



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med kommunikasjon med den våkne intuberte Intensivpasienten?

En kvalitativ studie

Masteroppgave i intensivsykepleie, SYP 3902, juni 2020

Anja Larsen, Kull 2018

Antall ord: 16311

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Prosjektets formål og problemstilling	4
1.3	Oppgavens oppbygging.....	5
2	Tidligere forskning	5
2.1	Kommunikasjon og kommunikasjons hjelpemidler.....	7
3	Teoretisk perspektiv	8
3.1	Kommunikasjon	8
3.2	Kari Martinsens omsorgstenkning	10
4	Design og metode.....	11
4.1	Semistrukturerte intervju.....	12
4.2	Forforståelse	13
4.3	Utvalg og rekruttering	14
4.4	Utarbeiding av intervjuguide.....	14
4.5	Gjennomføring av det kvalitative intervju	15
4.6	Transkripsjon.....	16
4.7	Analyse og fortolkning	16
4.8	Forskningsetiske vurderinger	21
4.9	Begrensinger med studien	22
5	Presentasjon av funn.....	22
5.1	Utfordring.....	23
5.1.1	Tid som faktor	23
5.1.2	Kunnskap og erfaring	24
5.1.3	Hjelpemidler i kommunikasjon.....	25
5.1.4	Nedsatt kraft og motorikk	27
5.1.5	Non-verbal kommunikasjon.....	28

5.1.6	Et samspill	30
6	Diskusjon.....	31
6.1	Utfordring og tid som faktor	31
6.2	Kunnskap og erfaring	33
6.3	Hjelpemidler i kommunikasjon og nedsatt kraft og motorikk	34
6.4	Non-verbal kommunikasjon og samspill.....	37
7	Implikasjoner for praksis.....	40
8	Avslutning	40
	Referanseliste	42
	Vedlegg 1	44
	<i>Intervjuguide</i>	44
	Vedlegg 2	45
	<i>Søknad til forskningsfelt</i>	45
	Vedlegg 3	47
	<i>Informasjonsskriv/Samtykkeskjema</i>	47
	Vedlegg 4	52
	<i>Tilbakemelding NSD</i>	52
	Vedlegg 5	55
	<i>Oppdatert skjema NSD</i>	55

Forord

Da er jeg endelig kommet i mål med min masteroppgave i intensivsykepleie, og her kommer resultatet. Det har vært en spennende og lærerik prosess. Det har vært tidskrevende og til tider også veldig utfordrende og frustrerende. Jeg har vært heldig som har fått denne muligheten til å tilegne meg kunnskap, og jeg gleder meg til å fortsette med dette videre som intensivsykepleier.

Jeg er takknemlig for den positivitet og tilrettelegging min arbeidsgiver, Finnmarkssykehuset Hammerfest, har gitt meg i denne prosessen.

Jeg vil takke min fantastiske veileder ved UIT, Monica Kvande, som har støttet meg under skriveprosessen og som har hatt troen på at jeg skal komme i mål med oppgaven. Takk til min gode kollega, Inger Skoglund, som tok seg tid til å lese gjennom masteroppgaven og gav meg gode råd før innlevering.

Tusen takk til mine informanter! Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Og til slutt: Takk til min kjære som har gitt meg denne muligheten til å fullføre min masteroppgave.

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient. Hensikten er å bidra med kunnskap og få bedre forståelse av erfaringer rundt dette tema i arbeidet videre med denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient?

Teori: Tidligere forskning knyttet til kommunikasjon med respiratorpasienten og kommunikasjonshjelpemidler. Teorier om kommunikasjon og Kari Martinsens omsorgstenking, som omhandler omsorg for pasienten, relasjoner og samhandling, som alle er faktorer som påvirker kommunikasjonen.

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervju. Studiets utvalg består av to intensivsykepleiere med minimum fem års erfaring og som jobber med respiratorpasienter. Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble brukt under intervjuene. Datamaterialet ble deretter transkribert og systematisk analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: I studien ble det indentifisert et hovedtema som beskriver funnene; tid som faktor, kunnskap og erfaring, hjelpemidler i kommunikasjon, nedsatt kraft og motorikk, non-verbal kommunikasjon og et samspill.

Avslutning: Studien viste at det å kommunisere med denne pasientgruppen blir sett på som et viktig og relevant tema, men som samtidig kan by på en del utfordringer. Det har under denne studien kommet frem mange viktige aspekter hva gjelder kommunikasjon, samspill og bruken av kommunikasjonshjelpemidler i møtet med den våkne intuberte intensivpasient.

Nøkkelord: Kommunikasjon, intensivavdeling, sykepleie, intensivsykepleie, sedasjon/ikke-sedasjon, utfall.

Abstract

Background: The purpose of this study was to investigate what kind of experiences intensive care nurses had with communication to the patient being awake during mechanically ventilation. The purpose of this study is to contribute with knowledge and to get a better understanding of the experiences surrounding this subject in the continues work with this group of patients.

Research question: What kind of experiences do intensive care nurses have when it comes to communication with the patients being awake during mechanically ventilation?

Theory: Former scientific studies associated communication with the respirator patient and communications aids. Theories about communication including Kari Martinsen's thoughts for care, which includes patient care, relations and interaction are all factors that impact the communication.

Method: The method used in this study is a qualitative method with semi structured interviews. This study assortment is made of two intensive care nurses with a minimum of five years of work experience, and who also works with mechanically ventilated patients. An interview guide was made and used during the interviews. The collected data was transcribed and systematically analyzed using Malterud`s systematic text condensation method.

Results: In this study, there was identified one main category which describe the findings as: time as a factor, knowledge and experience, communication aids, reduced strength and motorically functions, non-verbal communications and cooperation.

Conclusion: This study shows that communication with this patient group is seen as an important and relevant subject, but also at the same time bids on some challenges. This study has come up with many important aspects of communication, corporation and the use of communication aids with the alert mechanically ventilated patient.

Keywords: Communication, ICU, nursing, sedation/non-sedation, mechanical ventilation, outcomes, critical care.

1 Innledning

Min oppgave skal omhandle tema: «Kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient». Dette er et tema som jeg har vært interessert i siden jeg startet å jobbe på intensivavdelingen. I min praksis under utdanningen er dette et tema som har opptatt min interesse, da jeg har opplevd at kommunikasjonen med denne pasientgruppe kan være utfordrende. Jeg opplever at dette er utfordrende da pasienten er fratatt muligheten til å snakke, da de ligger i respirator med en tube i luftrøret (intubert). Intensivsykepleieren må finne andre måter å kommunisere på, som å bruke kommunikasjonshjelpemidler. Min opplevelse er at også det å ta i bruk forskjellige kommunikasjonshjelpemidler, ofte byr på forskjellige utfordringer. Har gjennom samtaler med noen av pasientene jeg har hatt, i ettertid av respiratorbehandlingen, fått et inntrykk av at de opplevde kommunikasjonen som utfordrende og ofte vanskelig. Har derfor under utdanningen tenkt mye på dette tema som har ført til at jeg ønsker å finne ut mere om dette.

1.1 Bakgrunn

Respiratorbehandling er en sentral behandling i intensivmedisin. Respiratorbehandling er en behandling der en respirator kontrollerer eller støtter pasientens respirasjon i en kortere eller lengere periode, der pasienten ikke på egenhånd kan ivareta sin respirasjon (Kjær & Holm, 2016). Når en ligger i respirator vil luften inn til pasientens lunger leveres gjennom en tube som ligger i pasientens luftrør. En slik behandling sikrer at pasienten har frie luftveier, og gir dermed mulighet til å sikre at kroppens organer og vev for tilstrekkelig med oksygen (Kjær & Holm, 2016). I følge Norsk intensivregister (2018) fikk 60% av pasienter innlagt på intensivavdeling mekanisk respirasjonsstøtte (NIR, 2018) .

Å kommunisere med intensivpasienten kan være utfordrende da pasientens orale, kognitive og motoriske evner er svekket.

Oralt svekket grunnet endotrakeal intubasjon og respiratorbehandling. Tilstanden er reversibel og pasienten vil få igjen sin stemme når hindringen for kommunikasjonen er fjernet (Dreyer & Holm, 2016).

Kognitiv svekkelse da intensivpasienten ofte kan oppleve tretthet. Denne trettheten kan skyldes pasientens akutte og kritiske tilstand, men også medisiner som sedativ og analgetika kan redusere pasientens bevissthet (Dreyer & Holm, 2016).

Motorisk svekkelse med nedsatt eller ingen krefter i hender og armer, vil forekomme på grunn av nevromuskulær svikt og muskelsvakhet (Stubberud, 2015c). I situasjoner der pasienten ikke har mulighet til å uttrykke seg verbalt må sykepleieren tolke hans nonverbale kommunikasjon for å forstå han. Her må sykepleieren i følge Stubberud (2015c) ofte ta i bruk kommunikasjonsverktøy som penn og papir, peketavle eller bildekort. Alle disse metodene har sine begrensninger og kan være utfordrende og tidskrevende for sykepleieren.

I følge Egerod (2009), har det de siste ti år vært et paradigmeskifte i behandlingen av pasienter ved intensivavdelinger hvor pasientene som respiratorbehandles nå er mindre sederte og mere våkne enn tidligere. Pasientene får analgetika for å redusere smerter, men sedativ brukes ved behov. De viser til at det å redusere mengden av sedering gir større sjanse for overlevelse, og kan være med på å redusere antall dager på respirator, samt den totale liggetiden på sykehuset. Det vises til en trend som går mot lettere sedering av pasienter i intensivavdelinger. Egerod, Albarran, Ring og Blackwood (2013) har gjort en tverrsnittsstudie som undersøker sedasjonspraksis i nordiske og ikke-nordiske intensivavdelinger. De viser til at organisatoriske og kontekstuelle faktorer, bemanning, tverrfaglig samarbeid, valg av medikamenter og bruk av fysiske begrensninger påvirker sedasjonspraksis i inkluderte intensivavdelinger. De viser til at det fortsatt er rom for forbedring i alle land, og bemanningsforholdene bør vurderes når det gjelder forbedret sedasjonspraksis (Egerod et al., 2013). Mine tanker omkring dette paradigmeskiftet, der en går fra å være sedert til mer våken når en ligger på respirator, er at en også må ta hensyn til det som omhandler kommunikasjon og pasientenes opplevelser i forhold til dette. Baumgarten og Poulsen (2015) har gjort en kvalitativ metasyntese, der de har tolket kunnskap fra kvalitative studier om pasienters opplevelser av mekanisk ventilasjon, og viser også til at mindre sedasjon er assosiert med redusert liggetid på sykehus. På den annen side, viser også studier at lettere sedering ofte kan assosieres med ubehagelige opplevelser som det å ikke kunne snakke, og ha smerter i luftrøret grunnet oral intubasjon. Dette samsvarer med Egerod (2009) sin kvalitative studie, der hun utfører semistrukturerte intervju av leger med tanke på deres synspunkter og oppfatning av sedasjon til pasienter i respirator. De bruker begrepet «analgo-sedasjon», som betyr at det vil bli gitt mindre eller lettere sedasjon, der de retter fokus på den smertefrie pasienten som er rolig og ikke i koma. De konkluderer med at vil være nødvendig med mere forskning rundt dette tema for å få frem fordelene med et slikt paradigmeskifte der pasientene i større grad skal være våken under respiratorbehandling. I en pilotstudie av Magnus og Turkington (2006), der de intervjuet helsepersonell som jobber med intensivpasienter, retter de fokus mot

intensivpasienten som har problemer med kommunikasjon grunnet intubasjon. Her kommer det frem at det å ikke kunne snakke kan resultere i følelser av sinne og nedsatt humør, noe som igjen kan føre til tilbaketrekking fra samhandling med personale. Dette kan igjen ha innvirkning på pasientens deltakelse i behandlingen og opptrening. Kommunikasjon kan påvirkes av flere faktorer som hvor godt sykepleieren kjenner deg, hvor mye tid en bruker på kommunikasjon og det kan oppstå utfordringer mellom pasientens og personalets oppfatning av kommunikasjon som kan føre til at kommunikasjonen blir vanskelig (Magnus & Turkington, 2006). En ser også gjennom en nyere observasjonsstudie, med intervju av pasienter i etterkant av innleggelse gjort av Laerkner, Egerod, Olesen og Hansen (2017), at det å være lettere sedert kan ha positiv innvirkning på antall liggedøgn på mekanisk ventilasjon, men det kan by på utfordringer for pasientene å være våken. Målet med deres studie var å utforske pasientenes opplevelser av å være våken under kritisk sykdom og på mekanisk ventilasjon på intensivavdelingen. De kom frem til at det å være våken under slike forhold innebærer nye muligheter og utfordringer for pasienter i en slik situasjon. Studien avslørte hvordan pasienter opplevde det å være våken, og pasientene fortalte om både følelsen av mestring og maktesløshet. Pasienter satte spesielt pris på kompetente og medfølende sykepleiere som var oppmerksomme og inkluderende (Laerkner et al., 2017).

Kommunikasjonen med den intuberte respiratorpasient er en faglig, etisk og menneskelig utfordring da pasienten er kritisk syk og fratatt muligheten til å snakke grunnet oral intubasjon (Stubberud, 2015b). Det finnes mange medvirkende faktorer som kan vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten på intensivavdelingen.

Intensivpasienten kan oppleve tretthet som kan være en stor hindring for kommunikasjon. Denne trettheten kan skyldes både pasientens akutte tilstand og det at han får analgetika for å lindre smerter som kan gi bivirkninger som påvirker pasientens bevissthet (Dreyer & Holm, 2016). Videre sier Dreyer og Holm (2016) at dette ikke bare vil være en utfordring når det gjelder direkte kommunikasjon mellom pasient og intensivsykepleier, men også når det gjelder bruken av kommunikasjonshjelpemidler.

Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleiefaget som beskrives slik: «*Spesialiteten utøves på grunnlag av avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innen områdene pasientbehandling, undervisning, fagutvikling, samhandling og organisasjon*». (Norsk sykepleierforbund, 2017). I funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleier NSFLIS (2017) vises det til at intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmede og forebyggende funksjon, behandlede og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ

funksjon. Videre beskriver NSFLIS (2017) at intensivsykepleieren skal vurdere pasientens ressurser og gjennomføre systematiske tiltak for å bevare og styrke funksjonell kapasitet, samt tenke langsiktig med mål om å bedre pasientens helsestatus og opplevelse av livskvalitet (NSFLIS, 2017)

Polit og Beck (2017) retter fokus på evidensbasert praksis, som vil si at en baserer sin praksis på forskning. Polit og Beck (2017) sier at kunnskap fra sykepleieforskning vil være med å bidra til å utvikle sykepleiepraksis, administrative oppgaver, læring og informasjon. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis sammen med pasientens kunnskap og behov, er vi med på å bedre kvaliteten på våre tjenester (Polit & Beck, 2017). Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012) sier at å utøve kunnskapsbasert praksis (KBP) defineres som: «*å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon*». Dette vil resultere i at pasienten vil oppnå optimal sykepleie. Videre viser de til at evner som empati og kommunikasjon er viktig og nødvendig, for å være en god sykepleier (Nortvedt et al., 2012).

