

Originalartikel

Søvn som aktiv deltagelse

En analyse af søvn på en ortopædkirurgisk afdeling i et sociomaterielt perspektiv

Trine Larsen

Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet
tslarsen@ruc.dk

Larsen, Trine Schifter (2019). 'Søvn som aktiv deltagelse: En analyse af søvn på en ortopædkirurgisk afdeling i et sociomaterielt perspektiv' i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 30, 67-89.

Søvn i et klinisk perspektiv får (igen) opmærksomhed. I det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb er opmærksomheden rettet mod søvn, som et middel i recovery, men søvn er også en hverdagslivspraksis, som udføres i en relation mellem krop, rumlig og tidslig struktur. En relation, som er særligt intensiveret for ældre mennesker og mennesker med funktionsnedsættelse. Gennem et sociomaterielt perspektiv på tilblivelse udfolder og diskuterer artiklen, hvordan søvn som fænomen bliver til, og som praksis får mulighed for at være i den institutionelle sammenhæng mellem søvn som en hverdagslivs- og en medicinsk praksis for den ældre ortopædkirurgiske patient. Analysen peger på, at søvn bliver til gennem et medicinsk og organisatorisk deltagerperspektiv, som en social performance under indlæggelse.

Sleep as active participation: An analysis of sleep in an orthopedic surgical department from a sociomaterial perspective

Sleep in a clinical perspective is the cause of (renewed) attention. In orthopedic surgery, this attention is focused on sleep as a means of recovery. However, sleep is also an everyday life

practice that is performed in a relation between body, spatial and temporal structure. A relation that is particularly intensified for older people and people with disabilities. Through a socio-material perspective on becoming, the article unfolds and discusses how sleep as phenomenon are enacted - and as practice are constituted in the institution as an relation between sleep as an everyday life and a medical practice for the older orthopedic patient. The analysis indicates that sleep is created through a medical and organizational participation perspective, as a social performance during hospitalization.

Søvn, ældre og rehabilitering

Denne artikel undersøger, hvordan søvn som henholdsvis et medicinsk begreb og søvn i det levede liv flyder sammen under det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb for ældre, hvor *"ordering practices meet and enact their normativities together"* (Moser 2005). Dvs. gennem praksis skabes strukturerende betydninger i relationen mellem søvn som et middel i et medicinsk sundhedsfremmeperspektiv, og søvn som en levet hverdagslivspraksis. For at analysere, hvordan disse betydninger produceres i klinikken, og hvilken betydning de får i patientens forløb, anlægges et sociomaterielt perspektiv. Et sådan perspektiv åbner op for en analyse af processer, og hvordan de materialiserer sig og får betydning i helt konkrete og lokale sammenhænge. Ved at inddrage aktører som både krop, ting, sprog og mere abstrakte ideer, som logikker og rationaler, kan jeg analysere den sammenhæng, som manifesterer søvn i den institutionelle kontekst.

Ifølge sociologen Simon Williams, er søvn i stigende grad blevet årsag til bekymring 'matter of concern' (Williams 2005). I et klinisk perspektiv er bekymringen dobbelt, idet selve behandlingen med indlæggelse og operation forringer søvn, som derved kan føre til komplikationer under indlæggelsen, som fx appetitløshed og obstipation, koncentrationsbesvær og irrationelle tanker, men også bekymring, fordi søvn samtidig betragtes som et middel til kroppens heling efter operation. I et pleje, behandlings- og rehabiliteringsperspektiv er fokus derfor rettet mod søvn som et biologisk fænomen til forebyggelse og fremme af sundhed. Som f.eks. fremme af sårheling og lavere smerteintensitet, men også i et mere psykologisk perspektiv, som fremme af den enkeltes evne til at klare rehabiliteringsforløbet (Adib-Hajbaghery m.fl. 2012, Gong m.fl. 2015, Greve og Pedersen 2015, Honkus 2003, Krenk m.fl. 2012, Sveinsdóttir m.fl. 2012, Aasvang m.fl. 2015).

Udover dette medicinske fokus på søvn, må søvn også forstås som en integreret del af vores levede biografi (Williams 2005), og dermed som en del af det sociolo-

gen Julia Twigg kalder 'bodylife', som er en relation mellem krop, rumlig og tidslig struktur (Twigg 2006). Twigg understreger hermed kroppens materialisering og forbundethed i det levede liv, som en proces etableret gennem både biologiske, sociale og fysiske elementer. Ældre mennesker og mennesker med funktionsnedsættelse, f.eks. pga. slidgigt, som mange ortopædkirurgiske patienter lider af, er kropslig forbundet til verden på andre måder end mennesker, hvis kroppe ikke er genstand for samme opmærksomhed (Ibid). Derfor er jeg særlig optaget af at undersøge søvn hos den ældre indlagte patient, hos hvem relationen mellem krop, rum og tidslig struktur yderligere intensiveres under indlæggelse. Søvn er på den måde ikke en stabil og afgrænset størrelse eller fænomen, men et fænomen, der bliver til i sammenvævede processer. Sammenvævede processer, hvor krop, rum, tid og medicinske teknologier kobles til særlige betydninger, som materialiserer sig i den institutionelle kontekst. Særlige betydninger, som også er relateret til det ortopædkirurgiske forløb, og som derfor også er med til at strukturere relationen mellem søvn som et individuelt biografisk element, en kropslig forbundethed til verden, og som en medicinsk teknologi. En praktiseret relation, som enten er karakteriseret gennem oppositioner eller som praksisser, der integrerer den levede krop i medicinen. Betydninger praktiseres i konkrete situationer, som derfor er genstand for min analyse.

Søvn i klinikken

"Skal du ind og ligge og hvile lidt?", spørger aftensygeplejersken opfordrende den ene af de to ældre mænd, som sidder på gangen og taler sammen og ser fjernsyn, i det hun går forbi dem med det rullende blodtryksapparatet. Klokkeren er ca. 21 og hun er i gang med sin aftenrunde eller 'natning', som det kaldes. De to mænd er indlagt på afsnittet for planlagt ortopædkirurgi, og er begge blevet opereret i dag. "Nej, jeg kan sove når jeg bliver gammel, svarer han hende med et drilsk tonefald". Han er 82 år. Da hun er gået videre, går de to mænd alligevel ind på hver sin stue". (Feltnoter)

I denne situation, som udspiller sig på et afsnit for planlagt knæ- og hofte kirurgi, antyder manden, at han ikke har sovet sig til sit lange liv. I et sundhedsperspektiv, er talemåden 'at sove når man bliver gammel', dog en forældet talemåde. Nu er det snarere, sov så du kan fremme sundhed og blive gammel. Eksemplet illustrerer, hvordan søvn er del af forskellige betydninger, som kommer til udtryk i forskel-

lige diskurser, og kulturelle og historiske normer, der praktiseres i det ortopædkirurgiske forløb. Normer og diskurser, som former og bliver formet i den lokale sammenhæng, de praktiseres i. Søvn bliver i situationen del af en sundhedsdiskurs, med normer om at prioritere en vis mængde søvn, men samtidig også en diskurs om at søvn ikke fører noget produktivt med sig, og måske ligefrem koblet til et normativt perspektiv om søvn som dovenskab. For den ældre mand i eksemplet er søvn her i hvert fald noget, som kan udskydes, til fordel for noget han oplever som vigtigere, f.eks. fællesskabet med andre ny opererede. De to mænd følger dog alligevel sygeplejerskens opfordring om hvile, og trækker sig fra fællesskabet på gangen, til sengen på deres stuer.

