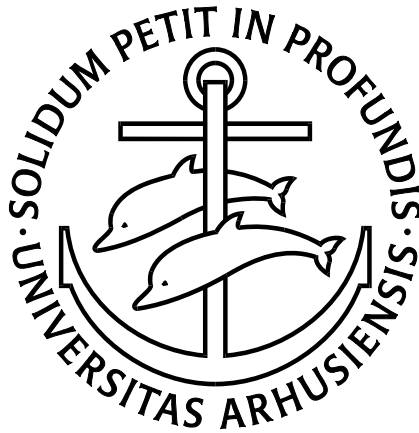


Kandidatspeciale



Den vågne patient på intensiv

En kvalitativ undersøgelse af kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

af

Heidi Brønnum-Jacobsen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Heidi Brønnum-Jacobsen
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: Juni 2008
Vejleder: Regner Birkelund
Anslag: 186.746

Den vågne patient på intensiv

En kvalitativ undersøgelse af kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Heidi Brønnum-Jacobsen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-56-4

Dette kandidatspeciale har i 2008 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resumé

Titel: Den vågne patient på intensiv

Baggrund: Ændret behandling til patienter i respirator har medført, at patienterne er vågne når det er muligt er, frem for som tidligere tiders praksis sovende (sederede).

Formål: At belyse nogle af de sygeplejefaglige problemstillinger der ligger i kommunikationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit. Dette gøres ved at belyse, hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit samt at afklare, hvilke faktorer der indvirker på kommunikationen, herunder hvilke muligheder og begrænsninger der ligger i kommunikationssituationen.

Metode: Et eksplorerende kvalitativt studie hvor data indsamles via 4 semistrukturerede gruppeinterviews med sygeplejersker, 1 interview med en langtidsindlagt patient samt 2 deltagerobservationer der afsluttes med interview af informanterne. Data indsamles via en fænomenologisk metodisk tilgang og analyseres via en hermeneutisk fortolkningsmetode.

Resultater: Data viser, at sygeplejerskerne gør sig overvejelser over deres adfærd, når de passer vågne intuberede patienter. De er bevidste om at informere patienterne og transformere patientens budskaber. Det kan være svært at vurdere patientens kognitiv tilstand, men de prøver sig frem, for at finde den bedste kommunikationsform i den aktuelle situation. Når det er svært at forstå patienten opleves en følelse af afmagt. Patienterne kan også opleve afmagt, når kommunikation ikke lykkes. Der er eksempler på at sygeplejersken kommer til at påføre patienten en følelse af angst, stress og at være et fremmed objekt, samt en oplevelse af nedgørende tale og tvang.

Konklusion: Sygeplejersken søger at etablere en velfungerende kommunikation, ved, i den aktuelle situation og på de givne vilkår, at prøve sig frem i en kontinuerlig proces, med anvendelse af forskellige kommunikative tilgange og redskaber. På baggrund af patientens reaktioner og sygeplejerskens egen viden og færdigheder, opbygger hun en relation mellem sig og patienten, med henblik at opnå et gensidigt samspil i form af en menneskelig interaktion. Faktorer som støj, sygeplejerskens viden og færdigheder på det kommunikative område samt valg af kommunikationsredskaber kan have indflydelse på kommunikationssituationen.

Summary

Title: The awake patient in Intensive Care Unit

Background: Amended treatment of patients in respirator, has led to that patients are awake when possible, rather than as a past practice always sleeping (sedated).

Aim: To highlight some of the Nurse Practice problems connected with communication between the nurse and the awake, intubated patient in Intensive Care Unit. This is done by examining what happens in the communication between the nurse and the awake, intubated patient in ICU, and hence clarifying the factors which impact on communication, including the strengths and barriers lying in the communication situation.

Method: An explorative qualitative study where data is collected through 4 semi structured group interviews with nurses, 1 interview with a long-term hospitalized patient and 2 observation studies culminating with interviews by the informers. The data is collected via a phenomenological methodical approach and analysed through a hermeneutic interpretation methodology.

Results: Data shows that the nurses take into consideration their behaviour, when they look after awake, intubated patients. They take care in informing the patients and interpreting the patient's messages. It can be difficult to assess the patient's cognitive state. However, they attempt to find the best communication form for the current situation. When it is difficult to understand what the patient is experiencing they get a feeling of powerlessness. Patients can also experience powerlessness when communications fail. There are examples where the nurse causes the patient a feeling of anxiety, stress and a feeling of being a foreign object, as well as an experience of demeaning speech and coercion.

Conclusion: The Nurse seeks to establish a functioning communications, in the current situation and with the given conditions, through a continuous process of trial and error using different communication approaches and tools. In view of the patient reactions and the Nurses' own knowledge and skills, they build a relationship between themselves and the patient, in order to achieve a mutual interaction. Factors such as noise, the Nurses knowledge and skills in the field of communication and choice of communication instruments have an impact on the level of communication.

Resumé	1
Summary	2
Indledning	5
Udviklingstendenser inden for sundhedsområdet med relation til kommunikation indenfor det intensive speciale	8
Litteraturen	10
Kommunikation set fra patientens perspektiv	12
Kommunikation set fra sygeplejerskens perspektiv	17
Kontekst og kommunikationsmetoder	20
Sammenfatning af litteraturen	21
Afgrænsning	22
Problemformulering	23
Metodologi	23
Valg af design	23
Anvisninger for gennemførelse af forskningsinterview	27
Interview som metode til dataindsamling	28
Deltagerobservation som metode til dataindsamling	30
Fra interview og observationer til tekst	32
Fænomenologisk tilgang i forbindelse med indsamling af data	33
Hermeneutisk fortolkning af data	34
Anvisninger på hermeneutisk fortolkning	37
Ethiske overvejelser	39
Metode	40
Studiets overordnede rammer vedrørende fokusgruppeinterview	40
Studiets overordnede rammer vedrørende interview med en langtidsindlagt patient	41
Studiets overordnede rammer vedrørende observationsstudiet	41
Studiets overordnede rammer vedrørende det kvalitative forskningsinterview	44
Teori om kommunikation	46
Præsentation og analyse af data	51
Data fra fokusgruppeinterviews	51
At være bevidste om at informere	52
At prøve sig frem	52
At transformere budskabet	53
At vurdere patientens kognitive tilstand	53
SAT - alarm som den intensive klokkesnor	54
Refleksive tanker om private samtaler i patienters og pårørendes nærvær	54
Kommunikationskort	55
At føle afmagt	55
Data fra interview med langtidsindlagt patient	55
Kommunikationsredskaber	56
Kedsomhed	57
Det omgivende rum – mental påvirkning og mulighed for egen mestring	57
At være et fremmed objekt	57

Nedgørende tale	58
Den ligeværdige relation	58
Data fra de 2 observationsstudier	59
Det intensive rum	60
Patienten som fremmed objekt eller menneske	60
Mange gøremål på samme tid	61
At prøve sig frem	62
At føle afmagt	63
Data fra sygeplejerske informanter:	64
At prøve sig frem	64
Dårlig samvittighed – (at føle afmagt)	65
Patienten som menneske	65
Sammenfattende analyse af data	65
Diskussion	69
Konklusion	81
Undersøgelsens validitet og metodekritiske overvejelser	83
Perspektivering	85
Primær litteratur	87
Sekundær litteratur	89
Bilagsfortegnelse	91
Bilag 1	92
Bilag 2	98
Bilag 3	99
Bilag 4	100
Bilag 4B	101
Bilag 5	102
Bilag 6	103
Bilag 6B	104
Bilag 6C	105

Indledning

Med dette speciale ønsker jeg, at belyse nogle af de sygeplejefaglige problemstillinger der ligger i kommunikationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

Baggrunden for emnevalget beror på, at der inden for en 10-årig periode er ændret behandlingsrutiner for patienter indlagt til respiratorbehandling på intensive afsnit. Ændringen er foretaget på grundlag af videnskabelig viden og har betydet at patienterne ikke, som tidligere, skal holdes sovende, men fremover være vågne (Armstrong 1992, Margarey 1997 og Petersen et al 2006).

Hensigten med at patienterne skal være vågne er primært at fremme helbredelsen, men en anden ikke uvæsentlig årsag er ønsket om, at begrænse risikoen for at patienterne udvikler depression, angst og posttraumatisk stress. Ifølge den engelske sygeplejeforsker Christina Jones viser det sig nemlig, at kroppen husker oplevede hændelser. Grundtanken går ud på, at når patienterne er vågne vil de bedre kunne huske og dermed bedre kunne bearbejde de ubehagelige oplevelser, de har haft under deres kritiske sygdomsforløb på intensiv (Jones et al 2001)

Det, at være vågen i uvante omgivelser og ude af stand til at kommunikere ved talens brug, er en ukendt oplevelse for patienterne og kan af samme årsag risikere at medføre problemstillinger for patienten og i udførelsen af sygeplejen. For begge tilfælde gælder, at det omhandler problemstillinger der endnu ikke er veldokumenteret i litteraturen.

I den kliniske praksis vil sygeplejersken gerne kunne sikre sig, at patienten forstår hvad hun siger, men hun mangler viden om hvordan hun kan sikre dette. Samtidig er det ligeså essentielt, at sygeplejersken kan forstå patienten, men hvordan kan hun hjælpe og understøtte patienten til at formidle sit budskab, så det bliver klart hvad han tænker, ønsker og mener?

Netop det faktum at patienten er i en uvant og kritisk situation på intensiv i forbindelse med respiratorbehandlingen har i sig selv indflydelse på kommunikationen, og at patienten samtidig er forhindret i at tale bevirker at patientens vanlige kommunikationsmetoder er stærk påvirkede og begrænsede (Gjengedal, E 1994; Wojnick-Johanson, G 2001).

Ser man mere generelt på udviklingen indenfor sundhedsområdet i samme 10-årige periode finder man, at der på det kommunikative område er et krav om medinddragelse af patienten i beslutninger vedrørende pleje- og behandlingstiltag (JCIA 2001, Patienttilfredshedsundersøgelse 2002). Det at skulle medinddrage den vågne intuberede patient, som ikke kan benytte den verbale udtryks- og kommunikationsform stiller i særdeleshed krav til sygeplejerskens kommunikative færdigheder og medmenneskelige forståelse.

Ud fra ovenstående har søgt at finde sygeplejefaglig forskning der kan give svar på dette. Jeg har med søgeordene: *critical care, intensive care, ICU, communication, artificial ventilation, mechanical ventilation and patient experience* søgt på søgedatabaserne: Pub Med (medicinske og sygeplejefaglige anerkendte publikationer fra refereebedømte tidsskrifter) og Cinahl (refereebedømte forskningsartikler inden for sygepleje) Desuden søgte jeg på Sygeplejerskens artikelbase, Vård i Norden og SweMed+ med samme søgeord dog på henholdsvis dansk, norsk og svensk.

Søgningen resulterede i flere artikler hvoraf jeg har valgt at benytte nedenstående, idet de kan belyse dette studies undersøgelsesfokus: *Kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient* nemlig: Gjengedal, E 1994; Wojnick-Johanson, G 2001; Patak, L et al 2004; Bergbom-Engberg, I & Haljamäe, H 1993; Logan, Jo og Jenny, Jean 1997; og Schou, L & Egerod, I 2008.

Frem for alt anser jeg, at sygeplejeforskerne Eva Gjengedal, Grazina Wojnick-Johanson og Lone Schou & Ingrid Egerod's artikler har særskilt relevans for emnet og har derfor medtaget disse som forskningslitteratur og baggrundsmateriale i det følgende.

Begrundelsen for valget af netop disse tre studier er, at deres skandinaviske studier har basis i en fælles nordisk kultur, der medvirker til at data og resultater lettere lader sig sammenligne og overføre uden særlige kulturelle overvejelser og ændringer er påkrævet (Kvale 1997; Eide & Eide 2007). Alle tre studier er lavet af sygeplejersker med en kvalitativ forskningstilgang og med stor forskningsmæssig tyngde, da de er referee bedømt.

Endvidere dækker de samme tidsmæssige periode som ovenstående med undersøgelser der strækker sig fra 1994 til 2008, altså ca. en 10-årig periode.

Hovedformålet med udvikling indenfor sundhedsområdet er, at den nye viden skal komme patienterne til gode (Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009, 2007).

Når der indføres ny behandlingsmåde til intuberede patienter, er det nærliggende at sætte spørgsmål ved om ændrede behandlingsrutiner medfører nye betingelser og behov i udøvelsen af sygeplejen og dermed behov for også at ændre plejerutiner. Det at foreskrive på hvilken måde sygeplejepraksis bør ændres, uden at have den fornødne viden om hvad den ændrede behandling medfører af nye udfordringer til sygeplejen, er i sig selv en vanskelig opgave (Gjengedal, E 1994; Wojnick-Johanson, G 2001).

Ifølge sygeplejerske Cand. Cur. Janne Lyngaa, er der forventninger til at profession følger et samspil mellem praksisfeltet, kundskabsgrundlaget og de forskningsmæssige resultater. (Lyngaa, 1998). Det forventes altså at ny viden og forskningsmæssige resultater anvendes i sygeplejepraksis. Derfor giver det også mening, at se på hvordan sygeplejen er i stand til at håndtere forandring og tilpasse plejen nye tider med fundament i den nyeste viden.

Gjengedal peger på, at der inden for sygeplejeforskning er en gruppe af ”meningsdannere”, der er af den opfattelse at teoriudvikling skal ske i nær tilknytning til praksis. Disse meningsdannere er opdelt i to hovedretninger hvoraf de i den ene retning arbejder for en synliggørelse af ekspert sygeplejerskernes praktiske kundskaber, ved eksempelvis at artikulere mest muligt af ekspertsygeplejerskens tavse kundskab eller ved at rette søgelyset mod kundskab som måske ikke kan artikuleres. I den anden retning arbejdes der for en synliggørelse af kundskaben om patientens oplevelser og om deres håndtering af det at være syg. Hun pointerer at, med denne sidste type forskning kan patienternes oplevelser kortlægges og bearbejdes på en måde som øger sygeplejerskernes kundskabsgrundlag, hvilket i sidste instans kan bidrage til en bedre praktisk sygepleje (Gjengedal, 1993).

Det er hovedsagelig forskning af sidstnævnte kategori, der med fordel vil kunne anvendes i dette studie, i det formålet netop er at forbedre praksis.

Gjengedal har ligeledes påpeget, at hvis ny viden skal implementeres, kræver det, at nogen med nær tilknytning til klinisk praksis efterspørger denne eller nogen præsenterer denne viden for praksis (Gjengedal, 1994).

Inspireret af ovenstående er formålet med dette studie, at indhente viden, der kan bidrage med at belyse hvilke udfordringer det indebærer at pleje vågne intuberede patienter, med fokus rettet mod at opnå større viden om emnet kommunikationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit. Dette med henblik på at bidrage til afklaringen af hvorvidt, der er anledning til at ændre gængse plejerutiner og i givet fald på hvilken måde stiller de ændrede behandlingsrutiner krav til ændringer?

Via et empirisk studie vil jeg undersøge ”Hvad sker der i situationen” når der kommunikeres mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt terapiafsnit.

Som baggrundsviden og fundament til mit studie, vil jeg først se på hvilken udvikling der er foregået inden for det intensive speciale.

Udviklingstendenser inden for sundhedsområdet med relation til kommunikation indenfor det intensive speciale

For ca. 20 år siden var en hospitalsindlæggelse, med et indlæggelsesforløb på et intensivt afsnit, som i dag forbundet med fokus på overlevelse. Derimod var patienternes ønsker, behov, og oplevelser var ikke noget man, i samme grad som i dag havde fokus på, hvilket nedenstående akkreditering og patienttilfredshedsundersøgelse bevidner. Dette underbygges af den norske sygeplejeforsker Eva Gjengedal, der konstaterer, at sygeplejersker ikke, som en almindelig indarbejdet rutine, søger viden om patienternes oplevelser. Hendes studie viser, at det eksempelvis var langt fra alle erfarne intensivsygeplejersker, som havde talt med tidligere respiratorpatienter om deres oplevelser (Gjengedal 1993, s. 198).

Gennem de sidste 10 år har patienter og pårørende, som borgere og brugere af hospitalerne, stillet krav om indflydelse på behandlings- og plejeforløb. Derudover ønsker de også synlighed omkring ventetider, kvalitet mm. Hertil er patientforeninger og politikere er en af vejene til indflydelse.

I 2001 kom der et krav fra politisk side om, at der skulle foretages en overordnet evaluering af hospitalerne i det daværende ”Hovedstadens Sygehusfællesskab” (H:S),

efter den amerikanske model ” Joint Commission International Accreditation (JCIA). Ifølge JCIA’ s principper skal der forefindes standarder med krav om, at det enkelte hospital har udarbejdet politikker og procedurer, indeholdende retningslinier for pleje og behandling.

På den måde kan det enkelte hospital synliggøre sit kvalitetsniveau og sine ydelser, som sammenlignelige parametre, der danner grundlag for en evaluering. På det grundlag kan også patienten vurdere og sammenligne.

JCIA lægger vægt på, at det er synligt (dokumenteret), at patienten er medinddraget eller hørt i pleje og behandlingstiltag. Patientens perspektiv skal medtages og pleje og behandlingstiltag og skal tilrettelægges efter patientens individuelle ønsker og behov. Derudover er der med tiden kommet brugeranalyser, hvor der ud fra spørgeskemaer, som patienterne besvarer, fremkommer resultater, der kan anvendes til at sammenligne afdelinger og hospitaler (patienttilfredshedsundersøgelse 2002). Her kommer patientens oplevelsesaspekt til at spille en vigtig rolle og altså ikke blot, som på intensiv, et spørgsmål om overlevelse. Information, kommunikation og medinddragelse er blevet vigtige parametre i forbindelse med en hospitalsindlæggelse.

På det sygeplejevidenskabelige felt har også forskere bidraget til en del dokumenteret viden om patienters oplevelser fra og forventninger til hospitalsindlæggelser. (Gjengedal 1994; Logan & Jenny 1997, Wojnick-Johanson 2001 og Kiessling & Kjellgren 2004).

Noget tyder på at udviklingen går i retning af, at vi bliver mere bevidste om, at patienterne og deres pårørende er unikke så pleje og behandling skal tilrettelægges ud fra deres individuelle behov og ønsker, og ikke blot som generelle kategorier af patienter og pårørende.

For at vende tilbage til patienten der er indlagt på et intensiv afsnit, er der til forskel fra patienten i et sengeafsnit tale om et forløb, hvor patienten måske svæver mellem liv og død. Der er en masse teknisk udstyr, der larmer og alarmerer og patienten får oftest en del medicin med henblik på stabilisering af patientens tilstand. Derudover vil patienten i sin tid på intensiv, i en kortere eller længere periode være afhængig af respiratorbehandling. I den periode vil patienten være intuberet og den fysiske placering

af tuben¹ hindrer brugen af stemmelæberne hvorfor patienten i denne periode ikke vil kunne tale.

Inden for det lægevidenskabelige felt, har blandt andet udviklingen af nyt smertestillende medicin muliggjort den tidligere omtalte ændring i behandlingen af respiratorpatienter (Armstrong 1992; Margarey 1997; Schou & Egerod 2008). Så hvor det før var gængs behandling at holde den intuberede patient let sovende ”*sederet til tubetolerance*”, er det nu som resultat af udviklingen af højpotent analgetica muligt, at de intuberede patienter er vågne og får ”*smertestillende til tubetolerance*”. Alt i alt er et indlæggelsesforløb på et intensivt afsnit, en periode, som grundet patientens kritiske situation er præget med angst, usikkerhed og krise både for patienterne og deres pårørende.

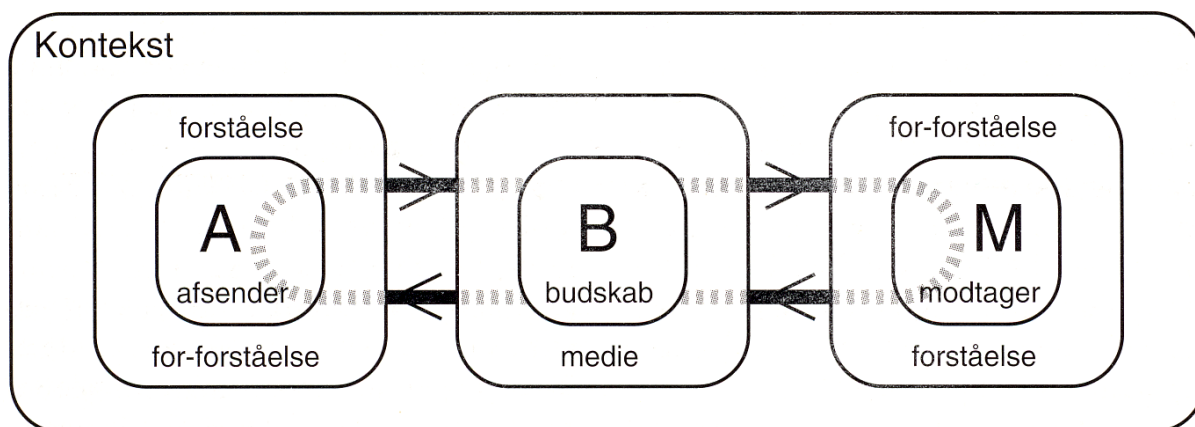
I ovenstående har jeg ønsket, at illustrere den udvikling der er pågået i sundhedsvæsenet gennem de senere år. Med det historiske rids som skitserer kravet fra politisk side om patienters og pårørendes ret til indflydelse og medinddragelse og med fokus på ændringer i den medicinske behandling, som medfører nogle sygeplejemæssige udfordringer i udførelsen af sygeplejen, vil jeg undersøge hvad sygeplejeforskningen bidrager med af viden på området kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

Litteraturen

For at belyse den eksisterende viden på området og med ønsket om at ”nå hele vejen rundt” om kommunikationssituationen, har jeg i det følgende valgt at se på kommunikation fra henholdsvis patientens og sygeplejerskens perspektiv. Samt afdække ”vilkår for kommunikationen”. Når jeg vælger at medtage ”vilkår for kommunikation”, er det fordi konteksten har stor indflydelse på kommunikationen, om man eksempelvis er intuberet, bange for alarmer fra apparatur, påvirket af uro fra medpatienter og pårørende, tørst, der forværres af rindende vand fra vandhanen mm (Gjengedal 1994; Wojnicki-Johanson 2001; Schou & Egerod 2008).

¹ I denne opgave skelnes ikke mellem oral intubation og tracheostomi, blot patienten ikke kan kommunikere ved talens brug. Altså ikke anvender taleventil.

Kommunikationssituation er søgt illustreret med nedenstående figur fra sygeplejefaglig ordbog (Grove & Topsøe-Jensen, s. 85). Denne figur belyser efter min opfattelse bedst hvordan kommunikationssituationen kan beskrives i dette studie, og *vilkår for kommunikation* vil fremover være synonymt med *konteksten*.



Kommunikationsmodel figur 15 fra sygeplejefaglig ordbog s.85

Selve budskabet i kommunikationen kan indeholde kognitive data, der omhandler udveksling af mere faktuel karakter som eksempelvis orientering om tid og sted, jeg fryser, jeg sveder, ønske om lejeændring med mere og affektive data, der er data af mere emotionel karakter eksempelvis om man er glad, bange, nervøs, ængstelig, ked af det og så videre, samt data af mere åndelig dimension. Man kan med andre ord også tale om kommunikationsdybde og -niveau, hvor udveksling af kognitive data ofte sker på det overordnede kliche lag, hvorimod udveksling af affektive data sker på et dybere kommunikationsniveau.

Selve udvekslingen eller formidlingen af data kan ske ved anvendelse af forskellige kommunikationsmetoder og –midler, hvor verbal og nonverbal kommunikation oftest er de hyppigst anvendte metoder. Men også via skrift og symboler, brug af pen og papir, pegetavler og staveplader, samt elektronisk via computer og lightwriter² mm, kan man kommunikere (Grove & Topsøe-Jensen, s. 84-85).

² En lightwriter er et elektronisk kommunikationsredskab med tastatur og skærm på ca. 15 x 20 cm.

Kommunikation set fra patientens perspektiv

Til at belyse kommunikation set fra patientens perspektiv inddrager jeg først den norske sygeplejerske Eva Gjengedal, som er dr. polit, førsteamanuensis i sygeplejevidenskab på Universitetet i Bergen. I 1994 lavede hun et fænomenologisk studie (hendes doktorafhandling) af erfaringer fra respiratorpatienters og deres sygeplejersker. Hun interviewede i alt 20 patienter og 20 sygeplejersker.

Fra respiratorpatienterne erfarede hun at de vægter følgende faktorer, som særdeles vigtige ændringer af deres tilstand sammenlignet med deres habituelle tilstand: *Tabet af stemmen* blev af patienterne karakteriseret som den værste oplevelse ved respiratorbehandlingen. Patienterne prøvede at gøre sig forståelig ved hjælp af forskellige tegn, men hukommelsen var svækket og patienterne kunne ikke huske bogstaverne. De havde også problemer med at kontrollere kropsbevægelserne som følge af reduceret muskelstyrke og udmattelse.

Betydning af medmennesker var også af stor betydning for patienterne, forstået på den måde, at de uden denne, følte sig ensomme og uden for fællesskabet. Men omsorgsnærvær fra pårørende og personale reducerede følelsen af at være tilsidesat og fysisk kontakt med andre mennesker, så desuden ud til at have betydning for at genvinde kontakten med egen krop. Som det tredje fund fandt Gjengedal (Ibid) at patienterne fortalte om *angst og utryghed*. Nogle relaterede det direkte til det skræmmende i alt det tekniske udstyr eller regulær dødsangst, mens andre mere relaterede det til at være alene i rummet eller skepsis til sygeplejersker som de ikke kendte. Hendes fjerde fund var *ændret tidsperspektiv*, herom skriver hun, at selvom patienternes tilstand havde bedret sig havde de svært ved at følge med i tiden nu og her. Specielt midt på dagen eller midt om natten følte det som tiden stod stille. Enkelte oplevede det, som om de opholdt sig i et ”mørkerum” hvor de ikke var klar over om det var nat eller dag, deres tidsperspektiv var forskellig fra det kronologiske. Flere patienter husker at de fik fortalt hvilken dato og tid på døgnet det var, men det oplevedes som om, kun en lille del af dette blev opfattet. De levede i deres egen tid.