1.2 Prosjektets formål og problemstilling

Formålet med prosjektet er å få bedre kunnskap om intensivsykepleiernes erfaringer med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient. Denne kunnskapen vil være viktig for ivaretagelse av intensivpasienten. Dette vil være i tråd med NSFLIS (2017) sin funksjons- og ansvarsbeskrivelse der det beskrives at spesialiteten til intensivsykepleiere skal utøves på grunnlag av avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innen områdene pasientbehandling, undervisning, fagutvikling, samhandling og organisasjon (NSFLIS, 2017).

En slik kunnskap vil være viktig for intensivsykepleiere og annet helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. Denne kunnskapen kan anvendes for å tilpasse helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til kommunikasjon, og ivaretagelse av våkne intuberte pasienter i intensivavdelingen.

Følgende problemstilling vil belyses gjennom denne studien:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient?

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har nå presentert problemstillingen og bakgrunnen for den.

Tidligere forskning (kapittel 2) og teoretisk perspektiv (kapittel 3) vil til sammen danne grunnlag og utgangspunkt for drøftingen. Videre i kapittel 4 presenteres design og metode.

Studiens resultater presenteres under kapittel 5, og drøftes videre under kapittel 6.

Avslutningsvis kommer implikasjoner for praksis og oppsummeringen under kapittel 7 og 8.

2 Tidligere forskning

For å få bedre innsikt om mitt tema som omhandler kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient har jeg foretatt litteratursøk i databasene Swemed og Chinal. Jeg har brukt både engelske og norske søkeord, som blant annet communication/kommunikasjon, ICU/Intensivavdeling, mechanical ventilation/respirator, nursing/sykepleie og non-sedation/ikke-sedasjon. I tillegg til dette har jeg gjort manuelle søk etter funn i litteraturlister fra relevante studier. Det viser seg at det er utført en del studier innenfor dette tema. Mange av disse studiene undersøker pasientenes opplevelser av å være våken når de ligger på mekanisk ventilasjon. Etter å ha utført forskjellige søk i flere databaser fikk jeg et inntrykk av at det er få studier innenfor dette tema der en intervjuer intensivsykepleiere. På den annen side finnes det studier der det rettes mye fokus mot kommunikasjon og samhandling mellom pasienter og sykepleiere, som er et viktig tema i hverdagen som sykepleier i alle pasientsituasjoner en møter.

I følge Egerod (2009), har det de siste ti år vært et paradigmeskifte i behandlingen av pasienter ved intensivavdelinger, hvor pasientene som respiratorbehandles nå er mindre sederte og mere våkne enn tidligere. Pasientene får analgetika for å redusere smerter, men sedativ brukes ved behov. De viser til at det å redusere mengden av sedering gir større sjanse for overlevelse, og kan være med på å redusere antall dager på respirator samt den totale liggetiden på sykehuset. Det vises til en trend som går mot lettere sedering av pasienter i intensivavdelinger. Egerod et al. (2013) har gjort en tverrsnittsstudie som undersøker sedasjonspraksis i nordiske og ikke-nordiske intensivavdelinger. De viser til at organisatoriske og kontekstuelle faktorer, bemanning, tverrfaglig samarbeid, valg av medikamenter og bruk av fysiske begrensninger påvirker sedasjonspraksis i inkluderte intensivavdelinger. De viser til at det fortsatt er rom for forbedring i alle land, og bemanningsforholdene bør vurderes når det gjelder forbedret sedasjonspraksis. Med tanke på paradigmeskiftet der en går fra å være sedert til mere våken når en ligger på respirator, må en

ta hensyn til det som omhandler kommunikasjon og pasientenes opplevelser i forhold til dette (Egerod et al., 2013). Baumgarten og Poulsen (2015) har gjort en kvalitativ metasyntese, der de har tolket kunnskap fra kvalitative studier om pasienters opplevelser av mekanisk ventilasjon, og viser også til at mindre sedasjon er assosiert med redusert liggetid på sykehus. På den annen side, viser også studier at lettere sedering ofte kan assosieres med ubehagelige opplevelser som det å ikke kunne snakke, og ha smerter i luftrøret grunnet oral intubasjon. Dette samsvarer med Egerod (2009) sin kvalitative studie, der hun utfører semistrukturerte intervju av leger med tanke på deres synspunkter og oppfatning av sedasjon. Her kommer begrepet «analgo-sedasjon» opp, som betyr at det vil bli gitt mindre eller lettere sedasjon, men en retter fokus på den smertefrie pasienten som er rolig og ikke i koma. Ved litteratursøk ser jeg at det er gjort forskjellige studier på kommunikasjon mellom intensivpasienten, som er ute av stand til å snakke, og sykepleiere, både de siste år og senere tilbake i tid. I en pilotstudie av Magnus og Turkington (2006) retter de fokus mot intensivpasienten som har problemer med kommunikasjon grunnet intubasjon. Her kommer det frem at det å ikke kunne snakke kan resultere i følelser av sinne og nedsatt humør, noe som igjen kan føre til tilbaketrekking fra samhandling med personale. Dette kan igjen ha innvirkning på pasientens deltakelse i behandlingen og opptrening. Kommunikasjon kan påvirkes av flere faktorer som hvor godt sykepleieren kjenner deg, hvor mye tid en bruker på kommunikasjon og misforhold mellom pasientens og personalets oppfatning av kommunikasjon (Magnus & Turkington, 2006). En ser også gjennom en nyere observasjonsstudie med intervju av pasienter i etterkant av innleggelse gjort av Laerkner et al. (2017), at det å være lettere sedert kan ha positiv innvirkning på antall liggedøgn på mekanisk ventilasjon, men det kan by på utfordringer for pasientene å være våken. Målet med deres studie var å utforske pasientenes opplevelser av å være våken under kritisk sykdom og på mekanisk ventilasjon på intensivavdelingen. De kom frem til at det å være våken under slike forhold innebærer nye muligheter og utfordringer for pasienter i en slik situasjon. Studien avslørte hvordan pasienter opplevde å være våken og både følelsen av mestring og maktesløshet. Pasienter satte spesielt pris på kompetente og medfølelse sykepleiere som var oppmerksomme og inkluderende (Laerkner et al., 2017).

Kommunikasjonen med den intuberte respiratorpasient er en faglig, etisk og menneskelig utfordring da pasienten er kritisk syk og fratatt muligheten til å snakke grunnet oral intubasjon (Stubberud, 2015b). Det finnes mange medvirkende faktorer som kan vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten på intensivavdelingen.

Intensivpasienten kan oppleve tretthet som kan være en stor hindring for kommunikasjon.

Denne trettheten kan skyldes både pasientens akutte tilstand og det at han får analgetika for å lindre smerter som kan gi bivirkninger som påvirker pasientens bevissthet (Dreyer & Holm, 2016). Dette vil ikke bare være en utfordring når det gjelder direkte kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, men også når det gjelder bruken av kommunikasjonshjelpemidler.

2.1 Kommunikasjon og kommunikasjonshjelpemidler

En korrelasjonsstudie av Guttormson, Bremer og Jones (2015) der hensikten er å beskrive pasientopplevelser med kommunikasjon, får frem deres opplevelser av situasjonen på en god måte. Pasientene ble intervjuet etter ekstubering. Pasientene assosierte deres manglende evne til å kommunisere med hjelpeløshet. Kommunikasjon var det som var mest utfordrende for disse pasientene, men de savnet også det å motta tilstrekkelig informasjon, som igjen var assosiert med å miste kontrollen og føle seg hjelpeløs. Det kommer også frem i denne studien at mange av deltakerne ikke klarte å uttrykke/kommunisere sine behov, som førte til fortvilelse. Kommunikasjonshjelpemidler trekkes frem og beskrives av mange som utfordrende (Guttormson et al., 2015). I en observasjonsstudie av Laerkner et al. (2017), undersøkte de pasientopplevelser og samspill mellom pasient og sykepleier. 20 av 28 pasienter som var inkludert i studien, ble også intervjuet i løpet av første uke etter utskrivelse. Det positive som kommer frem ved å være våken på respirator er muligheten til samhandling og deltakelse under kommunikasjon. Det vil være viktig med kompetent og medfølende personale til den våkne intuberte intensivpatienten, og samspillet mellom pasienten og sykepleiere er viktig. I en kvalitativ metasyntese av Baumgarten og Poulsen (2015) som undersøkte kommunikasjon med den våkne intuberte pasient, kommer det frem at det å være avhengig av helsepersonell uten å kunne kommunisere, forårsaker opplevelser av angst, frykt og ensomhet. Intensiteten av disse følelsene kan avhenge av helsepersonellens evne til å være tilstede og evner til å kommunisere. Flere studier belyser viktigheten av samhandling mellom sykepleier og pasient. Implementering og tilgjengelighet av kommunikasjonshjelpemidler er også viktig. Det bør prioriteres tilstrekkelig opplæring av personell på intensivavdelingen i bruk av hjelpemidler for å kommunisere med denne pasientgruppen (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019). Studier av blant annet Laerkner et al. (2017), Happ et al. (2011) og Guttormson et al. (2015) undersøker dette fenomenet fra pasientperspektivet, og viser til at pasienter som er våken på respirator synes kommunikasjon kan være vanskelig og utfordrende. I tillegg er det utfordrende i seg selv, å være våken i en slik situasjon. Det er i slike tilfeller der pasienten ikke har mulighet til å uttrykke seg verbalt at en i følge Dreyer og Holm (2016) bør bruke kommunikasjonshjelpemidler. En kan bruke penn og papir, alfabet der pasienten peker på en

og en bokstav, hjemmelagde kort eller elektroniske hjelpemidler som nettbrett eller bærbar datamaskin. En systematisk review som omhandler kommunikasjon med våkne respiratorpasienter av Ten Hoorn, Elbers, Girbes og Tuinman (2016) retter fokus på disse hjelpemidler. De påpeker at disse kommunikasjonsverktøyene brukes lite grunnet begrensninger hos pasienter, som redusert kognitiv funksjon og muskelkraft. Happ et al. (2011) sier noe om viktigheten med tilgang til hjelpemidler og kommunikasjonsmateriell i intensivavdelingen, men at det avhenger fra pasient til pasient om han eller hun vil klare å bruke dette. Det er viktig å arbeide fremover med å forbedre kommunikasjonen med denne pasientgruppen der en har fokus på styrker og svakheter i kommunikasjonsprosessen. Vanskeligheten av kommunikasjon vil være assosiert med alvorlighetsgraden av sykdom og følelser som sinne, frustrasjon, panikk, angst og mangel på søvn (Happ et al., 2011). Det vil kunne oppstå fortvilelse hvis pasienten blir forvirret og ikke forstår, eller når sykepleieren ikke forstår hva pasienten sier. Bare det å holde en blyant og skrive på et ark kan kreve mye energi fra denne pasientgruppen, det vil være situasjoner der pasienten kun klarer å skrive ned et ord for deretter å gi opp. Hvis pasienten har nedsatt eller ingen krefter i hendene og armer vil kommunikasjons hjelpemidler begrenses eller umuliggjøres (Dreyer & Holm, 2016).

3 Teoretisk perspektiv

Dette kapitlet tar for seg teorier som vil være relevante for min problemstilling og her vil jeg gå nærmere inn på temaet kommunikasjon. Jeg har videre i min oppgave valgt å støtte meg til Kari Martinsen og hennes omsorgstenkning. Kari Martinsen, født i 1943, er en kjent norsk sykepleier som har skrevet en rekke bøker om blant annet sykepleierens historie, filosofi og sykepleierens natur. Hun bruker Løgstrups sansefilosofi i sin tenking. Mine funn i denne studien vil bli drøftet opp mot non-verbal kommunikasjon, som innebærer miming, kroppsspråk, samspill mellom intensivpatienten og intensivsykepleieren. Kari Martinsens omsorgstenkning vil også komme inn under drøfting der en knytter kommunikasjonen sammen med det å gi omsorg til denne pasientgruppen, der begrepet omsorg også handler om det å forstå pasientens og ivareta hans behov.

3.1 Kommunikasjon

Eide og Eide (2017b) beskriver kommunikasjon som å gjøre noe felles og å ha kontakt med en annen ved å ta del i den andre. Kommunikasjon er et viktig nøkkelord i samspillet mellom to parter, som i dette tilfellet vil være intensivsykepleieren og den intuberte respiratorpasienten. Dette gjelder også den nonverbale kommunikasjonen som vi viser med

blant annet blikk og håndlag. Kommunikasjon i relasjoner kan betraktes som en kombinasjon av initiativ respons mellom to eller flere personer på den ene siden, og utveksling av tegn og signaler på den andre siden. De tegn og signaler vi gir fra oss, enten de er verbale eller nonverbale, må i følge Eide og Eide (2017b) fortolkes da det ikke er åpenbart hva den andre tenker og føler. Pasienten kan gi fra seg tydelige nonverbale tegn, men sykepleieren kan ikke vite med sikkerhet hva pasienten uttrykker.

Kommunikasjon kan beskrives som to ulike slags symboler som er de bevisste inntrykkene man gir fra seg gjennom ord for å uttrykke tanker, følelser og holdninger og de til dels ukontrollerte inntrykkene man skaper gjennom kroppsbevegelser og uttrykk (Kringlen & Finset, 2006). Ikke alt kan formidles gjennom samtale, hvordan man lytter, bruker taushet og berøring kan gi viktig informasjon uten at to parter snakker sammen. Vi må ta hensyn til pasientens nonverbale kommunikasjon. Med nonverbal kommunikasjon mener vi kommunikasjon gjennom kroppsbevegelser og ved ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017b). I møte med pasienter bruker vi våre sanser, som syn, hørsel, berøring og luktesans. Et blikk sier ofte mer enn ord og er det som skaper tillit, trygghet og varme, det er slik Eide og Eide (2017b) beskriver nonverbal kommunikasjon. Bruk av nonverbale ferdigheter viser at man ser, hører og forstår, og for å bekrefte og motivere den andre. Denne typen kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Smilet er spesielt når det gjelder ansiktsuttrykk, men fortsatt er blikket en av de viktigste nonverbale kanalene som uttrykker noe om både en relasjon og om personlige kvaliteter. Hvis ikke øynene er henvendt mot den man snakker med eller kommuniserer med vil den andre lett kunne føle seg oversett. Videre skiller Eide og Eide (2017b) mellom profesjonelle kommunikasjonsferdigheter og den dagligdagse kommunikasjon som vi bruker. I jobben kommuniserer vi som yrkesutøvere og ikke som privatpersoner, og de vi kommuniserer med er enten personer som av ulike årsaker trenger vår hjelp eller kolleger som vi samarbeider med for å gi helsehjelp. En bør være observant på hvordan en snakker til pasienten og på toneleie da pasienten kan få følelse av å bli behandlet som et barn, som igjen i følge Magnus og Turkington (2006) kan føre til en følelse av skam og maktesløshet. Eide og Eide (2017b) sier begrepet tillit er et viktig aspekt i sykepleierens omsorg, og hører også til i vårt dagligliv der vi normalt møter hverandre med tillit og respekt. Tillit og mistillit vil være grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. Som helsepersonell kan det å vise andre tillit innebære å gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta risiko. Slik vil det også være for pasienten. Tillit kan beskrives som en menneskets følelse av at andres ærlighet, dyktighet og godhet er til å stole på, og medfører

ofte en overføring av makt til en person eller et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste. Når pasienter viser tillit til helsepersonell vil det innebære en risiko for at tilliten brytes og det vil kunne oppstå en etisk utfordring om å ikke misbruke denne maken som ligger i en slik tillitsrelasjon. Behovet for tillit er stort blant syke mennesker når en får en sykdom som innebærer et tap av tillit til framtiden, pasientens egen kropp og funksjonsevne (Eide & Eide, 2017b). Disse tapene vil forsterke behovet for å stole på andre, som i dette tilfelle vil være intensivsykepleieren som pasienten er sammen med hele døgnet.