I et sygeplejeteoretisk perspektiv er fokus på søvn en del af en bevægelse 'tilbage til det basale', som er titlen på en artikel fra 2017 (Sørensen et.al. 2017) i Fag og Forskning, som er en del af DSR's medlemsblad Sygeplejersken. I Fag og Forskning havde man allerede i 2016 et temanummer om søvn. I artiklen 'Tilbage til det basale' henvises der til sygeplejeteoretikeren Virginia Henderson, som i 1939 første gang beskrev, hvad hun så som sygeplejens centrale opgaver, ud fra det hun definerede som de 14 grundlæggende behov. Søvn og hvile er et af dem. Sygeplejerskens opgave beskrives her som at 'bistå' eller 'assistere' patienten, 'som er den sande hovedperson' (Harder 2000). I temanummeret om søvn refererer sygeplejeforsker Kathrine Køppenthin også til Virginia Henderson, og udtaler, at sygeplejersker skal spille en central rolle i at afhjælpe søvnproblemer og hjælpe patienterne til en optimal søvn (Køppenthin 2016). Hun mener, at størstedelen af de søvnproblemer patienterne på både de somatiske og psykiatriske afdelinger har, skyldes uhensigtsmæssige søvnvaner og adfærd. Fra hendes perspektiv indeholder søvn en dimension af noget fysiologisk og biologisk, men også psykologisk, og det er i forhold til det psykologiske, at "... sygeplejen for alvor rykker for mig. Det er her, vi kan gøre en forskel", udtaler hun og henviser til, at søvn burde indgå i forebyggelsesinitiativet KRAM (Sommer 2016). Søvn konstitueres her i et sygeplejestrategisk perspektiv, hvor målet er at opnå den 'optimale søvn' defineret fra et medicinsk perspektiv, som realiseres psykologisk, dvs. til påvirkning af vaner og adfærd. Patienten positioneres herved som én, der ved at ændre sine vaner og adfærd kan producere den sundhedsfremmende søvn i institutionen.

At påvirke vaner og adfærd er ikke kun begrænset til søvn, men er et generelt perspektiv på sygeplejens overordnede rolle i det ortopædkirurgiske forløb, som er at motivere patienter til aktiv deltagelse og fastholde patienten i progression (Jørgensen 2013). Sygepleje handler derfor ikke længere kun om at hjælpe og assistere patienten, men i højere grad om at motivere. Dvs. at sygeplejen også må

ses i et pædagogisk perspektiv, hvor patienter skal lære, hvordan man deltager og faciliterer sit forløb. At patientens deltagelse, men også ansvar er central for behandlingen, understreger kirurgen for patienterne på det seminar, der går forud for den planlagte operation: "Jeg giver dig et nyt knæ, men det er dit ansvar, at det kommer til at virke." (Feltnoter). Deltagelse, som et centralt begreb i det ortopædkirurgiske patientforløb, afspejler nogle generelle forandringer som pleje og behandling er undergået. Forandringer, som indebærer en glidning fra pleje og behandling som noget man modtog, til pleje og behandling som noget patienter 'aktivt' deltager og skal medinddrages i. Disse forandringer relateret til pleje og behandling, "changing conditions" (Dahl 2017), afstedkommer også et skift i de logikker (ibid), som skal legitimere praksis. En forandring som fænomenet søvn også produceres i. Deltagelsesbegrebet, som en institutionel praktiseret logik, viser sig i mine analyser at få betydning for, hvordan inddragelse praktiseres og dermed også for relationen; søvn som levet hverdagsliv og søvn som medicinsk teknologi.

Sociomaterialitet, det empiriske og analytiske perspektiv

Jeg undersøger i denne artikel, den måde søvn får mulighed for at blive til på i den ortopædkirurgiske afdeling. Når jeg retter blikket mod de medicinske forståelser af søvn og de hverdagslige søvnerfaringer, er det fordi, det er i spændingsfeltet mellem medicinske logikker og hverdagsliv, at det institutionelle udspiller sig, og dermed skaber den måde søvn får mulighed for at være. Når jeg er optaget af *tillblivelse*, er det netop fordi jeg vil undersøge, hvordan noget får mulighed for at være. Samtidig er det på mange måder paradoksalt at se på søvn, som noget der bliver til, fordi vi traditionelt opfatter søvn, som noget der ikke kræver handling; men snarere en ufrivillig form for 'in-action' en 'non-social' begivenhed (Williams 2005). Imidlertid er det noget af det, der har overrasket mig i mit feltstudie, at søvn i den grad bliver til gennem social handling.

For at undersøge, hvordan noget får mulighed for at være, må man forstå, hvordan det hele tiden bliver til (Mol 2002). Blikket er derfor rettet mod praksis, som en gøre, eller mod det Mari Holen kalder praktiseringer, hvor subjekter agerer sammen med materialiteter og rum som institutionelle størrelser (Holen 2011). Søvn betragtes derfor ikke udelukkende gennem fokus på individet, men flyttes til spørgsmålet om hvordan søvn, som fænomen, bliver til som en sammenhæng

mellem sociale forhold og aktører i indbyrdes forbindelse. Jeg ser således ikke søvn som et stabilt og afgrænset fænomen, men et fænomen som kontinuerligt bliver til i intra-aktivitet med noget andet. Et begreb som jeg henter fra Karen Barad (Barad 2007). *Inter*-aktivitet forstås som den sammenhæng adskilte objekter, der med hver deres afgrænsede egenskab og definition skaber. *Intra*-aktivitet derimod vil sige, at ingen elementer kan forstås isoleret, men kun i sammenhæng med andre elementer. Det vi således kan beskrive, er i virkeligheden kun den praksis, elementerne i deres infiltration konstituerer. I et sådan perspektiv, ser jeg også subjektet som i kontinuerlig tilblivelse, i intra-aktivitet, men en tilblivelse som både er betinget af biologisk, psykologisk, social og fysisk fortid og nutid, som materialiseres kropsligt i sin intra-aktive og lokale sammenhæng.

I denne konkrete lokale sammenhæng er patienter indlagt med smerter i bevægeapparatet, størstedelen af dem skal, eller er blevet opereret. De fleste sover sammen med andre patienter. De har en hospitalsseng, et sengebord og et skab til rådighed. De bliver 'nattet' af plejepersonalet fra kl. 21. En begivenhed, hvor medicin bliver delt ud og de, der har brug for det, hjælpes på toilettet og lyset dæmpes. Natten er ofte forbundet med både fremmede lyde og aktiviteter. De institutionelle rutiner, rytmer og materielle relationer skaber derfor særlige vilkår på hospitalet, og sammen med patienternes årsag til at være indlagt, særlige måder søvn kan praktiseres på. Men rutiner, rytmer, rammer og vilkår er heller ikke noget, som er stabilt og afgrænset, men noget der hele tiden bliver til, som en effekt af de relationer de skabes i. Disse vilkår, rammer, logikker og rationaler, som praktiseres i disse relationer, legitimerer og skaber søvn institutionelt. Relationer som skabes med sprog, ting, kroppe, i rum og i tid. Mit analytiske fokus er derfor rettet mod forbindelser etableret med både humane og non-humane aktører. Jeg er optaget af, hvordan søvn materialiserer sig i den konkrete kontekst, for at analytisk tilbageføre de transformationsprocesser søvn i det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb er produkt af, og hvordan legitimeringen bliver til. Med Barads begreb om intra-aktivitet, kan jeg analysere den måde den levede krop forbindes til verden på i den institutionelt praktiserede søvn.