Yderligere fandt Gjengedal (Ibid) at intensivpatienterne havde en *ændret kropsfølelse*, forstået på den måde at de oplevede at kroppen ”levede sit eget liv” og at der var en

splittelse mellem krop og sjæl, kroppen blev adskilt og tingsliggjort og de orkede ikke, at der hele tiden blev rørt ved kroppen, at de blev sondeernæret mm. Desuden havde patienterne en ”uudholdelig” og ”evigvarende” oplevelse af tørst, som blev forværret af lyden af rindende vand fra håndvasken samt en generel øget sensibilitet for ydre stimuli i form af lys og lyd.

Blandt andre fund, som Gjengedal blev opmærksom på i sit studie, var at nogle patienter fandt at maskinerne og deres alarmer var direkte skræmmende. Deres angst og usikkerhed var endvidere relateret til sygeplejerskens evne til at betjene udstyr og apparatur.

I det ovenstående er medtaget eksempler, som både vedrører patientens perspektiv og den kontekst de er i. Men jeg valgte at præsentere alle fund her, da det ellers ville miste sin sammenhæng.

Herefter går jeg videre til den svenske sygeplejerske Grazina Wojnicki-Johansson, som i 2001 lavede et studie omhandlende kommunikation mellem sygeplejerske og patient i respirator behandling. Hun var i perioden tilknyttet Department of Nursing, University College of Health Sciences, Jönköping, Sweden.

Wojnicki-Johansson havde fokus på de problemstillinger det medførte for patienter og sygepleje i forbindelse med ændret praksis hvor forskning rekommanderede vågne intuberede respirator patienter. Hun foretog et litteraturreview, som viste, at få studier havde fokus på disse signifikant ændrede betingelser for udøvelse af sygeplejen til intensivpatienter. Så med begrundelse i ovenstående, lavede hun selv et studie, hvis formål var ”*at studere patienterfaringer med kommunikationsproblemer under respiratorbehandling*”.

Hendes materiale bygger på interviews med 22 på hinanden følgende patienter. De blev interviewet tre gange over en periode på 2 måneder, om deres erfaringer og ændringer af deres kommunikation under respiratorbehandlingen. Derudover deltog 22 sygeplejersker hver med ansvar for en af de 22 patienter. De evaluerede graden af kommunikationen under respiratorbehandlingen i en sygeplejerske protokol.

Wojnicki-Johansson(Ibid) ønskede at afdække hvilke kommunikationsmetoder sygeplejerskerne anvendte og hvilke patienterne foretrak, samt hvorledes henholdsvis sygeplejerskernes og patienternes opfattelse var af hvor funktionel kommunikationen

var. Hun inddelte kommunikationsniveauet i tre kategorier svarede til *funktionel kommunikation*, hvor det var let at mundaflæse og forstå patienten; *partiel kommunikation*, som var situationer hvor det kun i nogen grad lykkedes at forstå hvad patienten ville, eksempelvis hvor man kun af og til kunne mundaflæse og forstå patienten og endelig *ingen funktionel kommunikation* hvor det ikke var muligt at forstå patienterne, dette opleves ved tomme øjne og ingen reaktion. Wojnicki-Johansson (Ibid) tilføjer at de tre kommunikationskategorier ikke fortæller noget om hvorledes sygeplejerskerne evnede at opfatte tilsigtede budskaber, deriblandt følelser, behov og tanker under respiratorbehandlingen.

På spørgsmålet om hvilke metoder patienterne foretrak, svarer patienterne, at de primært foretrækker kropssprog/berøring, og pair og pen, dernæst ja – nej spørgsmål. Der var dog flere der var glade for at sygeplejerskerne kombinerede metoderne.

Dernæst ville hun vide hvorledes patienterne evaluerede sygeplejerskernes evne til at etablere en funktionel kommunikation og her svarer 73 % af patienterne (n=16) ja til at det lykkedes sygeplejerskerne at etablere en funktionel kommunikation heraf siger 5 at det er på et højt niveau og 11 svarere på et middel niveau. 27 % (n=6) af patienter fandt at sygeplejerskerne ikke var i stand til at etablere en funktionel kommunikation (=ingen funktionel kommunikation).

Wojnicki-Johansson(Ibid) ønskede også at vide hvilke andre oplevelser patienterne havde, og hertil svarede de, at der ofte var *for mange spørgsmål i et og at de blev trætte når personalet ikke kunne mundaflæse eller forstå dem*. Desuden ønskede patienterne at sygeplejerskerne brugte *dagligdags sprog og ikke fagudtryk*. Nogle patienter oplyste at enkelte sygeplejersker ikke evnede at vise empati, mens andre patienter roste sygeplejerskerne for at være meget professionelle og ofte et skridt foran.

Som yderligere fund i undersøgelsen viste det sig, at *patienter var bange for at de ikke kom til at tale igen*, det ville de gerne have været informeret om. Desuden vurderede patienterne sygeplejerskernes evne til at fremskaffe ønskelig information lavt når det angik forhold der vedrørte patientens helbredstilstand og behandlingsplaner.

En nyere dansk artikel, er skrevet af Lone Schou, der er cand. scient. soc og klinisk sygeplejespecialist på et dansk thoraxanæstesiologisk intensivt afsnit og Ingrid Egerod, der er cand. cur og Ph.d og tilknyttet et forskningsinstitut. De har sammen lavet et

kvalitativt studie hvor de har interviewet 10 CABG (bypass opererede) patienter efter deres ophold på intensiv afdeling (Schou & Egerod 2008). Formålet med studiet var at fremskaffe en opdateret beskrivelse af patientoplevelser i forbindelse med respiratorafvænning, med ønsket om at ajourføre fagkundskaben med kendskab fra denne synsvinkel, i lyset af nyere metoder indenfor respiratorbehandling og sedation. Deres resultater inddeler de i tre kategorier relaterende til generelle fænomener hvor patienterne omtaler det at være intuberet og i respirator som fysisk *ubehag* og problemer forbundet med at udtrykke sig grundet *forninget kommunikation*. En anden kategori er psykologiske fænomener i form af *tab af kontrol* eftersom de oplever, at de har mistet muligheden for at orientere sig i tid og sted og føler sig hjælpeløse, desuden beskrev flere patienter at de oplevede følelsen af *ensomhed*. ”*I was lonely. I missed contact with another person. It would have helped if someone had come over and touched me. And some eye contact, this didn’t happen often enough*” (ibid s.175). Den sidste kategori omhandlende eksistentielle fænomener i form af *midlertidighed* er beskrevet som forstyrrelse i fornemmelsen af tid, ”mistet tidsfornemmelse” på grund af konfusion og følelsesmæssig stress stod tiden stille. De beskriver i denne sammenhæng, at det er tydeligt at patienten og sygeplejersken har hver sin opfattelse af tiden. Eksempelvis når sygeplejersken oplyser, at noget skal ske om 10 minutter kan den patientoplevede tid være ½ eller 1 time. Når sygeplejersken fortæller patienterne at de snart skal have ”røret op af halsen” kan det hælde, de venter halve til hele dage eller mere før det effektueres. Patienterne funderede over dette, men var alligevel i stand til at tilsidesætte deres egne ønsker til fordel for en forståelse af sygeplejerskernes forsinkelse. Patienterne accepterede at vente, men de havde brug for en forklaring på forsinkelsen og på hvor længe man forventede det ville vare. Dette stemmer godt overens med en svensk undersøgelse hvor man fandt at det almindeligvis er patienternes opfattelse, at hvis aftaler ikke kan holdes, er det vigtig at personalet informerer patienten om eventuelle ændringer, ellers bliver de utrygge og usikre på, om der er styr på det. (Kiessling og Kjellgren, 2004 s. 33).

Til sidst under eksistentielle fænomener beskriver de indflydelsen af *menneskelig interaktion* (human interaction). Her har jeg ønsket at beholde ordet interaktion, da det bedst illustrer at *forskellige personer handler sammen = samspil*³. På den måde lægges

³ Def. Ifølge Politikens store fremmedordbog, Politikens forlag A/S 1996, 1.udgave, 1. oplag.

der i ordet interaktion en gensidighed, som er betydende i kommunikationsprocessen (Eide & Eide 2007), og som Gjengedal er inde på i sin artikel, hvor hun med ordvalget ”human contact” beskriver sygeplejerskens måde at opfatte samarbejdet med patienten på, hvilket jeg også kommer ind på under nedenstående, hvor kommunikation belyses fra sygeplejerskens perspektiv (Gjengedal 1994 s. 124).

Tilbage til Schou og Egerod (2008) der finder, at patienter mener det er af stor vigtighed med menneskelig interaktion, forstået på den måde at det dækker alt samspil mellem patienten og personale, pårørende, ”medpatienter” og deres pårørende mm. For alle patienterne var det af stor betydning at få besøg af sine pårørende, men forskelligt adfærd fra besøgende og forskellige behov hos den enkelte patient, kan betyde at nogle patienter oplever, at det er som at være i en hønsegård når medpatienten har besøgende (ibid s. 176).

Endvidere fandt Schou og Egerod (2008) at patienterne, i modsætning til Wojnicki-Johansson (2001) studie, oplevede at sygeplejerskerne var gode til at kommunikere. Patienterne oplevede at sygeplejerskerne prøvede at forstå dem ved at spørge og ved at benytte fagter, fingersprog, papir og pen og i nogle tilfælde computer. Det væsentligste var, at sygeplejerskerne var i stand til at opfatte mange af patienternes behov.

Schou og Egerod (2008) konkluderer, at selv om respiratorbehandlingen med tiden er blevet mere raffineret og at udviklingen går i retning af mere vågne patienter, så er patienternes oplevelser forblevet uændret. Hvilket indikerer at sygeplejerskerne ikke har været i stand til at udvikle en praksis, der tager hånd om disse problemstillinger. De mener, at sygeplejerskerne har behov for information og viden fra kvalitative studier med henblik på at benytte denne til at tilføre plejen og dermed respiratoraftrappingsprocessen en mere human tilgang.

Et amerikansk forskningsstudie, der har undersøgt hvorledes patienterne oplevede kommunikationsmønsteret når sygeplejersken kommunikerer med en patient i respiratorbehandling, viser at sygeplejersken kommunikationsmønster er kortfattet, informativt og bydende (Patak, L et al 2004).

Efter at have haft fokus på kommunikation fra patientperspektivet, sættes i det følgende fokus på kommunikation set fra sygeplejerskens perspektiv.

Kommunikation set fra sygeplejerskens perspektiv

Fra sygeplejerskerne erfarede Gjengedal, at selvom de var bevidste om, at det var vigtigt at inddrage patienternes ønsker, så virkede det ikke som om, de var helt bevidste om hvor eksistentiel denne medinddragelse var for patienterne (Gjengedal 1994 s. 7). Sygeplejerskerne oplyste, at ud over vigtigheden af personlig kontakt med patienten, var også kontakt med patientens pårørende og kliniske observationer vigtige opgaver i forbindelse med plejen til respiratorpatienter.

At sygeplejerskerne kan have forskellig opfattelse af det at have kontakt med patienten, kan illustreres med følgende hvor en sygeplejerske fortæller ”det er essentielt at have øjenkontakt med patienten – så man finder ud af om man er i samme ”verden”. En anden sygeplejerske fortæller at ”på et eller andet tidspunkt på dagen må der være noget tid til rådighed hvor man kan aktivere patienten og prøve at opnå en form for kontakt” (ibid. s. 124.). Her tyder det på at forskellen i deres opfattelse beror på en fundamental forskellig tilgang til patienten. Sygeplejersken der ønsker øjenkontakt søger et fællesskab med patienten med henblik på kontinuerlig forståelse af patienten og dennes helhedssituation, som grundlag for planlægning og udførelsen af sygeplejen, således tolker jeg, at der indtænkes såvel kognitive som mere affektive data. Derimod forstår jeg, at den anden sygeplejerske tænker udførelsen af sygeplejen som hendes separate felt og at patienten inddrages når der er tid. Hun stiler ikke mod en fortløbende afstemning mellem behovet for sygepleje og patientens ønsker.

Gjengedal beskriver at i forbindelse med afklaring af hvad der var betydningsfuldt for at forstå patienten, var nogle af sygeplejerskernes erfaringer at det primært afhang af at få etableret kontakt og gensidig tillid, ”jeg har ikke en opskrift, men hvad det virkelig handler om er, at lære personen der ligger i sengen at kende” (ibid. s. 126)

I tidsskriftet Dråben, som er et tidsskrift for fællessammenslutningen for anæstesi-, intensiv- og opvågnings-sygeplejersker, FSAIO (under DSR) er en artikel om ”Vågne intuberede respiratorpatienter” (Petersen et al 2006). Artiklen er skrevet af fire intensivsygeplejersker og er baseret på deres opgave fra efteruddannelsen for specialuddannede intensivsygeplejersker. Deres ærinde er at indhente viden fra personale, som har erfaring med at pleje og behandle vågne intuberede respiratorpatienter. De besøgte og interviewede en intensivsygeplejerske og en overlæge

på intensiv afdeling på Odense Universitetshospital (OUH), som begge har flere års erfaring med at pleje og behandle vågne intuberede respiratorpatienter. Både sygeplejersken og lægen er enige om at man ændrer adfærd, når man har med vågne patienter at gøre. Lægen fortæller en anekdote om en sygeplejerske der passede en sederet patient, og på stuen beretter hun til en kollega om en fødselsdagsfest hun har holdt. Da patienten vågner, kan patienten fortælle om festen, nævne navne på deltagere og hvad de fik at spise. Sådanne historier vil næppe finde sted, når man har med vågne patienter at gøre. Det kræver et samspil med patienten, og man må som professionel forholde sig til patientens aktuelle ønsker. Det der gør artiklen interessant er de erfaringer, som de to kliniske eksperter, lægen og sygeplejersken, bidrager med. Overlægen siger blandt andet at *"Vi er nødt til at forholde os til patienternes angst og dødsangst"* (ibid. s.19). Hermed forstår jeg, at han mener at man til forskel fra de sederede respiratorpatienter, hvor man mest informerer via envejskommunikation nu skal i dialog med patienten (tovejskommunikation), også når det omhandler eksistentielle spørgsmål. På den måde mener han også at vågne intuberede respiratorpatienter kræver ressourcer både på sygeplejerske og læge siden. Intensivsygeplejersken fortæller, at det er hendes erfaring at *"en vågen patient stiller flere krav, alting foregår meget mere på patientens præmisser. Det er langt sværere at planlægge sin arbejdsdag, gør man det får man ofte behov for at korrigere i forhold til, hvad patienten ønsker, men det er det hele værd!"* (ibid. s.20). Det afspejler sig, at sygeplejersken finder det naturligt at medinddrage patienten, og at det sker på hans præmisser. Det virker ikke som noget hun føler som en hindring, men noget selvfølgelig, at man inddrager patientens ønsker i planlægning og udførelsen af sygeplejen. Det er dog ikke kun de professionelle der kan se det positive i at patienten er vågen, sygeplejersken referer til en mor der siger; *"nu er min dreng tilbage, nu er det ikke bare en krop der ligger der"* (ibid. s.20). Mor og søn kan nu etablere en kontaktoverflade, som ikke var mulig da sønnen var sederet.

I Wojnicki-Johansson studie (2001) søges at afklare hvorledes sygeplejerskerne evaluerede den etablerede kommunikation med respirator patienterne. Det viser at sygeplejerskerne i 60 % (n=13) af tilfældene oplevede det let at forstå hvad patienterne ønskede (eks. let at mundaflæse), omtalt som funktionel kommunikation. I 32 % (n=7)

af tilfældene sagde sygeplejerskerne at der var tale om partiel kommunikation, altså situationer hvor det kun i nogle tilfælde lykkedes at forstå hvad patienten ville og endelig beskrev de at i 9 % (n=2) af tilfældene ingen funktionel kommunikation var, da det ikke var muligt at forstå patienterne (eks tomme øjne og ingen reaktion).

Studiet havde også til formål at afklare hvilke metoder sygeplejerskerne benyttede til at etablere kommunikation. Det viste sig at sygeplejerskerne kombinerede flere metoder og teknikker, hyppigst anvendt var dog kropssprog/berøring og mundaflæsning og dernæst kom ja - nej spørgsmål og papir og pen og til sidst øjenkontakt. Her er en høj grad af overensstemmelse mellem patienternes ønsker og sygeplejerskernes valg af kommunikationsmetode, med undtagelse af øjenkontakt, hvilket undrede mig en del i og med øjenkontakt er en vigtig dimension i kommunikationsprocessen (Eide & Eide 2007). Det eneste jeg mener der kan forklare det er, at Wojnicki-Johansson i en tabel har tilføjet "blinking" efter øjenkontakt, det er ikke nærmere defineret i artiklen, men det kan betegne en form for kommunikation i form af antal blink, hvor eksempelvis ja er et blink og nej er to blink.

Wojnicki-Johansson (2001) erfarede, at når sygeplejerskerne oplevede at der var tale om funktionel kommunikation, var det oftest i forbindelse med brug af effektive kommunikationsredskaber, mens manglende kommunikation blev tilskrevet patientens medicinske tilstand. Det at flere sygeplejersker end patienter mente, at de ydede en funktionel kommunikation, skal ifølge Wojnicki-Johansson give stof til eftertanke, og hun mener man kunne foreslå de professionelle intensivsygeplejersker, at de kritisk evaluerede deres egne kommunikationsmåder og de metoder de anvender.

Wojnicki-Johansson (Ibid) konkluderer, at det at skabe en funktionel kommunikation med patienten fordrer empati og en trial-and-error (prøv og fejl eller prøv igen) tilgang, for at finde den optimale kombination af afvekslende metoder. Hun mener dog at det kræver mere klinisk forskning, før man kan udarbejde guidelines i sådanne fremgangsmåder, samt at empati i denne kontekst er essentiel, som en fundamental forståelse i al kommunikation med respiratorpatienter.

I review delen af studiet fandt Wojnicki-Johansson (2001) at sygeplejersker foretrækker kropssprog og ansigtsudtryk som et vigtigt element i sygeplejen. Samt at det er af stor betydning at være stille i udførelsen af sygepleje for at få patienterne til at føle sig

trygge. (Kacperek, 1977). Derudover fandt hun, at det ikke kun er patienterne der oplever problemer med at kommunikere sit budskab. For sygeplejerskerne oplever, ligesom patienterne at det er et problem, når de ikke kan forstå patienterne. De synes det er frustrerende og utilfredsstillende når det ikke lykkedes at etablere en funktionel kommunikation (Bergbom-Engberg & Haljamäe 1993).

Efter således at have beskæftiget mig med hvad litteraturen siger om kommunikation fra henholdsvis patient- og sygeplejerskeperspektiv, retter jeg nu blikket mod konteksten og kommunikationsmetoder.

Kontekst og kommunikationsmetoder

I min egen kliniske praksis har vi siden 2004 bevidst trænet med, at arbejde ud fra visioner, tanker og strategier for sygeplejen (kilde ej medtaget grundet ønske om anonymisering af datamaterialet). Heri fremgår det, at vi ønsker at yde en sygepleje, der bygger på tillid, forståelse og respekt for det enkelte menneske, dets værdier ønsker, erfaringer og ressourcer samt retten til selv at vælge. Dette samt ønsket om at der i den kliniske sygepleje anvendes udviklings- og forskningsbaseret viden.

Set i lyset af ovenstående, synes jeg, det afspejler en klar og eksplicit beskrevet forventning om, at man også i sygeplejefprofessionens yderste praksisnære led bør anvende viden fra kvalitative studier som Schou og Egerod (2008) var inde på. Dernæst, mener jeg også, det er tydeliggjort, at der forventes en sygepleje udført efter grundtankerne i den humanvidenskabelige tilgang. Som sygeplejerske må man gøre sig bevidst om det ansvar der påhviler i kommunikationen med den vågne intuberede respiratorpatient, dette begrundet med at sygeplejersken ofte har ”magten” og dermed kontrollen over hvilke informationer og oplevelser respiratorpatienten skal have (Patak et al 2004). Derfor er det fortsat vigtigt, at arbejde for at sygeplejersken bliver i stand til at afkode patienten, således at patientens og sygeplejerskens oplevelser er samstemmende.

Dette understøtter Wojnicki-Johansson (2001) fra sit reviewstudie hvor hun fandt, at sygeplejerskerne var af den opfattelse at det er af stor betydning at etablere en fælles samhørighed mellem patient og sygeplejerske. Dette som et betydningsfyldt fundament til en funktionel kommunikation under respiratorbehandlingen og eftersom et

succesfyldt samarbejde med patienten er en forudsætning for en gavnlig sygepleje.

(Baker & Melby, 1996; Andréasson Bäcklund 1996).

Om kommunikationsmetoder fandt hun at de hyppigst rapporterede kommunikationsformer mellem sygeplejersken og respiratorpatienten er kropssprog, ansigts udtryk, mundaflæsning, øjenkontakt, spørgsmål der kan svares med ja eller nej (nikke eller ryste på hovedet) klemme hånd, papir og pen, samt varierende displays og pegetavler. (Leathart 1994). Desuden havde hun fokus på at der gennem tiden er eksperimenteret med udvikling af computerbaserede kommunikationssystemer til vågne og kognitive intakte intensivpatienter, men disse er under stadig forandring og bliver løbende testet. Af samme årsag var Wojnicki-Johansson i 1998 i personlig kontakt med producent K. Göterdal, som sad med nogle nye testresultater (ibid. s 31).

Tilbagemeldingerne var, at for patienter der var i respiratorbehandling i kort tid var systemet ikke så brugbart som for patienter der lå lang tid på intensiv. Det står ikke direkte forklaret hvorfor, men jeg mener, det kan forklares med, at de korte indlæggelsesforløb er præget af trætte og medicinpåvirkede patienter, der bliver ekstuberet indenfor et til to døgn. Det viste sig desuden, at det computerbaserede kommunikationssystem heller ikke var anvendeligt for dem, der ikke kunne bruge deres hænder, eksempelvis grundet skader, forbindinger, diverse katetre og overvågningsudstyr eller dem som generelt ikke var erfarne i brugen af pc. Afslutningsvis vil jeg nævne, at det i relation til konteksten kan være angstfremkaldende, som det fremgår af ovenstående, med alt det tekniske udstyr der er på et intensivt afsnit, samt at der for den enkelte patient på et intensivt afsnit er perioder hvor patienten er alene og perioder, hvor der konstant sker noget med og omkring patienten eller hvor medpatienten eller dennes pårørende får det til at føles, som at være i en hønsegård.

Sammenfatning af litteraturen

Via gennemgang af litteraturen tegnede der sig et billede af, at emnet stadig er meget aktuelt og at der stadig mangler viden på området. Som hovedtræk vil jeg nævne, at man indenfor sygeplejen er ved at kunne danne sig et billede af hvilke oplevelser patienterne kan have med det at være i respirator og den deraf forringede og vanskeliggjorte kommunikation. Endvidere har sygeplejeforskning bidraget med indsigt

i hvor vigtigt det er, at sygeplejerskerne opnår fagkundskab om hvor afhængig patienten er af sygeplejerskens kommunikative færdigheder, sammenholdt med indflydelsen af de vilkår kommunikationen foregår under, og valget af de i den sammenhæng mulige kommunikationsmetoder og kommunikationsredskaber. Endvidere bør sygeplejerskerne tilegne sig viden om vigtigheden af patientkontakt såvel fysisk som emotionelt og udvikle kundskaber til at sikre medinddragelse af patienten.

Dette proklamerer også Grazina Wójnicki-Johansson (2001), da hun med sit resultat tydeliggør behovet for en detaljeret undersøgelse af patienternes muligheder for effektiv kommunikation; at evaluere sygeplejerskernes kommunikative færdigheder; samt yderligere udforskning af påfund som kan lette kommunikationen mellem patient og sygeplejerske under respirator behandlingen.

Jeg mener derfor, det er af stor betydning og yderst relevant at udforske fænomenet kommunikation, som det udspiller sig i samspillet mellem den vågne intuberede patient og sygeplejersken.

Afgrænsning

I dette speciale vil jeg ikke komme ind på de medicinske rekommandationer og betragtninger, der ligger til grund for, at patienterne skal være vågne. Ej heller ønsker jeg, at beskæftige mig yderligere med fordelene ved at være vågen, med det formål at en bevidst hukommelse vil beskytte mod angst og senere udvikling af posttraumatisk stress.

Mit fokus vil alene omhandle fænomenet kommunikation, når selve kommunikationssituationen udspiller sig i under det grundvilkår at patienten er vågen, men grundet intubation forhindret i at tale, samt de vilkår og færdigheder sygeplejersken har sammenholdt med de metoder hun anvender for at kommunikere med patienten, samt endelig den kontekst kommunikationssituationen foregår i. Med dette speciale ønsker jeg således, at undersøge, forstå og beskrive hvad der sker i kommunikationssituationen mellem den vågne intuberede patient og sygeplejersken. Dette med ønsket om at opnå forståelse for, viden om og større indsigt i hvilke faktorer, der har indflydelse på at tilvejebringe kommunikation mellem den vågne intuberede patient og sygeplejersken. Samt en øget forståelse for hvilke muligheder og begrænsninger er der i kommunikationssituationen.

Problemformulering

I denne undersøgelse ønskede jeg

- 1) at belyse hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit**
- 2) at afklare hvilke faktorer der indvirker på kommunikationen, herunder hvilke muligheder og begrænsninger der ligger i kommunikationssituationen**

Med ønsket om at kunne besvare ovenstående problemformulering, meldte sig tanker og overvejelser om hvordan. Dette resulterede i nedenstående betragtninger om valg af metode og design.

Metodologi

Et empirisk studie bygger på hvad man erfarer eller observerer og derfor valgte jeg, at belyse hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit, ved at lave et empirisk studie.

Men at lave et empirisk studie forudsætter endvidere, at man har gjort sig nogle teoretiske og metodemæssige betragtninger, samt overvejet hvilket overordnet videnskabsteoretisk perspektiv undersøgelsen skal have. Det anbefales af man har gjort sig overvejelser om hvilke data der kan hjælpe med at belyse fænomenet og søge afklaring på problemstillingen og studiets formål? Hvorledes vil man anskaffe sig data? Og til sidst hvorledes vil man analysere og fortolke sine data? (Kvale 2004; Jensen 1990) Som det første valgte jeg nedenstående design på mit studie.

