde, at WARD-udstyret indgår i patienternes kropslig-perceptuelle erfaring af deres indlæggelse (Olesen, et al., 2021 s. 126). Analysedelen fokuserer på patienternes oplevelse af tilvænning og håndtering af samt forventninger til udstyret.

### Tilvænning

WARD-udstyret er med til at omforme patienternes oplevelse af at være indlagt, og udstyret indgår som en del af patientens kropslige bevidsthed. Postfænomenologiens begreb om kropsliggjort relation mellem bruger og teknologi forstås på den måde, at teknologi kan påvirke brugerens oplevelse af verden i en mere eller mindre transparent teknologisk mediering (Rosenberger, et al., 2015 s. 14). Det kropslig-perceptuelle forhold mellem patient og WARD-udstyret determinerer brugen af udstyret. Når jeg spørger patienterne, hvordan de oplever at have udstyret på, svarer de ud fra, hvilket udstyr de har på i øjeblikket. Patienten erfarer verden i en teknologisk kropsliggjort mediering i kraft af at bære udstyret på kroppen.

Den kropsliggjorte teknologimedierede relation opleves for alle patienterne med en høj grad af transparens. Sat-måleren erfares mere bevidst, end hjerteplasteret gør. Patienterne fortæller, at sat-måleren perciperes visuelt, materialet er mere generende på huden, finger-dutten trykker, og sat-måleren fylder fysisk på en unaturlig måde i forlængelse af håndleddet og armen. Ledningen er mere stiv end kroppens bevægelser.

Tilvænningsperioden for sat-måleren er længere end hjerteplasterets. Patienterne beskriver sat-måleren som irriterende, klodset og som værende i vejen ved specifikke bevægelser. Tilvænningsperioden for hjerteplasteret er meget kort. Det er kun, når plasteret sætter sig løst, eller det blinkende lys irriterer, at patienterne oplever hjerteplasteret som forhåndenværende. Et forhåndenværende objekt opleves som et selvstændigt artefakt og er ikke længere en transparent del af praksis (Olesen, et al.,



2021 s. 132). Nogle af patienterne beskriver, at de ikke bemærker hjerteplasteret, hvorfor hjerteplasteret med postfænomenologiske termer kan forstås som vedhåndenværende for patienten. Når teknologi opleves vedhåndenværende betyder det, at det opleves som en umærkelig fortsættelse af kroppen (Olesen, et al., 2021 s. 132).

## Håndtering

For at belyse, hvordan WARD er med til at organisere patienternes oplevelse af deres indlæggelse, anvendes postfænomenologiens begreber til at belyse ikke blot, hvordan brugeren har en teknologisk medieret relation til verden, men også hvordan mennesker kan danne relationer direkte til selve teknologien (Tornbjerg, 2019 s. 44). I det kommende belyser jeg, hvordan WARD organiserer patienternes praksis, når patienterne indgår i direkte relation til udstyret, når de betjener det. Teknologien får et andetheds-præg i patienternes håndtering af teknologien i dens analoge form (Rosenberger, et al., 2015 s. 18).

De patienter, der har erfaring med at håndtere udstyret, har alle oplevet, at de let kunne betjene det. Hjerteplasteret er blevet håndteret i situationer, hvor en patient skulle i bad og havde brug for at afmontere det, og ellers kun i forbindelse med afbrydelse af deltagelsen i WARD. Sat-måleren bliver langt hyppigere betjent af patienterne. Patienterne fortæller mig, at de ikke kan redegøre for, hver gang de har ændret på finger-dutton, fordi de ikke lægger mærke til det bevidst. Patienterne ved, at de har ændret på sat-måleren, fordi de i samtalerne bliver opmærksomme på, at finger-dutton sidder på anden finger end sidst, de lagde mærke til den. En patient fortæller mig til eksempel med let stemningsleje om en spisesituation, hvor han ændrer på finger-dutton. Han interagerer med teknologien og organiserer sin praksis på en måde, så han er tilstrækkelig mobil til at kunne spise sin mad.

Tidligere i analysen fandt jeg, at udstyrets kropsliggjorte relation har en grad af transparens. Denne transparens ses også i andethedsrelationerne, hvor patienterne ikke er bevidste om deres håndtering af udstyret. Med postfænomenologiens termer forstås det, at patienternes kropslig perceptuelle erfaring af udstyret i kraft af dens transparens er så reduceret en komponent, at den ikke fremstår i patienternes bevidsthedsfelt. Desuden mener postfænomenologerne, at perceptionen af teknologi kan trænes både kropsligt og med forventninger til udstyret (Rosenberger, et al., 2015 s. 26). Ved at bære udstyret vænner patienterne sig til det, og nogle fortæller, at de er vant fra andre lignende teknologier fra private eller medicinske sammenhænge. Tilvænningen kan bidrage til en højere grad af transparens både i perceptionen og i håndteringen af udstyret.

Når patienterne begynder deres deltagelse i WARD, instrueres de mundtligt i, at de gerne må justere og afmontere udstyret efter behov. Instruktionerne implicerer, at det er enkelt at håndtere udstyret og let at vurdere, hvornår udstyret skal håndteres. Den fortalte baggrundshistorie om udstyret erindres forskelligt, og bevirker forskelligt brug hos patienterne, hovedsageligt om patienterne håndterer udstyret eller ej. Den fortalte instruks påvirker, hvordan patienterne opfatter, hvordan de må betjene udstyret, og denne form for perception knyttet til vedkommendes handlinger vil postfænomenologerne kalde makroperception. Makroperception handler om, teknologiens kulturelle dimensioner af menneskets

erfaringen af verden (Rosenberger, et al., 2015 s. 16). Patienternes makroperception af teknologien påvirkes blandt andet af, hvordan personalet instruerer og støtter op om brugen af WARD-udstyret, og hvad patienterne erfarer med at måtte og kunne håndtere andet sundhedsteknologi under indlæggelse. De bliver instrueret i at betjene udstyret efter behov, og denne fortælling af, hvordan de kan forholde sig til udstyret, fremtræder i varierende grad hos patienterne. Det er ikke alle patienter, der håndterer udstyret, som de har lyst til eller brug for, fordi de ikke kan huske, at de har fået denne instruks, og derfor er det forskelligt for patienterne, med hvilken stemning, de omorganiserer udstyret på. Nogle med lethed, andre med tvivl og frygt for konsekvenserne af at justere eller afmontere udstyret.

I fortællingerne om, hvornår og hvordan patienterne betjener udstyret, er det enkelt for patienterne at beslutte sig for at afmontere eller ændre på udstyrets position, når patienterne har det fint. Når patienten håndterer udstyret, fremhæves en andetheds relation, hvor teknologien medierer en praksis af at afbryde spisningen for at kunne betjene udstyret. Patienterne vidner også om, at udstyrets materielle design er forholdsvis enkelt at forholde sig til, og de bliver hurtigt fortrolige med den praktiske del af at håndtere udstyret, hvis de retter opmærksomheden på det.

Patienterne indgår i kropsliggjorte og andetheds relationer med WARD-udstyret. De vænner sig inden kort tid til det, håndterer det og tager det af, når de har brug for det. Nogle sanser udstyret bevidst, og særligt i sammenbrudssituationer eller i forbindelse med ændret praksis afmonterer eller justerer de udstyret. Ikke kun forståelsen, tilvænningen og håndteringen af udstyret varierer hos patienterne. Deres forventninger til, hvordan udstyret organiserer praksis, er også forskelligt, og det skulle vise sig at være vanskelig at placere denne forventning.

## Forventning

Postfænomenologer argumenterer, at mennesker kan indgå en teknologisk medieret hermeneutisk relation til verden. Denne type teknologisk mediering sker, når teknologi anvendes til at skabe fortolkning (Tornbjerg, 2019 s. 44). WARD-udstyret måler fysiologiske tilstande og formidler disse i form af tal, og disse tal har personale, pårørende og patienter mulighed for at aflæse, fortolke og anvende den viden, som udstyret formidler.