Analytisk følger jeg situationer, hvor søvn indgår på forskellige måder gennem forskellige sociomaterielle praktiseringer. Situationer, som optrækker nogle problematiseringer (Holen 2011), hvori normer praktiseres, forhandles og legitimeres. Disse situationer gør det muligt at udforske, hvad det er for nogle elementer, der er til stede i situationen, hvordan de træder frem, positioneres og hvilke effekter deres forbindelse eller sammenvævning skaber. Gennem analyse af disse situationelle forbindelser kan jeg undersøge, hvordan søvn bliver til i institutionen i

det ortopædkirurgiske forløb, hvad det bliver til af, hvordan og med hvilke aktører. I denne proces genererer jeg analytiske begreber om krop, risiko, sikkerhed og performance, som jeg anvender til at tilbageføre de transformationsprocesser, som søvn i det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb er produkt af. Denne socio-materielle analyse af de praktiserede situationer peger på et dilemma i relationen mellem realiseringen af det ortopædkirurgiske forløb og søvn. Analysen peger på, hvordan der i relationen opstår forskellige modsætningsfyldte sammenhænge mellem søvn som både rehabiliterende, sundhedsfremmende og forebyggende, og søvn som en materialiseret hverdagslivspraksis i den institutionelle kontekst. I analysen fokuserer jeg på fire affektive aktører (Barad 2007); sengen, kroppen, medicinen og natten. Aktører, som har det Barad kalder reale effekter (Ibid). Effekter, der her skaber forskellige problematiseringer. Disse aktører tillægges i situationen forskellige betydninger, hvorigennem søvn praktiseres som en biologisk proces uden for kontrol og en praksis, der kan kontrolleres gennem den rette adfærd og dermed moraliseres. Moral, som 'at ville det gode, eller det bedste' (Muschinsky 2007). 'At ville det bedste' knyttes her til dominerende og selvfølgelige sundhedsinstitutionelle forestillinger om, hvad 'det bedste' er, og hvordan det opnås for disse ældre patienter under deres indlæggelse på hospitalet.

Metode

For at forstå, hvordan søvn bliver til i en ortopædkirurgisk og klinisk kontekst, har jeg derfor placeret mig som forsker i konteksten af patienters natlig og hverdagsliv på hospitalet. Langt størstedelen af patienterne på den ortopædkirurgiske afdeling er mellem 65 og 100 år. Her laver jeg feltstudie på to forskellige afsnit, et for planlagt kirurgi og et for akut ortopædkirurgi. På det planlagte afsnit følger jeg patienter, som får udskiftet et knæ eller en hofte med en protese, og på den akutte afdeling patienter, som har været udsat for et traume, oftest fald. Der kan således være tale om et mindre brud på fx en finger, eller alvorlige skader på fx nakke, ryg eller bækken. Nogle patienter har flere skader på en gang. F.eks. Adda, en dame på 86, som faldt ned af en rulletrappe og brækkede sit håndled og en nakkehvirvel. På den akutte afdeling overflyttes også patienter, hvor der er opstået komplikationer til deres planlagte hofte- eller knæoperation, hvorfor de har brug for et længere indlæggelsesforløb, end der er berammet på den planlagte femdøgnsafsnit. På det akutte afsnit indlægges også patienter, som skal genopereres efter tidligere at have fået en hofte eller knæ protese. En af disse patienter er Erna

på 79. Hun har fået en ny hofte 4 år tidligere, men haft mange komplikationer, som bl.a. en uopdaget infektion. Det er ikke alle patienter på den akutte afdeling, som bliver opereret. Nogle er indlagt til smertebehandling og mobilisering, hvor de får hjælp til at komme op af sengen flere gange dagligt og modtager eventuelt også træning med en fysioterapeut. En af disse patienter er Henning på 72. Han lider af knogleskørhed og brækkede sit bækken, da han var ude at lufte sin hund. Han skal ikke opereres, men må til gengæld hverken gå eller sidde. De ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb strækker sig derfor fra en enkelt overnatning og op til uger, og for nogle patienter på den akutte afdeling i flere måneder, som for Erna.

Empirisk vil jeg derfor både forstå det ortopædkirurgiske forløb, funktionsnedsættelse, og aldring, og hvordan søvn og hvile er en del heraf. Derfor deltager jeg i mange forskellige sammenhænge og ikke kun dem, som er direkte relateret til søvn, men også relateret til træning, ambulatoriekonsultationer, lægesamtaler og andre praktiseringer, for på den måde at få viden om så mange forskellige konstitueringsprocesser som muligt. Jeg taler med og følger patienter rundt i forløbet, forskellige steder, tidspunkter og aktiviteter, og jeg taler med medarbejdere fra forskellige faggrupper, og følger dem rundt i afdelingen og i forskellige aktiviteter. Disse aktiviteter er tæt forbundet til materielle artefakter, som derfor bliver centrale aktører i praktiseringerne. I et sociomaterielt perspektiv, hvor søvn er noget som gøres i en sammenvævning med både humane og nonhumane aktører, er sengen et centralt omdrejningspunkt.

Sengen som aktør i konstitueringen af søvn

Ikke kun i den konkrete praktisering af søvn er sengen central, men også for praksis i mere generel forstand. Det genkendes i sætningen "hvor ligger hun henne?", hvis man skal finde frem til en særlig patient. Og de afsnit, hvor patienter er indlagt, kaldes for *senge*afsnit. Stuerne hedder sengestuer, og det er dem afsnittet er bygget op omkring, og stuerne bygget op omkring hospitalssengene. Forestiller man sig patienter på sygehuse, ligger de i senge. Ortopædkirurgiske pleje- og behandlingsforløb er derimod centreret om bevægelse og træning. Disse forhold er centrale, i den sammenhæng søvn bliver til på i det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb, og skaber særlige forventninger, som både patienter og personale praktiserer.

Margit sidder på sengekanten. Hun fortæller mig, at hun og Erna blev overfuset af sygeplejersken i dag. Først Erna, fordi hun ikke skulle bruge gangrammen men krykkerne, og så hende, for at ligge for meget i sengen. Margit havde forinden været i bad, nede og træne, ude at gå, og talt med 2 forskellige læger, og da sygeplejersken kom ind, lå hun og hvilede benene, som fysioterapeuten siger man skal efter træning, forklarer hun. Det er noteret, at du ikke kommer nok op, havde sygeplejersken sagt. "Men det er der jo ingen, der har sagt til mig", forklarer hun mig. Sygeplejersken, havde sagt hun skulle sidde i stolen og spise (det forstås som en slags træning, idet hun så kommer ud af sengen og sidder i en anden og mere aktiv stilling). Hun kigger over mod en smal lænestol, som står i hjørnet bag sengebordet, klemmt inde mellem skabet og sengen. "Der kan jeg da ikke sidde, og det er vel det samme, om jeg sidder der eller på sengekanten?" "Jeg er selvhjulpen". Det står i hendes papirer, det havde sygeplejersken fortalt. "At være selvhjulpen, det gør jeg ved ikke at forstyrre unødigt. Jeg samler mine spørgsmål og behov, til når jeg ved, de kommer. Jeg bliver jo også nødt til at være her (ved sin seng), for de kan jo ikke rende og lede efter mig. Jeg kender tiderne, for hvornår jeg skal have antibiotika, og så ligger jeg her og venter, når det er tid." I går havde hun ventet 1½ time. "Vi er jo også syge" havde Margit svaret sygeplejersken, "og har også brug for hvile". (Feltnoter)