Valg af design

I dette studie havde undersøgelsen fokus på at forklare og forstå meningen med hvad mennesker gør og siger, og derfor vil det videnskabsteoretiske perspektiv rette sig mod den filosofiske forståelsesramme indenfor fænomenologien og hermeneutikken.

Med begrundelse i ovenstående valgte jeg en kvalitativ metode – et feltstudie med et eksplorerende design. Herom skriver den norske forsker Cato Wadel, at antropologer og

sociologer har stor erfaring indenfor den kvalitative forskningsdisciplin og at de ofte benytter sig af feltstudier som eksempelvis deltagerobservationer. Enkelt sagt indebærer feltarbejde at forskere opholder sig blandt de folk de vil studere i deres naturlige omgivelser (Wadel 1991). Så det syntes ikke svært at beslutte, at ved at vælge observationsstudier som en af metoderne til at indhente mine data og dermed belyse hvad der sker i kommunikationssituationen, ville jeg kunne indhente mine data i den kliniske praksis eller i så umiddelbar nærhed af den som overhovedet muligt. Med ønsket om mangfoldighed i datamaterialet og personlig og faglig variation i perspektiver og oplevelser fra informanterne anså jeg, at det empiriske studie burde bestå af flere komponenter. Det lå på sin vis lige for, at vælge at supplere data fra observationsforløbene ved at interviewe henholdsvis sygeplejersken umiddelbart efter observationen og for patientens vedkommende på et belejligt tidspunkt efter ekstubation. Herom skriver Wadel da også, at det er en ideel kombination, hvis man først observerer ”*samhandlen informanterne imellem*” og dernæst samtaler om hvad der foregik med en eller flere af informanterne. (Wadel 1991).

Det viste sig imidlertid, at det var forbundet med problemer at få interviewene med patienterne. I det første tilfælde fordi patienten intet kunne huske af forløbet på intensiv og i det næste forløb fordi der efterfølgende opstod komplikationer, som ulykkeligvis fik den tragiske følge at patienten døde.

I mine overvejelser om hvorvidt jeg skulle fortage flere observationsforløb for at medtage patientperspektivet, besluttede jeg, at blive ved de oprindeligt planlagte 2 observationer. Dette med begrundelse i, at det primære fokus var på selve kommunikationssituationen, sammenholdt med det, at der er en mulighed for at patienten ikke kan erindre episoder fra den situation jeg har observeret. Hvis ikke patienten blev interviewet i relation til observationsforløbet var det mere sandsynligt, at jeg på den måde ville kunne få en oplevelses- og erindringsfortælling fra hele forløbet og det at være respirator patient på et intensivt afsnit, hvilket er velbeskrevet fra anden forskningsside (Schou & Egerod 2007; Gjengedal 1994 og Wojnicki-Johansson 2001). Selve de 2 observationsforløb viste sig at være rige på data, hvilket jeg kommer ind på senere.

Som studiet tog form, blev jeg mere og mere nysgerrig på hvilke erfaringer sygeplejerskerne fra mit eget afsnit havde og hvilke tanker de gjorde sig, når de passede

vågne intuberede patienter. Derfor traf jeg beslutningen om at lave 4 semistrukturerede gruppeinterviews for yderligere at tilføje mangfoldighed og variation i perspektiver og oplevelser i datamaterialet. Desuden besluttede jeg at afholde disse interviews inden observationsstudierne, eftersom jeg var af den opfattelse, at de kunne tilføje anvendelig viden så min opmærksomhed var skarp på flere omstændigheder i selve kommunikationssituationen.

Under en af disse seancer blev jeg gjort bekendt med, at der for et par år siden havde været en patient indlagt, som selv havde medbragt nogle kommunikationskort. Mange af sygeplejerskerne kunne godt huske patienten og de havde stor respekt for denne idé. Min nysgerrighed blev skærpet og det lykkedes mig at få navnet på patienten. Her var der således tale om, at jeg som forskeren, der, som Kvale (2004) beskriver, forfulgte den interviewedes svar og søgte ny information og nye vinkler på emnet. Det viste sig at være en patient, der stadig havde kontakt til sygehusvæsnet, hvorefter jeg hurtigt fik etableret kontakt til hende. Til min store glæde ønskede hun at bidrage med sine oplevelser og erfaringer og jo mere viden jeg fik om dette forløb, desto mere opsat blev jeg på, at hun skulle bidrage med sine oplevelser til dette studie. Vel vidende at det er lang tid siden og at hendes oplevelser ikke er i umiddelbar tilknytning til indlæggelsen, men bygger på hukommelse og efterrationaliseringer.

Hendes oplevelser og bidrag var betydende og jeg vil medtage den viden jeg fik fra en samtale med hende.

Således endte designet af dette empiriske studie med at se således ud

- 4 semistrukturerede gruppeinterviews med sygeplejersker fra eget afsnit
- 1 interview med en langtidsindlagt patient
- 2 deltagerobservationer der afsluttes med interview af informanterne

Man kunne stille spørgsmålstegn ved hvorvidt der i dette empiriske studie var materiale nok, til at den erhvervede viden havde tyngde til at kunne indgå som forskningsviden. Men herom skriver Kvale at modsat den kvantitative forskning, er det indenfor den kvalitative forskning ikke mængden det kommer an på. Kvalitativt set muliggør fokuseringen på enkelttilfældene, at man nøje kan undersøge forholdet mellem en

bestemt adfærd og dens kontekst og finde ud af logikken i forholdt mellem individet og situationen (Kvale 2004, s. 109).

Ydermere gælder det indenfor den kvalitative forskning om at opnå en mætning af data, hvilket vil sige, at man når ”mætnings”-punktet, når der ikke kommer mere ny viden, men at der eksempelvis kommer de samme svar eller at ”mønstre” og adfærd gentager sig. Med valget af 4 semistrukturerede gruppeinterview og 2 deltagerobservationer afsluttende med interview af sygeplejerskerne opnåede jeg en mætningsgrad, med henblik på indsamling af data som materialegrundlag for belysning af dette speciales problemformulering. At jeg valgte at inddrage et interview med en langtidsindlagt patient, beroede på at jeg undervejs fik ny viden, som ved Kvales (2004) ”den rejsende metafor”, der undervejs falder i samtale med de mennesker han møder, hvilket jeg kommer nærmere ind på senere i opgaven.

Som hovedinspiration til den overordnede metodeteoretiske referenceramme har jeg valgt at anvende principperne i Steinar Kvale’s forskningstilgang. Med rollen som den rejsende metafor, vil den viden jeg søger bedste lade sig afdække og undersøge, hvilket er betegnende for et eksplorerende design. På den baggrund anvender jeg hans anbefalinger og metodeovervejelser, samt hans metoder til dataindsamling og analyse i mit metodiske grundlag.

At jeg valgte at benytte Kvales anvisninger til metode indenfor kvalitativ forskning, i forbindelse med interview og fortolkning skyldtes, at han er en af førende på feltet hvad angår kvalitativ forskning og indsamling af data via interview. Desuden har han rødder i den nordiske kultur og tænkning, hvorfor man kan tænke hans metoder anvendt direkte uden yderligere overvejelser om forskellige kulturmønstre og adfærd i samtalen. Kvale, der døde for nylig, var professor i pædagogisk psykologi og leder af Center for Kvalitativ Metodeudvikling ved Århus Universitet og har skrevet bogen ”InterView” hvor han videregiver sin viden om kvalitativ forskning. Et af hans kardinalpunkter er indsamling af data via interview. (Kvale 2004).

I det følgende vil jeg redegøre for de teoretiske overvejelser der ligger bag valget af henholdsvis interviews og deltagerobservationsstudier som metode til indsamling af data i dette studie.

Anvisninger for gennemførelse af forskningsinterview

Kvale skriver at der på det horisontale, *metodologiske* niveau er nogle praktiske retningslinjer for gennemførelse af forskningsinterview og han beskriver at en interviewundersøgelse har syv metodestadier fra den oprindelige ide og til den endelige rapport (Kvale 2004, s. 25 samt s. 94). For at sikre validitet og gennemskuelige har jeg valgt at følge denne metode, som beskrives i det følgende. Som første stadie, skriver Kvale at man skal foretage en *tematisering* af forskningsemnet. Det er her man formulerer formålet med undersøgelsen og beskriver det emne, der skal undersøges, før interviewene påbegyndes. Undersøgelsens hvorfor og hvad bør være afklaret, før spørgsmålet om hvordan – metode - stilles. Dernæst planlægges undersøgelsens *design*, ved at tage alle syv undersøgelsesstadier i betragtning før interviewene indledes. Design af undersøgelsen foretages med henblik på at opnå den tilsigtede viden og under hensyntagen til undersøgelsens moralske implikationer. Så gennemføres selve *interviewet* på grundlag af en interviewguide og med en gennemtænkt vinkel på den søgte viden og interviewsituationens mellem menneskelige forhold. Som det fjerde stadie er *transskribering*, forstået på den måde at man skal forberede interviewmaterialet til analyse, hvilket almindeligvis indebærer transskribering fra mundtlig tale til skreven tekst. Herefter kommer *analysen*, hvor man på baggrund af undersøgelsens formål og emne og interviewmaterialets karakter, afgør hvilke analysemetoder der er velegnede til interviewene. Som det sjette stadie kommer *verificering*. Her skal man fastslå det som indenfor forskningsområdet benævnes generaliserbarheden, samt reliabiliteten og validiteten af interviewresultaterne. Reliabilitet betegner, hvor konsistente resultaterne er, og validitet er udtryk for, om en interviewundersøgelse undersøger, hvad det er meningen, den skal undersøge. Sluttelig kommer *rapportering*, hvorved man som forsker kommunikerer undersøgelsen resultater og de anvendte metoder i en form, der lever op til videnskabelige kriterier, tager undersøgelsens etiske aspekter i betragtning og som resulterer i et læseligt produkt. (Ibid. s. 95)

Dernæst skriver Kvale, at der på det vertikale, *epistemologiske* niveau bør medtages nogle teoretiske referencerammer til begrebsmæssig afklaring af de metodologiske problemer og som bidrager til at fremlægge kontekster til refleksion over interviewforskning. Epistemologi betyder erkendelsesteori (Ibid. s. 27). På det

epistemologiske niveau har jeg i denne opgave valgt at medtage fænomenologisk beskrivelse (data indsamling) og hermeneutisk fortolkning (analyse), som de videnskabsteoretiske referencerammer, samt et teoriafsnit om kommunikation, hvilket jeg kommer nærmere ind på senere. Først vil jeg se på hvad der ligger til grund for valget af dataindsamlingsmetoden.

Interview som metode til dataindsamling

Kvale tydeliggør, at der med ”*inter view*” skal forstås, en udveksling af synspunkter mellem to personer, der taler sammen om et tema af fælles interesse. Interviewet kan opfattes som en *interaktion* mellem interviewerens og den interviewede, eller som viden der konstrueres *mellem* interviewerens og den interviewedes *synspunkter*. Han skriver ”*der sker således et skift mellem dem, der ved, og det, der vides; mellem dem, der konstruerer den pågældende viden, og den konstruerede viden*” (Kvale 2004, s. 27).

Gennem samtaler lærer vi andre mennesker at kende, får noget at vide om deres oplevelser, følelser og håb om den verden de lever i, altså deres livsverden.

Den type forskningsinterview, der beskrives kalder Kvale for - det halvstrukturerede livsverdensinterview⁴. Det definerer han som ”*et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden, med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener*” (Kvale, 2004, s. 19). Ifølge Kvale er det i forskningsinterviewet forskeren, der definerer og kontrollerer situationen. Det er forskeren, der introducerer interviewemnet og kritisk forfølger subjektets svar på spørgsmålene. Hermed tydeliggør Kvale, at man ikke, som forsker, skal drage forhastede konklusioner eller for hurtigt forsøge at konstruere en videnskabelig forklaring, med fare for at gå ud af et forkert spor, nej man skal være åben og være mentalt tilstede - *være i dialog* - og spørge eksplorerende og engageret ind til detaljer og dermed få øje på omstændigheder, man ikke uden den interviewede (subjektet) selv havde kunnet bringe for dagens lys. For først således bliver et interview til en udveksling af synspunkter mellem to personer, der taler sammen om et tema af fælles interesse.

⁴ I dette studie er alle interview livsverdensinterview, da formålet jo er at indhente beskrivelser af den/de interviewedes livsverden. Forskellen består i længden af interviewene og at der i det ene interview kun er en informant, dette betegnes af mange som dybdeinterview, men i princippet er tilgangen den samme (Kvale 2004, s.97).

Kvale anvender to grundforskellige metaforer til at beskrive, hvorledes han opdeler interviewerens rolle i to kategorier, som minearbejder eller som rejsende (Kvale 2004, s. 17-19). Ifølge *minearbejder-metaforen* forstås viden som skjult metal, og intervieweren som en minearbejder, der graver værdifuldt metal op. Nogle minearbejdere søger efter objektive kendsgerninger, der kan kvantificeres mens andre søger efter klumper af essentiel mening. I begge situationer opfatter man viden, som noget der ligger i subjektet og venter på at blive afdækket af intervieweren, men det er vigtigt at denne ikke selv agerer og derved får mulighed for at påvirke den rene viden. Kort sagt man ønsker den i ubesmittet form uden interviewerens påvirkning af resultatet. Kvale skriver at vidensklumperne forbliver konstante til trods for, at de ændrer udseende på transportbåndet fra det mundtlige stadium til den skriftlige lagring.

Den alternative *rejsende-metafor* beskriver han, som en journalist, på en tur, der fører til, at han har en historie at fortælle, når han vender hjem. Den interviewrejsende vandrer gennem landskabet og falder i samtale med de mennesker, han møder. Men han kan også vandre sammen med de lokale indbyggere og stille spørgsmål som de interviewede til at fortælle deres egne historier om deres livsverden.

Det, den rejsende reporter ser og hører, beskrives kvalitativt og rekonstrueres som historier, der kan fortælles til folk i interviewerens eget land. Således bliver rejsen til et billede på erkendelse, den vil ikke alene kunne føre til ny viden; det kan også ske at den rejsende forandrer sig. Rejsen kan give anledning til en refleksionsproces, der fører intervieweren til nye former for selvforståelse, ligesom den kan føre til afdækning af værdier og sædvaner, der hidtil har været taget for givet i den rejsendes hjemland. Med begrundelse i sidstnævnte vælger jeg derfor *rejsende-metaforen*, som interviewerens rolle.

Det er med ønsket om ovenstående jeg har valgt at anvende det halvstrukturerede livsverdensinterview som metode, til at indhente data fra patienten der havde været indlagt lang tid og som havde erfaring med anvendelse af kommunikationskort, samt fra sygeplejerskerne som deltog i observationsstudierne.

For at indhente flere perspektiver på problemfeltet, valgte jeg derfor også, at lave semistrukturerede gruppeinterview, med den begrundelse at netop i gruppeinterview,

kan interaktionen mellem de interviewede føre til ofte spontane og emotionelle udsagn om det diskuterede emne (Kvale, 2004). Som interviewer kan man ikke styre processen på samme måde, som når man interviewer informanterne enkeltvis, men til gengæld er der muligheden for at det fører til afdækning af noget der har stor betydning for gruppen og i plejekulturen. Derfor valgte jeg at medtage semistrukturerede gruppeinterviews. I det følgende kommer jeg ind på overvejelserne bag indsamling af data via deltagerobservation.

Deltagerobservation som metode til dataindsamling

En anden af metoderne hvorpå jeg har indsamlet data er via deltagerobservation. En af årsagerne til at jeg valgte deltagerobservation var, at jeg ønskede viden om hvad der egentlig er på færde i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient. At observere i felten er af antropologer og sociologer en meget benyttet data indsamlings og udviklings proces (Wadel 1991).

Herom skriver Kvale at, når man vil undersøge menneskers adfærd og interaktion med hinanden i deres gensidige kommunikation, kan der være indlejret mere implicite meninger og tavse forforståelser, som eksempelvis de antagelser en gruppe eller kultur tager for givet. I dette tilfælde sygeplejerskekulturen og afsnitskulturen implicite meninger og tavse forforståelser. I sådanne situationer vil observationsstudier og feltstudier af faktisk adfærd suppleret med uformelle interview som regel give mere gyldig information, end hvis man blot spørger nogle mennesker om deres adfærd (Kvale 1997, s. 111).

Selve observationen skulle som sagt foregå på et intensivt afsnit. Situationen jeg skulle observere var kommunikationen mellem den vågne intuberede patient og intensivsygeplejersken, hvor jeg som forsker er passiv deltager (observatør), for at undgå at intervenere og dermed præge processen og for at bevare fokus på at observere. Ved feltobservation er der altid en risiko for, at observatørens tilstedeværelse påvirker adfærden hos de der observeres (Wadel 1991). Herom skriver Wadel at det, at have en observatør på stuen i pleje- og behandlingssituationer, kan resultere i at sygeplejersken og patienten opfører sig anderledes end hvis der ikke var en observatør. De prøver måske at agere på en bestemt måde, med ønsket om at leve op til det, som de tror,

observatøren ønsker at se. Derfor skal man som observatør være bevidst om vigtigheden af at placere sig i en så neutral position som mulig. Af etiske overvejelser valgte jeg også, at informanterne skulle være orienteret om hvad der skulle foregå og jeg valgte at informere om, at jeg var interesseret i viden om hvordan dagen forløber for en vågen intuberet patient på et intensivt afsnit.

Går man tilbage til *den rejsende* metafor, kan man betegne observationsstudiet som der, hvor den rejsende udforsker landets mange områder som ukendt territorium eller ved hjælp af et kort, mens han strejfer om på territoriet. Måske vil den rejsende med vilje opspøge bestemte steder (Kvale 1997).

Feltarbejde i egen kultur kan indebære, at man er blind for nogle opdagelser eller hændelser. Cato Wadel referer til filosofen Whitehead som udtaler; *"Familiar things happen and people don't bother about them. It takes an unusual mind to discover the obvious"* (Wadel 1991, s. 19). Omvendt er der også fordele ved den fælles-kultur, beroende på at der i en fælles-kultur er en gensidig fælles-kundskab, som Wadel skildrer med følgende sætning: *"Med andre ord er det ikke faglig innsikt som i første rekke gjør feltarbeideren i egen kultur i stand til at forstå hva han observerer, men den gjensidige felles-kunnskapen som han deler med dem han studerer"* (Wadel, 1991, s. 19).

Selve forløbet skal foregå på folks egne præmisser, hvorfor det er svært at planlægge eller forudse hvad der sker, hvilket igen indebærer at feltarbejderen skal være fleksibel og parat til at ændre i egne planer og oplæg.

Under feltarbejde observerer man meget mere end det man noterer. Når man studerer "samhandel" kræver det, at man kan omsætte sine observationer til relationelle begreber eller selv udvikle nye relationelle begreber til at fremstille observationerne i (Ibid 1991).

Jeg overvejede hvorvidt jeg skulle observere alle sygeplejersker der arbejdede på intensiv eller om det kun skulle være dem, der havde erhvervet den intensive specialuddannelse, men endte op med, at jeg ønskede situationen så virkelig som mulig – *"på folks (og situationens) egne præmisser"* (Wadel 1991). Derfor ville jeg ikke stille særlige betingelser i form af udvalgte sygeplejersker, patientkategorier eller særlige

sengestuer. Hvis det opleves at have indflydelse vil det blive inddraget i analysen, hvor det har relevans.

Efter således at have beskrevet og begrundet valg af metode for indsamling af data, vil jeg i det følgende komme ind på de overvejelser, der ligger til grund for valg af metode til transskribering af indsamlede data til tekstmateriale.

Fra interview og observationer til tekst

For at gøre en analyse mulig, er det en forudsætning at der genereres tekstmateriale ud fra interviews og observationsstudier. Kvale skriver at transskribering ikke er nogen simpel teknisk aktivitet, men snarere en fortolkningsproces i sig selv (Kvale 2004, s. 161). Han skriver endvidere at mens interaktionen i interviewsituationen er grundigt beskrevet, så har oversættelsen fra mundtlige samtaler til skrevne tekster ikke tiltrukket sig samme opmærksomhed (Ibid). Af mulige metoder til registrering af interview med henblik på dokumentation og senere analyse nævner han lyd-båndoptagelser, video-båndoptagelser, samt notetagning og erindring. Den mest anvendte måde at registrere på er lydbåndoptager, for her kan interviewerens koncentrere sig om interviewets emne og dynamik og bagefter kan man lytte båndene igennem igen og igen for at registrere tonefald, pauser mm.

Videobåndoptagelser kan ydermere indfange visuelle aspekter, men denne rigdom på information gør analysen til en tidskrævende proces.

Et interview kan også registreres og dokumenteres gennem forskerens reflekterede anvendelse af sin subjektivitet og erindring på grundlag af empati og hukommelse, undertiden støtte at notater taget under interviewet (Ibid).

I beslutningsprocessen om hvilken måde jeg ville benytte, medtog jeg endvidere overvejelser om tilgængelige ressourcer (Ibid s.109). Video havde jeg udelukket da jeg mente det ville hæmme personerne for meget og eftersom jeg ikke fandt det etiks korrekt i observationsstudierne. Transskribering af bånd er en meget tidskrævende proces, og ofte er resultatet mange siders tekst. Da jeg ikke havde de tidsmæssige ressourcer, ville jeg være nødsaget til at lade en anden foretage transskriberingen, men her mener jeg der kommer et problem, for Kvale har et med et eksempel illustreret en situation, hvor to personer har transskriberet samme båndoptagelse (Ibid s. 164). Begge havde fået besked på at skrive så ordret som muligt, alligevel var der stor forskel på

deres resultat. Så med fare for at gå glip af data, som vedkommende der skulle foretage transskriptionen, ikke fandt relevante, samt at miste vigtige informationer om tonefald og pauser med mere fravalgte jeg båndoptagning. Jeg overvejede, om jeg så kunne vælge at få en anden til at transskribere og derefter selv lytte båndene igennem, hvilket forekom at være for tidskrævende hvorfor jeg fravalgte denne måde. Derfor besluttede jeg mig for at tage noter under såvel observationerne som interviewene og nedskrive umiddelbart efter observationerne og interviewene. Efter 14 dage læste jeg det igennem igen, med ønsket om at opfange eventuelle uklarheder som krævede konkretisering eller som medførte at jeg måtte gå tilbage til informanterne for at opnå klarhed.

Vel vidende at hukommelsen har sine begrænsninger, når det gælder interviewanalyse, med mulighed for at forglemme detaljer eller sortere væsentligt fra uvæsentligt allerede i interviewsituationen, så har det også sine fordele. Herom skriver Kvale, at fordelene ved denne metode er, at interviewerens umiddelbare hukommelse både vil kunne dække situationens visuelle information og den sociale atmosfære og personlige interaktion, noget som i vid udstrækning går tabt i lydåndoptagelsen. Interviewerens aktive lytten og erindren vil ideelt set også kunne virke som et selektivt filter, der fastholder netop de betydninger, som er væsentlige for undersøgelsens emne og formål (Kvale 2004, s. 162). Så med overstående som argumentation og begrundelse blev valget at jeg tog noter under interview og observation, transskriberede umiddelbart efter – genlæste efter 14 dage og gik ved uklare situationer tilbage til informanterne i forbindelse med interviewene og søgte afklaring.

Fra Kvalets anbefalinger vedrørende transskribering på det metodologiske niveau, går jeg nu over til epistemologiske niveau, med referencerammer inden for den videnskabsteoretiske forståelsesramme.

Fænomenologisk tilgang i forbindelse med indsamling af data

Når man i bred forstand taler om fænomenologi i forskningsmæssig sammenhæng inden for sygeplejen, er der oftest tale om patientfortællinger, hvor patienten taler om sine oplevelser i forbindelse med en speciel situation eller hændelse eller om sit hverdagsliv, ofte betegnet som begrebet livsverden⁵. (Harder 1990; Jensen 1990). Fænomenologien

⁵ "Livsverdenen er indbegrebet af en virkelighed, som leves, erfares og lides. Den er også en virkelighed, der bliver bestridt gennem handling, og virkeligheden i hvilken – og på hvilken- vore handlinger mislykkes" citat af A. Schütz (Jensen 1990, s. 155).

har som centralt udgangspunkt at forstå de fænomener, som vi møder, ud fra informanternes perspektiv og ud fra deres oplevelser og meninger (Thagaard 2004). Fænomenologien søger altså at beskrive fænomenerne sådan som de fremtræder for patienterne.

Her stiller forskeren sig åben og lyttende for hvad der måtte komme og vil gerne have patienten til at fortælle om sine oplevelser, tanker og følelser uden at styre processen i en bestemt retning. (Harder 1990; Jensen 1990).

Steinar Kvale pointerer, at når vi anvender et fænomenologisk perspektiv til indsamling af data, vil det indbefatte følgende: *”Et fænomenologisk perspektiv omfatter fokus på livsverdenen, åbenhed over for interviewpersonernes oplevelser, præcise beskrivelers forrang, forsøg på at sætte forforståelsen i parentes og en søgen efter invariante, væsentlige betydninger i beskrivelserne”* (Kvale 2004, s. 49).

Så ifølge Kvale kan man uddrage, at når man vil undersøge menneskers adfærd og interaktion med deres miljø og hvis forskningsemnet indbefatter mere implicite meninger og tavse forforståelser, eksempelvis de antagelser en gruppe eller kultur tager for givet, kan metoder som interview og feltstudier være med til at sikre det fænomenologiske perspektiv i erhvervelsen af data.

Ud fra ovenstående konkluderede jeg, at den åbenhed, der ligger i den fænomenologiske tilgang, bedst ville kunne give de data, jeg søgte. Fra den fænomenologiske referenceramme går jeg nu videre til den hermeneutiske.

Hermeneutisk fortolkning af data

”Hvis formålet med en videnskab er at forstå betydningen af eller meningen med, hvad mennesker gør og siger, bliver et centralt spørgsmål hvordan fortolkningsviden erhverves” (Jensen 1990, s. 135).

Således indledt, står det klart at det i denne undersøgelse må afklares hvorledes fortolkningsviden skal erhverves. Da et af kernepunkterne i denne undersøgelsen er at forstå og fortolke, gælder det om at vælge en metode og måde der kan rumme denne fortolkning.