3.2 Kari Martinsens omsorgstenkning

Kari Martinsen og hennes omsorgstenkning er et mulig teoretisk perspektiv. Hun bruker Løgstrups sansefilosofi i sin tenking. I følge Martinsen (2003) er omsorg grunnleggende for menneskets samhandling og eksistens og utgjør med dette grunnlaget for sykepleie. For å kunne kalle omsorgen ekte må sykepleieren forholde seg til pasienten med en holdning som anerkjenner pasienten ut i fra hans situasjon. Omsorg er sykepleierens kjerne, og omsorg er et ontologisk begrep som hun beskriver som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, der omsorgen er både måten sykepleieren handler på og møter pasienten på.

Martinsen (2003) har tre dimensjoner hun mener begrepet omsorg er basert på og beskriver sykepleierens omsorg for pasientene som relasjonell, praktisk og moralsk. Det relasjonelle viser til det mellommenneskelige forhold, om menneskets gjensidighet, felleskap og solidaritet, der forståelse for den andres situasjon er viktig for å kunne være omsorgsfull. Dersom en skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder menneskene sammen i et felleskap, det kan være regler, normer og behov. At omsorg er et praktisk begrep innebærer en praktisk handling der sykepleieren deltar praktisk i den andres lidelse og skal sørge for den andre. Videre sier Martinsen (2003) at sykepleieren skal gi omsorg betingelsesløst ut fra tilstanden til den hjelpetrequende, ikke fra et forventet resultat. Dette blir kalt for generalisert gjensidighet der sykepleieren skal sørge for den andre uten å forvente noe tilbake. Moralen tar utgangspunkt i livsførsel og om relasjonene våre gjennom det praktiske arbeidet. Kvaliteten i relasjonen er det vesentlige. Omsorgsmoral må læres gjennom erfaring med det som er verdifullt. Ansvar for de svakeste må også læres gjennom praksis der verdiene må komme til syne (Martinsen, 2003).

Ifølge Martinsens omsorgsteori, er relasjoner og samhandling grunnleggende elementer for å utøve god kommunikasjon med andre mennesker. Hun beskriver omsorg og sykepleie som at omsorg er nestekjærighet for det lidende og syke mennesket der fagkunnskap og

menneskelig nærværenhet er vevet inn i hverandre (Martinsen, 2003). Ved å bruke Løgstrups sansefilosofi og begrepet «tydning», sier Martinsen (2012b) at sykepleieren tyder pasienten, men pasienten tyder også sykepleieren, der begge er tydende til stedet i relasjonen. Det å være tydende tilstede beskrives av Martinsen (2012a) som at en er mottakelig, stemt og oppmerksomt tilstede. Videre sier hun at i relasjonen som oppstår mellom sykepleier og pasienter er det ikke bare sykepleieren som tyder pasienten, men også pasienten som tyder sykepleieren. Både pasienten og sykepleieren kan være tydende tilstede. Det å være tydende tilstede innebærer å være berørt og sårbart tilstede, der verdighet og sårbarhet har noe med hverandre å gjøre (Martinsen, 2012a).

Sykepleieren tyder pasienten der han blir sett, hørt og berørt av henne og pasienten tyder sykepleieren ved hennes tilstedeværelse, blikk, pust og pleiende hender. Når tydningen blir endret og sykepleieren ikke er sansende og sårbart til stedet, vil pasienten være utsatt. I følge Martinsen (2003) blir sykepleieren ofte berørt av å være sanselig tilstede og måten vi tolker det vi sanser på avhenger av våre kunnskaper. Vi er beveget og berørt tilstede i sansingen av noe som ikke lar oss være uberørt, av nettopp det som kommer til oss i sansingen og som gjør inntrykk på oss (Martinsen, 2012a).

Martinsen sier at Løgstrups filosofi om sansing i forhold til sykepleiere har mye å si. Sårbarhet er et grunnvilkår ved vårt liv og i den nådeløse natur som vi er en del av, er det også bærende fenomener som holder livet oppe, slik som tillit, håp og barmhjertighet (Martinsen, 2012b). Videre bruker hun begrepet helsevesenets hurtige rom, der mye skal gjøres på kort tid og det vil bli en utfordring å være sansende og sårbart til stedet. Martinsen mener at fellesskapsverdier og erfaringer krever at vi som sykepleiere er i et rom der vi både gir tid og tar oss tid (Martinsen, 2012b). Videre sier Martinsen (2012b) at Løgstrups fremstilling av «tydningen», også innebærer at en er til stede på en slik måte der en må handle med tiden og i tiden på en god måte, der han beskriver en måte å være til stedet i situasjonen på. Det beskrives som å være sansende og sårbart til stedet, noe som gjelder både for pasienten og sykepleieren.

4 Design og metode

Kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer, og egner seg til å få en dypere forståelse for deltakernes egne erfaringer og opplevelser (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Ved å gjøre et kvalitativt forskningsintervju søker en kvalitativ kunnskap som blir uttrykt gjennom språk, og det vil få

frem intervjupersonenes side av det aktuelle fenomenet som skal studeres. Mye av kunnskapen som skapes gjennom intervjuforskning dreier seg om menneskers opplevelser, ønsker og meninger (Kvale et al., 2015).

Ved å bruke et kvalitativ forskningsmetode, kan i følge Polit og Beck (2017) studiedesignet utvikle seg i løpet av prosjektet. I følge Kvale et al. (2015) beskrives et kvalitativt forskningsdesign som fleksibelt, samt avhengig av den relasjonen som skapes mellom deltaker og intervjuer. Det har en tendens til å være helhetlig, og en streber hele tiden etter en forståelse av helheten.

Prosjektet har et kvalitativt design basert på individuelle forskningsintervju der jeg har som mål å få frem deltakernes opplevelser og erfaringer av fenomenet kommunikasjon med den intuberte intensivpatienten (Kvale et al., 2015).

4.1 Semistrukturerte intervju

Semistrukturert forskningsintervju, med intensivsykepleiere som deltakere, kan gi svar på min problemstilling da det vil gi meg beskrivelser av deres opplevelser og erfaringer i forhold til kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpatienten. Jeg har utviklet en intervjuguide med semistrukturerte spørsmål som omhandler tema og problemstilling. Kvale et al. (2015) beskriver et semistrukturert intervju som at det hverken er en åpen samtale, eller en lukket spørreskjemasamtale. Videre sier de at intervjuet utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som vil sirkle inn bestemte temaer, som kan inneholde forslag til spørsmål. Det semistrukturerte kvalitative forskningsintervju beskrives av Kvale et al. (2015) gjennom disse tolv nøkkelord: *Livsverden, mening, kvalitativt, deskriptivt, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, flertydighet, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig situasjon og positiv opplevelse.*

Jeg kunne ha valgt et åpent intervju der informantene kan prate fritt om sine erfaringer innenfor tema, men jeg har ingen erfaring ved bruk av intervju og valgte derfor en mer strukturert intervjuform.

I følge Kvale et al. (2015) bygger forskningsintervjuet på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. I min studie vil jeg prøve å forstå intensivsykepleierens hverdagserfaring fra hennes eller hans arbeidshverdag, med fokus på kommunikasjon med den intuberte intensivpatient. Intervjueren har som oppgave å registrere og fortolke meningen med det som sies og måten det sies på. Ved kvalitativt intervju sikter en mot beskrivelser av den intervjuedes erfaringer gjennom ord og ikke tall. Her er det viktig at jeg som intervjuer er

deskriptiv der jeg oppfordrer deltakerne til å beskrive det de opplever og erfarer så nøyaktig som mulig. Min primæroppgave er å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør (Kvale et al., 2015). Semistrukturert intervju ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål. Dette er med på å gi deltakere rom til å prate litt utenfor de satte spørsmål og det vil for noen kanskje gi rom for nøyaktige beskrivelser av deres erfaringer. Videre sier Kvale et al. (2015) at en må skille mellom generelle meninger og spesifikke situasjoner og handlinger. En må vise åpenhet og et forsøk på fordomsfrihet for å åpne opp for nye og uventede fenomener. Intervjuet skal være fokusert inn på bestemte tema og fokuset skal være rettet mot forskningstemaet ved hjelp av åpne spørsmål. Det er viktig å tilstrebe at deltakeren sitter igjen med en positiv opplevelse; et velfungerende forskningsintervju kan oppleves både som berikende og fint (Kvale et al., 2015).

Jeg ønsker å få frem intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer i forhold til kommunikasjon med den våkne respiratorpasient. Intervjuguide legges som vedlegg i oppgaven (VEDLEGG 1).

4.2 Forforståelse

Gadamer (2012) påpeker forforståelsens viktighet for den videre utviklingen av forståelsen, som igjen vil gi rom for tolkning, og for å få tilgang til kunnskap og forståelse, er det viktig med forforståelsens betydning. Dalen (2011) sier at forforståelsen omfatter meninger vi på forhånd har i forhold til det fenomenet som skal studeres. Min forforståelse da jeg gikk i gang med denne studien var at mange opplever kommunikasjonen med den våkne intuberte respiratorpasient som utfordrende. Jeg jobbet to år i en intensivavdeling før jeg startet på studiet og har derfor selv noe erfaring med denne pasientgruppen. Min erfaring innenfor dette tema er at kommunikasjonen med den våkne intuberte respiratorpasient kan være vanskelig, tidskrevende og utfordrende, men på den annen side så har jeg også opplevd at det i noen situasjoner kan fungere bra. I praksis som intensivsykepleierstudent var det lite fokus på dette tema, men mye fokus på annet som omhandler respiratorpasienten. Dalen (2011) sier også noe om intervjusituasjonen, der informantens utsagn og beretninger om aktuelle hendelser og opplevelser fortolkes av forskeren. Fortolkningen bygger på informantens direkte uttalelser, men videreutvikles deretter i en dialog mellom forskeren og det empiriske datamaterialet. Her vil både forskerens egen forforståelse og aktuell teori om fenomenet påvirke fortolkningen (Dalen, 2011). Jeg var hele tiden bevisst på at min forforståelse kunne være med på å skygge for intervjusituasjonen, der jeg underveis har vært bevisst på at forforståelsen kan påvirke

meg i alle deler av prosessen, både hva gjelder valg av litteratur og analyse av data. Jeg opplever at ved å erkjenne egen forforståelse kan en jobbe mot den og gå inn i intervju og analyse med åpent sinn. Gjennom hele denne prosessen har jeg forsøkt å legge min forforståelse til side.

4.3 Utvalg og rekruttering

Studien var basert på individuelle intervju med intensivsykepleiere, og ble gjennomført på en generell intensivavdeling. Prosjektets utvalg er to intensivsykepleiere i klinisk virksomhet i intensivavdeling.

Inklusjonskriteriene er sykepleier med videreutdanning retning intensivsykepleie og som har jobbet i minimum 5 år som intensivsykepleier. Dette for å være sikker på at deltakeren har erfaring med kommunikasjon med den intuberte intensivpasient. Utvalget er tilfeldig med hensyn til kjønn. Intensivsykepleierne har tidligere jobbet med, og jobbet fortsatt med, voksne intuberte respiratorpasienter på det tidspunktet studien ble gjennomført.

Rekrutteringen startet etter svar og godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata til å iverksette prosjektet (VEDLEGG 4). Jeg sendte mail til leder ved avdelingen ved det aktuelle sykehuset. I mailen la jeg ved søknad og informasjon om det aktuelle prosjektet (VEDLEGG 2 og 3). Jeg fikk positiv respons og de rekrutterte to deltakere etter kriterier.

4.4 Utarbeiding av intervjuguide

Det har vært krevende å utarbeide en intervjuguide, da problemstillingen skal settes opp mot aktuelt tema og de forskjellige underliggende spørsmål. Min intervjuguide bærer noe preg av tidligere forskning og resultater jeg har lest meg opp på i forkant, med dette mener jeg at jeg har hentet inspirasjon til en del av spørsmålene utfra dette. Jeg ønsker å få frem intensivsykepleierens oppfatning og erfaringer knyttet opp mot den våkne respiratorpasient og kommunikasjon med han eller hun gjennom ord, og ikke tall eller forhåndsbestemte svaralternativer, som i følge Kvale et al. (2015) gir mere presisjoner og meningsfortolkninger. Det ble under denne prosessen også naturlig å inkludere spørsmål tilknyttet til bruken og erfaring med kommunikasjonshjelpemidler.

Det ble gjennomført et pilotintervjuet på en spesialsykepleier. Pilotintervjuet ga meg som forsker mulighet til å utprøve intervjuguiden, og meg selv som intervjuer. I starten av intervjuet var jeg fokusert på intervjuguiden, men etter hvert ble det lettere å løsrive seg og fokusere på å lytte til det som ble sagt. Pilotintervjuet varte i ca. 50 minutter.

4.5 Gjennomføring av det kvalitative intervju

Intervjuene ble gjennomført i starten av februar -20 på to forskjellige rom i tilknytning til det aktuelle sykehuset. Intervjuene ble gjort på samme dag, men på forskjellige tidspunkter. Det ble i begge intervju brukt en godkjent lydopptaker i henhold til retningslinjer for bruk av lydopptaker under forskningsintervju (UIT, 2018). Begge intervjuene startet med gjennomgang av samtykkeskjema for å forsikre meg om at deltakeren har forstått formålet med studien, og at deltakelsen er frivillig. Videre informerte jeg deltakerne om retten til å trekke seg fra studien når som helst frem til publisering. Åpnet med en kort presentasjon av meg som forsker, og av deltakeren i studien. Deretter ble spørsmål basert på intervjuguiden stilt. Jeg startet intervjuet, og holdt meg i hovedsak til intervjuguiden. I tillegg stilte jeg noen oppfølgingsspørsmål rundt de tema jeg ønsket ytterligere informasjon om (Kvale et al., 2015). Den såkalte maktbalansen mellom meg som forsker og informantene var viktig å være bevisst, og den omhandlet å følge opp temaer ved passe anledning, og eventuelt stille oppfølgende spørsmål for å forsikre meg om at jeg fikk en viss dybde i intervjuet (Kvale et al., 2015). Underveis fikk informantene også mulighet til å snakke fritt om hva som var interessant og viktig for, samt å utdype sine svar innenfor temaets røde tråd.