Med sengen som central aktør demonstrerer eksemplet, hvordan søvn og hvile indlejres i forskellige logikker, som praktiseres og placerer søvn i en flertydig position. For patienter, som er opereret i bevægeapparatet eller pådraget sig en skade, er det vigtigt hurtigt at komme i gang med at træne og bevæge sig, for at få en god funktion af leddene, som ellers kan risikere at blive stive. Hæver benene eller leddet for meget, kan det også påvirke leddets funktion, og i dette perspektiv er det derfor også vigtigt at få benene op og hvile. "Du skal have dine ben op, gerne 10 minutter hver time", sagde en fysioterapeut til en patient med hævede ben. Forventningen om aktivitet og bevægelse har Margit praktiseret i løbet af formiddagen og på flere måder, både gennem træning, badning og gåture, og nu praktiserer hun den anden rehabiliterende logik, nemlig hvile efter træning. Denne praktisering kommer til at stå i opposition til plejepersonalets logik, hvor for meget ophold i sengen kobles til risiko for sengelejekomplikationer som blodprop, lungebetændelse, forstoppelse og liggesår, som skal forebygges gennem bevægelse. Margit forsøger at praktisere søvn og hvile ud fra disse forskellige rehabiliterings- og forebyggelseslogikker, men også ud fra sit eget sygdomsperspektiv, hvor søvn ikke opleves at kunne kontrolleres, eller i hvert fald må prioriteres

anderledes. Med sengen som aktør bliver søvn også omdrejningspunkt for Margits hverdagslivspraksis på hospitalet, der må tilpasses de institutionelle rammer og rutiner, som stuegang og medicingivning, og ønsket og forventningen om at praktisere tilgængelighed (Holen 2011). Tilgængelig betyder, at hun indimellem opholder sig længere end forventet i sin seng. Forventningen om søvn og hvile som en afgrænset og tidsfastsat praksis er derfor vanskelig at leve op til. Margits praktisering viser, hvorledes de forskellige logikker i deres gensidige forbindelse kommer til at stå i modsætningsforhold til hinanden. Søvn i et medicinsk perspektiv bliver genstand for modsatrettede praktiseringer og både produceret som en risiko for biologisk og fysiologisk optimering, og som et fænomen, der fremmer selvsamme. Positioner, som forhandles i den institutionelle kontekst. Men med sengen som affektiv aktør bliver praktiseringen af søvn her materialiseret som et spørgsmål om patientens engagement og deltagelse i sit forløb, og derved behovet for professionel sundhedspædagogisk intervention i form af moralisering af individuel adfærd.

Hvordan sengen og andre materialiteter deltager i en kompleks konstituering af søvn, gennem et medicinsk perspektiv, institutionelle logikker og hverdagsliv, illustrerer næste generaliserede scenarie og efterfølgende empiriske eksempel. Her er materialiteter og institutionelle rutiner, udgangspunkt for konstituering af søvn som en måde at fordrive tid på. En konstituering som vurderes sundhedspædagogisk på forskellige måder. Et typiske scenarie er den ældre dame på den akutte afdeling, som ikke selv kan komme ud af sengen. Ofte bliver hun først hjulpet ud, når personalet har tid til at hjælpe hende med at blive vasket og få rent tøj på. Dette sker i praksis ofte først langt hen på formiddagen, og hun døser derfor igen hen efter morgenmaden. Når den ældre dame har fået hjælp med vask og tøj, kommer hun over at sidde i en stol. Her kan hun sidde i flere timer, og døser igen hen. At sove i sengen det meste af dagen er ikke velset, men at 'døse' hen flere timer i en stol er ikke genstand for samme moralisering. At sidde op betragtes som mere 'aktivt', selvom hun sover, og det har dermed større værdi set både ift. risiko som sengelejekomplikationer, herunder liggesår og blodpropper, men også i et sundhedsfremmeperspektiv, idet muskler aktiveres i siddende stilling. Samtidig er "siddende søvn" i institutionen mere en ufrivillig end en rettet handling, og bliver ikke genstand for samme moralisering og normative evaluering af søvn, som i eksemplet med Margit, hvor søvn bliver et spørgsmål om motivation og engagement, og hvor sengen tilskrives sundhedspædagogiske egenskaber og værdier.

Sengen sættes også i pædagogisk relation til andre materialiteter. Erna er 79 og har været indlagt og opereret af flere omgange over en periode på 4 år, grundet

komplikationer til hendes hofteoperation, og nu er hun blevet opereret endnu en gang, grundet en vedvarende infektion.

Hun var blevet skældt ud for at bruge gangrammen (også nogle gange kaldet kravlegården), "nu tager jeg den her fra dig" havde sygeplejersken sagt, "du skal bruge krykkerne, det siger fysioterapeuterne". Erna fortæller, at hun havde råbt til sygeplejersken, at hun ikke skulle bruge krykkerne, fordi hun har en venflon siddende, hvor den gør. "Jeg følte mig som en pige på 15 år, som fik skældud, det vil jeg ikke finde mig i". Hun bliver provokeret af, at de unge piger, som hun kalder dem, kommer og dikterer, hvad hun skal og hvornår. "Jeg skal nok selv bestemme, hvornår jeg sætter mig i den skide stol", siger hun en anden dag, vi taler sammen om den sundhedspædagogiske opfordring om at flytte sig fra sengen. (Feltnoter).

Fra forskellige perspektiver bliver de her stole og senge enten muliggørende eller fremmedgørende aktører. For Erna bliver stolen tydeligvis fremmedgørende, og fremkalder ligefrem negative følelser. Hun har gennem 4 år, og også i perioden inden sin første operation, levet med smerter og en forandret krop. Hun har opbygget en særlig rytme og måde at gøre sin krop og hverdag på, hvor f.eks. hendes lænestol hjemme i dagligstuen har en helt central betydning. Julia Twigg beskriver, hvordan vores kroppe er tidsligt organiseret i et kompleks system af cyklusser og rytmer, som hjerteslag, nerveimpulser, og hormonel døgnrytme, en proces hun kalder 'Bodytime' (Twigg 2006). 'Bodytime' krydser sociale strukturer ved på kropslig vis, som det hun kalder 'bodylife', at markere forskellige sociale tilstande i løbet af dagen, som f.eks. at skifte tøj eller opholde sig i bestemte rum og omkring særlige møbler. 'Bodylife' spiller en central rolle i en oplevelse af ontologisk sikkerhed (Ibid). I institutionen moraliseres Ernas 'bodylife', fordi den ikke lever op til det institutionelle perspektiv på hvordan materialiteter, som her stolen og sengen, understøtter den måde det ortopædkirurgiske forløb skal realiseres, og bliver derfor genstand for sundhedspædagogisk intervention. Moral, skriver Lars Jacob Muschinsky, er baseret på omsorg og følelser, men i den samfundsmæssige opdragelse og undervisning ud fra en ensliggørelse. Det 'bedste' kan ikke længere være et privat anliggende, men må tilpasses de omstændigheder, hvorunder det skal søges realiseret og derfor også en mere generel, systematisk og specialistbaseret stadfæstelse af hvori 'det bedste' består (Muschinsky 2007: 22). I den institutionelle definition af hvad 'det bedste' består af, og hvordan det realiseres, mobiliserer deltagelsesperspektivet og den medicinske tilgang til søvn i

eksemplet en problematisering af Ernas praktisering og materialisering i sine omgivelser. En materialisering hun har opbygget gennem sine sociale og kropslige forandringer over tid, hendes biografi. At moraliseringen og den pædagogiske intervention kommer fra medarbejdere, som ikke har samme kropserfaring eller nødvendige kropslige opmærksomhed, lader til at gøre Elins oplevelse af fremmedgørelse endnu større.

En seng er ikke kun et sted for ro og hvile på hospitalet, et beskyttende hjem (Martinsen 2015, Hall m. fl. 2012), men bliver også en pædagogisk aktør, der i et særligt sundhedsfremmende perspektiv må anvendes på en bestemt måde, som anvisning af hvordan og hvornår patienter sover, hviler og opholder sig. Sengen og stolen er ikke passive genstande, men er aktive elementer, som i samspil eller i intra-aktivitet, har reale effekter (Barad 2007). Effekter som her er med til at konstituere søvn og hvile som en måde at performe aktiv deltagelse på, hvorigennem patientens engagement i sit forløb moraliseres. Søvn, som praktiseret deltagelse og engagement, legitimerer på den måde en paternalistisk pædagogisk praksis, som vist i eksemplet med Margit og Erna, mens den ældre dames flere timer lange lur i stolen forbigås. *"Det er jo mit job"* (feltnoter) siger sygeplejerske Sofie, som en kommentar på kontoret om situationen med Margit og Erna, hvormed hun mener, at få patienterne ud af sengene og understøtte den medicinske sammenhæng mellem søvn og hvile og progression i forløbet.