Til dette har jeg valgt det hermeneutiske fortolkningsprincip der anvendes i ”den hermeneutiske cirkel”.

Torben K. Jensen der er lektor, Ph.D (statskundskab) og exam. art (filosofi) redegør i artiklen ”Sygepleje som etisk know-how – hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode” for hvorledes det hermeneutiske fortolkningsprincip der anvendes i ”den hermeneutiske cirkel” skal forklares ifølge den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (Jensen et al 1990). At jeg vælger Jensens fortolkning begrundes med at den fremstår mere forenklet og handlingsanvisende, end Gardamers egen beskrivelse og at den ydermere retter sig mod det sygeplejefaglige felt.

Jensen skriver, at ifølge Hans-Georg Gadamer kan hermeneutik ikke opfattes som en videnskabelig metode til at forstå og forklare verden igennem. Hermeneutik eller rettere sagt det hermeneutiske menneskesyn, er i sin grundholdning en måde at være til på som menneske.

Formålet med forståelse er ikke blot at forstå den anden, det er af lige så stor betydning at have selvforståelse. Forstået på den måde at man ikke ”bare” kan se det fra den andens side, det kræver at man gennemlever en forståelsesproces med aktiv egendeltagelse, der involverer at du sætter dine fordomme i spil. Selve forståelsesprocessen anses stadig for at være det grundlæggende fortolkningsprincip i ”den hermeneutiske cirkel” og kan formuleres som ”delene skal forstås ud fra helheden og helheden skal forstås ud fra en indre harmoni mellem delene”(Ibid). På den måde anser Gadamer forståelse som noget der gennemtrænger alle vore erfaringer og dermed vores måde at være til på som menneske og således er der med forståelse ikke tale om en metode eller en erkendelsesteori. (ibid. s.137).

I det følgende uddybes noget af de centrale i Gadamers filosofiske hermeneutik, som Jensen har forstået det.

Han skriver, at Gadamer mener at vi skal betragte *fordomme* som positive, uundgåelige og uundværlige (Ibid s.138). Uundgåelige fordi vi gennem vores opvækst og socialisering får lagt lag på lag af fordomme oven på hinanden og når de opfattes som uundværlige skyldes det to forhold. Det ene er når vi møder en anden, der har et stort antal identiske og fælles fordomme, så har vi lettere ved at forstå personen i en sag. Det andet forhold er når vi møder en person hvis fordomme er meget forskellige fra ens egne. Grundet en ikke tilstrækkelig mængde fælles fordomme sættes en

forståelsesproces i gang med det formål at bygge bro over til det/de fremmede. I Gadamer fortolkning er fordomme således åbnende og befordrende for forståelse. Forståelsesprocessen er tids- og situationsafhængig og kan beskrives fra en før situation der er præget af vores tradition (opdragelse og socialisering) en nu situation der er konstituerende for hvad vi nu er i færd med at blive samt en fremtidssituation der er forventningsfuld, idet den er åben for fremtidig testning af mulig forandring (Ibid. s. 138). Tilmed er *tidsafstanden* en indflydelsesrig faktor, der gør sand erkendelse mulig, forstået på den måde at det at få tingene på afstand (i tid) medfører, at vi har bedre mulighed for at vurdere hændelsens proportioner og betydning, ud fra den betragtning at fejlkilder (eksempelvis egne interesser) bliver koblet ud og fordi de stadige fortolkninger af hændelsen belyser nye sider af denne. (Ibid, s. 140). Ifølge Jensen påpeger Gadamer hermed, at hvis du er tidsmæssigt for tæt på hændelsen vil du ikke være i stand til at opnå ægte (sand) (ny)forståelse af hændelsen, der leder til at du ændrer dine fordomme. Dette tolker jeg kan forklares med, at når ens følelser er for altoverskyggende så er man for subjektivt påvirket af hændelsen, men når der er gået noget tid og man får hændelsen på afstand, kan man forholde sig mere objektivt til hændelsen og dermed bedre vurdere om man burde bære sig anderledes an næste gang. Sluttelig i forståelsesprocessen, beskriver Jensen, at Gadamer taler om forståelse som *horisontsammensmeltning*. Med dette mener han at en horisont er en synskreds, som omfatter og omkranser, hvad der er synligt fra et punkt. Dette punkt eller denne grænse er det vi kan forstå (begribe) her og nu, men da vores udfordring er at flytte denne grænse, må vi sætte en forståelsesproces i gang, så det vi synes er fremmed, kan blive sat i perspektiv, få proportioner og blive forstået (Ibid). Man skal ikke forlade sin egen horisont for at komme ind i den andens horisont, men man må prøve at flytte sin egen horisont mod den andens (som samtidig bør flytte sin horisont mod din) så der kan ske en horisontsammensmeltning. På den måde er fortolkningen og forståelsesprocessen sket ved anvendelse af den hermeneutiske cirkel.

Som en opsummering vil jeg beskrive, hvad jeg anser som den afgørende betydningsforskel mellem den fænomenologiske og hermeneutiske forståelsesramme. I selve fortolkningsprocessen, sætter man inden for fænomenologien sin forforståelse i parentes, altså er bevidst om den men nedtoner den, hvor man indenfor hermeneutikken sætte sine fordomme(forforståelse) på spil for at få dem i spil, ved at anvende teori eller

anden litteratur til at diskutere op mod. Hermeneutikken adskiller sig også fra fænomenologien på den måde, at det ikke blot er at forstå den anden, det er af lige så stor betydning at forstå sig selv – først da sker den sande fortolkning. (Kvale 2004, Jensen et al 1990). Hvor man inden for fænomenologien forsøger at beskrive fænomenet som det fremtræder ud fra aktørernes egne perspektiver, kan fortolkeren inden for hermeneutikken ikke undgå at påvirke resultaterne (Kvale 2004, s. 59-61) Således opsummeret ønskede jeg at benytte en fænomenologisk tilgang i indsamling af data via observationsstudier og interviews, med anvendelse af narrativer fra personernes livsverden i dagligdagssprog. Dette eftersom informanternes oplevelser og perspektiver skulle fremstå som ubearbejdede gengivelser. Derefter anvendtes en hermeneutisk fortolkning, hvor ønsket var at refleksion kunne bidrage til at man inden for sygeplejen via den hermeneutiske cirkel kunne opnå en ny viden og anden form for selvfortællelse . Desuden benyttede jeg, som ovenfor beskrevet Steiner Kvale anvisninger på interview i forbindelse med kvalitative spørgeundersøgelser. I det følgende vil jeg beskrive Kvales metodologiske anvisninger på hermeneutisk fortolkning. Vi er således nået til analysen og dermed det femte stadie i Kvales anvisninger (2004, s.56).

Anvisninger på hermeneutisk fortolkning

Kvale skriver at hermeneutik er studiet af tekstfortolkning og at formålet med hermeneutisk fortolkning er at nå frem til en gyldig og almen forståelse af en teksts betydning. (Kvale 2004, s. 56)

Ud fra en hermeneutisk forståelse er meningsfortolkningen det centrale tema, med specificering af den type mening, der søges, og opmærksomheden på de spørgsmål, der stilles til en tekst: Begreberne samtale og tekst spiller en centrale rolle, og der lægges vægt på fortolkerens forforståelse af tekstens emne. Men samtidig skriver han også, at der ikke findes et magisk værktøj til endelig at afsløre de betydningsskatte, der ligger skjult i de mange sider uigennemskuelige interviewudskrifter, det er derfor stadig forskerens opgave at vælge den rette måde (Ibid).

I forbindelse med mit valg af metode til transskribering beskrev jeg, at der i tilknytning til notetagning og erindring, allerede i interviewfasen er slags fortolkning, eftersom interviewerens aktive lytten og erindren kan virke som et selektivt filter, der fastholder netop de betydninger, som er væsentlige for undersøgelsens emne og formål. Det vil

sige, at jeg allerede i interviewet foretager en form for meningskondensering, idet jeg spørger ind til og forfølger de meningsbærende udsagn så de fremtræder mere koncise under selve interviewet(Ibid).

En af fordelene ved at benytte denne metode er at omfanget af nedskrevet materiale er mere overskueligt – i mit tilfælde 20 sider – samt at der er foretaget en første runde i sortering af væsentligt fra uvæsentligt.

Når det skriftlige materiale af studiet foreligger skal det analyseres og Kvale beskriver fem mulige metoder til analyse (Kvale 1997, s.188). Først beskriver han *meningskondensering*, som i korte træk går ud på at lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen af det der er sagt omformuleres til kortere udsagn. En anden måde er *meningskategorisering* som indebærer at interviewet kodes i kategorier. Eksempelvis ved at lange udsagn reduceres til simple kategorier som ”+” og ”-”, der angiver om et fænomen forekommer eller ikke forekommer. Dernæst beskriver han *narrativ strukturering*, hvilket vil sige at forskeren under analysen skifter mellem rollen som fortællingsfinder – der leder efter de fortællinger der er i interviewene og rollen som fortællingsskaber – der sammenskriver de mange forskellige hændelser til en sammenhængende historie. Som en fjerde mulig metode nævnes *meningsfortolkning* hvor forskeren har et perspektiv på, hvad der undersøges, og fortolker interviewene ud fra dette perspektiv. Fortolkeren rækker ud over hvad der direkte siges med henblik på at udarbejde betydningsstrukturer og –relationer, der ikke umiddelbart fremtræder i en given tekst. Endelig beskriver Kvale *skabelse af mening ad hoc*. Her kommer han ind på, at dette er den mest almindelige form for interviewanalyse, forstået på den måde, at der her anvendes forskellige metoder og teknikker til skabelse mening. Her er altså ingen standard metode men tale om et frit samspil af teknikker under analysen.

Forskeren kan eksempelvis læse materialet igennem og herved opnår et helhedsindtryk, derpå gå tilbage til særlige passager, fortage kvantificeringer som at tælle udsagn eller forme dele af interviewet som fortælling.

Til analyse metode i dette studie har jeg valgt at anvende en form for *ad hoc* metoden til analyse af data. Dette fordi det viste sig mest anvendeligt at fortage analysen i flere omgange, eftersom der her er tale om data fra tre forskellige dataindsamlingsprocesser, nemlig 4 gruppeinterviews, et interview med en langtidsindlagt patient, samt to observationsstudier med efterfølgende interviews af sygeplejersken. Jeg startede med at

gennemlæse mit datamateriale flere gange og foretog via meningskondensering, den første sortering af data, ved at opdele efter overordnede temaer og analyserede de tre forskellige processer hver for sig, hvorefter jeg foretog en sammenfattende fortolkning. I den forbindelse var det bedst at benytte en narrativ strukturering, hvor jeg som forskeren fortolkede mine data, hvorved jeg dannede en ny (fortolket) fortælling, samt ved opstilling af kontraster og sammenligninger (Ibid).

Efter således at have præsenteret, analyseret og fortolket mine data på et forstående og ”naivt” niveau, gik jeg videre til et ”højere” og mere distancerende niveau i diskussionsafsnittet, hvor jeg inddrog teori og forskningsviden i mine fortolkninger for på den måde at anvende mine forforståelser i et mere kritisk perspektiv. Igen foregår det med anvendelse af det hermeneutiske princip i form af den hermeneutiske cirkel, hvor helheden der fremkom i fællesfortolkningen, atter splittes op i enkeltheder for på ny at danne en helhed, når de forskellige temaers betydning danner fornuftige mønstre og indgår i en sammenhængende enhed. På dette mere distancerende niveau var Kvaals meningsfortolkningsmetode den der bedst lod sig anvende, idet mine data med inddragelse af teori og forskningsviden resulterede i at der fremkom nye betydningsstrukturer og – relationer. Men også her anvender jeg kontraster og sammenligninger til at tydeliggøre hvad der er på færde (Ibid).

Etiske overvejelser

De etiske overvejelser går på såvel deltagerobservationsstudiet som materialet fra henholdsvis deltagerobservation og interviews. I deltagerobservationsstudiet vil jeg have fokus på at være så diskret og respektfuld som muligt, så hverken patientens eller sygeplejerskens integritet krænkes (Kvale 2004). Jeg er bevidst om at det kan være grænseoverskridende at skulle stille sig til skue for en forsker. Utrygheden ved ikke helt at vide hvad der søges efter, kan indebære en oplevelse af kontrol eller fejlfinding hos sygeplejersken og at man som patient på en måde blottes sig og stiller sin intimsfære til skue. Det var derfor vigtigt for mig at både patienten og sygeplejersken blev mundtligt informeret om, at mit fokus lå på hvordan hverdagen forløber for en vågen intuberet patient på et intensivafsnit. Derfor gennemføres projektet i henhold til Etiske Retningslinier for Sygeplejeforskning i Norden (SSN 2003), som bygger på de etiske principper, som kommer til udtryk i Helsinki Deklarationen og i FN's

menneskerettighedserklæring. Retningslinjerne bygger således på principperne om autonomi, ikke at gøre skade, at gøre godt og om retfærdighed, hvorfor alle data bliver anonymiseret, hvilket vil sige at samtlige informanter bliver anonymiseret i observations- og feltnoter samt interviews.

Eftersom der ikke indgår biologisk materiale er det ikke nødvendigt at anmelde studiet til Den Videnskabsetiske Komité (Vejledning til Videnskabsetiske Komité 2004).

Informanterne indgår ikke med hverken navns nævnelse eller diagnose, ej heller fremgår det hvilken afdeling eller hvilket hospital der er tale om i datamaterialet, alligevel har jeg for at være på den sikre side indhentet tilladelse fra Datatilsynet se bilag 1 (Lov om personoplysninger 2000).

Metode

Jeg har tidligere redegjort for at studiets formål var at indhente data og i det følgende har jeg efter et velbeskrevet koncept udført observationsstudier og interview. Selve dataindsamlingen blev, som ovenfor beskrevet indsamlet efter en fænomenologisk tilgang hvorefter mine data blev transformeret til tekster, der blev fortolket efter en hermeneutisk fortolkningsproces.

Som vejledning for indsamling og fortolkning af data anvendte jeg Kvaales anbefalinger (2004).

Jeg har valgt at medtage et teori afsnit om kommunikation af Eide og Eide, som jeg har anvendt i diskussionsafsnittet og til at beskrive dette studies forståelse af fænomenet kommunikation.

I diskussionsafsnittet sammenholdt jeg mine fund med de skriftlige kilder der bidrog til dialog og dermed fremkomst af viden der hjalp til at besvare problemformuleringen i konklusionsafsnittet. Der foretages en validering af studiets metode og fund, og der foretages en kritisk vurdering af metoden. Afslutningsvis perspektiveres.

Studiets overordnede rammer vedrørende

fokusgruppeinterview

Jeg har anvendt samme struktur og fænomenologiske tilgang i de følgende 3 dataindsamlingsprocesser.

De semistrukturerede gruppeinterview fandt sted i 4 seancer af ca. ½ times varighed.

I alt deltog 16 sygeplejersker. Allerede efter 2 seancer var der mange ens tilbagemeldinger, men diskussionerne internt mellem informanterne viste sig at føre til ny og interessant viden.

Jeg indledte seancen med et kort rids af udviklingen indenfor det respiratorbehandlingen, hvor man nu tilstræbte at patienterne var vågne og jeg forelagde at jeg overordnet søgte viden om deres erfaringer med at passe vågne intuberede patienter. ”Kan i fortælle lidt om det?” Undervejs fremkom der ny viden som jeg forfulgte med spørgsmål som ”prøv at fortælle lidt mere om det” eller ”kan du uddybe det?” (Kvale 2004).

Studiets overordnede rammer vedrørende interview med en langtidsindlagt patient

Interview af en patient som har haft et lang forløb på intensiv i respirator, kan bibringe megen viden. Desuden blev patienten omtalt under fokusgruppeinterviewene, fordi hun som den eneste patient selv havde medbragt kommunikationskort. Det havde ingen sygeplejersker oplevet hverken før eller efter.

Under samtalen (interviewet) var jeg så åben som mulig, med ønsket om at finde forhold og oplevelser jeg ikke på forhånd havde viden om. Jeg havde aftalt at mødes med patienten, når hun var til kontrol. Det var af praktiske grunde lettest sådan og vi fandt et samtalerum hvor vi kunne sidde uforstyrret.

Jeg havde forudgående dette interview sendt et brev om hvorfor jeg gerne ville mødes med hende og jeg indledte med en kort orientering om mit studie og dets formål, med ønsket om at etablere en atmosfære der kunne skabe tryghed til at tale åbent om sine oplevelser og følelser (Kvale 2004, s. 130). Jeg indledte med sætningen ”prøv at fortæl om dine oplevelser på intensiv” det eneste jeg struktureret spurgte ind til var omkring hendes medbragte kommunikationskort, hvordan havde hun fået ideen? Hvad var hendes erfaringer med at bruge dem?

Studiets overordnede rammer vedrørende observationsstudiet

Informanter der kan indgå i dette studie:

- Voksne patienter, defineret som alle over 18 år og som har indvilget i at deltage.
- Sygeplejersker der arbejder i et intensivt afsnit og som har indvilget i at deltage.

Informanter der ikke kan indgå i dette studie:

- Voksne patienter der har en af nedenstående lidelser
 1. Cerebral skade eller være til observation for en sådan.
 2. Psykiatrisk diagnose eller være psykisk afvigende.
- Hvis sygeplejersken har anden tilknytning til patienten end den rent professionelle.

Med ønsket om at minimere bias, besluttede jeg at deltagerobservation skulle foregå på en anden afdeling, end der hvor jeg selv arbejder. Noget tilsvarende gjorde sig gældende i forhold til mine kolleger, da det er min opfattelse, at man som kollega, vil kunne føle det ubehageligt og overvågende hvis man er ansat på samme afsnit, hvilket var endnu et argument for at det skulle være på et "fremmed" afsnit. Det lykkedes at få én observation på fremmed afsnit, men efterfølgende var det ikke muligt at finde et egnet tidspunkt, og jeg måtte af tidsmæssige årsager lave det andet observationsstudie i eget afsnit. Hvilket viste sig ikke at medføre nogen problemer, idet at blive observeret af en kollega.

Jeg var bevidst om at min tilstedeværelse kunne påvirke patient og sygeplejerske, og jeg ville under observationsforløbet være så anonym som muligt. Derfor sad jeg stille på en stol og var klædt i hvidt som resten af personalet. Min rolle var således passiv.

Med hensyn til spørgsmål omhandlende det nødvendige antal af interview siger Kvale *"Interview så mange personer som det er nødvendigt for at finde ud af det, du har brug for at vide"* (Kvale, 1997, s.108). Fra interviewet, mener jeg, man kan drage en parallel til observationsstudiet omhandlende det nødvendige antal. Vel vidende at det præcis er på dette punkt den kvalitative forskning bliver anfægtet når der holdes op mod datamængden i den kvantitative forskning. Her vil jeg fremdrage det jeg tidligere har berørt, nemlig at kvalitativt set muliggør fokuseringen på enkelttilfældene, at man nøje kan undersøge forholdet mellem en bestemt adfærd og dens kontekst og finde ud af logikken i forholdt mellem individet og situationen (Kvale 2004, s. 109).

Det vil sige at netop i observationsstudiet skal jeg finde og undersøge den enestående kommunikationssituation i dennes kontekst og sammenholde den med en anden enestående kommunikationssituation i dennes kontekst. For i den kvalitative forskning er hver situation unik og hver kontekst er forskellig fra hinanden, til trods for der i

begge forløb er tale om kommunikation mellem en sygeplejerske og en vågen intuberet patient på et intensivt afsnit.

På den ene side vil man observere til man har nok data, til der tegner sig et mønster, men samtidig vil man også gerne have mangfoldigheden og variationen og det unikke ved den enkelte situation (Kvale 2004).

I overvejelserne om hvor mange observationer jeg skulle foretage, viste det sig at allerede efter 2 observationsforløb opnåedes en mætningsgrad, forstået på den måde at der viste sig et vist mønster i situationerne og gentagelser indfandt sig (Kvale 2004).

Alligevel var der også stor variation, idet de to kommunikationssituationer divergerede på forløb og kontekst.

Praktiske overvejelser: For at opnå tilladelse til at udføre observationsstudiet, sendte jeg et brev til ledelsen og personalet på det afsnit jeg ønskede at observere på, og anmodede derom (Bilag 2 og 3). Dernæst kontaktede jeg den daglige leder og fortalte om mit studie og mit ønske om at foretage en deltagerobservation. Lederen var behjælpelig med at finde mine informanter. En sygeplejerske og en vågen intuberet patient.

Patienten og sygeplejerskerne der deltog i observationsstudiet fik både mundtlig og skriftlig information, som anbefalet af Kvale (2004, s. 118).

Fra sygeplejersken fik jeg et skriftligt samtykke, men da patienterne var forhindret i at skrive accepterede jeg et mundtligt samtykke (Bilag 4 og 5). Patienten fik en skriftlig information hvor jeg informerede om studiet og at jeg gerne vil interviewe ham/hende når han/hun var ekstuberet (Bilag 4B).

Med ønsket om at hverken patienten eller sygeplejersken fik indblik i studiets fokus på kommunikation, ud fra den betragtning at det kunne præge dem i situationen, informerede jeg om at jeg ønskede viden om hvordan hverdagen forløber for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

Interview af sygeplejersker i relation til observationsstudiet:

Med ønsket om en fænomenologisk tilgang, og dermed en åbenhed for alt hvad der måtte komme, var det ved dataindsamling ikke muligt at spørge specifikt til noget vedrørende kommunikation. Jeg indledte således åbent med at spørge ”fortæl med egne

ord om det der er sket i forløbet her”, uddybende med ”prøv at fortæl noget mere om det” eller ”Hvad gjorde det ved dig?” med videre. Jeg var meget lydhør for at forfølge det som sygeplejersken fortalte om, netop for at undgå en drejning, jeg havde foranlediget.

Interview af patienter efter ekstubation i relation til observationsstudiet:

I det ene forløb blev patienten, grundet nyopdaget lungekomplikation ikke ekstuberet som planlagt, men fik 10 ekstra døgn på to forskellige intensivafsnit. Patienten oplyste, at han intet kunne huske fra sit forløb på intensiv. Jeg forhørte mig med et par ledende spørgsmål i form af om han havde haft nogle drømme, men han kunne intet huske. Det sidste interview blev ikke muligt at udføre. Få dage efter observationsstudiet, blev patienten ekstuberet og flyttet til et sengeafsnit. Han var utrolig træt og havde meget sekret, og problemer med vejrtrækningen, så han havde ikke kræfter til et interview og jeg ville ikke presse på, men forholdt mig afventende. Han skulle ikke få dårlig samvittighed eller lignede og jeg kunne vente. Efter 10 dage på sengeafsnit flyttes han tilbage til intensiv. Efter yderligere 15 dage i respirator planlægges respiratoraftrapning, men der tilstøder komplikationer og tilstanden forværres hvilket medfører at patienten dør.

Studiets overordnede rammer vedrørende det kvalitative forskningsinterview

Hele processen fulgte de tidligere beskrevne syv stadier for interviewundersøgelse (Kvale 2004).

Tematiseringen er i dette studie ”kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit”; og *designet* er et eksplorerende kvalitativt studie hvor data indsamles via 4 semistrukturerede gruppeinterviews med sygeplejersker, 1 interview med en langtidsindlagt patient samt 2 deltagerobservationer der afsluttes med interview af informanterne. Selve *interviewene* og observationsforløbene bliver indsamlet efter en fænomenologisk tilgang, og *transskribering* sker efter metoden notetagning og erindring. Som overordnet referenceramme til *analysen* benyttes det hermeneutiske fortolkningsprincip og teknisk vil der være tale om metoden som Kvale benævner ”ad hoc” eftersom der er tale om

anvendelse af flere metoder, som i dette tilfælde hvor der er tale om meningskondensering, den narrative meningsstrukturering og afslutningsvis det Kvale beskriver meningsfortolkning, samt ad hoc i form af tydeliggørelse af forskelle og overensstemmelser (Kvale 2004).

Med begrebet *verificering* beskriver Kvale en metode til at "kvalitetsstemple" det kvalitative studies forskningsmæssige værdi. Indenfor forskningsmæssig sammenhæng er der en væsensforskel på den kvantitative forskningstradition og den kvalitative forskningstradition. Idet der inden for den kvantitative forskning, er krav om universel generaliserbarhed, hvor resultaterne er baseret på statistik materiale med et stort antal informanter, og hvor der er en forventning om at resultatet vil blive det samme, hvis "forsøget" gentages, altså en almen gyldighed, som har rødder i en positivistisk opfattelse af videnskab. Af denne årsag kan en vurdering af kvalitativ forskning på den kvantitative forsknings præmisser ende op med, at resultaterne ikke tillægges stor værdi. Dette vil imidlertid ikke yde retfærdighed mod den kvalitative forskning, hvor forskningsmetoderne er udviklet indenfor en anden forskningstradition, som har rødder indenfor den humanistiske videnskabstradition, og hvor det fænomenologiske perspektiv har mennesker, oplevelser og erfaringer som forskningsområde. Derfor vil forskningsresultaterne blive af en mere beskrivende karakter som giver indblik i de pågældende informanternes oplevede livsverden i den kontekst de aktuelt befinder sig i. Det er således ikke muligt at tale om generaliserbarhed i en positivistisk betydning og Kvale kommenterer også, at man bevæger sig fra generalisering til kontekstualisering indenfor den kvalitative forskning, som jeg mener, kan beskrives som, det at resultatet kan benyttes som rådgivende i tilfælde hvor kontekst er sammenlignelig. Malterud beskriver det med, at man kan tale om resultaternes "overførbarhed", som fortæller noget om hvorvidt en undersøgelses resultater kan overføres til at gælde i andre situationer vurderet ud fra undersøgelsens kontekst og informanter (Malterud 2003:63-66). Endelig kommer man til selve *rapporteringen* som skal resultere i et læseligt produkt, hvilket i dette studie er denne opgave.

Teori om kommunikation

Inden en diskussion af data kunne finde sted, var det nødvendigt med en begrebsmæssig forståelse af hvad der er denne undersøgelses forståelse af kommunikation.

Kommunikation skal i denne opgave forstås som en udveksling af budskaber fra en part til en anden jævnfør kommunikationsmodellen (Grove og Topsøe-Jensen) , som er illustreret tidligere i denne opgave. Det er vigtigt at notere sig, at modsat en samtale, som forudsætter talens brug, kan kommunikation også ske uden talens brug. Hvilket er dette speciales undersøgelsesfokus.