Nogle af patienterne har en forventning om, at deres subjektive oplevelse af at være velbefindende eller ildebefindende vil kunne afspejles og tolkes ud fra de vitale parametre. Det vil sige, at den teknologimedierede hermeneutiske relation indebærer en forventning om, hvilke egenskaber, udstyret har, og en indlejret forventning til, hvordan udstyret kan orkestrere praksis ud fra målte data. Den teknologisk medierede relation mellem patient og sygeplejerske får hermeneutisk karakter, idet patienternes fortolkning af udstyrets funktion i praksis former deres forventninger til samarbejdet med plejepersonalet, og for nogle patienter en forventning om, at udstyret formidler, mæglar og verificerer patientens behov for sygeplejefagligt tilsyn. En patient udtaler:

*Det er rart at være overvåget, altså, jeg har jo altid den der røde snor, jeg kan hive i, men hvis de kan komme i forkøbet med et eller andet, så ville det da være perfekt. (...)*

*så er jeg da fri for at hive i snoren. Og ligge og vente. Det kunne måske være, at det er samtidig, at man hiver i snoren, og så viser noget derinde, så siger de: 'Nå, der er jo noget galt jo, vi må lige ind og se til ham' (Bilag 8 s. 22).*

Samtalen handler om, at patienten er positivt stemt over for teknologien, fordi han forventer, at udstyret som en vedhåndenværende, kropsliggjort teknologimedieret relation, formidler og mægler patientens tilstand på en måde, der organiserer sygeplejerskens praksis og dermed relation mellem sygeplejerske og patient. Denne forventning til, at plejepersonalet kan og følger med i patienternes tilstande, organiserer relationen mellem patient og sygeplejersken på en måde, hvor patienten forudser at undlade at bruge den røde snor ved behov for tilsyn, fordi han forventer, at udstyret vurderer og formidler dette behov.

At målte data kan generere notifikationer hos sygeplejersken, opfattes af patienterne som, at udstyret mægler patienternes tilstand til sygeplejersken. Udstyrets multistabilitet kommer til udtryk i patientens forståelse af, at det har funktion som at trække i den røde snor, hvilket patienten ville gøre ved selvvalgt behov for tilsyn med plejepersonale. Den hermeneutiske relation mellem patient og udstyr forventes at mægle patientens tilstand til personalet, hvorfor udstyret konstituerer relationen mellem sygeplejerske og patient. WARD har til formål at monitorere og give alarmer baseret på vitale parametre, men patienten tillægger udstyret den funktion, som den røde snor har, nemlig at mægle den subjektive vurdering af sygeplejefagligt tilsyn.

#### Afrunding: Relation mellem teknologi og patient

WARD-udstyret opleves i varierende grad som en ubemærket forlængelse af kroppen med høj grad af transparens og som vedhåndenværende. I sammenbrudssituationer oplever patienterne, at udstyr og kontekst ændres. Selvom det ikke er udstyret, der ændrer sig, så ændres den kropslige perception af udstyret. Udstyret fremstår da med lav grad af transparens og som et objekt, der er forhåndenværende for patienterne. Ved at udstyret teknologiske kropsliggjorte mediering ikke er bemærket hos patienterne, oplever de, at det er enkelt og uden indsats at have udstyret på, og at udstyret ikke påvirker deres oplevelse af verden i betydelig grad. Udstyret medierer også en andetheds relation, hvor patienterne håndterer både udstyret bemærket og ubemærket. Når patienterne er usikre på, hvad de forventer af udstyrets mæglende funktion mellem patient og sygeplejerske, altså hvordan udstyret organiserer praksis, bliver patienterne i tvivl og bliver usikre på, hvordan de skal forholde sig til udstyret. Det sætter patienterne i tvivl om deres egen vurdering af behov for tilsyn med baseret på patientens subjektive vurdering af sit velbefindende.

WARD medierer i relationer mellem patient og verden, således at patienternes praksis ændres i kraft af deltagelsen i WARD. I det følgende vil jeg fremlægge, hvordan WARD er med til at konstituere patienterne på en særlig måde.

## KONSTITUERING AF PATIENT

I nærværende analyseafsnit ønsker jeg at undersøge, hvordan WARD som forskning og supportsystem er med til at konstituere patienterne, og hvordan teknologien har moralsk signifikans for dem. Jeg ønsker at belyse, hvordan udstyret er med til at skabe viden, beslutninger, æstetiske vurderinger og normative ideer i et første-persons-perspektiv (Rosenberger, et al., 2015 s. 30-31). Afsnittet fokuserer på, hvordan WARD giver mening for patienterne, hvordan WARD er bærer af moral samt patienternes muligheder for at rette deres opmærksomhed mod det, de ønsker at forholde sig til.

### Mening

Med analysen ønsker jeg at undersøge, hvordan patienterne tilskriver udstyret mening - en proces der ifølge postfænomenologerne ofte sker umiddelbart og selvfølgelig. Denne selvfølgelighed er med til at skjule, fordreje, forsimple det, der er genstand for erfaringen (Olesen, et al., 2021 s. 123), i dette tilfælde hvordan selvfølgeligheden i WARD er med til at forme patienterne og deres kontekst. Den mening, som et subjekt tilskriver en aktivitet, opstår gennem de relationer, der etableres mellem mennesket og teknologien i situationen: der opstår sansning, erfaring og tænkning i meningsfulde sammenhænge (Olesen, et al., 2021 s. 125).

Dette afsnit analyserer, hvordan patienterne konstitueres ved, at deres fysiologiske tilstande konstrueres til observerbare data, at patienternes roses for at deltage, selvom udstyret irriterer dem, samt hvordan patienterne konstituerer WARD som en mulighed for menneskelig kontakt.

Først analyseres, hvordan WARD er med til at komponere patienterne ved at forstærke særlige enheder af helheden. Den måde, som monitoreringsudstyret fungerer på, fremhæver fysiologiske tilstande som fænomener eller data, der beskrives ud fra regelmæssighed i form af tal. I en samtale med en patient taler vi om, hvordan det er at blive monitoreret, og jeg siger, at man normalt har sin puls for sig selv, hvortil en patient svarer: *det har jo man ikke engang for sig selv, for man aner det jo ikke* (Bilag 8 s. 15). Patienten pointerer, at monitoreringen er med til at synliggøre fysiologiske tilstande, som hun ikke selv kender til. Ved at indføre WARD, genereres data, der fungerer som fænomener, som man kan forholde sig til. Citatet tydeliggør, at patienten nu kan fremstå som "en puls", egenskaber, som hun ikke er vant til at kende til selv. De usynlige vitale parametre synliggøres i form af tal på et display. WARD er med til at konstituere patienterne på en måde, hvor vitalparametre som fænomener fremhæves.

I følge postfænomenologien er det et grundvilkår, at alle teknologimedierede erfaringer er med til at komponere vores bevidsthedsfelt ved at forstærke og reducere fænomener. Dette grundvilkår er et eksistentielt forhold om dobbelthed, altså at når en del af en helhed forstærkes, reduceres andre dele og omvendt (Olesen, et al., 2021 s. 130). Med tanke på denne eksistentielle dobbelthed, vil de fremhævede vitalparametre forårsage, at andre dele af helheden reduceres for dem, der indgår i den teknologimedierede relationen med patienten. Hvad der reduceres, påpeger patienten ikke, og jeg kan ikke få empirisk data frem om reduceres komponenter.

Teknologien fremhæver altså egenskaber hos patienter, hvilket er med til at forstærke hendes fremtoning under indlæggelsen. Senere i samtalerækken med ovenfornævnte patient har hun afbrudt deltagelsen i WARD, fordi udstyret blev irriterende for hende, da det blinkende lys på hjerteplasteret pludseligt oplevedes for kraftigt til, hun kunne sove. Tendensen af at udstyret pludselig bliver for generende gælder for de fleste patienter på et tidspunkt over de dage, jeg talte med dem. Allerede inden, de afmonterer udstyret, forudsiger et par af patienterne, at de vil blive irriterede af udstyret. En patient udtaler om det udstyr, han har på: *hvis man går hele tiden med det. Så bliver man... Presset, kan man sige. I Kroppen. Følelsesmæssigt. (...) den sidder bare og irriterer, du ved, hele tiden... (...) Uden at være voldsom irriterende, men det, den er der bare...* (Bilag 8 s. 29). Han fortæller, at udstyret sanses som en kontant negativ kropslig perception. Når jeg som forsker og WARD-sygeplejersken bliver fortalt, at udstyret er ubehageligt for patienten, og vi ikke reagerer på det ved f.eks. at afmontere det, er vi som WARD-repræsentanter med til at konstituere patienten på en måde, der i vores professionelle position accepterer patientens *forstærkede* oplevelse af at være presset af udstyret kropsligt og følelsesmæssigt.

### Forskning er meningsfuldt

Patienterne finder det meningsfuldt at bidrage til forskning og dermed meningsfuldt at deltage i WARD. En patient fortæller, at han gerne vil deltage, selvom udstyret generer ham. Han siger: *Så det [forskning] alene vil da helt klart være motivation nok til at og deltage i hvert fald et stykke tid, så længe, at generne virkelig ikke er større, end de er for mig ved at være her* (Bilag 8 s. 54). Det er fælles for patienterne, at de accepterer et vist omfang af gener for at kunne bidrage til forskning. Desuden er der et element af tillid til, at personalet kun foreslår tiltag, der er vurderet som en god ide. En anden patient udtaler: *Altså, hvis det er et projekt, jeg hjælper andre. Jeg tror, det var det, hun sagde, tror jeg, det er da meget godt så...* (Bilag 8 s. 27). Patienterne oplever, at WARD-udstyret er irriterende at have på. De opfordres til at deltage i WARD af personalet, hvilket patienterne erfarer som en legitim grund til at deltage, og dermed ikke former en personlig holdning til deres deltagelse.