Søvn bliver til i forskellige relationer, hvorigennem forskellige værdier praktiseres afhængig af situationen, og materialiseres konkret gennem ting som senge og stole. Som nævnt får kroppen en speciel status i disse relationer og en forventet kapacitet. Hvordan søvn konstituerer kroppen institutionelt, og bliver konstitueret heraf, er derfor udgangspunkt for næste afsnit.

Kroppens rolle i søvnpraksis, som præmis for inddragelse

Efter et kirurgisk indgreb fordrer kroppen, som beskrevet indledningsvist, mere søvn. Men søvn bliver også, som illustreret ovenfor, et symbol på bevidst adfærd. Søvn, krop og engagement kædes således sammen i en relation, som også konstituerer inddragelse.

Sten fortæller om sin indlæggelse:

”Om onsdagen, hørte jeg dem tale om nogen på gangen, jeg tror det var mig. Og så tror jeg overlægen siger: ”Jamen han skal bare hjem. Vi kan ikke have ham her. Han skal bare hjem.” Også tænker jeg bare, da han siger sådan, gad vide om de tror, jeg ikke vil samarbejde.” (Interview 1).

Ikke at kunne kontrollere kroppen, som overgiver sig til trætheden, bliver ifølge Sten genstand for moralisering. En overbevisning, som han spejler i personalets reaktion og praksis:

”Jeg var fast besluttet, og det var også derfor, jeg var lidt ked af, at de ikke kom ind til mig, men tog beslutningen ude på gangen, for jeg var jo kun interesseret i at blive rask og se at komme afsted. Men det kunne jeg sgu ikke, hold kæft, hvor var jeg færdig mand. Jeg kunne ingenting gøre. Hvis jeg kunne gøre noget, så er det fint, men jeg kunne ingenting gøre. Hvis der var nogen, som ville samarbejde, så var det mig. Jeg ville gerne være medspiller for alle de mange søde mennesker, der gjorde alt, hvad de kunne for at hjælpe mig, men jeg sad bare og var helt apatisk. Det har jeg aldrig prøvet før. Jeg er af natur konkurrencemenneske. Så snart jeg kom hjem og fik lidt mad, kunne jeg komme lidt i gang. Derinde kunne jeg ikke. Når jeg havde vasket og ordnet mig, skulle jeg ind og have en halv time, og når jeg havde spist frokost, og det var det samme om aftenen. Man var træt.” (Interview 1).

Sten anerkender moraliseringen, hvor igennem søvn praktiseres som et symbol på engagement, og noget han derfor kan og bør kontrollere. Samtidig anerkender han også, at der er grænser for, hvilken kontrol han kan have over sin belastede krop. Søvn er også en kropslig proces, som bare finder sted og uden for kontrol, som han siger: *’Jeg kunne ikke andet’*. På den måde adskiller søvn sig fra andre sundhedsindsatser, som fx ernæring. Alligevel bliver det ikke at have kontrol over sin krop i denne situation, for Sten lig med ikke at vise engagement og vilje til korrekt sundhedsadfærd og dermed hans forklaring på, at han ikke blev inddraget i beslutningen om udskrivelsen. En tolkning som afspejles i næste eksempel, hvor sygeplejersken bruger Sten som eksempel på, at søvn handler om motivation.

”Hun var gået ind og givet ham rent tøj om morgenen, og var kommet ind igen ved 10.30 tiden, hvor han stadig lå i sin seng. Derfor spurgte hun ham, hvorfor han ikke var stået op. Her havde han det bare bedst, havde han svaret. Han havde været ude og vaske sig, men så var han gået i seng igen. Det forstod hun ikke. Det var ligesom om, at nu var der ingen fysioterapeuter, fordi det var weekend,

så skulle han ikke op og træne, forklarede hun hans adfærd med. Så havde hun taget en lang snak med ham om, hvilke komplikationer han kunne risikere, hvis han bare lå i sengen. "Du har jo fået et nyt knæ for at bruge det", havde hun sagt til ham. "Jeg håber ikke han bare lagde sig hjem i seng, da han blev udskrevet", afsluttede hun bekymret." (Feltnoter).

Søvn og hvile bliver også her genstand for moralisering, og noget der bør og kan kontrolleres. Personalet ser Stens måde at praktisere søvn, som et symbol på, at han ikke håndterer sin situation som han burde, altså at det som fremstår, er en konsekvens af Stens (manglende) viden eller motivation. Personalets oplevelse er, at han kunne håndtere sin situation, og sin krop, på en mere produktiv måde, bl.a. ved at sove mindre og komme mere ud af sengen og bevæge sig. Sten er skuffet over ikke at have den kontrol, som han er vant til, og dermed leve op til de institutionelle forventninger. Selvom han på den ene side anerkender kroppens grænse, bliver kroppen alligevel udgangspunktet for at se sig selv som medspiller, og konstituerer en institutionel præmis om søvn som engagement. Engagement, som han gerne vil praktisere og dermed vise sin samarbejdsvillighed og evne til at deltage. Søvn bliver ikke kun determinerende for deltagelse, men også for inddragelse. I Stens fortælling anerkendes søvn på den ene side som en biologisk og fysiologisk proces uden for kontrol, som determinerer, hvad en person kan gøre, men samtidig også som bevidst vilje, som kan moraliseres. En moralisering Sten anerkender, men begræder. Søvn bliver for Sten lig med svaghed. En svaghed, som gør ham til én man kan bestemme over, hvor muligheden for inddragelse slet ikke eksisterer. Både institutionen og Sten tilskriver kroppen en forventning, som Twigg mener vores vestlige liv er baseret på, nemlig en forventning om at kunne håndteres, så den i det store og hele kan ignoreres (Twigg 2006).

I praktiseringen af sovemedicin, skabes søvn også i en kompleks proces mellem forskellige kropsrationaler. Her tilskrives kroppen, i modsætning til ovenstående eksempel, en naturligt regulerende egenskab, hvorigennem søvn ikke bliver genstand for kontrol og medicinsk intervention.

Medicinens rolle i søvnpraksis

På kontoret i aftenvagten taler jeg med Merete om sovemedicin.

*"Mange patienter spørger selv efter det, fortæller hun. Personligt er hun tilbageholdende med det. Hun siger noget i retning af, at hun mener, det er noget kroppen selv skal klare. Hun fortæller, at før i tiden fik alle stærke sovepiller, nærmest som rutine, "vi havde rohypnol med i lommerne", "når man er på hospital, **skal** man sove", forklarer hun den tilgang til søvn, der eksisterede dengang. Patienterne var til gengæld helt døsig og kom hjem med afhængighed, tilføjer hun. "Så gik man helt over i den anden grøft, og så gav man ingen sovemedicin. I dag har man indsovningspiller, som ikke er helt lige så stærke, men de må max gives indtil kl.02, ellers er det ikke ude af kroppen om morgenen," fastslår hun." (Feltnoter).*

At være døsig kan føre til, at patienten bliver 'sengekær'. 'Sengekær' er et begreb, der tilskrives mennesker, man mener helst vil ligge i sengen eller sover for meget. Adda er ikke sengekær. Hun praktiserer søvn og hvile på institutionelt acceptable måder, som også indebærer et balanceret og kontrolleret forhold til sengen. Hun opholder sig i sengen, når hun skal sove eller hvile efter frokosten. Hun tager initiativ til aktivitet i løbet af dagen som gåture, at sidde i stolen og læse, se fjernsyn på gangen, eller sidde på sengekanten eller ved et bord, når hun spiser. Hun beder ikke så ofte om hjælp, og trods en brækket hånd og en halskrave, så finder hun forskellige strategier til at klare sig selv så meget som muligt. F.eks. bruger hun sin stok til at gribe fat i gavlen af fodenden, og på den måde kommer hun op og ud af sengen. "En sej dame" kalder en sygeplejerske hende. Men at spørge til sovemedicin er i et institutionelt perspektiv ikke ensbetydende med at være en sej dame. Adda tager ikke normalt sovemedicin, men denne aften spørger hun efter det.