Hensigten med kommunikation er at man via gensidig udveksling af budskaber skaber en fælles forståelse og dermed et fælles fundament som man kan agere ud fra. I bogen ”Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen” definerer den amerikanske sygeplejeteoretiker Joyce Travelbee kommunikation, som en handling og en proces hvor man aktivt udveksler tankegange og anskuelser - en proces, hvorved synspunkter bliver udvekslet mennesker imellem ved hjælp af et fælles system af symboler, som eksempelvis sprog, tegn eller håndbevægelser (Travelbee 2002, s. 124).

Når der i denne undersøgelse er tale om kommunikation foregår den mellem en sygeplejerske og en patient og skal forstås som ”professionel kommunikation”.

Herom skriver forfatterparret Hilde og Tom Eide⁶ ”*at professionel kommunikation har til hensigt at skabe god kontakt med patienten, for på det grundlag at bidrage til realisering af professionens og patientens mål*”.(Eide & Eide 2001).

Kommunikation fordrer som det ovenfor er beskrevet, et samspil mellem to personer, og i en kommunikationsproces er der på fundamental vis indbygget et krav om parternes principielle ligestilling (Jensen 1990, s. 9). En kommunikationssituation kan også beskrives som et møde mellem mennesker, og i et sådant møde kan udfaldet aldrig være givet på forhånd, eftersom situationerne hele tiden er under forandring, så hver situation er ny (Jensen 1990, s. 7). Hvis vi relaterer dette til sygepleje og til dette studie, er der altså tale om kommunikationssituationer som ikke er sammenlignelige, hvilket indebærer at undersøgelsesmetoden skulle kunne indbefatte dette. Dette mener jeg at

⁶ Hilde Eide er førstelektor i psykologi og kommunikation ved Høgskolen i Oslo. Tom Eide er dr.phil. i nordisk litteratur og koordinator ved Etikprogrammet ved Oslos Universitet.

kunne stå inde for ved valget af et kvalitativt studie med en fænomenologisk indsamling af data og med en hermeneutisk forståelsesramme til analyse af data. Da det ikke er hensigten at kvantificere nogle typiske mønstre, men at kvalificere viden på feltet ved at belyse nogle kommunikationssituationer.

Hilde og Tom Eide (2001) skriver at professionel kommunikation har til hensigt at skabe god kontakt med patienten, for på det grundlag at bidrage til realisering af professionens og patientens mål. De beskriver at professionalitet i sundhedsfaglig kommunikation kan kendetegnes ved fire hovedpunkter (2001, s. 21): nemlig *kundskab og færdigheder; etik; empati og målorientering*.

Herom skriver de at kundskab og færdigheder er grundlaget for alle professioner og at de mener at praktisk kommunikation er på lige linje med teknisk instrumentelle færdigheder. Som regel er der et nært samspil mellem kundskab, instrumentelle færdigheder og kommunikation. Man bør derfor sigte mod både at vide hvorfor og vide hvordan man bør kommunikere i en forventning om kunne informere tydeligt og formidle ro til patienten.

Endvidere skriver de at sygeplejerskens etik udvikles i skæringsfeltet mellem dennes personlige værdier og professionens værdigrundlag. Her henviser de til fagets etiske kodeks, som i dette tilfælde er de nedskrevne i Norsk sygeplejeforbund 1994.

Via etiske refleksioner, skal man som sygeplejerske finde balanceforholdet mellem frihed, hjælp og tvang, eksempelvis i de situationer hvor patienten ikke ønsker den behandling, som omsorgsyderen mener, er den bedste for ham.

Empati er evnen til at lytte og sætte sig ind i en andens situation og til at forstå den andens følelser og reaktioner. Her mener Eide og Eide, at sygeplejersker skal være bevidste om både at have empatisk indlevelse og respekt for den anden, der i sit væsen er forskellig fra en selv. De berører efterfølgende den problemstillingen det kan afstedkomme, når at de benytter fænomenet empati, netop fordi det kan overlape med og skille sig fra fænomener som intuition, sympati og identifikation. Empati skal i professionel sammenhæng opfattes som et ord, der på den ene side er en forudsætning for at *opnå nærhed*, kontakt og forståelse for den anden, men samtidig hjælper den professionelle til at *opretholde en nødvendig afstand* for at beskytte sig selv og andre.

Hvad gælder begrebet målorientering, beskrives dette, som at besidde evnen og viljen til at lade kommunikationen blive styret af professionens overordnede målsætning, hvilket igen fordrer faglig viden. Så ud over empati og fagkundskab er netop det, at være bevidst om formålet med kommunikationen, afgørende for at kunne yde en god hjælp og omsorg.

At yde professionel kommunikation indebærer blandt andet aktiv lytning. Her henviser Eide og Eide til Florence Nightingale der i sin bog "Notes on Nursing" fra 1860 skriver i sine anbefalinger "*sid altid indenfor patientens synsfelt, så han ikke behøver at dreje hovedet smertefuldt for at se på dig når du snakker til ham*" (Eide & Eide 2001, s. 138). På den måde kan man sige, at der ikke er meget nyt at lære, men et klart signal om, at de gamle tiders tanker og værdier indenfor professionel kommunikation stadig et tidssvarende.

De foreskriver endvidere at man skal *være henvendt*, både verbalt og nonverbalt, for dermed at vise interesse, omsorg og opmærksomhed hvorved den anden (patienten) føler sig ivaretaget (taget godt hånd om). Vær bevidst om, at når den anden åbner sig er der muligheder for at hjælpe og støtte, men også mulighed for at misbruge situationen til at krænke og såre.(ibid. s.138).

Eide og Eide (2001) skriver også at man skal være bevidst om at udstråle kongruens, hvilket vil sige at der er overensstemmelse mellem det nonverbale og det verbale sprog, så det ene understøtter det andet. I modsat fald giver det modtageren en uklar opfattelse af dit budskab, som kan resultere i utryghed og mistillid.

Et andet vigtigt element er at man parafraserer. Her er tale om at man omformuler det patienten har sagt, eller gestikuleret for at afkontrollere at man har forstået det korrekt. Dette vil oftest relateres til det talte sprog og de kognitive data eller budskaber, men det er lige så vigtigt at kunne spejle patientens følelser, for på den måde viser man, at man har forstået den andens emotionelle verden.

Dette speciale har sin hovedvægt på den nonverbale kommunikation, derefter har jeg vægtet også at medtage Eide og Eide's beskrivelser og anvisninger om dette fra deres nyeste bog "Kommunikation i Praksis" som kom på dansk i 2007. Deres nye bog er en opdateret og udvidet udgave af deres første bog, og stadig meget handlingsanvisende og

brugbar indenfor social og sundhedsområdet. Inden for det nonverbale område er medtaget et ekstra punkt om tempo, men ellers er beskrivelserne stort set identiske. Her tilføjer de at når det drejer sig om den nonverbale kommunikation er der tale om at formidle budskaber via kroppen og stemmen (stemmeføring). Det er derfor vigtigt at man som professionel har viden om disse signaler, så man kan anvende dem til at fremme kommunikationens ønskede budskaber, altså det vi vil fortælle patienten og samtidig være bevidst om at undgå de ikke ønskede budskaber, eksempelvis at vi er fortravlede, som genererer stress for begge parter. Et af de første tegn og signaler vi skal være opmærksom på er *ansigtsudtryk*. Ved at se på patientens ansigtsudtryk får man et middel til at få information om patientens tilstand, ser patienten forpint ud? Er ansigtet sammenbidt, er der tårer og skælvende underlæbe, eller møder man et stort smil? Sygeplejersken skal omvendt være opmærksom på sit eget ansigtsudtryk. Hun kan, hvis hun ikke er bevidst om det, komme til at udtrykke eksempelvis medlidenhed, fortvivlelse eller afsky.

Et andet signal vi skal have fokus på er blikket og *øjeblik* (Eide & Eide 2001; Gjengedal 1994). Patienten kan via blikket fortælle om han "er med i det der sker" eller om de er tomme og fraværende, og sygeplejersken skal være opmærksom på at se patienten i øjnene, så patienten føler sig set. Ikke stirre eller strengt observerende men naturlig. Derudover vil også kropssprog og ansigt sende signaler, som patienten oplever som venlige og opmærksomme eller mistænksomt overvågende. Man skal som professionel have viden om og være bevidst om kropssproget, så man i situationen kan være henvendt og vise at man er der for patienten. Der skal være kongruens i det verbale og nonverbale, og ved at bruge hånd- og hovedbevægelser kan vi stimulere kommunikationen. Desuden skal sygeplejersken være naturlig afslappet eftersom ro overføres og uro smitter. I plejen skal man således være opmærksom sine bevægelser, så man demonstrer ro og overblik frem for det modsatte.

Stemmens klang, styrke og intensitet kan yderligere sende signaler og man skal være sig bevidst om at få et roligt stemmeleje, at trække vejret og undgå skinger klang. Altså have en rolig stemmeføring.

Berøring har flere funktioner og kan medvirke til at formidle kontakt, sympati og omsorg forståelse, medfølelse, trøst, støtte, mm. Med berøring kan man gøre

opmærksom på at man vil indlede en samtale og man kan holde opmærksomheden under samtalen. Nogle patienter er glade for berøring mens andre synes det er ubehageligt, så man skal være opmærksom på de signaler patienten sender, eksempelvis hvis patienten trækker hånden til sig, stivner eller slapper af nyder det. Meget tyder på at jo mere sanserne er reduceret og jo alvorligere sygdommen er desto vigtigere kan berøring være (Eide & Eide 2001, s. 151). Berøring må ikke anvendes så det kan opfattes som magt eller seksuelt krænkende, og man skal være opmærksom på at der er variationer inden for forskellige aldersgrupper og kulturer.

Stilhed og ikke ord har også indflydelse på kommunikationssituationen, så det er vigtigt at give pauser. De skriver, at stilhed er som pauser i musik, det skaber spænding og forventning eller ro til at fatte sig. Man må aldrig presse patienten, men derimod udstråle ro og lade patienten få tid til at bearbejde de svære emotionelle situationer. Sygeplejersken kan ved at være stille og via sit kropssprog signalere ”jeg lytter” kom igen bare fortæl videre.

Tempo er ikke, som de andre områder, særskilt beskrevet, men jeg vælger at opfatte det på samme måde som indenfor kropssproget, forstået på den måde at hvis man taler for hurtigt kan det virke stressende og være svært at forstå for patienten. Rolig stemmeføring som før omtalt og tydelig artikulation.

Som en grundregel er kommunikation en formidling af budskaber som det er søgt illustreret med ovenstående figur i starten af opgaven. Kommunikationssituation er udvidet og mere kompleks i Eide og Eide’s beskrivelse af det de kalder **den holistiske processuelle kommunikationsmodel**. De skriver:

”Heraf fremgår det at kommunikation kan være en kompleks og til dels uoverskuelig proces, som består af en række forskellige elementer – verbale og nonverbale, bevidste og ubevidste, intuitive, fornufts- og følelsesmæssige – som alle spiller sammen som vigtige dele af helheden, og som alle kan opøves og videreudvikles med et professionelt formål for øje” (2007, s. 96)

Endvidere kommer Eide og Eide (2007) de ind på at uens kulturbaggrund kan medføre at man opfatter situationen forskelligt. Både på det verbale og nonverbale område er der nogle koder, som langt hen af vejen er bestemt af den kultur eller samfundsgruppe, som

de er udviklet inden for. Med to cirkler der mere eller mindre overlapper hinanden, svarende til den komplementære mængde, altså den fællesmængde kommunikationsparterne har, illustrerer de, at man skal være opmærksom på kulturforskelle nuancer. Set i det perspektiv har en dansker og en nordmand lettere ved at kommunikere end en dansker og en japaner.

Inden for det nonverbale beskriver Eide og Eide at mange udtryk er universelle. Dette gælder især signaler for trussel og følelser som angst, vrede og skam, så selv om vi ikke kan tale hinandens sprog, er der stor sandsynlighed for at vi alligevel kan forstå, når en person fra en anden kultur er bange via nonverbale koder. Men derimod er der større variation når det gælder andre signaler, eksempelvis når man med ”tomlen i vejret” ønsker at signalere at godt gået, vil det i mellemøsten kunne fortolkes som en obskøn opfodring (Eide & Eide 2007).

Præsentation og analyse af data

I det følgende præsenteres og analyseres undersøgelsens fund. Nedenstående temaer fremkom efter anvendelse af den hermeneutiske cirkel, hvor jeg med efter gennemlæsning af mit datamateriale har analyseret mig frem til enkeltdelene der består af naturlige betydningsenheder (Kvale 2004). Det der dominerer i betydningsenheden lader sig bedst udtrykke i temaer som det fremgår af nedenstående, det er det Kvale beskriver som meningskondensering. At jeg her anvender den hermeneutiske fortolkning understøttes af, at jeg som forskeren ser de betydningsenheder og i kraft af min forforståelse vælger de temaer jeg selv kan se mening med i forhold til dette studies formål. Altså en horisontsammensmeltning af min egen forforståelse og den nye viden jeg har erhvervet via gennemlæsning af mit datamateriale.

Første præsenteres og analyseres data fra de fire fokusgruppeinterviews.

Data fra fokusgruppeinterviews

I de *fire semistrukturerede gruppeinterviews* deltog alle sygeplejerskerne aktivt og ville gerne tale om deres oplevelser og erfaringer. Der herskede en tryk og tillidsfuld atmosfære som inspirerede til erfaringsudveksling. Fra de fire interview kunne jeg efter transskribering, gennemlæsning og via analysemetoden meningskondensering udlede nedenstående temaer.

At være bevidste om at informere

Det første der sprang i øjnene var, at alle sagde de gjorde sig overvejelser om adfærd på stuen når de passede vågne patienter.

Sygeplejerskerne var enige om at de generelt var mere bevidste om at informere patienten om hvad de lavede og hvornår de forlod stuen, end hvis patienten havde været sederet, dette selvom alle godt vidste, at det var noget man altid burde gøre, men det faldt mere naturligt og man huskede mere på det når patienten var vågen.

De gjorde også mere ud af at informere den vågne patient om hvem de var og hvad deres rolle var, samt jævnligt at informere patienten om hvor han er, hvorfor han er her, samt hvilken dag og tiden på døgnet det er.

I plejeforløbene var de meget opmærksomme på at huske at informere undervejs, når de eksempelvis vasker og ordner patienten eller skal ændre lejrning.

At prøve sig frem

Når det gjaldt kommunikationen med den vågne intuberede patient var udgangspunktet, at den enkelte sygeplejerske prøver sig frem til hun finder den for patienten og hende bedste kommunikationsform i den aktuelle situation. Ingen af sygeplejerskerne lagde sig fast på en enkelt kommunikationsform som de mestrede mere end en anden. De havde ikke indarbejdet faste rutiner om at søge information om hvordan patienten bedst kommunikerede via sygeplejeturnalen og de foretog ikke en systematisk dokumentation af kommunikationsmetoder som patienten foretrak eller ikke foretrak. Sygeplejerskerne var enige om at de indledningsvis forsøgte at få øjenkontakt med patienten for at skabe sig et indtryk af hvor bevidst patienten var. Ved det første møde i starten af vagten præsenterede de sig og informerede patienten. Det var i dette møde at de prøvede at opnå vished om hvorvidt patienten var bevidst om tid sted og egne data. Det afhang dog af patientens tilstand – jo mere stabil patientens tilstand var desto mere information og kommunikation var der mulighed for.

Når der skulle anvendes kommunikationsredskaber var førstevalget papir og tus. Alle kendte til pegetavler og staveplader, men det viste sig, at de ikke lige vidste hvor disse redskaber befandt sig.

Når der var tale om meget vågne patienter forsøgte de at anvende lightwriter eller pc.

At transformere budskabet

Efter det første møde med patienten prøver sygeplejersken sig igen lidt frem, gerne verbalt og understøttet med øjenkontakt, ofte suppleret med at gestikulere nonverbalt når sygeplejersken informerer eller hjælper patienten med at udtrykke det han prøver at "sige". Sygeplejersken transformerer det patienten prøver at udtrykke når hun "gentager" det hun tror patienten udtrykker, ved at sige det. Altså ved at verbalisere budskabet og afvente godkendelse af hvorvidt budskabet er korrekt opfattet.

Når de skulle indhente viden om patienten var det ofte i klare og korte sætninger som eksempelvis "*Har du ondt?*"; "*Har du kvalme?*" "*Fryser du?*" og så videre. Det svære opstår når man er i tvivl om hvorvidt patienten forstår det man siger eller hvis man ikke kan gætte hvad han ønsker at fortælle. Dette opstår primært i situationer hvor der er tale om kommunikation af mere emotionel og eksistentiel karakter.

At vurdere patientens kognitive tilstand

Det blev berørt flere gange, at det var svært, at være helt sikker på om patienten var så vågen som man havde opfattelsen af. Det var sket enkelte gange at sygeplejersken havde været overbevist om at patienten var vågen klar og relevant og dermed kognitiv intakt, svarende til sin habituelle tilstand. Men da patienten blev ekstuberet viste det sig, at patienten var uklar på tid sted og egne data, han var forvirret og brudstykkeagtig i sin kommunikation, sagde en masse der ikke hang sammen eller gav mening. Det var en svær situation at tackle i øjeblikket og medførte at sygeplejersken fremover tvivlede mere, før hun følte sig overbevist om patientens kognitive tilstand. Der var hele tiden en iboende uvished.

Ifølge Kvale (2004) er der under et gruppeinterview en potentiel sandsynlighed for at der kan fremkomme spontane og emotionelle udsagn, som resultat at informanternes indbyrdes dialog. I de fire afholdte seancer fremkom fire nævneværdige episoder, som beskrives i det følgende.

SAT - alarm som den intensive klokkesnor

Under et af gruppeinterviewene fremkom det, at en del af sygeplejerskerne siger til patienterne at de skal tage deres "SAT" måler⁷ af, når de skal i kontakt med sygeplejersken. De siger til patienten at "*når du tager den af, alarmerer den og så kommer der nogen*". Først indtræder en slags stiltiende konsensus, hvorefter der kommer udsagn om, at det da også havde sine ulemper, som når en vågen og meget "kontaktsøgende" patient har stort behov for nærvær og derfor tager den af konstant. Så fremkommer en spontan kommentar fra en af sygeplejerske, for hun havde hørt noget om at patienterne helst ville have en klokkesnor, som de kendte og var trygge ved, frem for at skulle forholde sig til at tage noget overvågningsudstyr af og sætte gang i alarmer. Det satte gang i følelserne og til dette blev den ene sygeplejerske meget pikeret, hun svarede prompte "*nu skal man jo ikke undervurdere patienten*". Jeg gik ikke yderligere ind i diskussionen, for jeg ville se hvordan det udviklede sig. Der kom dog ingen kommentarer fra andre og emnet blev ikke diskuteret nærmere.

Refleksive tanker om private samtaler i patienters og pårørendes nærvær

Under et andet af gruppeinterviewene fremkom det, at en sygeplejerske havde haft en samtale med en tidligere kollega, inde på stuen ved patienter og pårørende til medpatienten. De havde talt om deres tidligere fælles afdeling, at det gik dårligt, ingen kunne holde ud at være der og så fremdeles. Da kollegaen var gået, kommenterede den sygeplejestuderende som var tilknyttet sygeplejersken, at han synes, hun burde undgå at tale privat og at man som personale ikke burde tale nedsættende om andre eller andre hospitalsafsnit, i patienter og pårørendes påhør. Umiddelbart var sygeplejersken blevet lidt sur over at blive belært af en studerende, men efter at have tænkt sig lidt om måtte hun erkende at han havde helt ret. Hun blev faktisk glad over han havde påpeget det. Det hørte med i det at agere professionelt synes hun.

Enkelte kommenterede at man jo bare var et menneske og at det jo var ens arbejde og når man ikke kunne forlade patienten skete det jo at sådanne ting passerede.

⁷ Saturationsmåleren er en lille "klemme" eller "fingerhylster" som måler iltindholdet i blodet. Den udløser en alarm når de fastsatte grænser overskrides, eksempelvis når den ikke kan måle, fordi den ikke sidder korrekt.

De fleste var dog af den opfattelse at sådanne ting talte men aldrig om i patienter og pårørendes nærvær.

Kommunikationskort

Som et tredje resultat af informanternes indbyrdes samtale kom episoden om en patient som havde medbragt sine egne kommunikationskort. Det havde været rigtig godt og alle talte begejstret om at det var godt. Små sedler hvor der stod alt det man kunne forvente at ville sige eller spørge om, når man var indlagt på intensiv.

At føle afmagt

En af sygeplejerskerne fortalte om en patient han havde passet gennem et par dage. Det var tydeligt at patienten ville spørge om noget, men sygeplejersken kunne ikke gætte hvad det var. Patienten var træt men prøvede at skrive via papir og pen. Det startede med noget der lignede et "o" og en masse bølger. Sygeplejersken kom med en masse bud, men ramte ikke det rigtige. Så pludselig på vej ud af stuen kom tanken "overlever jeg?", det var indlysende, hvis det var det patienten ville vide. Tilbage til patienten og spørge. Jo, det var det patienten ville have svar på. Sygeplejersken slutter "*det var rart at have gættet det og i det hele taget er det rigtig svært når det gælder mere eksistentielle spørgsmål*".

Data fra interview med langtidsindlagt patient

Efter at have præsenteret data fra de fire fokusgrupeinterviews, vil jeg indledningsvis foretage en præsentation af den langtidsindlagte patient for derefter at gå videre til data fra interviewet.

Patienten som i dette studie omtales den langtidsindlagte patient (PL) er en kvinde på 35 år. Hun fik på daværende tidspunkt konstateret at hun led af en kronisk og uhelbredelig sygdom. Forløbet på intensiv ligger 3 år tilbage og strakte sig over 2½ måned.

PL's indlæggelse var planlagt og hun mener selv, at det mentalt var en stor hjælp, at hun havde mulighed for at forberede sig på indlæggelsen og det intensive forløb.

PL elsker den barske natur, blæsten, havet og store vidder, hvilket falder godt i tråd med at hun opholdt sig i Skotland da hun blev syg. Efter at have oplevet det personlige traume det er, at blive erklæret alvorlig og livstruende syg, var hun så langt i bearbejdningen af sin eksistentielle krise, at hun på utroligste vis var så afklaret med sin

situation, at hun havde ressourcer til at "tage sagen i egen hånd". Derfor brugte hun ventetiden, som en slags terapi, til at søge viden og information om sin sygdom. Hun fandt forskellige hjemmesider og især den amerikanske hjemmeside brugte hun meget. Det var her hun blev opmærksom på at det ville være en god ide hvis man som patient havde nogle kommunikationskort med. Altså noget materiale til brug for perioden hvor man stadig lå i respirator og gerne ville kommunikere eller som minimum sikre sig en mulighed for at gøre andre opmærksom på sine behov og ønsker. Selve kommunikationsredskabet kalder PL for "Respirator bog" (Bilag 6, 6B og 6C) og der figurerer navn og stamafdeling på denne del af "bogen". Rent håndgribeligt er der tale om fortrykte sætninger, der er skrevet med stor typografi og fede bogstaver. De er skrevet på A4 papir og senere klippet i strimler på 2½ - 3 cm bredde så de udgør et kommunikationskort, se bilag 5. De fleste er med kort ordlyd, og deler sig i klare budskaber som: "*jeg har smerter*" og "*jeg har kvalme*", "*tilkald en læge!*" eller "*sluk lyset*", eller spørgsmål som: "*har jeg feber?*", "*hvor meget blod fik jeg?*", "*er jeg ok?*" eller "*hvor er min familie?*". Der er dog også kort med budskaber af mere emotionel karakter som eksempelvis omhandler "*jeg er bange for at dø*", "*jeg tør ikke være alene*" eller "*jeg har panikangst*".

Foruden disse kommunikationssætninger er der også små vers omhandlende storheden, skønheden og mangfoldigheden ved naturen og livet, samt verset "Herren er min hyrde". Disse brugte PL som en slags mental støtte der gav hende styrke til at gennemleve de svære episoder på intensiv.

Nedenstående temaer er fremkommet efter transskribering, gennemlæsning og via analysemetoden meningskondensering. De fortæller om PL's oplevelser fra sin periode på intensiv som patient i respirator.

Kommunikationsredskaber

PL var meget glad for sin respiratorbog. Det gav hende en tryghed. Hun kan dog ikke på stående fod huske hvilke kort hun anvendte mest, men hun mindes at det til tider var svært at finde rundt i kortene når hun skulle finde det rigtige kort. Hun erindrer at skriftstørrelsen var god, for man er sløret og træt i starten, med al den medicin i kroppen. Da hun blev mere vågen kunne hun anvende den elektroniske "lightwriter" og hun pointerer at det fordrede, at man hun vågen og klar for at anvende den. Da jeg

spurgte ind til om hun havde haft en pc, kommenterede hun at det havde været en god ting. Især hvis der var mulighed for, at man ud over kommunikation med personale og pårørende også fik mulighed for kommunikation med andre der ikke var i umiddelbar nærhed, samt bare det at kunne gå på nettet. Det ville hun gerne have haft mulighed for. Det ville have medført en øget kommunikationsmulighed og have hjulpet på kedsomheden.

PL fortæller spontant at hun havde svært ved at forstå de norske sygeplejersker, der passede hende. De var søde og flinke til at tale langsomt. Men hun havde rigtig svært ved at forstå hvad de sagde.

Kedsomhed

En anden dimension hun kom ind på var kedsomhed. Det bare at ligge og vente uden aktivt indhold i dit liv, det er kedeligt. Noget kunne måske være løst med en netadgang. Men hun kom ind på at det for hende især, ville havde været godt, hvis der havde været mulighed for at bruge hænderne. En form for håndarbejde (strikke, filte mm) ville have været en god ting.

Det omgivende rum – mental påvirkning og mulighed for egen mestring

PL fortalte at hun på et tidspunkt havde udsyn til et billede som for hende lignede en Kristus figur. Det gjorde hende som kristen glad og hjalp hende som mental støtte. Men pludselig en dag var billedet væk. Først da billedet var borte, blev PL opmærksom på den indflydelse billedet havde haft for hende, det gav det hende en form for tryghed, styrke og glæde.