De fleste patienter skildrer, at de under indlæggelse er vant til at skulle lægge krop til læringssituationer og forskning. Udstyret forstærker denne erfaring at være patient på. I samtalerne kan patienterne kun i ringe grad redegøre for, hvad WARD er, og hvorfor de deltager. For at blive klogere på disse forhold, analyserer jeg med postfænomenologiens begreber feltkomposition, sedimentation og også begreberne makroperception og mikroperception. Feltkomposition drejer sig om, hvordan teknologien er med til at komponere konturer i et menneskes bevidsthedsfelt. Sedimentation handler om, hvilke indlejrede forventninger og værdier, mennesket har med sig i kraft af sine tidligere erfaringer både individuelt og kulturel (Rosenberger, et al., 2015 s. 23), hvilket inddeles i henholdsvis mikro- og makroperception (Rosenberger, et al., 2015 s. 16).

Patienternes indlæggelseserfaring er sedimenteret i en vis grad, det vil sige, at nogle oplevelser ved at være indlagt fremstår som umiddelbare meningsfulde erfaringer (Rosenberger, et al., 2015 s. 23). Det kan være derfor, at patienterne samtykker til at deltage i forskning efter personalets opfordringer, uden at reflektere over, hvorfor og på hvilke præmisser. Et samtykke til den slags er fremstår kulturelt selvfølgeligt i empirien. Hvis det er en kulturel praksis, at patienter er genstand for læring og forskning

under indlæggelse, kan denne makroperceptionen af praksis være årsag til, at patienterne uden at kunne konkretisere bevidste reflekser om, hvorfor det er meningsfuldt for dem at deltage. Ved at forstærke forskning som en praksis, som patienterne bør deltage i, konstitueres patienterne på en måde, hvorpå de under indlæggelse bør være en del af forskning, og denne praksis støtter WARD op om.

Patienternes individuelle erfaringer af deltagelsen i WARD kan forstås som en sedimentering i form af indlejrede forventninger og værdier, patienterne har med sig (Rosenberger, et al., 2015 s. 23). Patienterne er vant til at blive undersøgt med medicinsk udstyr, og patienterne lægger ikke mærke til, hvad netop WARD-udstyret kan og skal. Det kan vidne om graden af det medicinske udstyrs transparens på den måde, at patienterne er vant til at være i omgivelser med medicinsk udstyr, at de er vant til at blive set på gennem medicinsk udstyr, samt er vant til at føle udstyr på kroppen. Sidstnævnte taler ind i den mikroperception, som patienterne oplever med udstyret, nemlig de individuelle perceptioner af at bære udstyret. Graden af transparens opleves for mange af patienterne som høj, det vil sige at udstyret træder i baggrunden i bevidsthedsfeltet. Patienterne præsenterer forskellige grunde til det. Nogle udtaler, at der er andet at bekymre sig om og tænke på. En anden grund er, at dele af udstyret i sig selv ikke perciperes grundet dets diskrete design. En tredje patient siger: *Altså nu har jeg prøvet det så mange gange, det er ikke noget nyt for mig mere, tror jeg ikke... Det er bare en rutine. Men så har lægerne også alle mulige studerende med og... sådan lidt forsøgsdyr* (Bilag 8 s. 27). Ved at opfatte hospitalets praksis som rutiner, vidner det om en vis vanthed og dermed sedimentation af den daglige praksis på hospitalet. Det giver hende en meningsfuld umiddelbar forståelse af, at hun samtykker til deltagelsen. WARD konstituerer da patienten som en patient, der er genstand for læring og forskning.

### WARD som en meningsfuld samtalepraksis

Det er meget forskelligt, hvordan patienterne deltager i samtalerne. Hos de fleste patienter observerer jeg en form for afmålthed forstået på den måde, at patienterne afventer mine spørgsmål og svarer meget kort og ofte uden særligt refleksionsniveau. Et par patienter fremstår med et særligt talepres, og samtalerne handler kun i begrænset omfang om WARD. Til gengæld handler samtalerne om patienternes historier om at være patient, og deres kontrastfyldte erfaringer om at være indlagt. Postfænomenologien hævder, at teknologi og menneske konstituerer hinanden gensidig i praksis, hvilket er relationel teknologiforståelse af, hvordan mening med teknologien opstår i menneskets sansning, tænkning og erfaring i meningsfulde sammenhænge (Olesen, et al., 2021 s. 124-125).

I samtalerne med patienterne fandt jeg, at det var meget vanskeligt for mig at fastholde patienterne i samtaleemnet om WARD. Adspurgt sagde alle ja tak til at deltage i mit studie med det samme. Udover den antagelse, at forskning er sedimenteret og dermed fremstår meningsfuld for patienterne, oplevede jeg et ufokuseret samtale-bidrag fra patienterne til mine samtaler med dem. Det skal forstås på den måde, at jeg tilbød patienterne taletid, og selvom jeg syntes, jeg var tydelig i min præsentation af mig selv og mit studie og formål med samtalen, og at jeg tog styring i form af varierende grad af struktur i dialogen, så var det vanskeligt at fastholde patienter i samtalen om WARD. Derimod styrede patienterne samtalerne ind i lange fortællinger om deres sygehistorik, og fortalte om deres livstruende episoder af sygdom, og de fortalte om dilemmafyldte følelser i forhold til plejepersonalet. Ved

at være repræsentant for WARD oplevede jeg, at patienterne konstituerede en praksis i en teknologimedieret relation med mig, hvor de kunne tale om, hvad der lå dem på sinde, hvilket ikke omhandlede WARD. Jeg prøvede at styre fokus tilbage på deres oplevelse af WARD, og jeg fandt, at samtalerne om WARD var vanskelig at få nogen særlig flow eller dybde i. Til gengæld fandt jeg, at jeg i repræsentationen af WARD fik data om patienternes dilemmaer, bekymringer, sejre og kampe i forbindelse med deres indlæggelse og livshistorier generelt. Da jeg begyndte at acceptere samtalerne med patienterne som satte dagsorden, tillod jeg bedre, at lade patienterne konstituere WARD som en multistabil teknologi, og med det fandt jeg et ret overraskende, men yderst potent behov for at bruge mine interviews til at tale om dødsangst, udmattelse, dilemmaer omhandlende pårørende, mestring af sygdom med mere. Den gensidige konstituering mellem bruger og teknologi fandt sted på en måde, hvor patienterne i den teknologimedierede relation med mig kunne komponere felten ved i samtalen at forstærke deres bekymringer, og på samme tid reducere fokus på WARD som monitorering og forskning i kraft af WARD som samtaleteknologi som multistabil enhed.

## Moral

Patienternes mulighed for moralsk ansvarlighed handler om teknologien som bærer af moral, samt menneskets mulighed for at indfri at forholde sig til det fænomener, der styrer, patienternes position i verden (Olesen, et al., 2021 s. 134). For at forstå, hvordan patienterne konstitueres, fremlægger jeg i det følgende WARD som bærer af moral, og på hvordan patienterne har mulighed for at være moralsk ansvarlige subjekter i de teknologimedierede relationer med deres verden.

### WARD som bærer af moral

Postfænomenologerne tilkendegiver, at det kan være vanskeligt at vise de moralske kvaliteter, som teknologi påvirker menneskelig erfaring af verden med (Olesen, et al., 2021 s. 134). Jeg vil i det følgende forsøge at synliggøre, hvordan WARD er bærer af moral i konstitueringen af patienterne. Jeg vil undersøge, hvordan WARD medierer etiske intentioner, og hvordan patienterne oplever teknologiske medieringer af praksis, hvor moralske handlinger og erfaringer udfolder sig igennem. Pårørendes erfaringer inddrages også i dette afsnit.