"Adda sidder på gangen; "Hvornår lukker I ned på stuerne?" spørger hun. "Vi lukker ikke ned, men slukker lys ved 22.30 tiden," svarer Merete. "Så bliver jeg siddende her lidt endnu". Hun er lidt forvirret over, hvad hun skal ift. smertestillende piller. Hun vil helst ikke have dem, hun synes ikke Panodil virker og vil ikke have for mange piller. Hun vil dog gerne have en sove pille, som hun fik i nat. Adda fortæller, at hun havde haft svært ved at falde i søvn aftenen før. Hen på natten fik hun så også smerter i armen. Da hun ikke oplevede de smertestillende piller hjælp, selvom hun fik ekstra smertestillende, gav natsygeplejersken hende en sovepille kl. 02. Også faldt hun i søvn, trods smerter. Men hun har til gengæld også sovet meget af dagen, fortæller hun. Merete siger, at sovemedicin skal ordineres af en læge, og det er den ikke blevet, selvom hun har fået den i nat. "Jeg vil ikke give dig én," siger Merete og undrer sig over, at Adda har fået én så sent i nat. Merete siger, at hun synes, Adda skal tage Panodiler, når hun går i seng, og så kan hun sætte noget ekstra smertestillende i et bæger på bordet, som Adda kan

tage i nat, hvis hun vågner og har ondt. Det siger Adda ja til, men også at hun ikke rigtig ved, om hun vil have det.” (Feltnoter).

Søvn relateres her ikke til en medicinsk praksis, modsat smerterne som der er en fysiologisk forklaring på. De er forventelige og relateret direkte til årsagen, at Adda er indlagt. Der er ikke noget hun kan stille op med smerterne, andet end at medicinere sig fra det, hvorimod søvn er noget 'kroppen selv skal klare'. Kroppen anerkendes her som en selvstændig aktør med en naturlig styrke, som kan handle uden indblanding, kontrol og intervention. Hvorimod kroppen i Stens tilfælde har en 'svaghed' eller grænse, som ikke anerkendes, men mødes af en forventning om, at den bør kontrolleres.

I det ortopædkirurgiske forløb er smertebehandling en af de mest centrale behandlingsområder, da smertereducering er afgørende for at kunne bevæge sig. Som mange af de ældre, jeg taler med, er Adda dog mere skeptisk i forhold til de smertestillende piller end til sovemedicinen. I Addas journal er det ordineret, at Adda kan få smertestillende, når der er behov. Selvom søvnforstyrrelser også er et velkendt fænomen og dermed forventelige under en indlæggelse, så er det ikke som tidligere, noget der som en selvfølge behandles med medicin. Sygeplejerskerne kan heller ikke længere bare disponere over sovemedicin, uden at det ordineres af lægen. Eller sådan er reglerne. Men som eksemplet også illustrerer, så er det ikke altid sådan det foregår. Adda har fået sovemedicin natten forinden, og da det ikke er registreret i journalen, forudsætter Merete, at det ikke er blevet ordineret af lægen. Herudover er sovemedicinen givet for sent og regulerer, ifølge Merete, derfor på en uhensigtsmæssig måde, det vågne og sovende liv i institutionen. Praksis bliver her til som en sammenfletning af forskellige betydninger og meningsfuldheder. En praksis som i større grad end tidligere, hvor sovemedicin enten var noget alle fik eller senere ingen fik, nu er betinget af viden, personlig overbevisning og forandrede organisatoriske principper; Viden og overbevisning om hvad søvn er, og hvordan det skal reguleres eller ikke reguleres, viden relateret til et pleje- og behandlingsregime hvor søvn må praktiseres, så det ikke går ud over dagens rehabiliterende og forebyggende aktiviteter, samt organisatoriske og sikkerhedsmæssige principper omkring medicingivning. Gennem Meretes praktisering af søvn og sovemedicin bliver sovemedicin her noget, der både er forbundet med moral i forhold til sikkerhed og risiko, men også med søvn som en biologisk naturlighed. Sovemedicinen bliver en kontrast til naturlighed og skaber en social kontekst delt mellem Meretes personlige og faglige viden og den organisatoriske praksis, hvor søvn frakobles som en teknologi, der skal styres med

medicin, men kobles til en biologisk og naturlig proces og kapacitet. For Adda derimod er indlæggelsen ikke en del af en naturlighed, og derfor gælder 'det normale' (ikke at tage sovemedicin) ikke i denne situation. Sovemedicin får for hende en anden legitim position end uden for hospitalet. Samtidig er den smertestillende medicin for Adda, noget der er mere 'farligt' eller unaturligt end sovemedicinen, som hun samtidig oplever som hjælp ift til at sove, trods smerter. Søvn indgår her i en sammenfiltret historisk, faglig, organisatorisk og personlig sammenhæng, hvor søvn henholdsvis forstås som en autonom kropslig og naturlig proces, der ikke skal reguleres med medicin, og som understøttes af organisatoriske principper om ordination og risiko. For Adda, er søvn samtidig et problem i sig selv, som det i konteksten af en indlæggelse giver mening at medicinere for.

I dette eksempel tilskrives søvn naturlige processer, og bliver derved afmedikaliseret. Det til trods viser det sig, hvilket er illustreret gennem de foregående eksempler, samtidig en remedikalisering (Williams 2005) af søvn, i form af en individuel adfærdsmæssig sundhedsressource. Som en individuel ressource positioneres sovemedicin som den nemme løsning, der ikke fordrer engagement og deltagelse. En position, der i den konkrete sammenhæng med Adda, understøttes af andre affektive elementer, som organisatoriske principper, kroppens naturlighed og behandlingsmål om bevægelighed.

Nattens konstituerende søvnrelationer, mellemsocial frigørelse og risikominimering

I de foregående afsnit har jeg illustreret, hvilken relationel sammenhæng senge og stole, kroppen, og sovemedicin indgår i, og hvordan de er centrale i materialiseringen af søvn, men også i konstitueringen af søvn på den ortopædkirurgiske afdeling. En konstituering som effekt af vilkår, logikker og organisatoriske rationaler, som praktiseres både materielt og diskursivt, og institutionelt legitimerer søvn som en særlig individuel sundhedsressource, der demonstrerer engagement og minimerer risiko. Men et diffust engagement fordi søvn som fænomen, men også kroppen, medicin og andre materialiteter, forandrer sig afhængigt af situationen. Natten er også konstituerende for søvn og konstitueres på samme tid i relation til specifikke aktiviteter og forestillinger (Jordens folk 1/2014)

"Når nattevagterne møder ind, starter de som regel med at læse i journalerne og notere sig, hvad de skal være opmærksomme på. Herefter går de en runde for at se til patienterne. Lyset på gangen er dæmpet, det samme er det på stuerne, eller helt slukket. Jeg går med Lotte rundt. Hun har en lille lygte med. Hun træder et par skridt ind på stuen, og lyser mod patienternes overkrop. Hun tjekker om de sover og, hvordan de trækker vejret. Efter en oplevelse med en patient, som en nat havde meget besværet vejtrækning og nærmest var ved at blive kvalt, er det særlig vigtigt for hende at tjekke vejtrækningen om natten. Et par af patienterne er vågne, da hun kommer ind. De beder om smertestillende. En ældre herre på en enestue begynder at snakke. Lotte prøver at gøre samtalen kort. "Ring hvis det ikke virker, jeg kommer kl. 03 og måler dit blodsukker. Sov godt". "Der er mange, som gerne vil snakke om natten," siger hun undrende, mens vi går videre." (Feltnoter).