En anden oplevelse PL havde, var at personalet tændte fjernsynet. Dette uden at inddrage hende og uden at finde ud af hvad hun kunne lide at se og høre. Faktisk havde hun behov for ro til at begribe og tackle sin egen situation. På den måde brugte hun meget (unødig) energi på at distancere sig fra støjen fra fjernsynet.

At være et fremmed objekt

PL fortæller om en episode hvor hun i et vagtskifte oplever, at der er en stemning af fest omkring hende. Hun mener også hun hører ordet ”fredagsbajer”. To sygeplejersker taler sammen i hendes nærvær på stuen. Den ene er lige kommet hjem fra ”shopping” i

London og skal først berette om sine dejlige indkøb og dernæst opdateres på ”sin patient”.

PL beskriver ”*De var totalt i deres egen verden og jeg var bare et fremmed objekt*”.

Hun oplyser at hun havde åbne øjne og kunne se og høre alt. Alligevel var det uvirkeligt at opleve når sygeplejerskerne talte om hendes sygdom. Den ene sygeplejerske berettede højt for den anden sygeplejerske, at prognosen generelt var dårligere for kvinder end for mænd og det kunne medføre at nogle muligvis ikke overlever. PL kan huske at den ene sagde ”*Måske skal vi også forberede os på at sende en af sted denne gang*”. Denne sidste sætning gjorde PL angst og bekymret. Der skulle 3 lægesamtaler til, før hun atter følte sig rolig.

Nedgørende tale

Særligt to episoder kan PL huske som krænkende og nedgørende. Den ene fortæller hun foregår i en vagt hvor PL mere eller mindre oplever tvang, da hun skal trække vejret gennem en maske og hun synes det er meget ubehageligt og angstprovokerende.

Sygeplejersken siger ”*Ja, jeg er fra den hårde skole*” og tilføjer ”*Jeg har også børn på din alder*”, begge udtalelser opleves som at ”barnlig gørende” og nedgørende. PL opfattede det som unødvendig magtanvendelse og var efter denne episode skrækslagen hver gang hun skulle passes af denne sygeplejerske. Det resulterede også i at PL på et tidspunkt frabad sig at blive passet af pågældende sygeplejerske.

En anden episode udspiller sig da PL har haft afføring i sengen. PL beretter at sygeplejersken i en vred tone sagde ”*Nu har du gjort i bukserne igen – du må da kunne styre det!!*” Det var utrolig krænkende. ”*Jeg var jo dybt ulykkelig*” slutter PL.

Den ligeværdige relation

De bedste oplevelser var når man kendte den sygeplejerske der passede en. Navnlig en sygeplejerske skilte sig ud. Hun var fantastisk og hun var den, der bedst forstod mig. Både hvad jeg ville sige og hvordan jeg havde det. Hun tog hensyn til mig som menneske på en meget ligeværdig måde.

Det samme gjaldt når overlægen fra sengeafsnittet kom på besøg. Det var livgivende og fyldte mig med håb. Han forstod at informere om det jeg havde behov for. ”*Han tog sig tid og havde en god ro over sig, og havde en god balance i tale og pauser*”.

Der kom også jævnligt en sygeplejerske fra sengeafsnittet, som fast fulgte sådanne sygeforløb som mit. Det var rart med disse besøg, især fordi man blev informeret om sygeforløbet, som hun havde viden om fra alle de andre patienter, der havde været igennem det samme. Det gav mig troen på at jeg nok skulle overleve og at jeg snart ville ”komme op til dem – op i lyset”

Data fra de 2 observationsstudier

Indledningsvist følger en kort beskrivelse af informanterne i de 2 forløb.

Jeg har oplyst patientens køn og alder, men ikke omtalt diagnose med anonymisering for øje.

I det ene forløb ”1” deltog patienten (P1) en 65årig mand, som var akut indlagt efter en faldulykke i hjemmet og havde været intuberet i 10 døgn og ligget 10 dage på intensiv fordelt på to afsnit. Sygeplejersken (S1) der passede ham havde ca. 10 års erfaring fra det intensive speciale og er specialuddannet, og derudover var en anden sygeplejerske (S1B), hun var intensivkursist og i praktik fra anden afdeling. Ingen af sygeplejerskerne havde passet patienten tidligere. Det var planen at patienten skulle ekstubereres og sygeplejersken forberedte dette ved at stoppe for sondeernæring så patienten var fastende, hvilket er et krav i henhold til den lokale instruks. Desuden stoppede hun den ”pumpe”, der kontinuerligt havde doseret smertestilende medicin til patienten. S1 fortalte om begge dele til patienten og begrundede det med, at han skulle være klar til at trække vejret selv, og han skulle sige til hvis han får ondt. Patienten blev dog grundet lunge komplikationer ikke ekstuberet som planlagt, så retrospektivt var patienten nok i en mere ustabil fase end man først havde antaget.

I det andet forløb ”2” deltog patienten (P2) en 75årig mand. Han var indlagt til en planlagt operation for en livstruende lidelse, som normalt forløber glat, men som i dette tilfælde endte i et akut og kritisk forløb. Han havde været intuberet i 20 døgn, heraf de sidste 10 døgn med en tracheostomi og han havde ligget på intensiv i samfulde 20 døgn og var nu i en stabil fase. Sygeplejersken der passede ham (S2) havde ca. 14 års erfaring fra det intensive speciale og er specialuddannet. Sygeplejersken har passet patienten mange gange tidligere.

Herefter følger data som er fremkommet efter noteteknik, transkribering, gennemlæsning og via analysemetoden meningskondensering er følgende temaer udledt.

Det intensive rum

Det var påfaldende så meget jeg bemærkede den larm og støj, der kom fra maskiner og apparatur og fra personale og pårørende. Det fremstod klart under begge forløbende og yderligere bemærkede jeg at der faktisk kom en del støj fra ventilationssystemet, diverse pc'er, musik og tv udsendelser.

For begge observationerne gjaldt det, at jeg observerede i dagtimerne og altså i perioden hvor der på et intensivt afsnit er mange praktiske gøremål i form af personlig pleje, skift af diverse sår og soignering ved diverse dræn, katetre, tuben, plastre mm. For begge forløb var dagen travl og hvor mange personer kom til og fra patienten, såsom patientens egen sygeplejerske, en sygeplejerske der hjælper, en læge ved stuegang, portører til vending og lejrning, personale fra røntgen afdelingen samt rengøringspersonale. Desuden lå begge patienter på tosengsstuer, kun adskilt af et tyndt gardinforhæng, så den aktivitet der var omkring medpatienten kunne tydeligt høres og fornemmes.

Patienten som fremmed objekt eller menneske

P2 havde været indlagt i lang tid og var kendt af personalet omkring ham, ikke alle præsenterede sig ved navn, men der var *øjeblikkontakt, et nik og en goddag hilsen*.

Patienten virkede som om han kendte til døgnrytmen og var fortrolig med diverse pleje-, vende- og løfterutiner hvorfor særskilt information ikke virkede nødvendig. P1 sad en del af tiden i en stol, hvilket medførte at man bedre kunne få øjenkontakt med ham fra mange steder i rummet og ikke behøvede at komme tæt på eller "over" patienten.

I situationen ved P1 ved jeg ikke hvordan sygeplejerskerne præsenterede sig fra morgenstundens første møde, eftersom jeg ikke var der fra starten. Selv om sygeplejerskerne og patienten ikke kendte hinanden fra tidligere, herskede der ikke desto mindre en fortrolig og afslappet atmosfære.

S1 oplyste patienten om, at han skulle have et klyx, så der kunne komme "gang i maven", og at der ville komme to portører til at hjælpe med at vende ham om på siden.

Da portørerne kom ind på stuen sagde de hverken goddag eller præsenterede sig for patienten der var *Ingen øjenkontakt, intet nik eller goddag hilsen.*

Den ene begyndte at løsne løftestykket omkring patienten og den anden kørte sengen op. Sygeplejersken tog øjenkontakt til patienten og sagde ”*vi vender dig lige*”.

Da P1 atter skulle vendes gentog forløbet sig dog hilste portøren, der stod foran patient med *øjeblik og et lille nik.*

I en anden situation havde sygeplejersken informeret om, at der snart kom stuegang, så lægen kunne beslutte hvornår han kunne få ”røret” op af halsen. Da lægen kom på stuegang præsenterede hun sig ikke, men tog stetoskopet op og lyttede på thorax og abdomen. *Ingen øjenkontakt, intet nik eller goddag hilsen.*

Da personalet fra røntgenafdelingen kom, var der *øjeblik og nik* og der blev sagt ”*Vi skal lige tage et røntgenbillede...⁸ derfor lægger vi en hård plade ind under dig*” Rengøringsmanden var hurtig og involverede sig ikke med øjenkontakt eller nik.

Mange gøremål på samme tid

En af de første ting der sprang i øjnene, var de mange gøremål omkring P1.

Sygeplejersken forsøgte at systematisere sengebadet, men blev *afbrudt af sugning flere gange.* Ved hver sugprocedure tog hun rene handsker på samt sprittede hænder ved behov - god hygiejne, men jeg bemærkede det var tidskrævende, når det var så hyppigt det foregik.

Dernæst blev sengebadet *afbrudt af vending, da der skulle gives klyx og igen ved stuegang og røntgen.* Men sygeplejersken var meget opmærksom på at informere patienten, så han var med på hvad der foregik.

Ud over at være i gang med sengebadet havde sygeplejersken *fokus på patients tilstand* i form af bevidsthedstilstand, smerter, hud mm og løbende havde hun blikket på diverse monitorer, eksempelvis patientens tryk, puls, saturation og EKG, også diverse alarmer fra medicinpumper og *apparaturløst krævede hendes opmærksomhed.*

Sygeplejerskerne kommunikerede kontinuerligt med patienten under sengebadet og det var primært S1 der informerede om hvad der skulle ske: ”*nu vil vi vaske og ordne dig så du ligger bedre*” ... ”*så kommer der stuegang og planen er at du skal have røret op af halsen*”. Hun havde under denne information øjenkontakt og blev efterfølgende stående,

⁸ ... (tre prikker) betyder pause

som for at afvente en mulig reaktion fra patienten. Hun havde en rolig stemmeføring og tydelig artikulation. Det nonverbale kropssprog var roligt, imødekommende og afventende.

Under selve sengebadet beder S1 patienten om at løfte armen og han hjælper til.

"Jeg tør lige efter" – patienten nikker som accept.

"Er det ubehageligt?" – ryster på hovedet

Hoster og er tydelig generet af tuben, informeres om at hun bliver nødt til at suge ham.

Det er ubehageligt men varer kun et øjeblik.

Pt har noget psoriasis lignende udslæt på huden og S1 spørger om han bruger noget speciel creme – patienten nikker bekræftende.

Pt bliver lidt urolig er tydeligt generet af tuben – hoster en del men uden særlig kraft.

Bliver suget jævnlige. S1 prøver at flytte tuben over i venstre side for at se om det hjælper og det virker som om det hjælper, for han falder til ro.

Da han bliver barberet er kropssproget velvære og afslappelse.

S1 Spørger om han vil lytte musik – P1 ryster på hovedet.

Forløbet ved P2 var helt anderledes og roligt, måske fordi patientens tilstand er mere stabil og der var ro omkring plejeproceduren. Det var tydeligt at patient og sygeplejerske kendte hinanden og havde indarbejdet en rutine, løbende øjenkontakt og sygeplejersken benyttede sig af både verbal og nonverbal kommunikation. S2 *"vil du have dine briller nu?"* P2 nikker. S2 *"Vasker du selv overkroppen i dag?"* P2 nikker. Der var ingen afbrydelser i sengebadet. Rolige bevægelser og rolig stemmeføring når sygeplejersken talte.

Op ad formiddagen blev der kommunikeret ved hjælp af papir og pen, omkring ønsker for TV og drikke.

At prøve sig frem

P1 ligger stille og ser op i loftet. Han er tydeligvis generet af tuben og hoster en del, som medfører at han skal suges. P1 vil gerne sige noget prøver at kommunikere men S1 har svært ved at forstå ham for hun *kan ikke mundaflæse* og han *bruger ikke andre kommunikationsmetoder*, som eksempelvis hænderne. Efter nogen tid henter S1 *en blok og en stor tus* (oplyser at den er let at holde på og let at se) siger at han skal prøve at

skrive hvad det er han vil fortælle hende. Han virker lidt afventende og usikker på at gå i gang og hun spørger ”*vil du have nogle briller?*” P1 ryster på hovedet. Prøver igen at skrive men opgiver. Lukker øjnene og lader blokken synke ned på dynen.

Umiddelbart efter informerer hun patienten om hvor han er, hvorfor han er her, hvilken dato det er og tid på dagen. At hans datter og nabo er orienteret. Hun spørger ind til om han ved det – men der kommer ingen respons. Hun oplyser også at han kommer til at tale igen når røret er oppe af halsen.

Dernæst stiller hun afklarende spørgsmål: *Har du ondt? Ligger du dårligt? Er der noget vi skal gøre?* På alle spørgsmålene svarer han ved at ryste på hovedet.

Sidst på dagen bliver patienten atter urolig – piller ved tungen, bændelsnoren der fikserer tuben og tuben. Rækker ud med hånden som om han vil nå noget eller have kontakt med nogle. S1 spørger *er du tørstig?* - han ryster på hovedet.

I forløbet hos P2 foregår dagen mere rutine præget, han kender døgnrytmen, er ikke plaget af særlige tubegener, (måske fordi han er traheostomeret og således ikke har det orale ubehag ved tuben) og virker rolig sit blik. Desuden mestrer han at bruge papir og pen, samt med håndbevægelser at pege på ting eller at imitere at han drikker, for at gøre sygeplejersken opmærksom på at han er tørstig. Hun opfatter det straks, prøver et par muligheder men P2 ryster på hovedet. Derefter får han papir og skriver sit ønske. Det samme gør sig gældende da han vil se tv, han peger op på fjernsynet der hænger oppe på væggen, og vedrørende ønske om kanal og program skriver han det.

At føle afmagt

P1 gestikulerer løftet arm og former læberne – vil gerne sige noget – S1 prøver at mundaflæse men det er svært og hun giver op. Kropssproget og verbale signalerer hun ”*jeg er ked af det men jeg kan ikke forstå hvad det er du vil sige mig*” skulderne løftet og hænderne undskyldende vinklet udad med håndfladerne op, øjenbrynene løftet.

Afmagt – jeg giver op.

Patienten virker også opgivende, lukker øjnene og synker tungt ned i sengen.

Lægen kommer på stuegang. Præsenterer sig ikke. Lytter på lunger og abdomen udbryder spontant ”*hold dag op*”, men siger intet til patienten. Kommer ind igen og

informerer P1 om at der skal tages et røntgen billede – ”vi skal se om der du har vand på lungerne – måske skal der tappes noget væske”. Går igen. Umiddelbart er der ingen reaktion fra P1, men fysisk bliver han tiltagende urolig.

På et tidspunkt da der er lidt ro omkring patienten, kan man se han lytter. Hans øjne retter sig mod nabosengen hvor der bag et forhæng kan høres stemmer. Patienten kan dog ikke grundet tuben dreje hovedet og se efter hvad der sker. Lukker øjnene et øjeblik.

Fra observationsstudiet går jeg videre til interview med sygeplejerskerne umiddelbart efter observationsforløbene.

Data fra sygeplejerske informanter:

Data er fremkommet efter interview med sygeplejerskerne, hvor der ved hjælp af notetagning og erindring er foretaget en transskription. Efter gennemlæsning og via analysemetoden meningskondensering er følgende temaer udledt.

At prøve sig frem

Sygeplejerskerne synes det generelt er svært, når de ikke kan forstå hvad patienten vil sige.

Den ene fra forløb 1 siger ”man prøver, men gir ligesom op når man ikke får feedback”, og hun fortsætter ”det er utrolig svært at vurdere hvor meget patienten forstår” ...”alle har hørt om patienter der var helt fra snøvsen efter ekstubation”.

”Man prøver sig frem” ...”hvad virker for denne patient?”

Ved forløb 2 siger sygeplejersken ”Det er rart når man kender patienten”. Hun fortæller at hun ofte bruger den eller de første gange hun passer patienten til at lære patienten at kende og finde ”den gode rutine” eller ”vejen der virker”. ”Her kører det jo bare på skinner” hun fortæller at der almindeligvis efter mange dage på intensiv kommer en slags rutine. ”Når patientens tilstand bliver mere stabil og man kender patienten kan man bedre koncentrere sig om hvordan han har det og hvad han har behov for”. Men når sygeplejersken ikke kender patienten er det ofte svært, for så kan de ikke rigtig gætte hvordan patienten har det eller hvad han vil.

Dårlig samvittighed – (at føle afmagt)

Sygeplejerske fra forløb 1 siger ” *jeg har dårlig samvittighed over for patienten, jeg synes jeg burde sætte mig og holde ham lidt i hånden. Men der er hele tiden så meget praktisk man skal gøre*”. (hvilket jeg også fik indtryk af under selve observationen). Sygeplejersken fortæller også at der er meget at sætte sig ind i når det er første gang man passer patienten.

Patienten som menneske

Fra forløb 2 siger sygeplejersken ”*Det er rart når man kender patienten og også hans pårørende hvis han har nogle*” ... ”*på en måde får man et særligt forhold til patienten.* Sygeplejersken taler om at det gør dagen lettere når man ved hvad patienten kan og ikke kan eller ønsker og ikke ønsker. Hun synes hun får mulighed for at gøre noget for patienten, men omvendt hvis patientens tilstand bliver forværret er det også sværere, for så går der meget tid til behandling og observation. Hun oplyser også at hun bliver mere følelsesmæssigt involveret når det er en patient hun kender godt.

Sammenfattende analyse af data

Efter at have foretaget en analyse af data efter den hermeneutiske metode, hvor jeg er gået fra helheden, som er hele mit datamateriale, til enkeltdele i form af temaerne via metoden meningskondensering, vil jeg i det følgende fortage en sammenfattende analyse, hvor jeg atter samler enkeltdelene i en narrativ meningsstrukturering. Kvale beskriver, at der her er tale om en sammenfatning eller rekonstruktion af de mange beretninger i en fortættet og sammenhængende version (Kvale 2004 s. 197). Desuden vil jeg også i den narrative meningsstrukturering sætte min egen forforståelse i spil med ønsket om, at denne analyse frembringer en handling, der giver historien pointe og helhed sat i relation til opgavens problemformulering nemlig at belyse hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit, samt at afklare hvilke faktorer der indvirker på kommunikationen. Mere præcist er der tale om hvad der *kan ske*, eftersom data er baseret på enkeltstående kvalitative beskrivelser, som hver især fremtræder unikke.

Jeg vælger at analysere observationsforløbene først, da det konstituerer baggrunden for analysen.

Fælles for begge observationsforløbene var, hvor tydeligt det var at fornemme den travlhed der præger et intensivt afsnit. Med travlhed mener jeg, at der for sygeplejersken, er mange ting at gøre omkring og med den enkelte patient, samt at der er mange personaler, der har et ærinde hos patienten. Derudover er der en monoton basislarm på selve stuen, som opstår fra ventilationen og maskinstøj fra eksempelvis pc'er, respiratorer og andet apparatur, afbrudt af periodevise alarmer og procedurer som ved sugning, barbering og lejring. Desuden var der periodisk lyde i rummet i form af musik eller tv udsendelser.

Alt i alt et paradoks i og med en i forvejen sygdomsstresset patient har brug for ro og hvile.

De to observationsforløb adskilte sig fra hinanden på den måde, at der i forløb 1 var tale om en patient, som var i en ustabil sygdomsfase og som sygeplejersken ikke havde plejet før. Hvorimod der i forløb 2 var tale om en patient i en mere stabil sygdomsfase og som sygeplejersken havde plejet mange gange tidligere.

I selve kommunikationssituationen var det tydeligt, at sygeplejersken i forløb 1 brugte meget tid på at prøve sig frem for at finde ud af hvor ”patienten var” forstået på den måde, at hun var ved at opbygge en relation til ham, og forsøgte at finde ud af hvor meget han forstod og hvordan de bedst kunne kommunikere sammen. Det lykkedes at etablere kommunikationssituationer hvor der var gensidig forståelse, eksempelvis ved vaske proceduren. Men både patienten og sygeplejersken oplevede også situationer hvor kommunikationen ikke lykkedes og hvor begge så ud til at føle en form for afmagt i og med deres forsøg ikke resulterede i en funktionsdygtig kommunikationsmetode. Både sygeplejerske og patient havde øjenkontakt og sygeplejersken gjorde meget ud af at informere og kommunikere på en ligeværdig måde, idet hun via øjenkontakt og nonverbal kommunikation understøtter det verbale i at *være henvendt* og ville det bedste for den anden. At hun påtager sig et professionelt ansvar for at sikre information til ”sin” patient, demonstrerede hun, da hun greb ind og informerede patienten, i situationen hvor portørerne var i færd med at vende patienten. Fra portørerne og lægen var der i dette observationsforløb intet forsøg på at informere ligeværdigt. Lægen,

præsenterede sig ikke, talte højt med sig selv uden at være henvendt eller have øjenkontakt med patienten og portørerne hverken præsenterede sig eller informerede om hvad de ville foretage sig. Patienten blev på den måde anset for at være et fremmed objekt eller tingsliggjort.

I forløb 2 var der allerede opbygget en relation og patient og sygeplejerske havde fundet deres kommunikationsmetode. Portører og andet personale der kom på stuen, havde øjenkontakt og nikkede venligt.

Fra sygeplejerskerne, der deltog i de fire fokusgruppeinterview, var der erfaringer med, at man prøvede sig frem, til man fandt den kommunikationsform der var anvendelig i situationen, hvilket er samstemmende med fundene fra observationerne og fra interviewene med sygeplejerskerne fra observationsforløbene. Derudover var sygeplejerskerne meget bevidste om, at det var dem der formidlede information til patienten, tilsvarende det vi ser i forløb 1, hvor sygeplejersken løbende informerer patienten også da portørerne er påbegyndt at vende. Desuden følte sygeplejerskerne sig også ansvarlige for, at det var dem, der skulle give patientens budskab videre. Navnlig i forbindelse med det at skulle transformere patientens budskab, opstod en oplevelse af afmagt, når de ikke kunne forstå hvad patienten ville eller hvis sygeplejersken ikke fik den feedback, hun skulle bringe i anvendelse for at finde en funktionsdygtig kommunikationsmetode.

Både fra fokusgruppeinterview og interview med sygeplejerskerne efter observationsforløbet var der eksempler på, at det kunne være svært, at være helt sikker på hvorvidt patienten nu var så vågen og kognitiv klar, som han umiddelbart fremstod. I relation til sidstnævnte ville jeg ønske, at jeg havde spurgt ind til hvilken betydning det havde.

Fra både fokusgruppeinterviewene og interviewet med den langtidsindlagte patient var der begejstring for anvendelsen af kommunikationskort. Det tyder på at det medførte en klar kommunikation hvor patientens behov blev tydeliggjort via disse kort. Dog oplyste patienten, at det til tider kunne være lidt svært at finde det rette kort til, i og med der ikke var en særlig systematik i kommunikationskortene. Patienten husker ikke hvilket kort hun benyttede mest, men omvendt oplyste hun ikke at der var et kort hun manglede, så hun må have ramt et godt og dækkende niveau.

Patienten kom med en oplysning om at tiden på intensiv kunne være lang og det medførte at hun havde kedet sig. En form for håndarbejde eller netadgang via PC ville være en god ide, fortæller hun.

Den langtidsindlagte patients oplevelse var, at der er stor variation i den enkelte sygeplejerskes måde at tackle nærvær og menneskelig relation i forholdet patient – sygeplejerske. Nogle udøver en form for magt, hvor de taler nedgørende til patienten og behandler patienten som et fremmed objekt, mens andre sygeplejersker evner at skabe en ligeværdig relation, så man føler sig tryk og får håbet igen.

Her kan jeg drage parallellen til de fund der fremkom under fokusgruppeinterviewene. For det at tale med kolleger om andre personer i patientens nærvær er ikke fremmede for et ligeværdigt samarbejde med patienten, da patienten kan få oplevelsen af at være fremmedgjort i situationen.

Når sygeplejersken anvender en SAT- alarm frem for en klokkesnor, kan en mulig årsag være, at hun ureflekteret har ladet sig socialisere til den gældende praksis i afsnitskultur. På den måde handler hun ud fra det hun tror, er bedst for patienten. De reflektive overvejelser fra en kollega vandt ikke gehør i første omgang, men det har forhåbentlig givet anledning til nogle overvejelser. Det er svært at forestille sig, at nogle sygeplejersker bevidst skulle have til hensigt at påføre patienten et angst og stressfremkaldende forløb på intensiv, forstået som det at selve plejehandlingen medfører en øget belastning for patienten. Derfor ville det være ønskeligt hvis sygeplejersken satte sig sin forforståelse i spil og var nysgerrig på hvilke oplevelser tidligere patienter har og oprigtig arbejde for at inddrage patienten. Et eksempel kan ses i et af kommunikationskortene fra den langtidsindlagte patient, som havde ordlyden ”Jeg vil gerne have kaldeknappen inden for min rækkevidde” (bilag 6C). Her kan man se det giver en tryk for patienten, og dagligdags ord anvendes i form af kaldeknapp. Det er sandsynligt, at patienten kendte til betegnelsen kaldeknappen om klokkesnoren fra tidligere indlæggelser eller fra almen viden som lægmand og derfor foretrak at anvende det kendte og trykke.

Noget peger i retning af at det er muligt, at etablere en ligeværdig og mellemmenneskelig relation, hvor både patient og sygeplejerske oplever, det er god kontakt og gensidig forståelse i kommunikationssituationen.

Diskussion

Efter at have foretaget en primær fortolkning af mine data på et forstående og mere naivt fortolkende niveau af den erhvervede viden fra mit studie, vil jeg i det følgende inddrage teori og forskningsviden med henblik på den videre fortolkning af mine data. I dette diskussionsafsnit vil jeg således diskutere mine data med andre tekster hvilket er kernen i den hermeneutiske fortolkning. På dette mere distancerende niveau, vil jeg som tidligere beskrevet benytte den ifølge Kvale (2004) meningsfortolkende metode og opstille kontraster og sammenligninger, hvor det er muligt for at skærpe fokus på meningsforskelle eller meningsoverensstemmelser.