Intervjuet tok sikte på å få frem nyanserte beskrivelser, noe som innebar at jeg måtte følge godt med på hva studiedeltakerne fortalte meg. I starten av første intervju følte jeg meg litt nervøs, men det ble bedre etterhvert. Jeg oppdaget tidlig at det ble vanskelig å følge intervjuguiden til punkt og prikke, og det utviklet seg etterhvert til en mere løs samtale rundt tema. Når jeg skulle gjøre det andre intervjuet fløt samtalen lettere og jeg var ikke like nervøs. Da mine tema og spørsmål gikk inn i hverandre, så ble det noen gjentakelser under intervjuene. For eksempel da jeg stilte spørsmålet; «*Hvilke erfaringer har du med kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient?*», da kom begge informantene raskt inn på bruken av kommunikasjonshjelpemidler, som jeg hadde tatt med som et eget tema senere ut i intervjuguiden. Det ble derfor naturlig å snakke om kommunikasjon og kommunikasjonshjelpemidler om hverandre. Jeg tok ingen notater underveis i intervjuene, da dette etter min mening ville virket forstyrrende, og det trolig kunne ført til at en mistet fokus rundt samtalen. Kvale et al. (2015) sier noe om dette, og beskriver at omfattende notater underveis i intervjuet kan distrahere og avbryte samtalens frie flyt. Etter å ha gjennomført hvert intervju satt jeg meg ned og noterte stikkord rundt det jeg hadde tenkt underveis. Studiedeltakerne ble informert før lydopptaket ble startet at de ikke måtte gi noen sensitive opplysninger som var gjenkjennbar om dem, som navn og bosted, under intervjuet. De ble

informert om at de blir anonymisert, hvor lydfilene skulle oppbevares og når de skulle slettes. Lydfilen ble ikke lagret med navn, bare ved gjenkjenningssnøkkel (Intervju A og B). Informantene møtte opp utenfor arbeidstid og hvert intervju tok ca. 40 minutter.

4.6 Transkripsjon

Kvale et al. (2015) omtaler intervjuet som en samtale som utvikler seg mellom to mennesker ansikt til ansikt. Når en transkriberer blir denne samtalen mellom to mennesker som er fysisk tilstede, abstrahert og fiksert til i skriftlig form. Malterud (2017) påpeker viktigheten med å være bevisst på at transkriberingen ikke vil gjenspeile virkeligheten fullstendig, og at formålet med det skriftlige arbeidet er å fange opp samtalen i en form som representerer det informantene har å meddele. Jeg har i denne oppgaven valgt å gjøre transkripsjonene selv og jeg valgte å gjøre en enkel transkripsjon, som innebærer at samtalen skrives ordrett. Det ble ikke tatt hensyn til dialekter, og transkripsjonen er utført på bokmål. Det ble ikke tatt med pauser, små ord (som hmm og ehm) eller følelsesuttrykk (eks. latter eller sukk). I følge Kvale et al. (2015) vil det å transkribere selv styrke validiteten i analysearbeidet. Jeg fikk dermed mulighet til å gjenoppleve samtalen, og ha en hukommelsesbakgrunn som ga meg en fordel i analyseprosessen (Kvale et al., 2015). Transkriberingen av intervjuene utgjorde 10 A4-sider.

4.7 Analyse og fortolkning

Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering. I en kvalitativ analyse bruker vi i følge Malterud (2017) fortolkning til å utvikle beskrivelser som formidler mangfold. Analysen i en kvalitativ studie pågår helt til studiens slutt. Det konkrete endepunktet for selve analysen er teksten og tankene i resultatavsnittet og diskusjonene i oppgaven. Malterud (2017) sier at vi må være klar over at vi påvirker vårt materiale, men samtidig må vi som forskere arbeide for å redusere denne innflytelsen. Videre sier hun at enhver beskrivelse vil være farget av tolkninger, og at enhver tolkning bygger på beskrivelser. Jeg har i min studie forsøkt å representere informantenes stemme, og samtidig vært klar over at min egen forforståelse kan påvirke analysematerialet. Systematisk tekstkondensering er i følge Malterud (2017) en metode som brukes for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Analysen gjennomføres i fire trinn, som vil utgjøre hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Jeg vil starte med å presentere tabell 1 som viser eksempler på hvordan jeg har jobbet med de fire trinn i Malteruds Systematiske tekstkondensering, deretter kommer tabell 2 som viser detaljert hvordan jeg har gått frem for å analysere materialet. Avslutningsvis presenterer jeg endelig tema og subtema i tabell 3.

Tabell 1 – Studiens analyse gjennom fire trinn:

<i>Trinn 1</i> Foreløpige Tema	<i>Trinn2</i> Meningsbærende enheter	<i>Trinn 2</i> koding	<i>Trinn 3</i> Subgrupper	<i>Trinn 4</i> Endelige tema
Tid	«Ved å uttrykke at en har dårlig tid, vil det gjøre kommunikasjonen dårlig, hvis man signaliserer at dette har man ikke tid til, da blir kommunikasjonen dårlig tror jeg (. . .)»	Utfordrende Kommunikasjon med intensivpasienten er tidskrevende	Tid som faktor	
Erfaring	«Jeg tror erfaring spiller inn i møtet mellom oss som intensivsykepleiere og denne pasientgruppen. Helt klart!».	Skaper trygghet for pasienten og intensivsykepleieren	Erfaring og kunnskap	
Kroppsspråk	«Vi prøver å lese, med mimikk og tegnspråk». «Hvis dem ikke overhodet klarer å uttrykke det de ønsker og forså vidt er våken så er det jo veldig fortvilende for dem»	Non-verbal kommunikasjon Ta i bruk kommunikasjons-hjelpemidler	Non-verbal kommunikasjon	
Utfordring	«Det å bruke tid, det er nettopp det som er utfordrende» «Det er jo en utfordring å kommunisere når de ikke kan snakke»	Utfordring går igjen i alle foreløpige tema	Utfordring ble stående som hovedtema	Utfordring
Trygghet	«Erfaring og trygghet rundt det å være sammen med den intuberte våkne pasienten har betydning for hvordan vi greier å kommunisere ...».	Trygghet rundt pasienten er viktig Viktig med samspill	Samspill	

Motorisk svekkelse	«Hvis pasienten har ligget lenge kan det være muskler som ikke fungerer og finmotorikken fungerer ikke.	Opplever motorisk svekkelse hos mange av pasientene Utfordrende	Nedsatt kraft og motorikk	
Hjelpemidler	«Når det ikke fungerer å tolke på lepper eller kroppsspråk da må en finne andre muligheter å kommunisere på, som det å skrive. Det har fungert bra, men det har også ofte fungert mindre bra (. . .)	Forskjellige hjelpemidler Tilgjengelighet Utfordrende	Hjelpemidler i kommunikasjon	
Sedasjon og våkenhet	«Jeg opplever at de ofte er for trøtt til å skrive og at de blir overrasket over at dem ikke klarer å skrive».	Medikamenter Pasientene har lite energi og blir slitne	Dette tema havnet under subtema nedsatt kraft og motorikk og hjelpemidler i kommunikasjon	

Tabell 2 – Systematisk tekstkondensering, eksempel på analyse:

Helhetsinntrykk	Meningsbærende enheter		Kondensering		Syntese	
	Foreløpige temaer	Kodegruppe	Meningsbærende enheter	Undergruppe	Kondensat	Syntese
Hjelpemidler	Erfaringer ved bruk av verktøy i kommunikasjon	«Når det ikke fungerer å tolke på lepper eller kroppsspråk, da må en finne andre muligheter å kommunisere på» «Når en ikke klarer å lese pasienten non-verbalt bruker en disse hjelpemidlene for at det skal lette situasjonen»	Åpner opp for at pasienten kan uttrykke seg. Det vil finnes utfordringer hos pasienter når det gjelder bruk av hjelpemidler i kommunikasjon.	«Når det fungerer å skrive med penn og papir er det bra, for da får en det ordrett (...)» «Jeg opplever at de ofte er for trøtte til å skrive(...) Dem føler jo at dem skriver veldig tydelig, men det blir jo ikke det»	De forskjellige kommunikasjonshjelpemidler vil hjelpe pasienten å uttrykke sine ønsker og behov En kan forsøke forskjellige hjelpemidler som peketavle, nettbrett eller PC.	Hjelpemidler i kommunikasjon

I første trinn som omhandler *helhetsinntrykk* skal en bli kjent med selve materialet der en skal lese gjennom det transkriberte tekstmaterialet. Her er det viktig at en får et helhetsbilde av materialet, og en skal vurdere foreløpige temaer som kan være med på å belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Jeg leste gjennom det transkriberte materialet flere ganger for å få dannet meg et helhetsbilde. Deretter brukte jeg mye tid på å finne forskjellige temaer, for så å lage en liste der jeg ga hvert av temaene et navn. Malterud (2017) anbefaler forskeren å bruke tid på å finne foreløpige temaer, og mener det bør være et overkommelig antall (fire til åtte) tema. Jeg plukket ut ni foreløpige tema etter gjennomlesing av tekstene. Tema som jeg tenkte kunne belyse min problemstilling var; tid, erfaring, kroppsspråk, utfordring, trygghet, motorisk svekkelse, hjelpemidler, sedasjon og våkenhet.

I trinn to; «*meningsbærende enheter*» skal en i følge Malterud (2017) organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere, og skille relevant tekst fra irrelevant. Det lønner seg å bruke tid på å drøfte de foreløpige temaene som en har satt opp, og se nærmere på hvordan disse temaene kan belyse min problemstilling. Videre sier Malterud (2017) at all tekst skal gjennomgås grundig og systematisk når en vurderer hva som skal være med videre. Dette for å unngå at vi ikke bare tar med det som ved første øyekast virker mest fengende. Jeg leste den transkriberte teksten nøye for å finne meningsbærende enheter, og det jeg ikke anså som meningsbærende ble ikke tatt med. Under gjennomgangen av det transkriberte materialet brukte jeg tusj for å markere det jeg anså som meningsbærende, og alle utsagn som jeg anså som relevant for min problemstilling ble nøye gjennomgått. I følge Malterud (2017) kalles det «koding» når en markerer og systematiserer de meningsbærende enheter i teksten. Dette kodearbeidet tar sikte på å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten, og skal identifisere og klassifisere disse meningsbærende enheter, som vil ha sammenheng med de foreløpige temaer i trinn 1. Jeg anså de forskjellige temaer som en kodegruppe og tekstbiter vil etter innhold ble merket med en slik kode, som igjen samlet alle tekstbiter som hadde noe til felles (Malterud, 2017). Disse kodene vil i følge Malterud (2017) utvikles og justeres underveis i arbeidet. Hvis en etablerer nye koder underveis skal en gå tilbake i teksten en allerede har gjennomgått, for å få med seg alle meningsbærende enheter i analysen. En slik fleksibilitet i denne prosessen er viktig for at en skal kunne klare å få øye på noe nytt og fange dette opp videre på en systematisk måte (Malterud, 2017).

I tredje trinn, som kalles *kondensering*, skal i følge Malterud (2017) kunnskapen som hver kode presenteres abstraheres. Med abstrahering mener jeg å trekke frem enkeltfenomener under et begrep. Her vil det være viktig å trekke ut tekstdelene i de meningsbærende enheter,

som igjen skal sorteres i subgrupper. Disse såkalte subgruppene blir deretter analyseenheten (Malterud, 2017). I dette analysefunnet lages det et kondensat, som vil si et kunstig sitat, som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. En systematisk prosedyre skal i følge Malterud (2017) følges for å kondensere og fortette innhold i subgruppene innenfor hver kodegruppe, og kondensatet skal brukes som et utgangspunkt for presentasjon av resultat i fjerde og siste fase. Kondensatet skal da gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i subgruppen, med spor av deltakernes egne ord og begreper fra de meningsbærende enheter (Malterud, 2017). Jeg studerte hver kodegruppe med tanke på om jeg skulle slå sammen noen av disse, da de handlet om samme fenomen. Fra hver subgruppe laget jeg et kondensat, altså et kunstig sitat som bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enheter.

I fjerde trinn, *syntese*, beskriver Malterud (2017) en prosess hvor forskeren setter de enkelte bitene sammen igjen. Dette kalles rekontekstualisering. I denne fasen av analysen vil sammenfatning være et relevant nøkkelord, og sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal i forhold til informantens stemme. Omtalen av hver enkelt subgruppe vil i denne oppgaven få sitt eget avsnitt, og det lages en hovedoverskrift for hver kodegruppe.

Innholdsbeskrivelsen skal i følge Malterud (2017) fortelle leseren hva materialet sier om en side av studiens problemstilling, som vil utgjøre et utvalg og et relevant aspekt av ett av hovedfunnene i mitt forskningsprosjekt. Funnene skal valideres og settes opp mot den sammenheng de ble hentet ut fra. Funnene bør vurderes opp mot foreliggende empiri og teori (Malterud, 2017). Da jeg ble klar for å presentere funnene mine ble de sendt til veileder for gjennomlesing. Funnene ble diskutert og vi kom frem til et endelig resultat. Etter å ha utført denne prosessen ble da mitt endelige resultat et hovetema som inneholdt seks underkategorier (subtema).

Tabell 3 – Endelig oversikt over hovedtema og subtema:

Hovedtema	Subtema
Utfordring	Tid som faktor Kunnskap og erfaring Hjelpemidler i kommunikasjon Nedsatt kraft og motorikk Non-verbal kommunikasjon Et samspill

4.8 Forskningsetiske vurderinger

Forskningen skal være basert på respekt for studiedeltakerens menneskeverd og menneskerettigheter (UIT, 2018). Det finnes en rekke forskningsetiske prinsipper som forskeren bør gjøre seg kjent med. Kvale et al. (2015) sier noe om dette; en skal ikke skade, men verne om liv, helse, privatliv og deltakerens verdighet. Det er også viktig å verne om deltakerens autonomi der hensynet til deltakernes velferd alltid går foran vitenskapens og samfunnets interesser. Deltakerne bør også informeres om forskningsprosjektets formål både før og underveis i prosessen. Siden jeg ikke hadde behov for helseopplysninger fra studiedeltakerne, ble det kun sendt søknad til Norsk vitenskapelige datatjeneste (NSD) (VEDLEGG 4).

Informanter til studien ble rekruttert i samsvar med de etiske retningslinjer gitt gjennom Helsinkideklarasjonen som sier at samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (World Medical Association, 2013). Informert samtykke innebærer at jeg sikrer meg at de involverte deltar frivillig og jeg må informere de om deres rett til å trekke seg ut av undersøkelsen når som helst (Kvale et al., 2015). Informert samtykke vil være basert på skriftlig informasjon om studiens formål og hovedtrekkene i prosjektplanen, der deltakerne også ble informert om deres rett til å ikke delta i studien, og til på et hvilket som helst tidspunkt å trekke tilbake et gitt samtykke (VEDLEGG 3).

Rekruttering av deltakere ble gjort ut fra gitte utvalgskriterier av en tredje person, som i dette tilfellet vil si en av lederne ved den aktuelle intensivavdelingen.

Kvalitative forskningsintervju innebærer møter mellom mennesker, og som forsker skal en være kjent med de etiske utfordringer som dette innebærer. Det er knyttet moralske spørsmål til intervjuundersøkelsens midler og til dens mål. Under et forskningsintervju vil det menneskelige samspill være med på å påvirke intervjupersonene (Kvale et al., 2015). Jeg var underveis i intervjuene påpasselig med min egen holdning til tema og nullstilte meg i forhold til dette før intervjuene.

4.9 Begrensinger med studien

Det vil finnes noen begrensninger med studien. Det at det kun er to semistrukturerte intervju vil være en svakhet, selv om der fremkommer mye informasjon og gode beskrivelser under hvert tema i intervjuene. Intervjuene er utført på kun et sykehus. En kan tenke seg at ved å utføre intervju på flere sykehus ville en fått et mere nyansert bilde rundt tema. Jeg kunne tatt i bruk andre metoder, som for eksempel fokusgruppeintervju. I et fokusgruppeintervju blir i følge Malterud (2012) en gruppe samlet for diskusjon der en gjennom fokusgruppen skaper kunnskap gjennom de ulike erfaringene og kunnskapsgrunnlaget i og mellom hver deltaker. Malterud (2012) beskriver videre at metoden vil være egnet fordi den krever mindre ressursinnsats når en intervjuer en gruppe enn om deltakerne skulle vært intervjuet individuelt. En annen svakhet med denne studien er at forskningen som ligger i bakgrunnen baserer seg mest på pasientenes perspektiv, og ikke på sykepleiernes erfaringer. Som nevnt innledningsvis var det begrenset forskning på det aktuelle temaet basert på intensivsykepleiernes erfaringer med kommunikasjon med denne pasientgruppen.