Ifølge Lotte er samtale noget, der hører dagen til, natten er til søvn. Men som patienternes opfordring til samtale illustrerer, kan natten også være et rum for et mere afslappet forhold til standarder, hvor man kan løsne lidt for normativiteter og afsløre en mindre seriøs side af sig selv (Williams 2011: 99), og måske først her tør afsløre sine spørgsmål og sin usikkerhed. Men om natten intensiveres frygten for døden, som derfor fører en anden usikkerhed med sig. Derfor rutineredes overvågningen. Samtidig er natten den tid og det rum, hvor man skal sove, ikke ligge vågen, ingen aktivitet, ingen snak. Denne forventning kan dog ifølge Lotte være svær at kontrollere.

"Ofte oplever vi, at der er nogen, som ligger vågne uden at ringe på os". (...) "Nogle siger også om morgenen til dagvagten, at de slet ikke har sovet, selvom de ikke har sagt noget, eller de ser ud som om, de sover, når man kigger ind", tilføjer Lotte lidt forurettet og forundret."

Lottes runder handler derfor også om at opdage, om patienterne sover eller ej, for at skabe mulighed for (be)handling.

Den sammenhængende natlige søvn og dagens aktivitet hyldes, understøttet af organisatoriske forhold som f.eks. vagtskifte. Derfor er det organisatorisk hensigtsmæssigt, hvis patienterne er i deres senge og 'klar til natten', inden aftenvagterne går hjem, og der kun er to nattevagter tilbage. Derfor prioriteres det, der er praktisk, og kræver mindst mulig pleje om natten. En pleje, som samtidig konsti-

tueres med risikostyring, og skaber en spænding mellem rutinekontroller, ro og muligheder for en anden form for socialitet.

"Jeg er på vej hjem. Klokkeren er 04. Der er stille på afsnittet, og på resten af hospitalet. Ude i vandrehallen strejfer mit blik afsnittet på den modsatte side, og fanges af den oplyste gang og den lille gruppe af 3- 4 patienter, som sidder på gangen tæt sammen. Nogle af dem i kørestol. Det er amputationsafsnittet. Det ser ud som om, de ser fjernsyn og taler sammen. De griner." (Feltnoter).

Natten giver mulighed for at vise usikkerhed, men i dette tilfælde også en mulighed for socialt samvær. Patienterne er hverken til skue eller i vejen. Der er ro og ingen afbrydelser fra dagens undersøgelser, træning og procedurer. Men en uciviliseret praksis i nattens institutionelle rum.

Natten på hospitalet har sin egen kompleksitet og socialitet, og den er med til at konstituere søvn som risiko både ift. Død, men også som risiko for at den rehabiliterende søvn ikke indfinder sig, og at dagens aktiviteter ikke kan præsteres. Og risiko for at arbejdsbelastningen bliver for stor, hvis patienterne ikke sover. Derfor skal der overvåges, og søvnproblemer opspores og (be)handles og aktiviteter og samtaler nedtones. Men natten på hospitalet lader sig ikke fuldstændig kontrollere, idet den samtidig skaber nye muligheder for frihed, tryghed og magt over egen tid og rum. Natten og mørket, som noget der også giver ro og mulighed for andre aktiviteter, hvor hverdags- og institutionslivet ikke skal præsteres, hvor der i mørket kan åbnes for en mindre seriøs side af sig selv. Men som i de moderne storbyer er mørket ikke nødvendigvis et vilkår på hospitalet. Som i storbyerne fortsætter arbejdet og aktiviteterne også her. Her er både lys og mørke, aktivitet og ro på én gang. På den ene side forøger lyset trygheden, men fastholder dagens normativiteter, og giver ikke nødvendigvis 'nattens friheder', som f.eks. øget privathed og mindre seriøsitet. Med natten, som både tid og rum kobles, søvn til et særligt institutionelt normativ om sikkerhed. Sikkerhed fra et organisatorisk perspektiv, hvor opgaverne skal kunne klares og håndteres, fra et sygdomsperspektiv, hvor døden bliver særligt nærværende, og sikkerhed i et rehabiliterings- og funktionsperspektiv, hvor næste dags performance afhænger af nattens søvnpræstation.

Konklusion: Søvn som aktiv deltagelse

Når søvn (igen) får klinisk opmærksomhed, er det ud fra et fokus på søvns betydning i kroppens heling efter operation og forebyggelse af komplikationer, kombineret med en organisatorisk oplevelse af, at søvn og hvile ikke får megen opmærksomhed i praksis. Analysen peger dog på, at det ikke er tilstrækkeligt at rette opmærksomheden på søvn, som en konkret og afgrænset biologisk fordring, der forstyrres i det ortopædkirurgiske indlæggelsesforløb. Skal vi forstå søvns mulighedsbetingelser, må vi også se på, hvordan søvn bliver til gennem social handling. Søvn viser sig herved ikke som et stabilt fænomen, men bliver kontinuerligt til på forskellige måder i tid og rum, i en sammenvævning af senge, kroppe, medicin, rullende blodtryksapparater, mennesker, ideer og sprog, og konstitueres som et ontologisk komplekst fænomen. Søvn bliver til i forskellige relationer, mobiliseret gennem rationaler om rehabilitering, forebyggelse, sygdom, institutionel organisering og det levede liv. Forskellige betydningsenheder som skaber modsætningsfyldte praktiseringer. De konkrete materialiteter, som kroppe, medicin, senge og stole er heller ikke afgrænsede og stabile, men skaber og skabes også i disse sammenhæng.

Sengen

I det ene øjeblik gøres sengen til en pædagogisk og moralsk aktør i sundhedspædagogiske strategier ud fra et medicinsk deltagelsesbegreb med et mål om at minimere risiko og øge performance. Sengen er derfor del af en opdragelse, hvor patienter skal lære at praktisere søvn på en særlig sundhedsfremmende måde, og i et andet øjeblik, et beskyttende sted for hvile og privathed.

Kroppen

I det ortopædkirurgiske produktionssystem må kroppen fastholdes i progression. Et mål, som skal opfyldes gennem patientens deltagelse, deltagelse som en performance af særlige individuelle ressourcer. En af de centrale er søvn. Søvn tilgås sundhedspædagogisk gennem strategier som på samme tid skal minimere risiko og øge performance med forskellige strategier. Strategier, som kan være modstridende og ikke altid harmonerer med patienternes kropslige og sociomaterielle praktiseringer. Som eksemplet med Sten illustrerer, viser den biologiske krop sig på den vis ikke som en skæbne eller et vilkår, men et valg (Rose 2009). Derved kan

søvn moraliseres som en bevidst adfærd, der modsætter sig 'det bedste' defineret fra et medicinsk perspektiv. Søvn bliver en medicinsk teknologi med risikominimering og øget performance som mål på én og samme tid. Williams kalder denne styring, en sundhedsstrategisk transition. En transition fra normalisering af kroppe til tilpasning af kroppe til varierende formål (Williams mfl. 2012: 42). Som eksemplet med Erna og Sten demonstrerer, konstitueres kroppen som teknologi i et sundhedsstrategisk og pædagogisk projekt, hvori den adskilles fra sin levede og materielle sammenhæng. En proces, hvori søvn som en særlig individuel deltagespraksis og sundhedsressource legitimeres i tid og rum.