Som det første vil jeg kort opsummere hvordan fænomenet kommunikation, forstås og forklares ud fra teorien.

Ifølge Joyce Travelbee (2002) er hensigten med kommunikation, at man via gensidig udveksling af budskaber tilvejebringer en fælles forståelse og dermed et fælles fundament, som man kan agere ud fra. Nærmere betegnet som *en proces* hvor man aktivt udveksler tankegange og anskuelser hvorved synspunkter bliver udvekslet mennesker imellem ved hjælp af et fælles system af symboler, som eksempelvis sprog, tegn eller håndbevægelser. Dette vil jeg beskrive som en "afkodning", og altså nøglen til hinandens kommunikationskoder.

I dette speciale er der til forskel fra kommunikation i almindelighed det faktum, at patienten er i en uvant og kritisk situation på intensiv i forbindelse med respiratorbehandlingen som i sig selv har indflydelse på kommunikationen, samt at patienten samtidig er forhindret i at tale, hvilket bevirker at patientens vanlige kommunikationsmetoder er stærk påvirkede og begrænsede.

Derudover hersker der et skævt magtforhold mellem patienten og sygeplejersken, idet patienten er direkte afhængig af sygeplejersken og dennes faglige kundskaber og vilje eller formåen til at indgå i et relationelt samarbejde med patienten. Det stiller derfor krav til sygeplejersken om at kunne forvalte den opgave, der ligger i det, at skulle tilgodese både patientens behov og ønsker samtidig med, at hun sikrer at patienten får dækket sine behov for den rette pleje og behandling, så han overlever og bliver rask.

Der vil optræde situationer hvor patientens og behandlerens behov ikke er samstemmende.

Dette har forfatterparret Hilde og Tom Eide (2001) beskrevet som begrebet ”professionel kommunikation”, der har til hensigt at skabe god kontakt med patienten, for på det grundlag at bidrage til realisering af professionens og patientens mål.

Summarisk kan man sige at kommunikation fordrer, som det ovenfor er beskrevet, et samspil mellem to personer, og i en kommunikationsproces er der på fundamental vis indbygget et krav om parternes principielle ligestilling. Dette til trods for den skæve magtbalance, hvilket fordrer at sygeplejersken er bevidst om sin måde at håndtere denne på.

Endvidere fortæller litteraturen, at en kommunikationssituation kan beskrives som et møde mellem mennesker, og i et sådant møde kan udfaldet aldrig være givet på forhånd, eftersom situationerne hele tiden er under forandring, så hver situation er ny.

Herfra vil jeg diskutere ud fra problemformuleringens første del, med det for øje **at belyse hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit**, og jeg vil tage udgangspunkt i hvad jeg fandt i mit eget studie.

I begge observationsstudierne fik jeg et indblik i hvordan sygeplejersken og patienten kommunikerer eller forsøger at etablere en kommunikation med ønsket om at kunne ”afkode” hinanden og dermed etablere et fælles fundament, som de kan agere ud fra. I forløb 1 kendte sygeplejersken og patienten ikke hinanden og sygeplejersken brugte megen tid og havde meget fokus på at etablere en for dem brugbar kommunikationsform. Dette viste sig ved at hun inden plejehandlingerne informerede, som eksempelvis før sengebadet hvor hun med rolig stemmeføring og tydelig artikulation sagde: ”*nu vil vi vaske og ordne dig så du ligger bedre*” ... ”*så kommer der stuegang og planen er at du skal have røret op af halsen*”. Herefter afventer sygeplejersken, med et roligt og imødekommende kropssprog, på en eventuel reaktion fra patienten. Patienten kommunikerer ved at nikke eller ryste på hovedet, ikke store bevægelser, sikkert grundet tubegener. Han tager ikke tiltag til at kommunikere ved at pege eller lave fingersprog, og ved forsøg med papir og tus opgiver han, at gøre sig forståelig. Han ønsker ikke sine briller og virker på sin vis afmægtig.

I forbindelse med udførelsen af sengebadet informerer hun kontinuerligt om handlingerne og forsøger at medinddrage ham og gøre ham aktiv. Dette vil jeg betegne som det Eide og Eide (2001) beskriver som at *være henvendt*, idet hun via øjenkontakt og kropssprog signalerer – ”jeg er her for dig” - til patienten. Hun demonstrerer tydeligt sine færdigheder og kundskaber i kommunikation, og sin professionelle evne for empati til at *opnå nærhed* til patienten. Desuden viser eksemplet at hun, blandt andet ved sengebadet, sugeprocedure, klyxgivning besidder evnen og viljen til at lade kommunikationen blive styret af professionens overordnede målsætning, og på den måde bevarer hun også den professionelle kommunikation til at *opretholde en nødvendig afstand* for at beskytte sig selv og andre. Hun arbejder hele tiden på at etablere en relation i kommunikationssituationen, men hun tilsidesætter ikke livsvigtige observationer eller udsætter pleje eller behandlingstiltag fordi hun synes det er synd for ham. På den måde kan hun bevare den professionelle rolle, så hun ikke bliver familiær eller følelsesmæssigt tilknyttet, og dermed risikerer at miste det professionelle fokus på opgaven. Det lykkedes at kommunikere i situationer hvor der var korte præcise spørgsmål, som kunne besvares ved at nikke eller ryste på hovedet.

I forløb 2 udspiller sig en anden kommunikationssituation i og med sygeplejersken havde passet patienten flere gange tidligere og således kendte de hinanden. Det indtryk man fik, var at der herskede en gensidig fortrolighed mellem dem. Sygeplejersken havde rolige kropsbevægelser, og de kommunikerede med jævnlig øjenkontakt og nonverbale fagter og i enkelte situationer benyttede patienten pen og papir til at gøre opmærksom på sine ønsker og behov. Her kan man sige at de har afkodet hinanden og skabt et fælles system af symboler, som Travelbee (2002) beskriver. Samtidig var sygeplejersken stemmeføringen rolig når hun talte. Her vil jeg sige, at også sygeplejersken i dette forløb mestrer den professionelle kommunikation. Hun er det Eide og Eide beskriver som at *være henvendt* i alle pleje- og kommunikationssituationer, hvorfor jeg mener man kan tale om funktionel eller velfungerende kommunikation, hvor det for begge parter lykkedes at ”sende” og ”modtage” hinandens kognitive og affektive budskaber.

Det at agere i menneskeligt samspil, beskriver Schou og Egerod (2008) beskriver som *menneskelig interaktion* (human interaction) og Gjengedal (1994) som *betydning af*

medmennesker (human contact). Gjengedal fandt også ud af at omsorgsnærvær fra personalet reducerede patientens følelse af at være tilsidesat og at fysisk kontakt med andre mennesker havde betydning for at genvinde kontakten med egen krop. Wojnicki-Johansson (2001) fandt at sygeplejersker mener at kropssprog og ansigtsudtryk er et vigtigt element i sygeplejen. Samt at det er af stor betydning at være stille i udførelsen af sygepleje for at få patienterne til at føle sig trygge, hvilket ovenstående forløb synes at bekræfte. Desuden konkluderer hun, at det at skabe en funktionel kommunikation med patienten fordrer empati og en trial-and-error tilgang, for at finde den optimale kombination af afvekslende metoder (Ibid)

I forløb 1 var det tydeligt at sygeplejersken var i gang med en proces, hvor hun forsøgte at afkode sin patient med den hensigt at lære patienten at kende og finde deres fælles kommunikationsfundament, og hun prøvede under hele forløbet flere former for kommunikationsmetoder i form af tale, kropssprog, mundaflæsning og papir og tus. Dette at afstemme "hinanden" eller bedømme patientens kognitive tilstand, beskrev en sygeplejerske i Gjengedals studie med følgende udsagn: "det er essentielt at have øjenkontakt med patienten – så man finder ud af om man er i samme "verden.

I det andet forløb så det ud til at der allerede var etableret et samspil mellem patienten og sygeplejersken, og i selve kommunikationsprocessen var der indbygget en principiel ligeværdighed, eller med andre ord, der var en (mellem) *menneskelig interaktion*. (Schou og Egerod 2008).

I begge forløb var eksempler på sygeplejerskerne mestrede den professionelle kommunikation, endda nærmere det Eide og Eide (2001) beskriver i den holistiske processuelle kommunikationsmodel eftersom der indgår elementer fra det verbale og nonverbale, bevidste og ubevidste, intuitive, fornufts- og følelsesmæssige, og som alle spiller sammen som vigtige dele af helheden, hvor patientens ønske og behov søges inddraget i relation til pleje- og behandlingstiltag, som klarificerer et professionelt formål for øje. At dette opleves i begge forløb, mener jeg kan tilskrives sygeplejerskernes mangeårige erfaring inden for det intensive speciale og at begge sygeplejersker specialuddannet inden for det intensive speciale. For på den måde er de fortrolige med det uforudsigelige og komplekse i patientens mere eller mindre stabile kritiske sygdomstilstand, og de har viden, så de kan prioritere den menneskelige interaktion og den professionelle kommunikation.

I sin søgen efter at etablere en velfungerende kommunikation, i den aktuelle situation, på de givne vilkår, prøver sygeplejersken sig frem i en kontinuerlig proces, som nærmest kan beskrives som en hermeneutisk cirkel, med henblik på at opnå en horisontsammensmeltning.

Et andet formål med dette studie var **at afklare hvilke faktorer der indvirker på kommunikationen, herunder hvilke muligheder og begrænsninger der ligger i kommunikationssituationen.**

Litteraturen beskriver at der som udgangspunkt altid vil være en masse faktorer der spiller ind, når der tales om hvilke faktorer der indvirker på kommunikation (Eide & Eide 2007, Travelbee 2002). Eksempelvis kan nævnes kommunikationskonteksten som kan udgøre rummet det forgår i, tid på døgnet, omstændighederne det foregår under, patientens tilstand, samt kulturelle og sociale baggrund samt kommunikative færdigheder, dette skal så sammenholdes med sygeplejerskens tilstand, samt hendes kulturelle og sociale baggrund, samt hendes kommunikative færdigheder.

Eide og Eide (2007) nævner at man skal være opmærksom på kulturelle og sociale forskelle. Dette har de illustreret med to cirkler, hvor den komplementære mængde udgør personernes fællesmængde. Jo større fællesmængde desto større er chancen for at personerne forstå hinanden.

I det følgende har jeg medtaget det som fremkom i mit studie og sammenholdt det med teori og forskningsviden der vedrører disse fund.

At være indlagt på et intensivt afsnit er i sig selv forbundet med angst, hvilket er Gjengedal's (1994) fund bevidner, i og med patienterne oplever en generel øget sensibilitet for ydre stimuli i form af lys og lyd. At være afskåret fra at tale grundet respiratorbehandling, virker yderligere begrænsende i kommunikationen.

Muligheden for at skabe ro på intensiv er ikke let, hvilket også kom til udtryk i dette studie, hvor det fremgik, at der var en del larm og uro. Denne larm gav sig udslag både i form af en basis grundlarm fra diverse maskiner og pludselige lyde i form af eksempelvis alarmer.

Samt det forstyrrende at der hele tiden er nogle personer omkring patienten.

Sammenholdes dette studies fund med forskningslitteraturen, viser det sig at der er overensstemmelse. Gjengedal (1994) fandt i sit studie, at nogle patienter oplevede angst og utryghed både i relation til alt det tekniske udstyr, men også deres alarmer var direkte

skræmmende og Schou & Egerod (2008) fandt, at patienter oplevede det var som at være i en hønsegård, når medpatienten havde besøgende. Dette bekræftes yderligere af data fra den langtidsindlagte patient, idet hun berettede, at hun faktisk havde behov for ro til at begribe og tackle sin egen situation. Når personalet tændte for fjernsynet brugte hun meget og unødigt energi på at distancere sig fra støjen. Ser man bort fra den fysiske støj, fremkom der i studiet viden om, at det omgivende rum via eksempelvis billeder, kan have en mental påvirkning på patienten. Det hører ikke helt ind under dette studies fokus, men jeg mener det er værd at notere sig, at påvirkningen fra det omgivende rum også har en mental dimension, som kan have indflydelse på patientens psykiske velvære og derigennem påvirke kommunikationssituationen.

Som afrunding af dette, vurderer jeg, **at støj og uro** er en faktor der har indflydelse på selve kommunikationssituationen, enten af selve støjen i rummet eller som en mental påvirkning i form af en psykisk belastning. Med dette for øje kan man således ræsonnere, at sygeplejersken skal være opmærksom på at minimere den direkte støj fra apparatur og alarmer i det omfang det er muligt, samt indhente viden om patientens ønsker i relation til eksempelvis tv og besøgende.

Tidligere har jeg omtalt vigtigheden af, at sygeplejersken får etableret et samspil eller en menneskelig interaktion med patienten, før en ligeværdig og fælles forståelse kan danne det fælles fundament, som patienten og sygeplejersken kan kommunikere ud fra.

Det norske forfatterpar Eide og Eide (2001) skriver at professionel kommunikation har til hensigt at skabe god kontakt med patienten, for på det grundlag at bidrage til realisering af professionens og patientens mål. De gør opmærksom på betydningen af at sygeplejersken har færdigheder og kundskaber i kommunikation og besidder evnen og viljen til at lade kommunikationen blive styret af professionens overordnede målsætning. Endvidere skriver de at sygeplejerskens etik udvikles i skæringsfeltet mellem dennes personlige værdier og professionens værdigrundlag og at hun via etiske refleksioner, skal finde balanceforholdet mellem frihed, hjælp og tvang, eksempelvis i de situationer hvor patienten ikke ønsker den behandling, som omsorgsyderen mener, er den bedste for ham.

Sygeplejersken med sin empati evne at sætte sig ind i patientens situation for dermed at forstå patientens følelser og reaktioner (Ibid). For at bevare det professionelle skal

sygeplejersken være bevidst om både at have empatisk indlevelse og respekt for den anden, der i sit væsen er forskellig fra en selv. Forstået på den måde at det er vigtigt at *opnå nærhed*, kontakt og forståelse for den anden, men samtidig at bevare den professionelle identitet til at *opretholde en nødvendig afstand* for at beskytte sig selv. En måde at opnå nærhed til patienten er ved at *være henvendt* i sin kontaktform, hvilket i al sin væsen går ud på både verbalt og nonverbalt (kongruens) at vise interesse, omsorg og opmærksomhed for patienten, som derved oplever følelsen af, at der bliver taget godt hånd om ham. Desuden skal man i al sin færden være bevidst om, at når den anden åbner sig er der muligheder for at hjælpe og støtte, men også mulighed for at misbruge situationen til at krænke og såre (Ibid).

Som et eksempel på hvordan sygeplejerskens ordvalg, betoning og nonverbale kommunikation påvirker patienten har jeg medtaget data fra den patient, der var indlagt lang tid på intensiv. Her er eksempler på at sygeplejersker har udsat patienten for støj (tv), nedgørende tale (skæld ud grundet afføring i sengen, barn på din alder), magt (trække vejret en maske) og fået hende til at føle sig som et fremmed objekt, ved at tale hen over patienten (shopping og fredagsbajer), endda om patienten og dennes sygdom, som kan medføre døden. ("*De var totalt i deres egen verden og jeg var bare et fremmed objekt*" og "*Måske skal vi også forberede os på at sende en af sted denne gang*").

Noget af det samme viser sig i det ene af observationsforløbene, hvor henholdsvis en læge og nogle portører handler fuldstændig hen over patienten. De har et ærinde hos patienten, men gør sig ingen ulejlighed med at have øjenkontakt, præsentere sig eller informere om hvem de er og hvad de skal. Desuden mener jeg, at man kan drage en parallel til det sygeplejerskerne kom frem med under fokusgruppeinterviewet, da de nævner eksemplet med, at de anvender SAT - alarm som den intensive klokkesnor og at de har private samtaler i patienters og pårørendes nærvær. Noget kunne tyde på at sygeplejerskerne og andet sundhedspersonale er blinde for deres handlinger, som det beskrives af filosofen Whitehead "*Familiar things happen and people don't bother about them. It takes an unusual mind to discover the obvious*" (Wadel 1991). En anden årsag kan være, at de ikke besidder den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder i det at yde professionel kommunikation. Ved at benytte Eide og Eide's (2007) teori, finder jeg, at de ikke udviser empati, for i så fald havde de evnet at og sætte sig ind i patientens situation og dermed forstået patientens følelser og reaktioner

på den behandling de havde udført. De har heller ikke udvist nogen form for etisk ansvarlighed, for så havde de fundet balanceforholdet mellem frihed, hjælp og tvang, og demonstreret det, især i den situation hvor patienten ikke ønskede den behandling, som omsorgsyderen mente, var den bedste for denne.

I situationen hvor sygeplejersken tvang patienten til at trække vejret i masken, oplevedes tvangen så stærkt, fordi sygeplejersken handlede uden at involvere patienten i den behandlingsmæssige konsekvens eller indhente viden om patientens tanker og ønsker. Det lykkedes ikke for sygeplejersken at finde balanceforholdet mellem frihed, hjælp og tvang, i en situation, hvor patienten ikke ønsker den behandling, som omsorgsyderen mener, er den bedste for ham Eide & Eide (2007).

Eide og Eide (ibid) foreslår at sygeplejerskerne via etisk refleksion skal søge at finde sådanne balanceforhold og Kvale (2004) kommer ind på, at refleksion kan bidrage til nye former for selvforståelse, ligesom den kan føre til afdækning af værdier og sædvaner, der hidtil har været taget for givet.

Vedrørende nedgørende tale og det at tale hen over patienten, kan man slutte at sygeplejerskerne ikke har den fornødne viden om konsekvenserne af dette for patienten, hvilket Schou og Egerod (2008) kommer ind på. For at opnå en mere human tilgang anbefaler de, at sygeplejerskerne får information og viden fra kvalitative studier.

Hvis sygeplejerskerne i dette studie havde haft viden om, at patienterne oplever angst for alt det tekniske apparatur og alle deres alarmer, så vil jeg tro, de havde handlet anderledes.

Det samme gør sig gældende hvor Wojnicki-Johansson (2001) skriver, at sygeplejeforskning har bidraget med indsigt i hvor vigtigt det er, at sygeplejerskerne opnår fagkundskab om hvor afhængig patienten er af sygeplejerskens kommunikative færdigheder, sammenholdt med indflydelsen af de vilkår kommunikationen foregår under, og valget af de i den sammenhæng mulige kommunikationsmetoder og kommunikationsredskaber. Hun mener, som Kvale (2004) og Eide og Eide (2007) at sygeplejerskerne bør reflektere over deres egne kommunikationsfærdigheder og tilegne sig viden om vigtigheden af patientkontakt såvel fysisk som emotionelt med henblik på at udvikle kundskaber til at sikre medinddragelse af patienten (Wojnicki-Johansson 2001).

Hos intensivsygeplejersken og overlægen fra Odense Universitetshospital, som begge har flere års erfaring med at pleje og behandle vågne intuberede respiratorpatienter, er begge enige om at man ændrer adfærd, når man har med vågne patienter at gøre. Noget tyder på at de har reflekteret over deres praksis, i og med de tager hensyn til hvad de siger i patientens nærvær og at de tilrettelægger plej og behandling i samråd med patienten (Petersen et al 2006).

Et andet perspektiv på situationen omkring portørerne kunne være, at de som personer uden direkte relation til patienten, var af den opfattelse, at patienten skulle have lov til at ”anonym”. Det mener jeg dog ville være forkert, man kan ikke have noget med et andet menneske at gøre uden involvering. I det tilfælde kunne øjenkontakt efterfulgt af information om hvad de skulle inden de gjorde det, formentlig være tilstrækkeligt.

I andre tilfælde i dette studie observeres en velfungerende og professionel kommunikation. Eksempelvis vil jeg fremhæve sygeplejerskerne i begge observationsforløbene, den sygeplejerske fra intensiv, som den langtidsindlagte patient fremhæver da hun beskriver hende som fantastisk og nævner at hun var den, der bedst forstod hende og at hun tog hensyn til hende som menneske på en meget ligeværdig måde. Det samme gælder overlægen fra sengeafsnittet, når han kom på besøg. Patienten beskriver at det var livgivende og fyldte hende med håb. Han forstod at informere om det hun havde behov for og ”*Han tog sig tid og havde en god ro over sig, og havde en god balance i tale og pauser*”.

En anden hændelse jeg vil fremhæve den sygeplejerske der brugte et par dage til at ”knække koden” og tolke patientens budskab i form af spørgsmålet ”overlever jeg?”. Dette og de andre eksempler er tydelige beviser på, at der her er tale om personer der, som mestrer den professionelle kommunikation. Faktisk beviser de at de benytter det som Eide og Eide betegner den holistiske processuelle kommunikationsmodel, og som er kendetegnet ved at der indgår elementer fra det verbale og nonverbale, det bevidste og ubevidste, det intuitive, samt det fornufts- og følelsesmæssige, og som alle spiller sammen som vigtige dele af helheden, med et professionelt formål for øje (Eide & Eide 2007).

Opsummeret finder jeg, at det har indflydelse på kommunikationssituationen hvorvidt **sygeplejersken har viden om patienternes oplevelser af at være ”vågne**

respiratorpatienter” samt hendes viden og færdigheder på det kommunikative område. På det kommunikative område er det vigtigt, at hun mestrer at bringe professionel kommunikation i anvendelse efter den holistiske processuelle kommunikationsmodel.

Som en yderligere faktor der indvirker på kommunikationen, vil jeg fremhæve de kommunikative redskaber, som bringes til anvendelse med ønsket om at kunne ”sende” og ”modtage” budskaber indbyrdes.

I dette studie har vist, at det kan være svært at kommunikere med en patient som ikke har talens brug, som kan være påvirket af sløvende medicin, afkræftet og grundet overvågningsudstyr er forhindret i at røre sig. For at hjælpe patienten med at få udtrykt det han ønsker eller tænker, er det vigtig at sygeplejersken har viden om og kendskab til de forskellige hjælpemuligheder der er (Wojnicki-Johansson 2001, Travelbee 2002). Men inden da må sygeplejersken lære sin patient at kende ved at opbygge en gensidig relation, som ovenfor beskrevet ved at kommunikere professionelt. Først når sygeplejersken kender patienten, har hun viden om hvilke kommunikationsmetoder patienten ville kunne have gavn af at anvende. Denne proces er kendetegnet ved at sygeplejersken prøver sig frem, indtil hun ser der er noget der kan bruges.

Gjengedal beskriver at i forbindelse med afklaring af hvad der var betydningsfuldt for at forstå patienten, var nogle af sygeplejerskernes erfaringer, at det primært afhang af at få etableret kontakt og gensidig tillid, ”jeg har ikke en opskrift, men hvad det virkelig handler om er, at lære personen der ligger i sengen at kende”, berettede en sygeplejerske.

I dette studie viste det ene observationsforløb hvordan sygeplejersken prøvede sig frem. Først var hun i færd med at finde ud af hvordan hun kunne etablere en kommunikation. Ved små og kontinuerlige informationer sendte hun sine budskaber, verbalt og nonverbalt via, øjenkontakt, og med ansigt mod patienten, så denne kunne mundaflæse og hun parafraserede verbalt og således transformerede budskabet og afventede tilbagemelding. Patienten kunne langt hen af vejen svare ved at nikke eller ryste på hovedet. Men da patienten ville sige noget mere kunne sygeplejersken ikke forstå hvad patienten sagde. Hun kunne ikke mundaflæse hans besked. Derefter hentede hun papir og tus, patienten gjorde et forsøg på at skrive, men det lykkedes ikke. Sygeplejersken

var årvågen og forhørte sig om patienten brugte briller. Ja, men han ville ikke have dem. Måske fordi det var for vanskeligt at forklare at det ikke var de rigtige briller han havde med. Men hun lyttede til ham og krævede ikke yderligere en grund.

Både patient og sygeplejerske oplevede en afmagt i og med det ikke lykkedes for dem at etablere en brugbar kommunikationsmetode. Noget tilsvarende ses i fokusgruppeinterviewet, hvor det tog lang tid før sygeplejersken knækkede koden og kunne gætte hvad patienten ville spørge om.

Bergbom-Engberg & Haljamäe (1993) fandt i deres studie, at sygeplejerskerne oplever det som et problem, når de ikke kan forstå patienterne og de synes det er frustrerende og utilfredsstillende når det ikke lykkedes at etablere en funktionel kommunikation.

Når der i bred forstand tales om kommunikationsredskaber er der ifølge Leathart (1994) oftest tale om er kropssprog, ansigts udtryk, mundaflæsning, øjenkontakt, spørgsmål der kan svares med ja eller nej (nikke eller ryste på hovedet) klemme hånd, papir og pen, samt varierende displays og pegetavler. Men i dette studie fremkom en ny variant i form af kommunikationskort.

Disse kommunikationskort er lavet af den patient som var indlagt i lang tid på intensiv og der er tale om fortrykte sætninger, der er skrevet med stor typografi og fede bogstaver. De fleste er med kort ordlyd, og deler sig i klare budskaber som: *"jeg har smerter"* og *"jeg har kvalme"*, *"tilkald en læge!"* eller *"sluk for lyset"*, eller spørgsmål som: *"har jeg feber?"*, *"hvor meget blod mistede jeg?"*, *"er jeg ok?"* eller *"hvor er min familie?"*. Der er dog også kort med budskaber af mere emotionel karakter som eksempelvis omhandler *"jeg er bange for at dø"*, *"jeg tør ikke være alene"* eller *"jeg har panikangst"*.

Sygeplejerskerne fra fokusgruppeinterviewene husker det også som en god måde at kommunikere på.

Som en sammenfatning på muligheder og begrænsninger i anvendelse af kommunikationsredskaber, mener jeg, der tegner sig et mønster af, at sygeplejersken i de første kommunikationssituationer mellem patienten og sig, prøver sig frem verbalt og nonverbalt, for på den måde at lære patienten at kende og at etablere en relation til patienten med det for øje, at finde ud af hvilken kommunikationsform og hvilke kommunikationsmetoder der fungerer godt i den aktuelle situation. Afhængig af

patientens tilstand vil der være mulighed, at denne kan anvende mere avancerede formere for kommunikationsmetoder.