5 Presentasjon av funn

Gjennom analysen kom jeg frem til et overordnet hovedtema som belyser problemstillingen. Innunder dette hovedtema vil det komme ulike subtema. Informantene vil bli omtalt som informant A og informant B for å skille hvem som sier hva.

Hovedtema er: **Utfordring**. Det som er gjentakende underveis i begge intervjuer er ordet «utfordring» og «utfordrende». Innunder hovedtema kommer seks subtema: *tid som faktor, kunnskap og erfaring, hjelpemidler i kommunikasjon, nedsatt kraft og motorikk, non-verbal kommunikasjon og et samspill*.

5.1 Utfordring

Begge informantene snakker om utfordring, både hva gjelder tid og kommunikasjon, bruk av kommunikasjons hjelpemidler og samspill med den våkne intuberte respiratorpasient.

«Det å bruke tid, det er nettopp det som er utfordrende».

«Det er en utfordring å kommunisere når en ikke kan snakke (. . .) Hvis dem overhodet ikke klarer å uttrykke det de ønsker og er våken så er det jo veldig fortvilende for dem.. men også for meg faktisk.»

Av erfaring forteller de at kommunikasjon er utfordrende da pasienten ikke kan snakke, og at dette er en utfordring både for intensivsykepleieren og intensivpasienten. Det kommer underveis frem at det er utfordringer i forbindelse med de valgte subtema innenfor dette tema. Disponering av tid til å kommunisere med den våkne intuberte intensivpasient er utfordrende, og det er mange faktorer som gjør at det er utfordrende å bruke kommunikasjons hjelpemidler. Videre kan det være utfordrende å være nyutdannet uten noen særlig erfaring med denne pasientgruppen. Alle disse faktorer kan igjen føre til fortvilelse og stress hos pasientene, men også hos intensivsykepleieren. De valgte subtema vil på ulike måter belyse dette hovedtema, og på ulike måter få frem beskrivelser som sier noe om dette. Samtidig vil de valgte subtema inneholde informasjon om informantenes erfaring ved de forskjellige kategorier.

5.1.1 Tid som faktor

Begge informantene forteller at tid er en viktig faktor for å kunne kommunisere med denne pasientgruppen, men sier samtidig at tid er en stor utfordring.

«Det å bruke tid, det er nettopp det som er utfordrende (. . .) Det er viktig med god tid. Ikke love noe som en ikke kan holde, vær ærlig og tydelig og bruk tid», sier informant B.

«For at kommunikasjon mellom oss som intensivsykepleiere og denne pasientgruppen skal bli bra er det viktig at en har god tid» sier informant A.

God kommunikasjon er tidskrevende og kan være ekstra utfordrende hvis intensivsykepleieren ikke har tilstrekkelig med tid. Det kan skape ytterligere fortvilelse hos pasientene hvis intensivsykepleieren uttrykker at han eller hun har dårlig tid.

«Ved å uttrykke at en har dårlig tid, vil det gjøre kommunikasjonen dårlig, hvis man signaliserer at dette har man ikke tid til, da blir kommunikasjonen dårlig tror jeg (. . .) Det er jo ei stor utfordring for oss som helsepersonell eller intensivsykepleiere.. men også for pasienten (. . .) Den følelsen de har om å formidle noe, men dem greier jo ikke å si noe også skjønner vi ikke hva dem vil det er jo kjempeutfordrende...»
(Informant B).

Tid fremkommer som en viktig faktor for begge informanter når en skal kommunisere med denne pasientgruppen. God kommunikasjon er tidskrevende og kan dermed blir ekstra utfordrende hvis en ikke har tilstrekkelig med tid å bruke på dette. Det kan skape ytterligere fortvilelse hos pasientene hvis man uttrykker at man har dårlig tid.

5.1.2 Kunnskap og erfaring

Her kommer det frem tanker og erfaringer om forskjeller mellom erfarne intensivsykepleiere og nyutdannede. Det å ha erfaring og kunnskap når en jobber med denne pasientgruppen vil ha betydning for hvordan en kommuniserer. Det å kjenne igjen ting hos den våkne respiratorpasienten, vil spille en rolle for kommunikasjonen da det kan være med på å skape en trygghet rundt pasienten. Det kan oppleves ekstra utfordrende for en nyutdannet intensivsykepleier i en slik situasjon. Videre kommer det frem at det å skape en trygg situasjon i pasientrommet, vil være viktig for kommunikasjonen og samspillet med pasienten.

Informantene i studien viser til at erfaring med den våkne intuberte intensivpatienten har betydning for kommunikasjon. Informant B sier:

«Jeg tror erfaring spiller inn i møtet mellom oss som intensivsykepleiere og denne pasientgruppen. Helt klart!». Informanten sier også noe om forskjellen mellom en nyutdannet intensivsykepleier og en erfaren:

«Jeg er mye tryggere i dag enn hva jeg var som novise, for å si det slik kontra en nyutdannet som kanskje ikke har opplevd en slik pasient vil nok synes det er kjempeubehagelig. ... og som har mer enn nok med seg selv ... erfaring og trygghet rundt det å være sammen med den intuberte våkne pasienten har betydning for hvordan vi greier å kommunisere ...».

«En bør informere pasienten om hva som skal skje, og lage avtaler for å skape denne tryggheten inne på rommet sammen med pasienten. Gi informasjon om at en skal være

på rommet sammen med pasienten, og ikke forlate uten at det kommer noen andre inn. Det å skape en trygg situasjon i rommet, det er viktig».

Informanten sier avslutningsvis innenfor tema at erfaring og trygghet vil ha betydning for hvordan intensivsykepleieren greier å kommunisere, og få en «kommunikativ» forståelse i samhandlingen når en er sammen med den våkne intuberte intensivpasient. Informanten har en teori om at erfaring og trygghet er tema som henger sammen, der en trenger erfaring for å bli trygg, som igjen vil være med på at pasienten føler seg trygg i situasjonen. Informant B hadde en opplevelse av at pasienten ble tryggere når han fikk en forståelse av at sykepleieren skjønnte hva han mente.

5.1.3 Hjelpemidler i kommunikasjon

Informantene forteller om ulike hjelpemidler til bruk i kommunikasjon med pasientene: Penn eller tusj og papir, peketavle og PC eller nettbrett. Innunder dette subtema kommer det frem mange viktige aspekter i bruken av forskjellige hjelpemidler ved kommunikasjon med denne pasientgruppen. Tilgjengeligheten av disse hjelpemidler og prosedyrer i forbindelse med dette blir også nevnt. Det finnes utfordringer hos pasienter i bruken av kommunikasjonshjelpemidler. Innunder dette subtema vil jeg presentere det informantene sier.

Informant A sier:

«Når det ikke fungerer å tolke på lepper eller kroppsspråk da må en finne andre muligheter å kommunisere på, som det å skrive. Det har fungert bra, men det har også ofte fungert mindre bra (. . .) Det er klart at når det funker så er det jo bra at dem kan skrive ned, for da får du jo ordrett og da klarer de faktisk å skrive det de absolutt vil uten at jeg trenger å prøve å gjette».

Etter gjennomgang av begge intervju er det tydelig at det hjelpemidlet som blir brukt mest er penn og papir, da kan pasienten skrive ned det han ønsker å videreformidle. Dette sier informant B noe om:

«Penn, eller tusj og papir er første hånds hjelpemiddel da det er det en har lettest tilgjengelig. Peketavle har jeg forsøkt i forskjellige situasjoner, men erfaringsmessig så kan dette være en utfordring».

Informant B sier videre noe om konkrete erfaringer og eksempler med bruken av forskjellige hjelpemidler:

«Jeg har opplevd både positivt og negativt med det å skrive. Jeg har ikke prøvd ut dette med iPad, men iPad kanskje, med store taster tror jeg kan være et bra hjelpemiddel. Så har vi peketavle.. jo det var sånn helt konkrete spørsmål. Når det blir konkrete spørsmål kan en jo riste eller nikke med hodet (. . .) Det forsøkes først med penn eller tusj og papir, da vil en raskt se om pasienten klarer å skrive. Sett pasienten godt opp i sengen, leire slik at det blir en naturlig måte å skrive på istedenfor at de skal ligge flatt på ryggen å skrive».

«Når en ikke klarer å lese pasienten non-verbalt bruker en disse hjelpemidlene for at det skal lette situasjonen».

Informant A sier at det er viktig at kommunikasjonshjelpemidlene er tilgjengelige og at det er prosedyrer på avdelingen i forhold til bruk av dem. Det skal ikke være opp til den enkelte sykepleier hvordan kommunikasjonsproblemene kan løses.

«Jeg tenker at det er viktig å få inn en prosedyre, og det at man bare kan gå ut i et skap å hente de hjelpemidler jeg trenger hvis det ikke fungerer å tolke på lepper, penn og papir klarer en å skaffe lett selv (. . .) Det er jo slik at det ikke er noen slike faste prosedyrer om at hvis en ikke klarer å skrive så går en over til å bruke skriveplate eller et annet hjelpemiddel der en trykker på bokstaver. Det har vi også forsøkt, og det har jo fungert, men jeg vet ikke om vi har det lengere eller hvor det ligger».

«Jeg tror ikke man trenger å bli så frustrert hvis man har et hjelpemiddel til lett tilgjengelig. Det kan jo fungere supert.. eller ikke.. men da har man iallfall forsøkt» sier informant A avslutningsvis.

Informantene forteller at det er penn og papir som brukes som første hands hjelpemiddel fordi det er lettest tilgjengelig.

Informantene sier at det ikke finnes noen faste rutiner for hvilket hjelpemiddel en skal bruke i forskjellige situasjoner, og at de savner en prosedyre i forbindelse med dette. De har forsøkt med skriveplate der pasienten trykker på bokstaver som har fungert nok så bra. Dette er i følge informantene noe som kan skape ekstra utfordringer rundt det å bruke hjelpemidler i kommunikasjonen med denne pasientgruppen.

5.1.4 Nedsatt kraft og motorikk

Dette subtema sier noe om de utfordringer intensivsykepleieren har i forhold til bruken av kommunikasjonshjelpemidler. Informantene i studien forteller at pasienter som har ligget lenge på respirator kan ha nedsatt kraft eller ingen kraft i hender og muskler i hele kroppen er svekket. Pasientene er ofte hoven i fingrene og det er varierende grad av våkenhet hos denne pasientgruppen, da noen ofte får beroligende medikamenter selv om de er våken, og kan da være våken men likevel for trett for å kommunisere. Dette vil påvirke pasientens evne til å bruke de forskjellige kommunikasjonshjelpemidler.

Informant A sier det slik: *«Jeg opplever at de ofte er for trøtt til å skrive og at de blir overrasket over at dem ikke klarer å skrive».*

Informant B sier også noe om dette:

«Min erfaring med dette med tusj og papir, det å prøve å skrive, dem føler jo at dem skriver veldig tydelig, men det blir jo ikke det.. dem har jo da kanskje gjerne litt medisiner i kroppen pluss at det å ligge å skrive ikke er enkelt.. dem leser det nok veldig tydelig selv».

«De blir jo ofte veldig slitne av å forsøke å kommunisere, så jeg forsøker og ikke bruke opp all energien til pasienten på å prøve å forstå når jeg ikke forstår». Sier informant B.

Informant B beskriver utfordringer innenfor dette tema slik:

«Hvis pasienten har ligget lenge kan det være muskler som ikke fungerer og finmotorikken fungerer ikke. De er ofte hoven i fingrene, og da er det utfordrende å skrive. Da var heller peketavle et bedre alternativ».

«Altså.. De blir jo bedre for hver dag, det opplever man jo også.. så.. om det ikke fungerer den ene dagen så må man jo gjerne prøve neste dag også, for da kan de være mindre hoven eller mere våken.. det har jeg også opplevd faktisk».

Begge informanter uttrykker at pasientene ofte bruker mye energi på å anvende kommunikasjonshjelpemidler, og at en må gi pasientene en pause for så å forsøke på nytt senere eller neste dag. Dette for og ikke bruke opp pasientens krefter på å kommunisere når en ser at en ikke forstår hva pasienten skriver eller prøver å uttrykke. Informantene opplever ofte at pasientene blir bedre for hver dag, og derfor må en forsøke på nytt dagen etter da

pasienten kan være mere våken, eller mindre hoven i fingre. Informantene gjentar flere ganger i løpet av intervjuet at en av hovedutfordringene her er at pasienten ofte er for trøtt til å bruke kommunikasjons hjelpemidler. Graden av våkenhet i kombinasjon med nedsatt kraft og motorikk vil dermed være utfordrende når en skal kommunisere med denne pasientgruppen.

5.1.5 Non-verbal kommunikasjon

Dette tema går igjen under begge intervjuene. Informantene sier underveis i intervjuet at kommunikasjon med denne pasientgruppen er et viktig tema. Det vil som intensivsykepleier være viktig at en er bevisst på at en må hjelpe pasienten med å viderefremme sine ønsker og behov, da de ikke greier å kommunisere verbalt. Begge informanter sier noe om non-verbal kommunikasjon og det å tolke kroppsspråk når vi snakker om kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient. Innunder her kommer det å kommunisere med mimikk og tegnspråk, en må se på kroppsspråket til pasienten for å kunne tolke hvordan pasienten har det; er han rolig eller urolig? Har han kanskje smerter? Det å lese pasienten nonverbalt kan være utfordrende.

«Det er jo en utfordring å kommunisere når de ikke kan snakke» sier informant A. Videre sier samme informant:

«Når det ikke fungerer bra så er det jo når man ikke forstår hva pasienten sier eller mener. Man må bruke tid på å forklare dem at de ikke kan snakke. Som oftest er de jo klare over det ... at man er ærlig og sier jeg forstår ikke ...».

Informanten forteller om sin erfaring:

«Det finnes jo flere forskjellige måter å kommunisere på. Ofte, og det som har virket best er jo når pasientene klarer å «forme» ordene rundt tuben.. det er utrolig hva man klarer å tolke også.. man ser raskt om det ikke er riktig tolket. Men ofte klarer man det. Hvis ikke jeg klarer det så prøver jeg å finne noen andre til å tyde leppespråk hvis man kan kalle det det».

Videre sier samme informant: «Først og fremst så tror jeg at man bare prøver å tolke på leppene fordi det faktisk er enkelt og tar minst tid ...». «Jeg tror de bruker mye energi for å prøve å kommunisere ...»

«Hvis dem ikke overhodet klarer å uttrykke det de ønsker og forså vidt er våken så er det jo veldig fortvilende for dem.. men også for meg faktisk.. jeg blir jo sånn frustrert

jeg også.. ja.. og stresset. Jeg vil jo gjerne forstå, men så er det jo grusomt og ikke forstå ...», sier informant A når vi snakker om kommunikasjonen med denne pasientgruppen.