I samtaler med pårørende pointeres det, at udstyret påvirker, hvordan de oplever patienten. De samme pårørende italesætter det på to forskellige måder i to forskellige samtaler. I første samtale fortæller en datter, at udstyret virker tryghedsskabende. Udstyret ser teknisk avanceret ud, og hun synes det er trygt at kunne følge med i vitalparametrene på tabletten, hvor data kan ses i forhold til farvede tærskelområder. I den hermeneutiske relation mellem udstyr og datter opstår tryghed, fordi datteren tolker data på den måde, at hendes far har det godt. Datterens vurdering af vitalparametrene tager udgangspunkt i tabletens visuelle fremlægning af vitalparametrene i farvede referenceområder samt i tal, og er på den måde et sprog, datteren oversætter til forhold i virkeligheden, nemlig hendes fars helbred. WARD-udstyret er med til at konstituere datterens oplevelse af hendes far. I samtalen taler patient og datteren om, de forventer, at WARD-udstyret er med til at hjælpe patienten, og at det er trygt. WARD er da med til at konstituere,

hvordan pårørende erfarer patienten. I samtalen var patienten enig i datterens forståelse af WARD. WARD konstituerer altså i en hermeneutisk teknologimedieret relation pårørendes erfaring af patienten om, at udstyret skaber tryghed. WARD som bærer af moral kan forstås i lyset af, at det spiller en rolle i forhold til, hvilke moralske erfaringer, patient og pårørende forbinder med udstyret og dermed forholder sig til patienten indlæggelse på. Udstyret er da med til at konstituere, hvad det vil sige at være patient. I dette tilfælde, at det er trygt at være patient, fordi det er trygt at vitalparametre er synlige og dermed verifikation på, at patienten har det godt.

Denne forståelse af udstyret og dets etiske implikationer viser sig at være varierende i stabilitet. Dette kan forstås ud fra en hermeneutisk relation, da fortolkningen af udstyret vil afhænge af bl.a. viden og erfaring af udstyrets brug og dermed tilskrivning af mening (Rosenberger, et al., 2015 s. 17). Da jeg kom ind til patienten dagen efter og talte med ham, samme datter og flere pårørende, oplevede de udstyret anderledes. De pårørende italesætter, at udstyret får patienten til at se syg ud. Hustru og datter fortæller, at jo mere udstyr, des mere alvorlig syg, ser patienten ud. Både udstyret i sig selv og pårørendes oplevelse af patienten konstituerer patienten. Denne konstituering er i bevægelse og opleves som multistabil. Derved er WARD med til at konstituere, hvordan det er at være patient i kraft af, hvordan omverden responderer på patientens visuelle fremtoning. Udstyret får da moralske effekt, fordi det påvirker omverden på en måde, der hos denne patients pårørende i første omgang virker trygt og positivt for pårørende og dermed patienten, og senere på en måde, der får patienten til at se voldsomt syg ud på en måde, der påvirker pårørende og patient negativt.

Den moralske dimension af udstyret kommer også til udtryk i, hvilke funktioner, patienterne tillægger udstyret. Hver enkelt patient forstår WARD med varierende grad af stabilitet, forstået således, at hver patient forstår WARD forskelligt fra samtale til samtale. Nogle patienter mener, at udstyret formidler info til plejepersonalet, og at de vil reagere på forværring af patientens tilstand. Andre patienterne tilskriver udstyret mening og egenskaber, som udstyret teknisk set ikke har potentiale for.

En patient sammenligner WARD-udstyret med intensiv-udstyr. Ikke alene har han misforstået, hvad intensivudstyret måler, han har også misforstået, om det udstyr er sammenligneligt med WARD-udstyret. Sammenligningen af udstyret baseret på en hermeneutisk relation til begge enheder, former patientens forventninger og holdning til WARD. En anden patient fortæller om sin forståelse af udstyret tekniske potentiale. Han forventer, at udstyret fungerer som en hjertestarter, og da jeg korrigerer den opfattelse, skifter patienten holdning til udstyret, og siger: *Det synes jeg så både dårligt og skidt* (Bilag 8 s. 29).

Patienterne forventer noget af udstyret, som det ikke kan leve op til. Den multistabile fortolkning konstituerer dermed patienterne på en måde, hvor de føler sig trygge i kraft af ideen om avanceret teknologi. Disse forståelser af udstyret er misforstået, og det vidner om udstyrets begrænsning af stabilitet, nemlig at udstyret ikke blot ved forventningen om, at det virker som hjertestarter eller invasive måleinstrumenter, kan efterleve den tekniske funktion. WARD-udstyret kan fremme særlige følelser hos patienterne, men her ses en begrænsning på den gensidige konstituering. Uanset teknisk potentiale, oplever patienterne i en periode udstyret som positivt og tryghedsskabende, og disse oplevelser kan



måske forstås som værende positive uanset, om udstyret egentlig fungerer som forventet. Til den multistabile forståelse af udstyret er det relevant at forstå udstyr som bærer af moral. At udstyret er bærer af moral uden at have agens i sig selv, lægger det op til at blive anvendt og forstået på forskellige måder gennem sit design (Olesen, et al., 2021 s. 44). Hvordan brugeren er introduceret til teknologien, og desuden selv forstår det, vil udstyret påvirke brugerens beslutninger og handlinger. I dette tilfælde har to patienter samtykket til at deltage i WARD på baggrund af en forståelse af, at udstyret fungerer teknisk på en anden og mere avanceret måde, end det reelt gør.

### Patient som moralsk ansvarlig

I ovenstående analyse blev det belyst, hvordan WARD er bærer af moral. I denne delanalyse vil jeg undersøge, hvordan WARD er med til at konstituere patienterne som moralsk ansvarlige, og belyse, hvordan teknologien påvirker patienternes mulighed for at realisere, hvad de ønsker for deres indlæggelse. I det følgende analyseres, hvordan WARD medierer etiske intentioner, og hvordan konstituerer det patienterne til at kunne vælge og handle og moralsk ansvarligt. Analysen handler om patienterne som samarbejdende og ressourcestærke subjekter.

Patienternes deltagelse i WARD bliver værdsat af sundhedspersonalet, og deltagelsen i WARD er dermed med til at konstituere patienten på en særlig måde, nemlig som en patient, der samarbejder og gør det rigtige. Når personalet roser patienterne for deres deltagelse og for deres udholdenhed og samarbejde, konstitueres patienterne på en måde, at de efterkommer ønsker, som personalet har på vegne af patienterne. I den teknologimedierede relation fremhæver personalet altså et fokus i mødet med patienterne, og patienternes intentionalitet bliver da også rettet mod WARD.

Patienternes frihed til at deltage i WARD er præget af personalets fokus, opbakning og ros for deltagelsen i WARD. En patient var til eksempel blevet fortalt, at han gerne måtte afmontere udstyret ved behov og på egne konditioner. I en natlig situation, hvor han havde det skidt, og udstyret irriterede ham, havde han lyst til at tage det af. Da han fortæller os om hændelsen dagen efter, roser WARD-sygeplejersken ham for at have beholdt udstyret på. Ved at italesætte, hvilke handlinger, der er gode, markerer WARD-sygeplejersken moralske implikationer i WARD.

Patientens frihed til at realisere sin intentionalitet, i dette tilfælde at afmontere udstyret, vurderer jeg, er udfordret grundet WARD-personalets overordnet moraliserende holdning til, at det er positivt at bevare udstyret på, selvom det forstærkede patientens udfordring af at sove.

WARD-udstyret påvirker relationen mellem patient og plejepersonalet. En anden patient ved, at udstyret gerne må afmonteres ud fra egen vurderingen og behov, hvilket indgår i hendes hermeneutiske forhold til udstyret. Hun oplever, at plejepersonalet er i tvivl om, hvad de må gøre med udstyret, og at de gerne vil have, at patienten skal beholde det på, når de hjælper hende med personlig hygiejne i sengen. Patienten fortæller mig udmattet og med lukkede øjne: *Jeg har sagt: 'det må I gerne, når den er til besvær, må I gerne tage den af, fordi vi skal arbejde med mig.'* (...) *De er meget*

*pligtopfyldende* (Bilag 8 s. 47). Patienten ønsker ikke at have udstyret på i forbindelse med f.eks. sengebåd, og udstyret er dermed genstand for forskellige ønsker om praksis. Patienten oplever, at hun skal irettesætte plejepersonalet og argumentere for at få lov til at tage udstyret af. Plejepersonalet, der ikke er generet af at være i en kropsliggjort relation med udstyret, og patientens hermeneutisk teknologimedierede relation til udstyret ikke stemmer overens med den måde, som plejepersonalet ønsker samarbejdet med patienten i plejesituationen. Denne uoverensstemmelse konstituerer patienten som en patient, der er uenig med personalet, og relationen mellem patient og personalet bliver præget af udmattelse hos patienten, fordi hun oplever at skulle korrigere personalets viden og praksis i forhold til patientplejen. Patienten føler sig i klemme mellem, hvad plejepersonalet foreslår, og hvad patienten selv ønsker i forhold til sig kropslige velbehag og bekymringer om hygiejne og smitterisiko. Patientens mulighed for at handle moralsk forsvarligt er dilemmafyldt for hende, fordi hun selv har et ønske om at tage udstyret af i plejesituationer. Patienten oplever modstand fra plejepersonalet i sit ønske, og patienten er derfor begrænset i at ændre på de forhold, der afgør, om hun kan indfri sit intentionelle ønske, nemlig at holde pause med udstyret under plejesituationerne.