Medicinen

Sovemedicin har institutionelt gennemgået historiske forandringer. Fra en praksis med stærk sovemedicin til alle, hvor patienterne til gengæld risikerede at være alt for trætte i løbet af dagen og ikke komme ud af sengen, til en praksis uden sovemedicin, som heller ikke var hensigtsmæssig, for hvis patienterne ikke sov om natten, risikerede man, at de fik for lidt søvn og sov om dagen. Med indsovningspiller derimod, minimerer man risici ved, at søvnen ikke udebliver, samtidig med at muligheden for træning og bevægelse optimeres, fordi patienten får sovet og ikke bruger dagen til at sove. Søvn praktiseres dog også som naturlighed, som en proces kroppen har en selvstændig evne til at regulere, og derfor ikke nødvendigvis som objekt for medicinering. Afhængig af situationen overlades denne selvstændige styring ikke til kroppen og må kontrolleres gennem medicin, som dog i et deltagelsesperspektiv kan ses som den passive og nemme løsning. I deltagelsesperspektivet er motivation til ændret adfærd den 'nye' medicin.

Natten

Natten er dog ikke til motiverende samtaler. Den er til at sove i. Den natlige søvn bliver ensbetydende med sikkerhed - både for patienten og for organisationen, hvorfor den må overvåges og behandles. En behandling, der regulerer både biologisk og social tid. Tider, som krydser hinanden i den levede krop. Kroppen bliver derfor det afgørende sted, hvor to logikker clasher på hospitalet, nemlig 'bodytime' som kropsligt, socialt og materielt produceret, og 'institutionel time' (Twigg 2006), hvor søvn er et middel til medicinsk og organisatorisk styring, hvorigennem deltagelsesperspektivet produceres. De to logikker producerer to slags

kroppe, den medicinske og den levede krop. I den institutionelt producerede søvn adskilles de, men i praksis for den ældre medicinske patient flyder de sammen.

Igennem situationelle analyser af fire affektive aktører og deres søvnkonstituerende rolle viser søvn sig som et fænomen, der ikke kun er et produkt af biologiske og fysiske forstyrrelser. Biologiske forstyrrelser kan f.eks. forstås som konsekvens af operationen eller fysiske forstyrrelser som konsekvens af at sove et sted, hvor mennesker arbejder. Analysen flytter fokus fra søvn som en 'nonsocial' begivenhed - noget som bare bliver til, hvis de ovennævnte forstyrrelser behandles eller reduceres - til noget der bliver til i social handling. Analysen viser, hvordan hverken biologi eller fysiske omgivelser er endelige størrelser, men hele tiden er i tilblivelse. En tilblivelse som produceres gennem lokale betydninger og rationaler, som er medicinske, organisatoriske og hverdagslige. Ved at se på søvn som social handling fremtræder søvn som produceret gennem et deltagelsesperspektiv, hvor søvn bliver en måde aktivt at performe deltagelse på knyttet op på vilje, evne og motivation, og dermed en praksis som kan moraliseres. Så selvom deltagelse i det ortopædkirurgiske produktionssystem handler om kroppe, viser deltagelse sig i større grad defineret gennem rationalitet, som et valg hvorigennem kroppe kan tilpasses og i mindre grad som et engagement eller inddragelse af levede kroppe, hvis sociale og biologiske historie indgår i deres intra-aktive og lokale nutid. Kroppe, som i en ortopædkirurgisk sammenhæng ofte har en lang og forskelligartet biografi, som er rutineret og ritualiseret. Kroppe, som for ældre og mennesker med funktionsnedsættelse bliver centrum for deres levede liv (Twigg 2006). I deltagelsesperspektivet, forventes kroppen at kunne frakobles tid og sted, og dermed til alle tider kontrollabel. En kontrol, som en evne og et engagement, der samtidig determinerer, i hvilket omfang patienten kan inddrages. Man kan derfor afslutningsvis spørge, om det fornyede fokus på søvn mobiliserer en bevægelse 'tilbage' til det basale, hvor hovedopgaven er at hjælpe og assistere patienten, som er den sande hovedperson, eller en proces, hvor institutionen definerer den sande måde at gøre den aldrende krop på? 'Det bedste' bliver her et samfundsmæssigt perspektiv, som ikke nødvendigvis er patientens.

Referencer

- Adib-Hajbaghery, M., Izadi-Avanji, F., Akbari, H. *Quality of sleep and its related risk factors in hospitalized older patients in Kashan's Hospitals, Iran* 2009. In: Iran J Nurs Midwifery Res. 2012 Sep-Oct; 17(6): 414-420.
- Barad (2007): *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822388128>
- Dahl, H. M. (2017): *Struggles in (Elderly) Care: A feminist View*. 1 udg. London : Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-57761-0_1
- Gong, L., Wang, Z., Fan, D. Sleep Quality efforts Recovery after total knee arthroplasty - A randomized, Double-blind, Controlled Study. *Journal of Arthroplasty* 2015 Nov; 30(11). <https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.02.020>
- Greve, H., Pedersen, P.U. Improving sleep after open heart surgery -Effectiveness of nursing interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2015, Vol.6,No.3 <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n3p15>
- Hall, E.O.C , Harder, I., haahr, A., Martinesen, B. (2012): Menneskelige grundtræk i sygeplejen. *Klinisk Sygepleje*, 26. årgang, nr.4.
- Holen, M. *Medinddragelse og lighed - en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. En ph.d. afhandling fra Forskerskolen i livslang læring. Roskilde Universitet 2011.
- Honkus, V.L. Sleep deprivation in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, September 2003, Volume: 26 Number 3, page 179- 191 <https://doi.org/10.1097/00002727-200307000-00003>
- Jennum, P., Bonke, J., Clark, A.J., Flyvbjerg, A. 2015. Søvn og Sundhed. Rapport; *Vidensråd for Forebyggelse* 2015.
- Jordens Folk (2014). Natten og Mørket. Indledning I: Jordens folk. Nr. 1, juni, 48. årgang.
- Jørgensen, M.S. Sygepleje ved fast-track - alloplastikforløb. *Sygeplejersken* 2013; (10) : 64-68.
- Krenk, L., Jennum P. , Kehlet, H. Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia*. 2012;109 (5):769-75 <https://doi.org/10.1093/bja/aes252>
- Larsen, T. (2017): »Søvn i et institutionelt perspektiv - muliggørende og begrænsende faktorer.« I: *Søvn og Ortopædkirurgiske patienter*. Antologi udgivet af FSOS (Fagligt Selskab For Ortopædkirurgisk sygepleje).
- Larsen, T, Holm, G. (2017): » Hvordan har du sovet« - patienters vurdering af deres søvn under indlæggelse og implementering af en sygeplejefaglig søvn intervention.« I: *Søvn og ortopædkirurgiske patienter*. Antologi udgivet af FSOS.
- Martinsen, K. (2015): Sykeværelset - set fra sengen. *Klinisk Sygepleje*, 29. årgang, nr.4.
- Muschinsky, L.J (2007):Hvad er meningen med opdragelse, undervisning og uddannelse. I. Andersen, P.Ø., ellegaard, E. Muschinsky (red.), *Klassisk og moderne pædagogisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mol, A. *The Body Multiple* (2002): *Ontology in Medical Practice*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822384151>
- Rose, N. (2009): *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet* i det 21. Århundrede. Dansk Psykologisk Forlag.
- Sommer, C. (2016) Patientens søvn er grundlæggende sygepleje. *Fag & Forskning. Sygeplejersken*; (2): 24-27. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-2/patientens-soevn-er-grundlaeggende-sygepleje>