Informant B beskriver det slik:

«Det er jo ei stor utfordring for oss som intensivsykepleiere ... Den følelsen de har om å gjerne formidle noe, men dem greier jo ikke si noe også skjønner ikke vi hva dem vil. Vi prøver å lese, med mimikk og tegnspråk».

«Ved direkte spørsmål så kan han jo svare ja og nei på spørsmål.. men mere sånn inngående samtale det er jo vanskelig ...». Avslutningsvis når jeg som intervjuer spør om det er noe informanten ønsker å tilføye sier informant B: «...vi snakker veldig mye om den gode samtalen med pasienten, det å være lydhør og det å observere og lytte til pasienten ...».

Informant A sier det slik: *«Jeg tror kommunikasjonen med slike pasienter kan være personavhengig, men jeg tror de fleste intensivsykepleiere prøver så godt de kan å forstå den andre».*

Begge informanter nevner utfordrende situasjoner i forbindelse med kommunikasjon med pasientene, som kan være med på å skape fortvilelse og stress hos pasientene. En av informantene beskriver utfordrende kommunikasjon som et stressmoment for pasienten, som igjen kan eskalere, og dermed føre til økt stress og økt smerte. Dette vil være svært ugunstig for pasienten, men det vil også være utfordrende for oss som intensivsykepleiere.

Informantene forsøker å lese pasienter non-verbalt ved å se på kroppsspråk og lese på lepper. Det å lese på leppene er ofte vanskelig da en ikke forstår hva pasienten sier grunnet tuben som ligger i munnviken og gjør det ekstra vanskeligere å lese på leppene til pasienten. En av informantene har opplevd at pasienter klarer å «forme» ordene rundt tuben, og opplevde at det var veldig bra når pasientene klarte det. Videre sier den andre informanten at det ofte oppstår situasjoner der pasienten peker rundt i luften, og det kan da være utfordrende å skjønne hva pasienten mener. I slike situasjoner kan det være et alternativ å stille direkte spørsmål slik at pasienten kan svare ved å nikke eller riste på hodet. Informantene sier at en kan bruke tolkning av kroppsspråk for å se om pasienten har det greit eller ikke. Som nevnt tidligere i et av punktene er at å ha erfaring med denne pasientgruppen vil kunne bidra til at en lettere kjenner igjen og tolker det pasienten uttrykker ved kroppsspråket, og vil ha en betydning for hvordan en greier å kommunisere med pasientene.

5.1.6 Et samspill

Et samspill mellom den våkne intuberte intensivpasient og intensivsykepleier vil være viktig. Samspillet vil gå ut på å kommunisere med pasienten, vise omsorg og være tilstede, deltakende og vise oppriktig interesse for pasienten. Det kan bli utfordrende å få til et godt samspill hvis en ikke forstår hva pasienten forsøker å uttrykke, eller hvis pasienten ikke forstår intensivsykepleieren. Informant A beskriver samspillet mellom pasient og intensivsykepleier slik:

«Akkurat i samspillet da handler det om å prøve å forstå hverandre, hva den andre vil. Også må jeg jo fortelle hva jeg skal gjøre og slik ... Det er jo et samspill hele tiden.»

«I og med at pasientene er våkne så er det bare rett og rimelig at de får vite hva vi skal gjøre og jeg prøver jo hele tiden å forstå hva den andre sier. Det er ikke alltid så lett.»

«Det som ofte fungerer bra en når man forstår hverandre og hva den andre vil.. og det ser man jo nesten på hele kroppsspråket, at endelig forstod hun. Da blir pasientene roligere. Man oppdager raskt hvis det ikke er et godt samspill for da blir pasientene stresset og irritert.. nesten slik at de veiver deg bort og uttrykker at dette orker de ikke. Så jeg merker det raskt hvis samspillet fungerer bra selv om de ikke kan snakke med lyd.»

«Når jeg skjønner hva pasienten mener ble jo både kommunikasjonen og samspillet mellom meg og pasienten mye bedre og enklere, det var tryggere for pasienten når pasienten skjønte at jeg forstod.»

Informanten erfarer at samspillet mellom pasientene og intensivsykepleierne blir bedre når pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Mange pasienter er veldig engstelige og har nok med å være våken når de er intuberte. Det fremgår av intervjuene at samspill, omsorg og kommunikasjon går i hverandre når det gjelder å skape denne tryggheten inne i pasientrommet.

6 Diskusjon

Studiens hensikt var å få økt kunnskap om det å kommunisere med den våkne intuberte intensivpasient. For å tilegne meg kunnskap har jeg lest forskjellig litteratur, gått gjennom forskjellig forskning innenfor dette tema, og til slutt utført to individuelle intervju med intensivsykepleiere med erfaring innenfor denne pasientgruppen. Et hovedtema og seks subtema ble identifisert. Jeg har valgt å drøfte funnene med utgangspunkt i de forskjellige subtema, som alle inneholder de forskjellige utfordringer en kan møte på i forbindelse med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient. Da både hovedtema og de ulike subtema går inn i hverandre, vil enkelte av de forskjellige subtema slås sammen under drøftingen, noe som vil komme frem når en ser de forskjellige overskrifter jeg har delt diskusjonsdelen inn i.

6.1 Utfordring og tid som faktor

Informantene sier at det er viktig å bruke god tid når de skal kommunisere med denne pasientgruppen. Det å skape en god kommunikasjon med pasienten er tidskrevende og det vil by på ekstra utfordringer hvis en ikke har tilstrekkelig med tid å bruke på dette. Og ha dårlig tid når en skal kommunisere med pasienten kan skape ytterligere fortvilelse hos både pasienten og intensivsykepleieren. Hvis en ikke har tilstrekkelig med tid å bruke på å kommunisere vil dette gå utover pasienten og det kan føre til økt fortvilelse og svekket mestringsfølelse, samt følelsen av maktesløshet. Denne pasientgruppen opplever ofte at kommunikasjonen i utgangspunktet er vanskelig og stressende. Tid vil dermed være en viktig faktor for at pasienten skal føle seg trygge og ivaretatt, og for å få til en god kommunikasjon med pasienten.

Stubberud (2015b) sier at kommunikasjon med den intuberte intensivpasient er en faglig, etisk og menneskelig utfordring fordi pasienten er kritisk syk og fratatt muligheten til å snakke grunnet oral intubasjon. Videre sier Stubberud (2015a) at «tid» er en medvirkende faktor som vil være med på at kommunikasjonen mellom pasienten og intensivsykepleieren kan bli utfordrende. Dette samsvarer med informantenes erfaringer, der begge uttrykker at det å ha tid er en viktig faktor når en skal kommunisere med pasientene. Gjennom observasjonsstudien til Laerkner et al. (2017), kom de frem til at det kan by på utfordringer at pasientene er våkne. Studien viser hvordan pasienter i en slik situasjon opplevde å være våken og følelsen av mestring og maktesløshet (Laerkner et al., 2017). Begge informanter opplever at det er en stor utfordring å kommunisere med denne pasientgruppen, for det første fordi at

de ikke kan snakke. Men de nevner også mange andre faktorer som spiller inn, som tid, våkenhet, informasjon og fortvilelse og stress både hos pasienten og intensivsykepleieren. Denne teorien kan støttes opp ved å se på pilotstudien som er utført av Magnus og Turkington (2006), der de retter fokus mot intensivpasienten som har problemer med å kommunisere grunnet intubasjon. Det kommer i denne studien tydelig frem at å ikke ha mulighet til å snakke kan resultere i følelser av sinne og nedsatt humør, noe som igjen kan føre til tilbaketrekking fra samhandling med personale. Informantene i min studie opplever at pasienter blir tydelig frustrerte og kan trekke seg tilbake når intensivsykepleieren ikke forstår hva de forsøker å formidle, og at kommunikasjon i denne tilstanden oppleves å være et betydelig stressmoment for denne pasientgruppen. Stresset dette medfører pasientene kan ofte eskalere og føre til andre utfordringer som ytterligere økt stress og økt smerte, som igjen kan føre til at man må øke på doseringen av medikamenter (Magnus & Turkington, 2006). Dette samsvarer med Guttormson et al. (2015) der pasientene er blitt intervjuet etter ekstubasjon, der en får frem deres opplevelser med kommunikasjon. Det fremkommer at samtlige pasienter påpeker at det er kommunikasjonen som er mest utfordrende i en slik situasjon. Pasientenes manglende evne blir assosiert med følelsen av maktesløshet. I denne studien sier en av pasientene som er intervjuet i ettertid: *«Å ligge på respirator var ikke det verste, men det å ikke kunne snakke var forferdelig»*. Videre kommer det frem at mange av deltakerne ikke klarte å uttrykke/kommunisere sine behov, som igjen førte til fortvilelse. Pasientene uttrykte at utfordringer med kommunikasjon påvirker deres trygghet og følelse av omsorg (Guttormson et al., 2015). Eide og Eide (2017b) sier at tegn og signaler vi gir fra oss, enten de er verbale eller nonverbale, må fortolkes da det ikke er åpenbart hva den andre tenker og føler. Pasienten kan gi fra seg tydelige nonverbale tegn, men sykepleieren kan ikke vite med sikkerhet hva pasienten uttrykker.

Informantene forteller som nevnt over om utfordringer knyttet til kommunikasjon med denne pasientgruppen, men beskriver også andre utfordringer knyttet til disse pasientene. Kommunikasjon er tidkrevende og det kan være utfordringer med tiden, da det er mye annet som også skal gjøres inne hos disse pasientene i løpet av en arbeidsdag. Karlsen et al. (2019) sier noe om dette i sin studie der pasientene sier at det å kommunisere, spesielt non-verbalt, tar mye tid og krefter. I andre studier de har inkluderte i sin studie, rapporterte pasienter økt tilfredstillelse i forhold til omsorg når de fikk et hjelpemiddel for å lette kommunikasjonen. Martinsen (2012b) bruker begrepet «helsevesenets hurtige rom». Dette begrepet omhandler at en i helsevesenet har mye en skal gjøre på kort tid, og det kan dermed bli en utfordring å være

sansende og sårbart til stedet når en har dette tidspresset over seg. Pleiens tid er en tid som har rom, det er i dette rommet en skal skape tillit, gi omsorg og åpne opp for samtale (Martinsen, 2012b). Dette kan relateres til informantenes bekymring angående utfordringer i forbindelse med tid i forhold til kommunikasjon med pasienten. Det kan være tidskrevende, og en må få til dette samtidig som en må gjøre alt annet som kreves inne hos denne pasientgruppen. Begge informanter uttrykker viktigheten av å ha god tid når en jobber med slike pasienter, og sier videre at signaler om dårlig tid vil kunne påvirke situasjonen slik at kommunikasjonen kan bli dårligere og pasienten kan dermed oppleve følelsen av maktesløshet og føle seg utrygg.

6.2 Kunnskap og erfaring

Informant B sa spesielt noe om tema erfaring og trygghet. Informanten erfarer at det er forskjeller mellom nyutdannede og erfarne intensivsykepleiere. Det vil skapes en trygg situasjon i pasientrommet når en har erfaring og kan tolke pasientens signaler, som igjen vil være viktig for kommunikasjonen og samspillet med denne pasientgruppen. Informanten sier at erfaring og trygghet henger sammen og en trenger erfaring for å bli trygg i en slik situasjon. Ved gjennomgang av andre studier er det flere pasienter som sier noe om dette tema.

Informantene opplever at erfaring knyttet til kommunikasjon i møte med den våkne intuberte intensivpatient vil være nyttig. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, sammen med tidligere erfaringer og pasientens egne erfaringer og behov, vil dette kunne være med på å bidra til å kvalitetssikre den pleien vi gir til pasienten (Nortvedt et al., 2012). Nortvedt et al. (2012) beskriver en god sykepleier som en sykepleier som bruker sin kunnskap fra forskning og tar med erfaringer og ferdigheter inn i de forskjellige situasjoner en møter på i pleien.

Dette kan en knytte opp mot pleien inne hos den våkne intuberte intensivpatient med fokus på kommunikasjon. Informanten opplever at erfaring gjør at det naturlig kommer en trygghet rundt pasienten. Dette vil ha betydning for hvordan en kommuniserer med pasienten i en slik situasjon, der pasienten også vil kjenne på en trygghet når han får et inntrykk av at intensivsykepleieren er trygg i situasjonen og forstår hva han prøver å uttrykke. Både Laerkner et al. (2017) og Baumgarten og Poulsen (2015) sier i sine studier at det vil være viktig med kompetent og medfølende personale til den våkne intuberte respiratorpatienten. Med kompetent personale mener de at det må rekrutteres og utdannes intensivsykepleiere for å få tilstrekkelig kompetanse for å jobbe med denne pasientgruppen. Det kommer frem at det å være avhengig av helsepersonell uten å kunne kommunisere, forårsaker opplevelser av angst, frykt og ensomhet. Intensiteten av disse følelsene kan avhenge av helsepersonellens evne til å være tilstede og evner til å kommunisere. En lærer en god del om denne

pasientgruppen gjennom videreutdanningen innen intensivsykepleie, og man lærer seg det grunnleggende gjennom grunnutdanning og erfaring fra praksis. Tema kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient er viktig å belyse, da det er blitt slik at flertallet pasienter, dersom tilstanden tillater det, skal være våkne når de ligger i respirator. Martinsen (2003) legger vekt på begrepet omsorg, der sykepleieren skal delta praktisk i den andres lidelse og skal sørge for den andre. Der en skal gi omsorg betingelsesløst ut fra tilstanden og behovene til den hjelpetrengende. Omsorgsmoral er et begrep hun bruker, og sier at dette må læres gjennom erfaring, og at ansvar for de svakeste også må læres gjennom praksis der verdiene må komme til syne (Martinsen, 2003). Dette viser at erfaring er et begrep som går igjen når det gjelder pleie og omsorg av forskjellige pasienter og pasientgrupper. Jeg erfarer selv etter kun kort tid som intensivsykepleier at en har veldig mange arbeidsoppgaver inne hos denne pasientgruppen, og da kan det ofte føre til at en har mindre tid å bruke på kommunikasjon. En av informantene sier at en er mye tryggere nå enn når en var en novise. I boken til Benner (2016) «*Fra novise til ekspert*», beskriver hun hvordan den nyutdannede sykepleieren trinnvis opparbeider seg ekspertkompetanse. Fra å være nyutdannet og full av teoretisk kunnskap, til og gjennom erfaringer i praksis oppnå et høyere kompetansenivå og til slutt blir ekspert. I følge Benners teori vil en sykepleier med kort erfaring, såkalt novise, være avhengig av regler og retningslinjer for hvilke handlinger hun skal velge i den konkrete situasjon. En kjennetegner en novise ved manglende erfaring, og hun vil føle trygghet i situasjoner der regler og retningslinjer kan benyttes, som igjen vil begrense muligheten for «dyktig innsats» (Benner, 2016). Informantene beskriver under intervjuene at erfaring og trygghet vil være viktige nøkkelord for å få til et godt samspill og en god kommunikasjon med denne pasientgruppen. Det vil være med på å bidra til å skape en trygghet inne i rommet sammen med pasienten.