I det følgende belyses, hvordan patienterne konstitueres i deltagelsen af WARD, her med fokus på, hvordan patienterne udfordres i deres higen efter at være ressourcestærke patienter. I analysedelen fremhæver jeg, hvordan jeg i samtalerne med patienterne oplevede en diskrepans mellem patienternes ideelle beslutninger og handlinger, og hvordan de er udfordret i at leve op til disse. Det fremhæves, hvordan patienternes deltagelse i WARD er med til at konstituere deres mulighed for at træffe moralsk ansvarlige valg under indlæggelsen.

Der er en subtil tendens blandt alle patienterne, som er vanskelig at fremhæve i transskriptionerne. Udover selvmodsigelser og meninger, der ændres og udfoldes i takt med dialogernes flow, finder jeg en særlig stemning. Analysedelen handler om hvad, jeg fortolker som udfordrede idealer og negligerede behov. Nogle af de oplevelser, der følger patienternes deltagelse i WARD, kommer til udtryk i samtalerne nonverbale indhold. I anden samtale med en patient spørger jeg hende, ligesom dagen før, om hun kan redegøre for, hvad WARD er. I samtalen forsøger patienten at svare på mine spørgsmål, men hun afbrydes af sin egen gråd. Hun lå med lukkede øjne, græd og lavede vejtrækningsøvelser. Pludselig inviterede hun mig til at spørge mere, men hendes svar er præget af udmattelse og svære følelser. Jeg fornemmer, at hun gerne vil svare, men ikke har kapaciteten til at svare på spørgsmål, der kræver hendes overskud i form af refleksioner, hukommelse, meninger og fantasi. Selvom de andre patienter ikke reagerer på samtaler om WARD med gråd, ser jeg en generel tendens til, at patienterne har svært ved at engagere sig i WARD som samtaleemne. Andre nonverbale reaktioner i samtalerne var suk, stilhed, irritation, sarkasme, distance, selvmodsigelser og emneskifte.

I det følgende vil jeg analysere, hvordan patienterne konstitueres i denne type relationer, hvor udstyret er med til at organisere praksis ved at påvirke patienternes handlinger og omgivelser. Følgende citater er fra en patient, der for få dage siden var i udlandet, indlagt med en livstruende blødning og blev fløjet fra udlandet til intensiv afdeling i Danmark, og kun har været på aktuelle hospitalsafsnit uden for kritisk sygdomstilstand i få dage: *Hvis man er temmelig svækket i forvejen, så er det ikke så nemt og kunne at lægge sig til rette. Og jo mere man også har stukket ind i organismen (...), så det er svært lige at bevæge sig* (Bilag 8 s. 55). Patienten syntes, at medicinsk udstyr vanskeliggjorde, at han kunne lægge sig godt til rette. Jeg var nysgerrig på, om han ikke havde lyst til at tage udstyret af for at kunne slappe bedre af i sin seng. Samtalen fortsætter blandt andet med følgende udsagn fra patienten: *Jeg har måske ikke så meget andet at bruge mig selv til at lige for øjeblikket, så, nej, det kan jeg ikke se nogen grund til, hvorfor jeg skulle tænke sådan...* (Bilag 8 s. 55). Først kan det fremhæves, at patienten vælger at deltage i WARD på trods af, at udstyret generer hans mulighed for at hvile sig i sengen. Han beslutter at organisere sin praksis på en måde, hvor han imødekommer ønskerne fra WARD i højere grad end sine egne behov for at lægge sig godt til rette til at kunne hvile. Hans argument lød, at han ikke skulle bruge sig selv til vigtigere ting for øjeblikket. Patienten oplevede en form for meningsfuldhed i at bidrage til WARD-forskningen og organiserer sin praksis efter at imødekomme monitoreringskravet. Udtalelserne oplevedes som et ideal for patienten, nemlig at det er positivt at deltage i forskningen. At patienten ikke mente, at hans krop skulle bruges til andre ting lige nu, og derfor gerne måtte begrænse hans mulighed for at slappe af, tolker jeg ud fra postfænomenologiens termer som, at WARD er med til at konstituere patienterne på en måde, hvor patienten prioriterer sine basale behov under den meningsfulde praksis at bidrage til forskning. Udstyret er altså bærer af moral, og de moralske implikationer påvirker, hvordan patienterne handler. Patientens frihed til at tage udstyret af hænger sammen med hans ide om, at forskningen er vigtigere end at han ligger godt i sengen. Selvom patienten har fået fortalt, at han er fri til at tage udstyret af efter behov, får han også tak for at deltage i forskningen, og dette samt hans egen værdi i at bidrage til forskning, komplicerer hans mulighed for at realisere sit behov for at hvile sig, og dermed indfries intentionaliteten om at deltage i forskning over intentionaliteten at hvile sig.

### Afrunding: Konstituering af patienterne

Analysedelen belyste, hvordan mening og moral er en del af, hvordan WARD konstituerer patienterne. Jeg fandt, at de teknologimedierede relationer konstituerer patienterne som subjekter, der gerne må tåle irritationer til fordel for forskning. Forskningen er meningsfuld for patienterne, og det er grunden til de deltager i WARD. Patienterne er vant til at være genstand for læring og forskning under indlæggelse. Påvirkende påvirkes af, hvordan patienternes ser ud med udstyret på, og det konstruerer patienten både, at de kan føle sig trygge, men udstyret fremhæver også en ubehagelig erfaring af, at patienten er syg. Analysen fremhævede også, hvordan patienternes forståelse af udstyrets tekniske potentiale var med til at skabe tryghed trods forventede egenskaber, som udstyret

ikke lever op til. Patienterne påvirker WARD i en retning, hvor de former samtalerummet til at kunne rumme personlige og sygdomsrelaterede følelser og fortællinger. Med tanken om, at teknologi er bærer af moral, og dermed er med til at konstituere mennesker og påvirker, hvordan mennesker træffer valg og udfører handlinger, påvirker WARD patienternes mulighed for at være moralsk ansvarlige. Det er forskelligt, hvad patienterne synes er vigtigt både i forhold til forskning og deres egen indlæggelse. Ikke desto mindre forudsætter WARD, at patienterne forholder sig til det. I ovenstående eksempel tydeliggøres en tendens, som jeg fornemmede i det usagte hos de fleste patienter, nemlig at det er dilemmafyldt at afveje, hvordan WARD skal håndteres, fortolkes og prioriteres.

## RESULTATER

Rapportens analyseafsnit har vist, hvordan WARD er med til at konstituere patienterne. Det er forskelligt, hvad patienterne forstår og fortolker af WARD. De forholder sig til udstyrets funktioner i varierende grad, herunder hvad udstyret måler, og hvad disse målinger betyder er et udtryk for fysiologisk. Det er let for patienterne at deltage i WARD, når de har det godt, men det er kompliceret for patienterne at deltage i WARD, når de har det svært. WARD tolkes både som tryghedsskabende men også fremmer også udtrykket af sygdom. Det er meningsfuldt for patienterne at samarbejde med personalet samt at bidrage til forskning. WARD er bærer af moral, og det påvirker praksis på en måde, der har indflydelse på patienternes mulighed for at træffe beslutninger og være moralsk ansvarlige for egne behov under deres indlæggelse. Patienterne konstitueres på en måde, hvor de bør have ressourcer til at deltage i WARD, og hvor patienternes manglende ressourcer og affektive effekter kommer til udtryk i gråd, stilhed, usammenhængende og distancerende tale.

---

## DISKUSSION

---

I dette kapitel vil jeg diskutere analysens resultater for at nuancere, hvordan WARD er med til at konstituere patienterne. Derefter diskuteres, hvordan rapporten kan perspektiveres til praksis og videre forskning. I diskussionen inddrager jeg mine egne refleksioner om analyseresultaterne med inspiration fra pointer fra forfattere præsenteret i indledningen. Diskussionen tager desuden udgangspunkt i erfaring fra forskningsprocessen.

### DISKUSSION AF RESULTATER

Med WARD-forskningen tilføjes ressourcer til patienterne i form af ekstra, systematisk opmærksomhed. Når EWS erstattes med WARD er formålet med WARD paradoksalt nok det modsatte, nemlig færre systematiske tilsyn fra sygeplejerskerne. Formålet med WARD er også at mobilisere personaleressourcer til at prioritere faglige opgaver (Meyhoff, et al., 2022 s. 6). Prioriteringen af faglige opgaver vil da blive konstitueret af et fremhævet fokus på målte vitalparametre, og postfænomenologien argumenterer for, at man ved at fremhæve dele af helheden, vil andre dele af helheden reduceres (Rosenberger, et al., 2015 s. 23).

I rapportens indledende afsnit kontekstualiseres, hvordan sundhedsteknologi skal forbedre menneskers leveforhold og spiller en organisatorisk og væsentlig rolle i forhold til etiske implikationer i sundhedsvæsenet. WARD præsenteres som en løsning på et problem, nemlig at der mangler personaleressourcer i et sundhedsvæsen, hvor patientkompleksiteten og kravene til behandling er stigende. Bøgeskov og Tømmerup (2019) præsenterer etik og teknologi som praktisk viden, der beskæftiger sig med menneskers handlinger og er med til at berige menneskers liv i henhold til at handle rigtigt og forbedre livsvilkår (Bøgeskov, et al., 2019 s. 50-51). Teknologisk mediering er ikke kun etisk relevant, men WARD er også med til at materialisere og forme den verden (Schruabe, 2020 s. 13), som patienterne er indlagt i, og dermed for de sanselige normer, der følger deraf.

Sundhedsdatastyrelsen fremlægger, at digitalisering skal forårsage mere præcis behandling med udgangspunkt i den enkeltes behov med mindre indgribende håndtering af patienten (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). Det er essentielt at inddrage etiske og psykologiske aspekter i udviklingen af den sundhedsteknologi, der skal imødekomme det mål. Min rapport argumenterer, at der findes skjulte effekter af, hvordan sundhedsteknologi konstituerer og har moralske effekter på brugerne af det, og jeg mener, at der må skabes viden om netop disse for at træffe de mest oplyste prioriteringer af politiske beslutninger vedrørende disponering af faglige ressourcer i forhold til patientbehandling og patientbehov.

Når Sundhedsdatastyrelsen laver strategier for, hvordan Danmark skal bevare sin interne førerposition inden for digital sundhed (Sundhedsdatastyrelsen, 2022), skuer det i mig som fagperson i psykologi. Hvordan er en målsætning om vores internationale position inden for digitaliseringen en politisk løsning på demografiske, sygdomskomplekse problemer i sundhedsvæsenet? Bøgeskov og Tømmerup (2019) argumenterer, at forskellige politiske beslutninger kan vælges for at løse samme problem (Bøgeskov, et al., 2019 s. 55). Ud fra postfænomenologiens ræsonnement, reduceres andre politiske fokus, når et fokus fremmes. Dette politiske fokus på digitalisering er med til at reducere, hvordan patienternes psykologiske perspektiver får plads i den politiske debat. Derfor foreslår jeg, at der skal der stærkere politisk vilje til at opnå bedre psykologiske vilkår for patienterne. Politiske beslutninger i alle led vil eksempelvis være at prioritere psykologisk relevans inden for patientkonstituering og sundhedsteknologi fra ministerierne, på hospitalerne og sætte ind på personniveau ved sundhedsprofessionelle, pårørende og patienter.

En væsentlig forskel mellem EWS og WARD er den menneskelige aktør. Oplevelsen af WARD er multistabil, hvor patienterne Indimellem oplever WARD som vedhåndenværende med en høj grad af transparens, det vil sige at de ikke lægger mærke til det. Andre gange er WARD forbundet med irritation og usikkerhed og fremstår forhåndenværende. I en samtale med en sygeplejerske fortalte hun om EWS-rutinerne. Hele praksissen er fokuseret på målinger og de sanselige indtryk på patienten. Sygeplejersken er i dialog med patienten om målemetoderne samt resultaterne, og sygeplejersken relaterer sig til patientens behov, og formidler og doserer dermed sine fagligt funderede handlinger til patienten i brugssituationen med måleudstyret. Sygeplejersken supporterer altså praksissen med menneskelig kontakt og faglige skøn af patientens behov, således at ansvar er tydeligt, og der er mulighed for dialog i takt med, at EWS-praksissen afvikles. Bøgeskov og Tømmerup (2019) gør opmærksom på risikoen for, at sundhedsteknologi reducerer menneskelig kontakt, med blandt andet utryghed og urolighed til følge (Bøgeskov, et al., 2019 s. 62-63). WARD medierer nogle relationer, hvori der opstår et spændingsfelt mellem WARD's formål og patienternes sanselige, håndterbare praksis og forventningen herom. Patienterne er foruden WARD-tilsynene alene med monitoreringen og ikke mindst deres tanker, følelser, fortolkning og den praktiske håndtering af det.

Thornbjerg pointerer, at teknologi er med til at forme, hvad det vil sige at være menneske (Thornbjerg, 2019 s. 47). Min forskning er med til at tydeliggøre kulturelle og individuelle erfaringer af sundhedsvæsenets anvendelse af sundhedsteknologi. Jeg observerer tilstande, som patienten ikke har ord for, men som kommer til udtryk i nonverbale fænomener, hvor affekterne, men også for den kropslige fornemmelse af at bære udstyret. Der sættes altså teknologi på mennesker, hvor de ikke får tilbudt et sprog for en række af de ting, der sker hos dem, når de monitoreres. På baggrund af min analyse påstår jeg, at det er nødvendigt at lave et sprog og gøre det muligt at blive mødt i den affekt. Desuden synliggøres et behov for at over, hvorvidt patienterne skal have adgang til deres data, og

hvordan de skal instrueres i at håndtere udstyret ud for professionelt at deltage i ansvaret for, hvornår og hvordan der skal monitoreres.

WARD er en løsning på manglende ressourcer, men manglende ressourcer ud fra hvilke mål og standarder? At opspore kritisk sygdom systematisk eller kontinuerligt kræver ressourcer på hver sin måde. Er det på den måde, vi vil prioritere, konstruere og konstituere patienterne, behandlinger og personalets ressourcer? Sundhedsteknologien kommer med en pris, som vi ikke har sprog for. For at forsvare implementering af sundhedsteknologi, må vi se alvorligt på hele konteksten, så godt som det er muligt, og med krav om viden af høj kvalitet. Teknologiens høje grad af kompleksitet indebærer også magtfulde strukturerer, som konstruerer menneskelig subjektivitet og handlekapacitet. Det er ikke kun en materialisering af det intenderede, men teknologi er også uafhængig og uforudsigelig (Schruabe, 2020 s. 14-15). Vi kan ikke overlade vores patientbehandling til skjulte, dominerende effekter. Vores patienter skal konstitueres som mere end, hvad sundhedsteknologi har potentiale for og i øvrigt med stor opmærksomhed og prioritet.

## PERSPEKTIVERING TIL PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

Jeg finder altså, at der er et spænd mellem noget subjektivitet, institutionelt, normativt og samfundsmæssigt, der sætter patienterne i klemme. Dels kalder mine fund på mere forskning, der kan belyse patienternes følelsesmæssige og kropslige oplevelser ved at bære sundhedsteknologi på kroppen. Herunder peger min forskning også på et behov for at udvikle sprog, der kan give vedrørende subjekter sprog til at forholde sig til og formidle, hvordan sundhedsteknologien opleves både professionelt og personligt. Hvordan kan praksis forholde sig til disse fund? I det følgende reflekteres en praksisorienteret perspektivering af specialet.

Mange af os lærer klokkens sprog at kende: Ved at se på urets visere eller digitale tal, kan vi oversætte det info til at få en indirekte og fortolket forståelse af, hvor på dagen og hvad netop det tidspunkt betyder for os selv og andre i en cyklisk konstruktion af det civile samfund. Den hermeneutiske relation, uret medierer mellem menneske og verden, har altså et enkelt udtryk men oversættes ind i en kompleks kontekst (Rosenberger, et al., 2015 s. 17). På samme måde kan måleenheden puls fortælle noget med hjerterytmen. Fysiologien bag en given puls er komplekst, og ved at give patienterne mulighed for at beslutningskapacitet til at vurdere, om pulsen skal måles, gives et fagligt ansvar eller moralsk beslutning til en patient, som reelt ikke har en mulighed for at kende til effekterne af sin beslutning. Patienterne får altså ansvar for at beslutte, om der er skal laves målinger, der har faglige handlingskonsekvenser. At forstå effekterne af denne hermetiske teknologimedierede beslutning, er underbelyst og kalder på videre forskning. Det er derfor ikke etisk forsvarligt at give hele beslutningen til patienterne, for de er i en stram, underbelyst konsekvensfuld klemme mellem magtfulde humane og non-humane aktører i målet om at fremme patientens helbred.