6.3 Hjelpemidler i kommunikasjon og nedsatt kraft og motorikk

Begge informantene har en del erfaringer ved bruk av kommunikasjonshjelpemidler sammen med denne pasientgruppen. Under intervjuene kommer det frem erfaringer fra informantene samsvarer med bakgrunns litteratur og tidligere forskning på dette tema. Det viser seg at kommunikasjonshjelpemidler brukes, men at de forskjellige metodene har sine begrensninger. Informantene har både positive og negative erfaringer med bruken av kommunikasjonshjelpemidler, men uttrykker at det ofte er utfordringer som tid, grad av våkenhet og motorikk knyttet til dette. Dette samsvarer med Stubberud (2015c) som sier noe om dette når en ser på pasienters psykososiale behov. Han omtaler

kommunikasjonshjelpemidler som penn og papir, peketavle eller bildekort som både utfordrende og tidskrevende for pasientene. Informantene erfarer at det mest brukte kommunikasjonshjelpemiddel er penn eller tusj og papir, men at det ofte er utfordrende da de ofte ser at pasientene kan ha begrensinger med å kunne skrive. Når dette hjelpemiddelet fungerer, så fungerer det veldig bra. De opplever at pasientene ofte er for trøtt for å skrive, eller at pasienten begrenses grunnet motorisk svekkelse eller hovenhet i armer og fingre. Motorisk svekkelse er en alvorlig komplikasjon til kritisk sykdom knyttet til intensivmedisinsk behandling. Nevromuskulær svikt og muskelsvakhet kan redusere pasientens mulighet til å bevege seg. Dette er forårsaket av langvarig sengeleie, som fører til nedbryting av muskulatur (Stubberud, 2015b). Dette samsvarer med studien til Ten Hoorn et al. (2016) der de har sett på de forskjellige kommunikasjonshjelpemidler som brukes hos denne pasientgruppen. Det fremkommer her at flere av disse hjelpemidlene for kommunikasjon brukes sjelden grunnet begrensninger, som redusert våkenhet, redusert kognitiv funksjon og redusert muskelkraft hos slike pasienter. Men på den annen side vil det likevel være viktig med tilgang til de aktuelle hjelpemidler, da det ofte vil avhenge fra pasient til pasient om han eller hun vil klare å bruke disse (Ten Hoorn et al., 2016). Dreyer og Holm (2016) beskriver at det å holde en blyant og skrive på et ark kan kreve mye energi fra pasientene, og det vil oppstå situasjoner der pasienten vil gi opp å forsøke å skrive. Videre sier de at nedsatt kraft i hender og armer vil begrense eller umuliggjøre bruken av kommunikasjonshjelpemidler. En av informantene i min studie beskriver en situasjon der pasienten har varierende grad av våkenhet grunnet beroligende medikamenter. Pasienten er dermed våken, men likevel for trøtt å skrive, der pasienten selv har en følelse av at det han skriver er tydelig. I denne situasjonen opplever sykepleieren at det blir veldig utydelig og uforståelig å tolke. Dette vil kunne føre til økt frustrasjon hos pasienten, men også hos intensivsykepleieren, noe som begge informantene uttrykker gjennom intervjuene. Stubberud (2015c) sier at en våken pasient ofte kan kommunisere med penn og papir hvis han er i stand til det. Er pasienten trøtt, sløv eller har nedsatt muskelkraft kan det være vanskelig å holde pennen riktig. Alt dette er faktorer som vil kunne påvirke bruken av penn og papir. Informant B sier at en opplever at det kan være lettere å bruke en tusj istedenfor penn da den er god og tykk å holde i. Videre sier informanten at det vil være viktig å sette pasienten godt opp i sengen, og finne en stilling det er naturlig å skrive i, istedenfor at pasienten skal ligge flatt på ryggen i sengen å skrive. Dette samsvarer med Stubberud (2015c), der han sier at pasienten må sitte med overkroppen høyt for å få en god skrivestilling. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å holde skriveunderlaget. Mine egne erfaringer når det gjelder kommunikasjon

med denne pasientgruppen ved hjelp av penn og papir er at det er varierende, det kan i noen situasjoner fungere veldig bra. Når dette er sagt, er dette en av få situasjoner jeg selv har opplevd der det fungerer veldig bra, men det vil være viktig og også trekke frem de erfaringer der en har positive opplevelser knyttet til de forskjellige situasjoner.

Informantene har også forsøkt med peketavle i situasjoner der penn og papir har vært utfordrende. I studien til Guttormson et al. (2015), kommer det frem at pasienter opplever bruken av kommunikasjons hjelpemidler som utfordrende. En av deltakerne i denne studien hadde fått utdelt en peketavle med bokstaver som han kunne peke på for å lage ord. Han erfarte at det ofte ble vanskelig da sykepleierne misforstod ordene han lagde ved hjelp av bokstavene, og han opplevde også at sykepleierne prøvde å fullføre ordene for han (Guttormson et al., 2015). Informant B sier videre at en kan bruke peketavle med bilder, der en kan stille pasienten konkrete spørsmål, der pasienten kan svare med å nikke eller riste på hodet. Stubberud (2015c) kaller dette hjelpemiddelet for et bildekort, der en har bilder av forskjellige fenomener og behov, som for eksempel tørste og smerter. Ved hjelp av dette kan pasienten velge ut det kortet som samsvarer med det han ønsker å formidle, og kan da som informant B sier, svare med å nikke eller riste på hodet. Men også her finnes det begrensninger da kortene ikke favner alle behovsområder som kan være aktuelle hos hver enkelt pasient. Informantene har lite eller ingen erfaring med nettbrett eller PC hos norsktalende pasienter, men en av informantene opplyser om at hun har prøvd elektroniske hjelpemidler der det ble brukt google translate inne hos utenlandske pasienter, og at dette har fungert bra. Grunnen til at nettbrett og PC brukes lite ved den aktuelle intensivavdelingen kan være at dette ikke ligger lett tilgjengelig for bruk i intensivavdelingen. Informant A sier noe om tilgjengelighet generelt når det gjelder de forskjellige hjelpemidler, og sier videre at en savner en prosedyre som beskriver bruken av disse. Informanten opplever frustrasjon da hjelpemidler for kommunikasjon ikke er lett tilgjengelig når en trenger å bruke dem, og foreslår at man kan samle de aktuelle hjelpemidlene på et eget sted for å gjøre tilgjengeligheten bedre. Viktigheten av å ha disse hjelpemidlene tilgjengelig fremkommer i studien til Happ et al. (2011) der de uttrykker at det å ha tilgang til hjelpemidler og kommunikasjonsmateriell er viktig. Dette samsvarer med Karlsen et al. (2019), som konkluderer med at bruken av kommunikasjons hjelpemidler ser ut til å påvirke pasienters opplevelse av kommunikasjon positivt. Pasienter i noen av studiene rapporterte også økt tilfredshet i forhold til omsorg når de ble gitt et hjelpemiddel for å lette kommunikasjonen (Karlsen et al., 2019). Videre sier Karlsen et al. (2019) at kommunikasjons hjelpemidler bør

gjøres tilgjengelig i intensivavdelinger for å øke mulighetene en har for å kommunisere med denne pasientgruppen, og det er nettopp dette informant B også ønsker å rette fokus på. Informanten sier at en ofte griper tak i det en har lettest tilgjengelig, som i de fleste tilfeller er penn og papir. Hvis en for eksempel hadde hatt et eget skap i avdelingen der en kunne finne peketavler, bildekort, nettbrett eller PC, kanskje det da ville blitt brukt hyppigere enn hva en gjør i dag? Helsepersonell bør også i følge Karlsen et al. (2019) motta passende opplæring når det gjelder bruken av de forskjellige hjelpemidler. Basert på egne erfaringer innenfor tema kommunikasjonshjelpemidler, opplever jeg at dette er noe en selv må finne ut av når en har behov for dette. Denne opplevelsen har jeg både fra min praksis i en intensivavdeling på universitetssykehus gjennom studiet, og ved den intensivavdelingen jeg selv jobber ved. Det finnes som meg bekjent ingen prosedyrer for de aktuelle hjelpemidler, og heller ingen beskrivelse av når eller hvordan de forskjellige hjelpemidlene skal brukes. I løpet av dette studiet har det heller ikke vært særlig fokus på hvordan en skal kommunisere med denne pasientgruppen, eller hvilke hjelpemidler en eventuelt kan bruke.

Til slutt under dette tema ønsker jeg å viderefremme en samtale jeg hadde om mitt tema til masteroppgaven, med en intensivsykepleier fra et annet sykehus i Norge. Hun fortalte at det i Helse Nord-Trøndelag er startet et prosjekt som innebærer at de tester ut nettbrett for å bedre kommunikasjonen med intensivpasienter som respiratorbehandles og som ikke kan kommunisere ved hjelp av egen stemme. Dette er et prøveprosjekt der ideen ble hentet fra et sykehus i Danmark for noen år tilbake. Det lastes ned en applikasjon kalt «Talk2Care» på nettbrettet, hvor pasientene kan kommunisere ved hjelp av enkle tastetrykk og skriftlig tekst på skjermen. De ønsker å teste ut om dette er en løsning som kan bedre kommunikasjon utfordringer mellom pasient og ansatte (Helse Nord-Trøndelag, 2019).

6.4 Non-verbal kommunikasjon og samspill

Informantene uttrykker at det er viktig å få til en god kommunikasjon og et godt samspill med pasienten. Begge sier at det vil være ekstra utfordrende da pasienten ikke kan uttrykke seg verbalt. Det er da viktig at intensivsykepleieren forsøker å lese pasienten non-verbalt, og gir pasienten god informasjon om hva som skal forgå. Videre sier informant A at det er viktig å skape en trygghet sammen med pasienten, som igjen vil føre til at samspillet blir best mulig.

Dette samsvarer med Eide og Eide (2017a) som beskriver kommunikasjon som et viktig nøkkelord i samspillet mellom to parter. Innunder dette tema er omsorg et begrep som jeg finner naturlig å ta med. Kommunikasjon og omsorg er to begreper som går inn i hverandre

når en utøver sykepleie til denne pasientgruppen. Kommunikasjon med pasienten vil være en del av det å vise omsorg for pasienten. Begge informantene har erfaringer med det å tolke kroppsspråk, non-verbal kommunikasjon og har tanker om hvordan en skal opptre for å få til et best mulig samspill med pasientene. Noen ganger erfarer de at det kan være lett og tolke kroppsspråket og andre ganger kan det by på utfordringer som skaper fortvilelse. Guttormson et al. (2015) har i sin korrelasjonsstudie, utført intervjuer med pasienter etter ekstubasjon. Flere av deltakerne var enige om at de ofte ikke klarte å uttrykke/kommunisere sine behov. Denne mislykkede kommunikasjonen påvirket deltakernes trivsel, sikkerhet og komfort. Flere av deltakerne hadde en følelse av at sykepleieren snakket om pasienten og ikke med pasienten. Viktigheten av informasjon kommer også frem i denne studien, der pasientene vektlegger verdien av at de får informasjon om hva som skjer og skal skje (Guttormson et al., 2015). Informantene i min studie erfarer at det er viktig å informere pasientene om hva som skal skje og involvere dem i behandlingen. En må forklare ting på en måte som er forståelig for pasienten og forsikre oss om at pasienten har forstått den informasjonen vi gir. Den ene informanten legger vekt på at i situasjoner der pasienten er våken, vil det være rett og rimelig at de får kontinuerlig informasjon om hva en skal gjøre, og at samspillet bygges opp ved at en forstår hverandre, at tillitten og respekten er gjensidig. Eide og Eide (2017b) sin beskrivelse av kommunikasjon som et viktig nøkkelord i samspillet mellom to parter, vil være i dette tilfellet være mellom intensivsykepleieren og pasienten. Her vil den non-verbale kommunikasjonen som en viser med blant annet blick og håndlag være viktig. Pasienten kan gi fra seg tydelige non-verbale tegn, men sykepleieren kan ikke vite med sikkerhet hva pasienten uttrykker (Eide & Eide, 2017b). Dette vil være en utfordring, spesielt hos denne pasientgruppen som er fratatt muligheten for å snakke. Videre sier Eide og Eide (2017b) at vi i møtet med pasienter bruker våre sanser som syn, hørsel, berøring og luktesans. Dette samsvarer med Martinsen (2012b) teori om at sykepleieren tyder pasienten der han blir sett, hørt og berørt av henne og pasienten tyder sykepleieren ved hennes tilstedeværelse, blick pust og pleiende hender. Informantene erfarer at det er viktig å gi signaler til pasienten som viser at en er til stedet i rommet, og at de non-verbale signaler en uttrykker er tydelige for at pasienten skal føle seg ivaretatt og trygg.

Herunder vil begrepet omsorg komme inn, som i følge Martinsen (2003) er det grunnleggende for menneskets samhandling og eksistens, dette vil sammen danne grunnlaget for sykepleie. Omsorgen er både måten sykepleieren handler på og møter pasienten på. Til slutt innenfor dette tema ønsker jeg å presentere noe den ene informanten sa, som jeg i etterkant har

reflektert over: «...vi snakker veldig mye om den gode samtalen med pasienten, det å være lydhør og det å observere og lytte til pasienten ...». Vi lærer nettopp dette allerede under grunnutdanningen. Hva er egentlig forutsetningene for den gode samtalen? Hvordan skal en kunne ha denne samtalen med den våkne intuberte respiratorpasient som kanskje ikke vil være i stand til å kunne føre en samtale?

Informantene beskriver samspillet som viktig og sier at det handler om å forstå hverandre. De sier at det hele tiden er et samspill mellom pasienten og intensivsykepleieren. Der de opplever at samspillet fungerer bra når begge parter forstår hverandre. Videre sier informantene at når en forstår hva pasienten mener, blir kommunikasjonen og selve samspillet bedre. De opplever også at pasienten blir tryggere når han skjønner at intensivsykepleieren forstår hva han forsøker å uttrykke.

I følge Martinsen (2012b) må en som sykepleier for å kunne hjelpe pasienten og forsøke å sette seg inn i hans situasjon og behov. Samtalen i situasjonen med den våkne intuberte intensivpasient handler dermed ikke om at sykepleieren nødvendigvis skal si en masse verbalt, men en skal være sansende og sårbart tilstede, å være tilstede i situasjonen. Hun sier at denne sårbarheten er et grunnvilkår ved vårt liv og den nådeløse natur som vi alle er en del av, og det er bærende fenomener som tillit, håp og barmhjertighet som holder oss oppe. En skal i følge Martinsen (2012a) være tydende tilstede, som innebærer å være berørt og sårbart tilstede inne hos pasienten. Hun uttrykker at verdighet og sårbarhet hører sammen, der tilgang til verdighet og respekt utgår fra en sårbarhet vi alle deler. Hun beskriver videre at sårbarheten viser til at livet er skrøpelig og at vi er feilbarlige mennesker, der vi i vår skrøpelighet og feilbarlighet kan ha rom for andre (Martinsen, 2012a). Videre beskriver hun denne sårbarheten som en åpenhet for den andres lidelse, og fordi jeg selv er sårbar, kan jeg forestille meg selv som den andre, forstå den andre som et sårbart menneske som meg selv. Ved å være sansende tilstede beskriver Martinsen (2012b) det som å være til stedet i situasjonen, i øyeblikket, men hele sin sansende kropp. Dette innebærer at en skal både lytte, se, lukte, berøre og kjenne etter. Ved å ta i bruk nonverbale ferdigheter bruker en i følge Eide og Eide (2017c) sansene sine, der man ser, hører og forstår, for å bekrefte og motivere den andre. Et blick sier ofte mer enn ord og er det som skaper tillit, trygghet og varme. Eide og Eide (2017c) sier at nettopp denne typen kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon sammen med pasientene. Smilet er spesielt når det gjelder ansiktsuttrykk, men fortsatt er blikket en av de viktigste nonverbale kanalene som uttrykker noe om både en relasjon og om personlige kvaliteter.