I forskningsperioden fungerer WARD-personalet som ekstra ressourcer i kraft af deres daglige tilsyn. De har på nogle måder kapacitet til at rumme et outlet for patienternes følelsesmæssige tilstande og samtalebehov. Når forskningen stopper, bliver det interessant at se, om WARD kommer til at imødekomme eget formål nemlig at frisætte personaleresourcer, eller om WARD er med til at skabe behov for mere personale i kraft af udstyrets skjulte effekter i kraft af de affektive reaktioner, patienterne oplever i forbindelse med WARD.

Schraube argumenterer, at det er relevant også at se ind i flere dimensioner af subjektets verden og kontekst (Schraube, 2020 s. 9). Dette speciale har primært fokus på førstepersons-perspektivet, men videre forskning kunne være oplagt at inddrage pårørende og personale, også at følge patienterne i længere tid både med og uden WARD-udstyret på få at flere dimensioner af deres erfaringer med at sundhedsteknologien. Et enkelt sted at starte kunne være at indsamle empiri fra den tilsynspraksis, som allerede er etableret i kraft af WARD-personalets daglige kontakt med patienterne.

WARD står ikke som et isoleret fænomen men optræder i sameksistens med patienten, ligesom der er uoverskueligt meget andet, der sameksisterer i konteksten. Derfor er det også vanskeligt at udpege, hvilke effekter, WARD præcist har. Ikke desto mindre er WARD en sundhedsteknologi, der indgår i en varierende grad af transparent del af kulturen på hospitaler, og derfor måske blot kan betragtes som et eksempel på en enhed, der er den del af helheden på hospitalet. Men hvad er forskellen på WARD og andet sundhedsteknologi? Forskellen er måske særligt, at sundhedsteknologi på hospitalet for det meste optræder sammen med et sundhedspersonale, som tager fagligt ansvar i forhold til teknologien og patientpraksissen. WARD skal kunne fungere som en professionel praksis med mindre personkontakt, og det er netop denne form for sundhedsteknologi, dette studier særlig kalder på mere forskning om.

Schraube (2020) varslar, at teknologi forhandler menneskelig subjektivitet, og derfor er en teknologi-psykologisk stemme vigtig at inddrage i den offentlige debat og i sociale relationer (Schraube, 2020 s. 17). Bøgeskov og Tømmerup (2019) argumenter, at etikens udvikling heller ikke kan følge med teknologiens hastige fremmarch (Bøgeskov, et al., 2019 s. 51). Det er derfor en nervepirrende udvikling af bevidne: Psykologien mister sin stemme i den offentlige debat, og dette bliver vanskeligt at argumentere og synliggøre, når sproget ikke er til det, ej heller personlige ressourcer hos burgerne: de mange multisyge patienter. Med rapporten ønsker jeg at rette en opmærksomhed på, hvordan man i sundhedsvæsnet skaber praksisser, hvor gode mennesker har muligheder til at udføre de rigtige handlinger. Når noget fremmes og andet træder i baggrunden, har jeg med postfænomenologien savnet begreber, der har været sensitive for, hvad der skjules i baggrunden af et empirisk forekommende, hvilket jeg vurderer, er en begrænsning i teorien og dermed også i rapportens analysepotentiale.

Patienterne samtykker til at bidrage med data til WARD og til mit speciale, der kan generere viden til fordel for andre patienter i fremtiden. I det kan der ligge en moralsk klemme, nemlig



frivilligheden i at deltage i forskning, der bidrager til andre patienter, når man selv er indlagt som patient og modtager behandling på baggrund af tidligere forskning. Hvad vil det egentligt sige at samtykke informeret? I WARD gives info om at håndtere og formålet med WARD. Patienterne har tillid til, at personalet tager ansvar for, hvad de foreslår patienterne, og at informeret samtykke på den måde blot bliver en praktisk ting nærmere, end at patienterne faktisk føler sig informeret på et niveau, de i deres patologiske tilstand kan rumme kognitivt. Desuden er denne tillid til personalet baseret på, at personalet har overblikket over studiet, og at det er etisk forsvarligt. Men hvornår er man færdig med at diskutere etik i et forskningsstudie, og hvilke erfaringer kræver det at konkludere, at noget ikke kan forsvares etisk? Der er altså noget på spil, som ikke bliver fanget, som har noget med moral at gøre. Det er ikke for at umyndiggøre patienterne, men vil det med indsigt og respekt for patienternes kapacitet være hensigtsmæssigt, at informeret samtykke løbende ledsages af at tale med patienterne om, hvad der er svært at begribe, håndtere og hvordan det giver mening at deltage eller ikke at deltage. På den måde hjælpe informanterne med at samtykke på et informeret, reflekteret grundlag.

## KONKLUSION

---

På baggrund af de gennemførte analyser og diskussioner drages en sammenhængende konklusion for specialiets problemformulering.

I konteksten af sundhedsteknologi som et tiltagende fænomen i sundhedsvæsenet blev det tydeligt, at behovet for etisk refleksion og psykologisk perspektiv er relevant at inddrage. Jeg ønskede at blive klogere på, hvordan multisyge patienter oplever en specifik sundhedsteknologi, der sættes på patienter til kontinuerlig monitorering af vitalparametre uden ledsagelse af sundhedspersonale. Specialet finder sin empiri i samarbejde med WARD, som ved dataindsamlingen både fungerede som forskning og supportsystem for plejepersonalet.

Specialet kredser sig om et førstehåndsperspektiv på, hvordan WARD konstituerer patienter. Mit fænomen er analyseret og fortolket i en tredelt analyse baseret på arbejdsspørgsmål vedrørende patientens forståelse af WARD, teknologimedierede relationer mellem patient og verden samt en analyse om, hvordan WARD konstituerer patienterne, herunder hvordan WARD er meningsfuldt og har moralske implikationer.

Rapportens analyse hviler på empiri bestående af transskriptioner af 15 semistrukturerede interviews med syv informanter og nogle pårørende. Derudover er analyseresultaterne og diskussionen formet af mine erfaringer af deltagerforskning i form af observationer og samtaler med pårørende, afdelingsledelse, forskningspersonale og plejepersonale. Empirien anvendt i rapportens analyse tager udelukkende udgangspunkt i interviews med patienter og få pårørende, og min samlede forskningserfaring inddrages i diskussionskapitlet. Forskningsresultaterne er primært rundet af faglige systematikker inden for semistrukturerede interviews, begreber og metodologi fra postfænomenologien samt databearbejdning med både induktive, deduktive og tematiserende kodningsprocesser af empirien.

Analyseresultaterne viser, at patienterne har varierende forståelse og fortolkning af WARD afhængig af deres velbefindende, erfaring med WARD og andet medicinsk udstyr, samt plejepersonalets og pårørendes fortolkning og håndtering af udstyret. Patienterne vænner sig til udstyret og kan let håndtere det, når de er har det fint. Det er vanskeligt for patienterne at forholde sig til WARD, når de har det dårligt. Patienterne tillægger udstyret forskellige egenskaber, og de er i tvivl om udstyrets funktion og formidlingspraksis til af plejepersonalet. WARD organiserer patienternes praksis, fordi de irriteres af udstyret i den daglige praksis og i deres overvejelser om, hvordan de skal interagere med plejepersonalet. Det er meningsfuldt for patienterne at deltage i forskning, og enkelte prioriterer det over deres personlige behov. Udstyret kan virke både tryghedsskabende og sygdom synliggøres negativt, hvilket særligt bliver synligt i relationen til

pårørende. WARD er med til at konstituere patienterne på den måde, at det er meningsfuldt for dem at deltage i forskning, og når de får ros for at gøre det rigtige i at deltage. Patienterne konstitueres på en måde, hvor de bør have ressourcer til at deltage i WARD, og hvor patienternes manglende ressourcer i deres kontekst kommer til udtryk i gråd, stilhed, usammenhængende og distancerende tale. WARD konstituerer desuden patienterne på en måde, at de er genstand for forskning, og at de er gode patienter, når de tåler generne ved udstyret. At deltage i forskning udfordrer patienterne i at handle moralsk, fordi de etiske fordringer for praksis er forskelligt fra patient og plejepersonalet, hvilket sætter patienterne i et dilemma om at handle moralsk ansvarlig ud fra egne vurderinger.

Jeg konkluderer, at WARD konstituerer patienterne på forskellige måder afhængig af patientens tilstand og omgivelser samt løbende fortolkninger af, hvad WARD kan som supportsystem og formål med forskning. Vitalparametre fremhæves, og udstyret kan være generende at have på, og disse elementer træder da i forgrunden for patientens oplevelse af at være indlagt. De systematiske forskningstilsyn benytter patienterne til at skabe rum for svære følelser og dilemmaer i relation til sygdomshistorik, og det diskuteres, om den kontinuerlige monitoreringspraksis øger behovet for menneskelig kontakt for at forholde sig til udstyret. Teknologiens etiske implikationer sætter patienterne i dilemmaer om, hvordan de bør handle moralsk forsvarligt i praksis overfor dem selv og plejepersonalet.

Multisyge patienter som informanter har været en betydelig udfordring i mit studie, og fænomenet sundhedsteknologi har også været meget vanskelig at studere, dels fordi det ikke kan adskilles som en separat enhed i patientens helhedsoplevelse af verden. Der er behov for at studere videre inden for subjektets konstituering i sameksistens med sundhedsteknologi.

Etik og psykologisk perspektiv relateret til sundhedsteknologi er underbelyst. Disciplinerne mangler sprog, og derfor bliver debatten om sundhedsteknologi og dens etiske implikationer og skjulte psykologiske effekter negligeret i diskursen om sundhedsteknologi i sundhedsvæsenet. Studiet kalder på mere forskning for at få et sprog for, hvordan sundhedsteknologi opleves i sameksistens med patienterne. Der er behov for at fokusere og konstituere patienter som mennesker med affekter og sprog. Jeg foreslår yderligere kvalitative undersøgelser med perspektiver på alle aktører, der indgår i WARD-patientens verden.

Metodekritisk kan det pointeres, at postfænomenologiens åben tilgang til det forekommende er en kreativ proces, og fraværet af en striks metode at følge, har krævet beslutninger om netop at vurdere, i hvilket omfang dataindsamlingen, -bearbejdningen, valg af teori og analyse har nået en passende udformning og niveau af indsigt. Mine arbejdsrunder har hver gang givet mig mere indsigt, ligesom erfaring med interviews og feltobservationer har bidraget til refleksioner, kvalificering og nuancer. Min fordybelse i at udføre valid, grundig og systematisk forskning, har også sløret mit overblik for at prioritere ressourcer til analyse, diskussion samt teknisk organisering af den skriftlige rapport.

Min konklusions gyldighedsområde rækker over sundhedsteknologi, der viser data om mennesker, data som ellers ville være usynlige, og som forenklet afspejler en kompleks fysiologisk proces. Desuden rækker konklusionen til sundhedsteknologier, der anvendes uden menneskelig ledsager i en professionel sammenhæng med behandlings-algoritmer tilknyttet.

Postfænomenologien er stærk til analyse til at redegøre for teknologimedierede relationer mellem bruger og verden. Processen i at synliggøre det empirisk forekommende er kreativ, og begrænses til sine begreber. Teorien kunne med fordel suppleres med begreber, der bedre kan synliggøre effekter, der ikke opstår i brugerens bevidsthedsfelt, men alligevel påvirker vedkommende. Desuden vil det være brugbart at undersøge sundhedsteknologien med mere end et førstepersonsperspektiv af at bære den trådløse sundhedsteknologi.

---

## LITTERATUR

---

- Andersen, Troels og Jeppesen, Emma Møller. 2019.** Offentlige digitaliseringsstrategier. [red.] Maj Siercke Bergstedt og Martin Sølvkjær. *Sundhedsteknologi i praksis*. København : FADL's forlag, 2019, s. 15-32.
- Bøgeskov, Benjamin Olivares og Tømmerup, Iben Kiilsgaard. 2019.** Etik og sundhedsteknologi. [red.] Maj Siercke Bergstedt og Martin Sølvkjær. *Sundhedsteknologi i praksis*. København : FADL's Forlag, 2019, s. 50-68.
- Brinkmann, Svend. 2013.** Indledning: Mindre kan være mindre. *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. København : Hans Reitzels Forlag, 2013, s. 12-22.
- . **2013.** Om forfatteren. *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. København : Hans Reitzels Forlag, 2013, s. 9.
- . **2013.** Tak. *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. København : Hans Reitzels Forlag, 2013, s. 10-11.
- Busch-Jensen, Peter. 2015.** At få begrebet mening til at give mening i en praksisteoretisk ramme. *Kognition & Pædagogik*. septemer 2015, s. 38-60.
- Concord Health Supply. 2022.** NONIN WRISTOX2 STARTER KIT 3150SK USB WRIST-WORN PULSE OXIMETER WITH NVISION SOFTWARE AND DOWNLOAD CABLE. *Concord Health Supply*. [Online] 26. nov 2022. <https://www.concordhealthsupply.com/Nonin-WristOx2-3150SK-and-nVision-Software-Kit-p/non-3150sk.htm>.
- Danmarks Statistik. 2022.** Danmarks Statistik: Middellevetid. [Online] 2022. [Citeret: 22. 11 2022.] <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid>.
- Isansys. 2022.** Clinical Artificial Intelligence Provides essential insights for informed clinical decisions. *Isansys*. [Online] 26. nov 2022. <https://www.isansys.com/en/ClinicalAI>.
- . **2022.** Wearable Sensors Every Heartbeat, Every Breath. *Isansys*. [Online] 26. nov 2022. <https://www.isansys.com/en/Wearable-Sensors>.
- Jørgensen, Peter Stray, Rienecker, Lotte og Skov, Signe. 2011.** Struktur, disposition og rød tråd. *Specielt om specialer - en aktivitetsbog*. s.l. : Ssmfundslitteratur, 2011, s. 136-160.
- Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna. 2017.** Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig forskning. *Kvalitativ analyse - syv traditioner*. s.l. : Hans Reitzels Forlag, 2017, s. 9-26.
- Jensen, Mads Dagnis og Kvist, Jon. 2019.** Hvordan laver man en stærk analysestrategi. [forfatter] Catharina Juul Kristensen og M. Azhar Hussain. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. s.l. : Samfundslitteratur, 2019, s. 43-56.
- Knudsen, Morten. 2009.** En guide til litteratur om metode, analysestrategi og videnskabsteori. *Working Paper / Institut for Organisation, Copenhagen Business School*. 2009, Årg. Working Paper

/ Institut for Organisation, Copenhagen Business Working Paper / Institut for Organisation, Copenhagen Business School, s. 33.

**Kristensen, Catharina Juul og Hussain, M. Azhar. 2019.** Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det? *Metoder i samfundsvidenskaberne*. s.l. : Samfundslitteratur, 2019, s. 15-28.

**Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. 2009.** Interviewanalyse med fokus på mening. *Interview - introduktion til et håndværk*. København : Hans Reitzels Forlag, 2009, s. 223-242.

**Meyhoff, Christian S. og Aasvang, Eske Kvanner. 2022.** Fremtidens patientmonitorering på sengeafdelingen. *UGESKRIFT FOR LÆGER*. 29. juli 2022, s. 1-9.

**Nielsen, Pernille Brok, et al. 2018.** Gennemgang af Early Warning Score til forebyggelse af uventet kritisk sygdom og død. *UGESKRIFTET.DK*. 18. aug 2018, s. 1-6.

**Olesen, Finn, Bille, Mikkel og Riis, Søren. 2021.** Postfænomenologi. [red.] Peter Danholt og Christopher Gad. *Videnskab, teknologi og samfund*. København : Hans Reitzels Forlag, 2021, s. 121-140.

**Poulsen, Birgitte. 2019.** Semistrukturerede interviews. [forfatter] C. J Kristiansen og M. A. Hussain. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. s.l. : Samfundslitteratur, 2019, s. 97-116.

**Rosenberger, Robert og Verbeek, Peter-Paul. 2015.** A Field Guide to Postphenomenology. s.l. : Lexington Books, 2015, s. 9-41.

**Schruabe, Ernst. 2020.** Technology and the practice of everyday living. [red.] Huib Looren de Jong Henderikus J. Stam. (*in press*). London : SAGE Publications , 2020, s. 1-20.

**Sundhedsdatastyrelsen. 2022.** Strategi for digital sundhed 2018-2024 . [Online] 2022. [Citeret: 22. 11 2022.] <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/strategier-og-projekter/strategi-for-digital-sundhed>.

—. **2018.** Sundheds-datastyrelsen: Stadig flere lever med kroniske sygdomme. [Online] 2018. [Citeret: 22. 11 2022.]

[https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/stadig\\_flere\\_med\\_kroniske\\_sygdomme\\_21062018](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/stadig_flere_med_kroniske_sygdomme_21062018).

**Tornbjerg, Kristina. 2019.** Partnerskabet mellem mennesket og sundhedsteknologien. [red.] Maj Siercke Bergstedt og Martin Sølvkjær. *Sundhedsteknologi i praksis*. København : FADL's forlag, 2019, s. 33-49.

**WARD 24/7. 2022.** About - WARD 24/7. [Online] 2022. [Citeret: 23. August 2022.] <https://www.ward247.org/about/>.