Når man er tilstede på en slik måte vil man se hele pasienten, og kroppsspråket pasienten uttrykker må tolkes. Informant B sier en bør fokusere på «den gode samtalen», uavhengig av om pasienten kan snakke eller ikke. I møtet med den intuberte våkne intensivpasient vil det være viktig å bruke sansene våre, da han ikke kan uttrykke seg verbalt. Evnen til å lytte, til å se og la seg berøre samt det å være nær pasienten vil være viktig for å utøve den åndelige omsorgen. Når en sykepleier møter denne pasientgruppen vil kommunikasjon uttrykkes både sanselig, kroppslig og språklig.

7 Implikasjoner for praksis

Noe av det jeg har reflektert over under min prosess med å utarbeide prosjektplan og masteroppgave, er at dette tema bør belyses under videreutdanningen til intensivsykepleiere. Det vil ikke erstatte erfaringsbasert kunnskap, men det vil gjøre den nyutdannede intensivsykepleieren mer forberedt når det gjelder kommunikasjon med denne pasientgruppen.

Mine erfaringer er som nevnt tidligere at dette er et tema som ikke rettes nok fokus på under hverken utdanningen eller i praksis. Dette tema bør introduseres til studenter ved studieretning intensivsykepleie før de skal ut i praksis. Ikke alle som starter på dette studiet vil ha erfaringer fra en intensivavdeling, og har dermed ikke noen erfaring med den våkne intuberte intensivpasient. Dette er et tema jeg har erfart er veldig viktig, og av stor betydning for både pasienter og intensivsykepleiere. Det vil dermed være relevant å introdusere dette for studenter tidlig i studiet før en går ut i praksis og møter denne pasientgruppen.

8 Avslutning

Hensikten med studien var å utvikle kunnskap å få informasjon om intensivsykepleieres erfaringer med kommunikasjon med den våkne intuberte intensivpasient i respirator. I forhold til min problemstilling og forskningsspørsmål kommer det frem i studien at det å kommunisere med denne pasientgruppen blir sett på som et viktig og relevant tema, men som samtidig kan by på en del utfordringer. Det er en utfordring å ha tilstrekkelig med tid til å kommunisere med pasientene i en situasjon som i utgangspunktet er krevende. Det vil også være nyttig når en står i en slik situasjon og ha erfaring og kunnskap med slike situasjoner, dette for å skape en trygghet rundt pasienten som allerede er i en sårbar og stressende situasjon. Erfaringer hva gjelder bruk, tilgjengelighet og utfordringer knyttet til hjelpemidler som anvendes for å kommunisere med denne pasientgruppen, kommer også tydelig frem

under denne studien. Det er viktig å få til et godt samspill og en god kommunikasjon med pasienten, en skal vise omsorg og være tilstede i situasjonen. En skal uttrykke tydelige signaler til pasienten for å vise at en er tilstede og skape en trygg situasjon, som vil være grunnleggende for å skape en god relasjon.

Oppsummert kommer det under denne studien frem mange viktige aspekter hva gjelder kommunikasjon, samspill og bruken av kommunikasjonshjelpemidler i møtet med den våkne intuberte intensivpasient i respirator. Det har vært veldig interessant da jeg gjennom hele prosessen fra prosjektskisse og til ferdig masteroppgave ser at egne erfaringer og erfaringer fra informantene i studien samsvarer godt overens med aktuell litteratur, og også de forskjellige studier jeg har funnet som omhandler dette tema. I starten av denne prosessen hadde jeg allerede dannet meg et bilde om at dette var et tema som kunne by på en del utfordringer både for oss som intensivsykepleiere og denne pasientgruppen, og sammen med teorien fikk jeg også bekreftet dette til en viss grad. Jeg var derfor veldig spent, men samtidig veldig åpen for at min forforståelse kunne endres gjennom denne prosessen. Etter å ha utført intervjuene skjønnte jeg imidlertid at ingen situasjoner som innebærer kommunikasjon med denne pasientgruppen er like, og at alle pasienter har forskjellige utgangspunkt. Viktigheten av pasientens tilstand og intensivsykepleiernes erfaringer spiller en rolle når en skal kommunisere og bruke kommunikasjonshjelpemidler inne hos disse pasientene.

Men hvordan skal vi egentlig gå frem når vi skal kommunisere og velge hjelpemidler for å kommunisere? Slik det ser ut nå så finnes det ingen fasitsvar på dette, og det er opp til hver enkelt å prøve seg frem og undersøke hvilket hjelpemiddel en har tilgjengelig i den aktuelle intensivavdelingen. Kanskje er dette et tema det bør rettes mere fokus på både under studiet og i praksis?

For å få mer kunnskap om dette kan det tenkes at det å gjøre en større studie der en intervjuer flere informanter rundt omkring på forskjellige sykehus ville vært nyttig. Hadde vært veldig interessant å intervjuer intensivsykepleiere i Nord-Trøndelag etter prosjekslett for «talk2care», for å høre om erfaringer ved bruk av dette. Kanskje det med tiden er noe som kan implementeres til andre sykehus hvis det viser seg å være et velfungerende verktøy? Videre forskning vil dermed være nødvendig for å belyse dette tema og få mere kunnskaper rundt dette.

Referanseliste

- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 205-214.
- Benner, P. (2016). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis* (From novice to expert). København: Munksgaard.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Dreyer, P. & Holm, A. (2016). Kommunikation og samarbeide. I P. Dreyer, B. Schmidt & L. Langhorn (Red.), *Sygepleje på intensiv*. København: Munksgaard.
- Egerod, I. (2009). Cultural Changes in ICU Sedation Management. *Qualitative Health Research*, 19(5), 687-696. 10.1177/1049732309334014
- Egerod, I., Albarran, J. W., Ring, M. & Blackwood, B. (2013). Sedation practice in Nordic and non - Nordic ICUs : a European survey. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 166-175. 10.1111/nicc.12003
- Eide, H. & Eide, T. (2017a). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 15-43). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017b). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017c). Nonverbal kommunikasjon. I *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg., s. 135-154). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L. & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179-186.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., . . .Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2), e28-e40.
- Helse Nord-Trøndelag. (2019, 28.02.19). Tester nettbrett til kommunikasjon med intensivpasienter. Hentet fra <https://hnt.no/nyheter/2019/tester-nettbrett-til-kommunikasjon-med-intensivpasienter>
- Karlsen, M. M. W., Ølnes, M. A. & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in Critical Care*, 24(3), 115-131.
- Kjær, L. K. & Holm, A. (2016). Patienten i respiratorbehandling. I L. Langhorn, B. Schmidt & P. Dreyer (Red.), *Sygepleje på intensiv*. København: Munksgaard.
- Kringlen, E. & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen : kommunikasjon og pasientbehandling* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F. & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International journal of nursing studies*, 75, 1-9.
- Magnus, V. S. & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU—patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 167-180.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2012a). Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk Sykepleje*, (02), 30-37.
- Martinsen, K. (2012b). *Løgstrup & sykeplejen*. Aarhus: Klim.
- NIR. (2018). Årsrapport for 208 med plan for forbedringstiltak. Hentet fra <https://tinyurl.com/y9jjotvt>
- Norsk sykepleierforbund. (2017). Definisjoner. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/17036/Definisjoner>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet fra {Norsk sykepleierforbund, 2017 #81 }
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015c). Pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ten Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333.
- UIT. (2018, 19.11.2018). Personvern og forskning. Hentet fra https://uit.no/forskning/art?p_document_id=335891&dim=179056
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Presentasjon av meg og studien

Kort presentasjon av meg.

Kort presentasjon av bakgrunn for studien, hensikt og problemstilling.

Forsikrer meg om at deltakeren har forstått at deltakelsen er frivillig og informerer igjen om retten til å trekke seg fra studien når som helst.

Presentasjon av deltakeren

Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

Hvor lang og hvilken erfaring har du som intensivsykepleier?

Spørsmål i forhold til kommunikasjon:

Kan du fortelle om din erfaring med kommunikasjon (og samspill) med mekanisk ventilerte pasienter som er oral intubert?

Kan du fortelle om en situasjon hvor kommunikasjon mellom deg som intensivsykepleier og pasienten fungerte bra? Hva fungerte bra?

Kan du fortelle om en situasjon hvor kommunikasjon mellom deg som intensivsykepleier og pasienten fungerte mindre bra eller var utfordrende? Hva fungerte mindre bra eller var utfordrende?

Hva opplever du som mest utfordrende i kommunikasjon med pasienten? Har du noen eksempler?

Hva vil du trekke frem som viktig for at kommunikasjon mellom pasienten og intensivsykepleieren skal bli god?

Spørsmål i forhold til kommunikasjonshjelpemidler:

Hvilke tanker har du om bruk av hjelpemidler i kommunikasjon med oral intuberte intensivpasienter?

Har du noen erfaring med bruk av hjelpemidler i kommunikasjon med oral intuberte intensivpasienter? Har du noen eksempler?

Har du noen eksempler hvor bruk av hjelpemidler i kommunikasjon med oral intuberte intensivpasienter fungerte bra? Hva fungerte bra?

Har du noen eksempler hvor bruk av hjelpemidler i kommunikasjon med oral intuberte intensivpasienter fungerte mindre bra eller var utfordrende? Hva fungerte mindre bra eller var utfordrende?

Avsluttende spørsmål

Har du noen spørsmål eller noe du ønsker å tilføye?

Avslutte og takke for deltakelse i studien.

Vedlegg 2

Søknad til forskningsfelt

Søknad om tilgang til intensivavdelingen XX som forskningsfelt

Undertegnede er masterstudent ved UiT, Norges Arktiske universitet, studieretning intensivsykepleie. En del av mastergraden min er å gjennomføre et prosjekt med tittel: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med den våkne intuberte respiratorpasient».

Studien omhandler intensivsykepleierens erfaring med kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient. I min praksis under utdanningen er dette et tema som har opptatt min interesse, da jeg har opplevd at kommunikasjonen med denne pasientgruppe kan være utfordrende.

Hensikten med studien er å få mere kunnskap om dette tema, da det er viktig i behandlingen av denne pasientgruppen. «Trenden» har de siste tiår vært at en tilstreber at pasienter skal være mere våkne når de ligger på respirator, og jeg synes derfor det vil være både viktig og nyttig og forske på dette tema. Denne studien er et ledd i et mastergradsarbeid ved studieretning intensivsykepleie ved Norges Arktiske Universitet. Det er Institutt for helse og omsorgsfag (IHO) ved UiT som er ansvarlig for prosjektet og veileder for studien en førsteamanuensis Monica Kvande. Studien er godkjent av personvernforbundet for forskning, Norsk senter for forskningsdata.

Jeg søker om tillatelse og hjelp til å inkludere to intensivsykepleiere og inklusjonskriterier er:

- Sykepleier med videreutdanning intensivsykepleie
- Må ha jobbet i minimum 5 år som intensivsykepleier
- Intensivsykepleieren må tidligere ha jobbet med, og fortsatt jobbe med, voksne intuberte respiratorpasienter.
- Utvalget er tilfeldig med hensyn til kjønn.

Datamaterialet vil bli samlet inn via individuelle intervju. Det blir gjort opptak av intervjuet på godkjent opptaker, som blir oppbevart på sikker maskinvare med passord tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon. Lydopptakene vil ikke være tilgjengelig for andre enn studentene og prosjektansvarlig. Intervjuet er beregnet til å vare fra 1-2 timer. Tid og sted for

intervjuene vil avtales med informantene som samtykker til deltakelse i studien. Det er ønskelig at intervjuene utføres i uke 2.

Ved spørsmål kan undertegnede kontaktes på mobil 47605565 eller e-mail: apa020@uit.no, eller dere kan kontakte Monica Kvande (prosjektleder/veileder) Mail: monica.kvande@uit.no
Telefon: 77660719.

Håper dere stiller dere positive til studien!

Med vennlig hilsen

Anja Larsen, student ved master i intensivsykepleie ved UIT.



UiT Norges
arktiske universitet

Vedlegg:

Prosjektbeskrivelse

Tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

Kopi:

Monica Kvande

Institutt for helse og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT, Norges Arktiske universitet

Vedlegg 3

Informasjonsskriv/Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:” Kommunikasjon med den våkne respiratorpasient”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er et mastergradsstudium ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT, Norges Arktiske Universitet. En av intensivsykepleierens viktigste oppgaver er å kommunisere med pasientene. God kommunikasjon er avgjørende for å få vite hvordan pasientene har det og hvilke behov de har. Formålet med dette prosjektet er å få mer kunnskap om hvordan intensivsykepleieren kommuniserer med intensivpasienten i respirator og hvilke hjelpemidler som trengs for å lette kommunikasjonen. Problemstillingen er: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT, Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektets utvalg er to intensivsykepleiere i klinisk virksomhet i intensivavdeling.

Inklusjonskriteriene er sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie og som har jobbet i minimum 5 år som intensivsykepleier. Dette for å være sikker på at deltakeren har erfaring innenfor dette området. Utvalget er tilfeldig med hensyn til kjønn. Intensivsykepleieren må tidligere ha jobbet med, og fortsatt jobbe med, voksne intuberte respiratorpasienter på det tidspunktet studien gjennomføres.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen vil skje gjennom individuelle intervju som vil vare ca. 1-2 timer. Tema for intervju vil være intensivsykepleierens kommunikasjon med pasient som er intubert og erfaring med bruk av kommunikasjonsverktøy. Intervjuet vil bli tatt opp på godkjent båndopptaker. Transkriberte data oppbevares på en maskinvare tilknyttet programvare som er passord beskyttet. Jeg vil deretter transkribere intervjuet for å kunne analysere datamaterialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare jeg som intervjuer og min veileder på oppgaven som vil ha tilgang til intervjuet. Opptaket vil ikke inneholde opplysninger som identifiserer deg som person.

Data fra intervjuet som blir brukt i oppgaven vil være anonymisert, og vil ikke kunne gjenkjennes ved publisering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal avsluttes 5. mai 2020. Alle personopplysninger og båndopptak fra intervju vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT, Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Monica Kvande (prosjektansvarlig/veileder) epost: monica.kvande@uit.no, telefon: 77660719

Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost

(personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Kommunikasjon med den våkne respiratorpasient*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 5.5.2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

Tilbakemelding NSD

19.12.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjektittel

"Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med kommunikasjon med den våkne intuberte respiratorpasient?"

Referansenummer

100983

Registrert

12.12.2019 av Anja-helen Palmer - apa020@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Kvande, monica.kvande@uit.no, tlf: 77660719

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anja Larsen, apa020@uit.no, tlf: 47605565

Prosjektperiode

01.01.2020 - 05.05.2020

Status

13.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

13.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.12.19, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5de65976-069c-490f-8259-6f304ecf94d3> 1/3

19.12.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.20.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Vi vil avslutningsvis understreke at helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5de65976-069c-490f-8259-6f304ecf94d3> 2/3

19.12.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5

Oppdatert skjema NSD

Vurdering (2)

11.05.2020 - Vurdert

Vi har nå registrert 05.06.20 som ny sluttdato for forskningsperioden. NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

13.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.12.19, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.20. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Vi vil avslutningsvis understreke at helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller

kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