Som et muligt næste valg af kommunikationsredskab kunne nogle fortrykte kommunikationskort være et godt alternativ. Her består mulighederne i et redskab, der kan visualisere det som sygeplejersken spørger om og patienten får et forholdsvis enkelt redskab til at formidle sine ønsker og behov. Det er relativt enkelt at anvende, med stor skrifttype som sikrer at den ældre og let medicinpåvirkede patient eller den, der er træt og afkræftet, også kan bruge kortene. Kommunikationskortene vil dække afklaring af de mest basale behov og tanker som jeg har smerter, jeg fryser, overlever jeg? mm. Disse kommunikationskort kan eventuelt give sygeplejersken et redskab til bedre at kunne vurdere patientens kognitive tilstand og dermed reducere tvivlen om hvor meget patienten reelt forstår. Det visuelle i et kommunikationskort kan understøtte det verbale og dermed fremme forståelsen og meningen med det sagte.

Via kommunikationskort ville det også være lettere, at forstå hinanden ved sproglige barriere, som patienten fortalte om med de norske sygeplejersker, der passede hende. Metoden kunne sandsynligvis udvikles til andre sprog.

Begrænsningen består i at kunne finde et godt system til at finde rundt i kortene, samt det kun er brugbart til kortere budskaber.

I forløb 2 så vi et eksempel på en velfungerende kommunikationsmetode med verbal og nonverbal kommunikation understøttet af papir og tus. Men havde behovet været der, kunne lighwriter eller pc have været et muligt kommunikationsredskab.

Her vil jeg fremhæve den overensstemmelse der er, mellem fundene fra dette og Wojnicki-Johanssons (2001), da hun konkluderer, at det at skabe en funktionel kommunikation med patienten fordrer empati og en trial-and-error tilgang, for at finde den optimale kombination af afvekslende metoder.

Summarisk finder jeg, at **valg af kommunikationsredskaber må tilpasses situationen og patientens behov og formåen**. I sin søgen efter det rette redskab til det rette tidspunkt prøver sygeplejersken sig frem i en kontinuerlig proces.

Konklusion

I dette kandidatspeciale har jeg ønsket at belyse hvad der sker i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit. At lære patienten at kende, kræver særlige metoder, når patienten ikke kan benytte talen, og det er ikke altid at det lykkes.

Analysen viser at det kan være meget forskelligt hvad der sker i situationen. Dette studie viser at når sygeplejersken ikke i forvejen kender patienten, bruger hun meget tid på at få indsigt i patientens tilstand og etableret en relation til patienten.

Til dette benytter sygeplejersken en trial-and-error tilgang, for at finde den optimale kombination af afvekslende kommunikationsmetoder og i sit møde med patienten kommunikerer sygeplejersken ved at være henvendt. At være henvendt vil sige, at sygeplejersken både verbalt og nonverbalt, viser interesse, omsorg og opmærksomhed for patienten hvorved denne føler sig ivaretaget og derved åbner for muligheden til at få hjælp og støtte.

Kommunikationen er fra sygeplejerskens side præget af både afklarende spørgsmål og information til patienten og dennes reaktioner på disse, hjælper sygeplejersken til at komme dybere i forståelsen af patients situation.

Hvis patienten som i denne kommunikationssituation ikke magter eller formår at anvende anden kommunikation end at nikke eller ryste på hovedet, er det vanskeligt for sygeplejersken at finde ud af hvilke ønsker og behov patienten har, og dermed svært at hjælpe og støtte.

Både sygeplejerske og patient oplever en følelse af afmagt, når det ikke lykkedes at gøre sig forståelig eller forstå hvad den anden siger.

En anden kommunikationssituation fra dette studie viser, at når der er etableret en gensidig relation er kommunikationssituationen kendetegnet ved, at det for begge parter lykkedes at "sende" og "modtage" hinandens kognitive og affektive budskaber. På den måde fremstår den kommunikationsform der kaldes den holistiske processuelle kommunikationsmodel (Eide & Eide 2007), og som er kendetegnet ved at der indgår elementer fra det verbale og nonverbale, det bevidste og ubevidste, det intuitive, samt det fornufts- og følelsesmæssige, og som alle spiller sammen som vigtige dele af helheden, med et professionelt formål for øje.

Således vil jeg konkludere, at i kommunikationssituationen mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit, søger sygeplejersken efter at etablere en velfungerende kommunikation, ved, i den aktuelle situation og på de givne vilkår, at prøve sig frem i en kontinuerlig proces, med anvendelse af forskellige kommunikative tilgange og redskaber. På baggrund af patientens reaktioner og sygeplejerskens egen viden og færdigheder, opbygger hun en relation mellem sig og patienten, med henblik at opnå et gensidigt samspil i form af en menneskelig interaktion.

Som et andet og supplerende fokusområde i dette studie var **at afklare hvilke faktorer der indvirker på kommunikationen, herunder hvilke muligheder og begrænsninger der ligger i kommunikationssituationen.**

Analysen viser at støj og uro er en faktor, der kan have indflydelse på selve kommunikationssituationen, enten grundet selve støjen i rummet eller som en mental påvirkning i form af en psykisk belastning. Støj og uro indvirker derfor som en begrænsende faktor på kommunikationen og med dette for øje, kan man således ræsonnere, at sygeplejersken skal være opmærksom på at minimere den direkte støj fra apparatur og alarmer i det omfang det er muligt, samt være opmærksom på at indhente viden om patientens ønsker i relation til eksempelvis tv og besøgende, med henblik på at undgå en psykisk belastning grundet støjgener fra disse.

En anden faktor, der kan have indflydelse på kommunikationen er sygeplejerskens videns- og færdighedsniveau, hvilket vi normalt omtaler som kvalifikationer og kompetencer. Det viser sig, at det er vigtigt at sygeplejerskerne har viden om patienternes oplevelser af det at være ”vågen” respiratorpatient, samt både viden og færdigheder på det kommunikative område. Mulighederne for en positiv indflydelse på kommunikationssituationen betinges af om sygeplejersken har såvel kommunikative kundskaber som kommunikative færdigheder, så hun mestrer at bringe professionel kommunikation i anvendelse efter den holistiske processuelle kommunikationsmodel. Begrænsningen i kommunikationssituationen er når sygeplejersken mangler såvel viden som færdigheder.

En tredje faktor som kan indvirke på kommunikationssituationen er brugen af kommunikationsredskaber. Disse kan hjælpe respiratorpatienten, der grundet intubation

er forhindret i at tale, og de kan hjælpe sygeplejersken med at synliggøre hendes budskab.

Her kan det konkluderes, at det er vigtigt at valget af kommunikationsredskaber tilpasses situationen og patientens behov og formåen. I sin søgen efter det rette redskab til det rette tidspunkt prøver sygeplejersken sig frem i en kontinuerlig proces. Her ligger mulighederne i sygeplejerskens viden om mulige kommunikationsredskaber og deres anvendelse, samt hendes færdigheder i at tilbyde patienten det rette redskab på det rette tidspunkt. Begrænsningerne ligger både i hvor anvendeligt det enkelte kommunikationsredskab er i den aktuelle kommunikationssituation, og i det at der er et relativt begrænset udvalg af kommunikationsredskaber. Men også her handler det om, at jo mindre sygeplejersken kender til de forskellige kommunikationsredskaber og deres anvendelsesmuligheder, desto større bliver den begrænsende faktor i kommunikationssituationen.

Undersøgelsens validitet og metodekritiske overvejelser

Med udgangspunkt i Kvale's beskrivelse af interviewforskningens syv stadier er vi nu kommet til det sjette stadie omhandlende *verificering*. Her skriver Kvale (2004), at man som et led i sin forskningsproces skal vurdere reliabiliteten og validiteten af interviewresultaterne. Med reliabilitet skal man vurdere hvor konsistente resultaterne er, altså hvorvidt der er overensstemmelse i datamaterialet og med validitet skal man vurdere om studiet undersøger, hvad det er meningen, det skal undersøge.

I afsnittet "Valg af design" har jeg beskrevet og begrundet *hvorfor* jeg valgte at lave et kvalitativt studie med et eksplorerende design. I afsnittet "Anvisninger for gennemførelse af forskningsinterview" har jeg beskrevet og begrundet *hvordan* en kvalitativ undersøgelse med udgangspunkt i Kvales metode skal foregå. Dette medvirker til gennemskelighed og mulighed for at vurdere, hvorvidt der findes metodisk stringens gennem undersøgelsens forskellige dele (Kvale 2004).

Vedrørende formidlingen af undersøgelsens resultater har jeg tilstræbt synlighed og pålidelighed i hele processen, forstået på den måde at resultaterne fremstår tydeligt og troværdigt, eksempelvis ved at medtage citater.

I analyseprocessen foretog jeg en sammenligning af de forskellige data som fremkom under selve undersøgelsen. Hvorefter jeg i selve diskussionsafsnittet inddrog teoretisk viden og viden fra sygeplejeforskning eller supplerende empirisk viden.

Med henblik på at leve op til kriterierne om konsistens i forhold til reliabiliteten, har jeg søgt det opnået gennem overensstemmelse mellem undersøgelsens resultater og andre undersøgelses resultater (Kvale 2004).

Vedrørende validiteten af undersøgelsesresultaterne mener jeg, man kan slutte, at studiet undersøger, hvad det er meningen, det skal undersøge i og med undersøgelsesmetoden har medvirket til at besvare problemformuleringen.

Undersøgelsens resultater menes at bidrage med ny viden, idet der ikke tidligere er lavet undersøgelser med henblik på at belyse og afdække selve kommunikationssituationen.

Vedrørende metodekritiske overvejelser mener jeg, at metoden kan bidrage til yderligere viden, idet kvalitative metoder bør vælges, hvis man har behov for komme i dybden med en problemstilling.

Metodekritisk kan indvendes, at jeg er vidende om, at nærværende undersøgelse er af beskedent omfang. At jeg ikke fik data fra de to patienter der indgik i observationsstudiet, mener jeg ikke havde nogen indflydelse på studiets resultat, idet data fra andre studier kunne anvendes.

Men det at de to observationsforløb fandt sted på to forskellige afsnit, var på sin vis med til at sikre yderligere mangfoldighed i datamaterialet, og via interviews kom der interaktion mellem interviewer og respondent, og respondenter indbyrdes, som gav mulighed for uddybelse og begrundelse af svar, og for at få afdækket både manifesterede og latente holdninger og motiver.

Både interviews og observationsstudier gav adgang til ny viden og muligheden for at undersøge et ”ukendt” felt ud fra en fænomenologisk tilgang.

Specielt i relation til hvilken betydning det havde, hvis patienten ikke var så kognitiv intakt som sygeplejerskerne troede. Ville jeg gerne have spurgt mere ind. For i analysesituationen sad jeg i min egen forforståelse og blev bevidst om at jeg uden videre havde tolket, at det nok ville have medført at sygeplejersken havde tilpasset sin pleje og sit informations- og kommunikationsniveau til en konfus patient frem for en vågen og kognitiv intakt patient. Hvilket jeg mener, ville være at skabe ro og begrænse

informationsniveauet, samt at sende budskaberne i en kort og præcis form, der ikke kræver så meget af patienten. Men jeg fik aldrig afklaret det.

Når der er tale om både observationsstudier, fokusgruppeinterviews og et interview med en patient sikres mangfoldighed af data. De fremkomne resultater er så efterfølgende sammenlignet med andre kvalitative studier og teoretisk viden, hvorved man atter kan tale om metode mangfoldighed. Der er tale om det der betegnes triangulering⁹, i og med en kombination af metoder anvendes.

Perspektivering

Hensigten med dette speciale var at erhverve viden om kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit.

Mit fokus i denne perspektivering omhandler hvorledes, man inden for sygeplejefaget kan tilpasse den kliniske praksis, når eksisterende vilkår for udøvelse af sygeplejepraksis ændres, som her hvor ændret behandling til patienter i respirator, har medført at patienterne, når det er muligt er vågne, frem for som tidligere tiders praksis sovende.

I dette kandidatspeciale fremkom det, at der rent faktisk eksisterede nyere forskning om disse ændrede vilkårs betydning. Men det viste sig også, at denne viden hverken var efterspurgt eller integreret i den eksisterende praksis på de intensive afsnit.

Dette blev understøttet i dette studie, der viser, at det er vigtigt at sygeplejerskerne har viden om patienternes oplevelser af det, at være ”vågen” respiratorpatient, samt både viden og færdigheder på det kommunikative område. Manglende evner og færdigheder i kommunikation og manglende viden om patientens oplevelser kan medføre at patienterne oplever, støj og uro, angst, stress, tvang, nedgørende tale og at være et fremmed objekt.

Dette studies fund kan bidrage med ny viden, idet der ikke tidligere har været lavet undersøgelser med henblik på at belyse og afdække selve kommunikationssituationen.

⁹ Triangulering er en kombination af mindst to eller flere teoretiske perspektiver, forskningsmetoder, datakilder, forskere eller dataanalysemetoder. Hensigten med triangulering er at reducere, forhindre eller udligne mangler ved ensidige metoder for herved at øge muligheden for at fortolke resultaterne (Thurmond 2001)

Derimod er patienters oplevelser af at være respiratorpatient og sygeplejerskernes oplevelser med at pleje intuberede patienter velbeskrevet.

De nye fund og nye perspektiver bidrager som relevante for den kliniske praksis, ved at synliggøre behovet for at sygeplejerskerne systematisk bør inddrage forskningsbaseret viden og generelt søge mere viden om patienternes oplevelser, samt at de målrettet reflekterer over og opøver egne færdigheder.

I Danmark er der en tendens til, at mængden af forskning opleves som overvældende blandt danske sygeplejersker i klinisk praksis, og de føler sig ikke i stand til at evaluere forskningens kvalitet (Deichmann Nielsen og Pedersen 2008).

Forskning har vist, at videnskabelige artikler, især engelsksprogede, er den mindst anvendte kilde til viden hos kliniske sygeplejersker og kliniske beslutninger blandt sygeplejerskerne træffes hyppigst på baggrund af personlige erfaringer, læger, kollegaer, tekstbøger og kundskaber fra grunduddannelsen (Egerod og Hansen 2006).

Et dansk pilotstudie om ”Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker” foretaget af Lea Deichmann Nielsen, cand.cur., og Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.(2008) viser, at både manglen på tid og faciliteter til at gøre brug af forskningsresultater og samtidig mangel på viden om og færdigheder i anvendelse af forskning udgør barrierer blandt deltagerne i pilotstudiet. Deichmann Nielsen og Pedersen skriver, at i forhold til barrierer for sygeplejerskers anvendelse af forskning i klinisk praksis, bliver de sygeplejefaglige ledere nødsaget til, at undersøge de lokale betingelser med hensyn til at planlægge strategier for uddannelse, deltagelse i forskningsaktiviteter og implementering af forskning.(Ibid).

Med inddragelse af dette pilotstudie, finder jeg, at det essentielle er, at når viden skal baseres på teoretisk viden og forskningsresultater, må denne viden og disse resultater præsenteres og efterfølges af faglige drøftelser lokalt, med ønsket om at viden omsættes til praktiske færdigheder i den kliniske hverdagspraksis, og dermed sikrer kvaliteten i udøvelsen af faget til glæde for patienten. Først da vil man kunne tilpasse og ændre plejen, så den tilpasses de nye behandlingsrutiner.

Primær litteratur

Andréasson Bäcklund, A: ”kommunikation mellan patienter som vårdas i ventilator och vårdpersonalen”, Centrum for vårdvetenskap. Uppsala universitet, 1996, Magisteruppsats.

Bergbom-Engberg, I & Haljamäe, H: ”The communication process with ventilator patients in the ICU as perceived by the nurcestaff”. ICCN Intensive and Critical Care Nursing, 1993. Nr 9: 40-47.

Backer, C; Melby, V: “An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurse towards verbal communication with unconscious patients”. Journal of Clinical nursing, 1996, vol 5, 185-192.

Deichmann Nielsen, Lea og Pedersen, Preben Ulrich: ”Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker”, Tidsskriftet Sygeplejersken nr. 5/2008.

Egerod, I og Hansen, GM.: ”Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey”. Journal of Advanced Nursing 2005;51(5):465-73.

Eide, Hilde og Eide, Tom: “Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk”, Gyldendal Norsk Forlag AS 2000, 1. utgave 1996, 7. opplag 2001

Eide, Hilde og Eide, Tom: “Kommunikation i praksis. Relationer, samspil og etik i socialfagligt arbejde”, dansk udgave: forlaget Klim, 1. udgave, Århus 2007.

Grove, Margit og Topsøe-Jensen, Nanna: ”Sygeplejefaglig ordbog”, Gyldendal undervisning. 1. udgave, 1. oplag, årstal ukendt.

Gjengedal, Eva: “Understanding a World of Critical Illness” a Phenomenological Study of the Experiences of Respirator Patients and their Caregivers. Department of Public Health and Primary Health Care, Division for Nursing Science, University of Bergen. 1994.

Gjengedal, Eva:” Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling” kap. 16 i antologien “Klokskap og kyndighet”, af Alvsvåg, Herdis, Marit Kirkevold og Finn Nordtvedt (red.). Oslo, 1993, Ad Notam Gyldendal.

Harder, Ingegerd: ”Fænomenologisk kvalitativ forskning – et bud på metodetilgang i sygeplejeforskning”. I antologien ”Grundlagsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund” red. af Torben K Jensen, Lars Ulrik Jensen og Won Chung Kim. Forlaget Philosophia 1990, 1. udgave, 10. oplag.

Havemann, Lotte: ”Mødet med en kritisk patient” Tidsskriftet Sygeplejersken nr. 2/2004.

Hede, A. & Andersen, J: "Når patienten vågner" – et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur, Mandag Morgen Strategisk Forum, 1999, København

Jensen, Torben K: "Sygepleje som etisk know-how. Hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode". I antologien "Grundlagsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund" red. af Torben K Jensen, Lars Ulrik Jensen og Won Chung Kim. Forlaget Philosophia 1990, 1. udgave, 10. oplag.

Jensen, Torben K: "Indledning; Bidrag til sygeplejens filosofi ". I antologien "Grundlagsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund" red. af Torben K Jensen, Lars Ulrik Jensen og Won Chung Kim. Forlaget Philosophia 1990, 1. udgave, 10. oplag.

Joint Commission International Accreditation (JCIA): "Standards for Hospitals", 1. udgave, 1. oplag Hovedstadens Sygehusfællesskab, september 2001, s. 5-115.

Jones, Christina; Griffiths, Richard D; Humphris, Gerry og Skirrow, Paul M: "Memory, delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care". Crit Care Med. 2001; 29(3): 573-580.

Kacperek, L:"Non-verbal communication: the importance of listening". British Journal of Nursing, 1997, vol 6, 275-279

Kiessling, Tina og Kjellgren, Karin I: "Patienters oplevelse av delaktighet i vården", Vård i Norden, nr.4 2004 (s. 31 – 35)

Kvale, Steinar: "InterView", Hans Reitzels Forlag A/S København 11. oplag 2004

Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009, 2007:

<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/39CBFBFC-5BAD-4F6D-B827-29A54B637722/0/KvalitetsstrategiiRegionHovedstaden19januargodkendtpåRRd6feb07.pdf>

Leathart, A. J: "Communication and socialization (1) An exploratory study and explanation for nurse-patient communication in an ITU", Intensive and Critical Care Nursing, 1994, vol 10, 93-104

Logan, Jo og Jenny, Jean: Qualitative analysis of the patient's work during ventilation ad weaning"; Heart & Lung 1997; 26(2):140-147.

Lov om behandling af personoplysninger: "Lov nr.429 af 31/05/2000"
www.retsinfo.dk

Lyngaa, Janne: "Pigerne i Hvidt", 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard 1995.

Patak, L et al:" Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. Heart Lung 2004;33(5).308-320.

Patienttilfredshedsanalyse:

http://www.sygehusthymors.rn.dk/NR/rdonlyres/E7785922-ACC0-417D-BF14-1FC36A96F2C4/0/SN_broen_april2006.pdf

Patienttilfredshedsundersøgelser: landsdækkende:

<http://www.im.dk/publikationer/patienttilfunders2002/vurdering.pdf>

Petersen, Hanne Holst et al: ”Vågne intuberede patienter”, tidsskriftet Dråben, nr. 4, december 2006 s. 18-23.

Polit D.F & Beck C.T: “Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal and Utilization” Part 1, 2 & 3. Lippinott Williams & Wilkins 2006

Politikens store fremmedordbog: Politikens forlag A/S 1996, 1.udgave, 1. oplag

Schou, Lone og Egerod, Ingrid: “A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning”, Intensive and Critical Care Nursing, 2008, særprint fra forfatter, godkendt i december 2007. side 1-9.

SSN: Sygepleiernes Samarbejd i Norden. Ethiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden. Vård i Norden nr. 70; 23. årgang 2000.

Thagaard, Tove: (2004) *Systematik og indlevelse* – En indføring i kvalitativ metode. Akademisk Forlag A/S, København.

Thurmond VA: “The Point of Triangulation”. Journal of Nursing Scholarship 2001;33(3):253-8.

Travelbee, Joyce ”Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje”, Munksgaard Danmark, københavn 2002. 1.udgave.

Vejledning om anmeldelse: af et biomedicinsk forskningsprojekt til Den Videnskabetiske Komité 2004. www.cvk.im.dk

Wadel, Cato: ”Feltarbeid i egen kultur”, SEEK A/S Flekkefjord 1991.

Wojnick-Johanson, Grazina: “Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations”; Intensive and Critical Care Nursing” nr. 17, 2001 s. 29 -39

Sekundær litteratur

Adam, SK., Osborne, S: ”Intensiv Sygepleje - Viden og Praxis”. København, Nyt Nordisk Forlag, 2000, Arnold Busck

Adamsen, Lis og Tewes, Marianne: "Discrepancy between Patients' Perspectives, Staff's Documentation and Reflections on Basic Nursing Care"; Scand. J Caring Sci 2000; 14: s120-129.

Benner, P; Hooper-Kyriakidis, P; Stannard D: "Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care, Saunders 1999.

Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani, E. et al: "Analgesia, Sedation, and Memory of Intensive Care". Journal of Critical Care, 2001 Vol. 16(3), pp. 83-89

Eriksson, K: "Det lidende menneske", København, 1995, Munksgaard

Fog, J: "Med samtalen som udgangspunkt". Akademisk Forlag, 2004, København.

Guldbrandsen, T og Stubberud, D-G: "Intensivsykepleje", Akribe AS 2005

Husted, Jørgen og Lübcke, Poul: "Politikens filosofihåndbog", Politikens forlag A/S, 2001.

Juul Jensen, Uffe: "Moralsk ansvar og menneskesyn"; Munksgaard 2001.

Kemp, P: Principper for omsorg, I: Bjerrum, M., Christiansen, KL.(red.) "Filosof-, Etik-Videnskabsteori", 2001, Akademisk Forlag

Kjørup, S: "Hermeneutikken" Menneskevidenskaberne - problemer og traditioner i humanioras videnskabsteori, Roskilde Universitetsforlag, 1996, Frederiksberg C

Launsøe, L., Rieper, O: "Forskning om og med mennesker – Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen". København, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, 1997, 3. udgave

Lorensen, M: "Kontrolleret eksperiment", I: Lorensen, M. Spørgsmålet bestemmer metoden -Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Oslo, 1998, Universitetsforlaget A/S

Løgstrup, KE: "Den etiske fordring", København, Gyldendal Nordisk Forlag A/S, 1956 (1991), 2. udgave

Løgstrup, KE: "System og Symbol", København, Gyldendal Nordisk Forlag A/S, 1982 (1997), 2. udgave

Meiniche, Anne: "To kaffe og en staveplade - historien om en ulykke", forlaget People's Press, 1. udgave, 5. oplag 2003

Orlando; Ida Jean: "Det dynamiske forhold mellem sygeplejerske og patient", 1. udgave, 2. oplag, Munksgaard 2002.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 Tilladelse fra Datatilsynet

Bilag 2 Brev til klinikledelsen på anden intensiv

Bilag 3 Brev til personalet på anden intensiv

Bilag 4 + 4B Informationsskrivelse og samtykke - patient

Bilag 5 Informationsskrivelse og samtykke - sygeplejerske

Bilag 6 + 6B + 6C Eksempler på kommunikationskort fra langtidsindlagt patient.

Bilag 1

Oversygeplejerske
Heidi Brønnum-Jacobsen
Thoraxanæstesiologisk klinik 4141
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø



Sendt til: heidi@broennum-jacobsen.dk

2. maj 2008

Vedrørende anmeldelse af: Kommunikation mellem sygeplejersken og den vågne intuberede patient på intensiv

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ovennævnte projekt er den 9. april 2008 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens¹⁰ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

Det fremgår af anmeldelsen, at De er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt snarest og forventes at ophøre 1. november 2008.

E-post
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse:
Sønderengen 61, 2870 Dyssegård.

J.nr. 2008-41-2147

Sagsbehandler
Bjarke Stig Andersen
Direkte 3319 3247

TILLADELSE

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

¹⁰ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.

Generelle vilkår

Tilladelsen gælder indtil: 1. november 2008

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

Hvis De ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af Deres projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.

1. Oversygeplejerske Heidi Brønnum-Jacobsen er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.
2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.
3. Behandling af personoplysninger må kun foretages af den dataansvarlige eller på foranledning af den dataansvarlige og på dennes ansvar.
4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
5. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af databehandler.
6. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
7. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere foretages den fornødne kontrol for

at sikre, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.

8. Oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere de registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til projektets gennemførelse.
9. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.
10. Eventuelle vilkår, der fastsættes efter anden lovgivning, forudsættes overholdt.

Elektroniske oplysninger

11. Identifikationsoplysninger skal krypteres eller erstattes af et kodenummer el. lign. Alternativt kan alle oplysninger lagres krypteret. Krypteringsnøgle, kodenøgle m.v. skal opbevares forsvarligt og adskilt fra personoplysningerne.
12. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholdene tilsiger det.
13. Ved overførsel af personhenførbare oplysninger via Internet eller andet eksternt netværk skal der træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysningerne kommer til uvedkommendes kendskab. Oplysningerne skal som minimum være forsvarligt krypteret under hele transmissionen. Ved anvendelse af interne net skal det sikres, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.
14. Udtagelige lagringsmedier, sikkerhedskopier af data m.v. skal opbevares forsvarligt aflåst og

således, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.

Manuelle oplysninger

15. Manuelt projektmateriale, udskrifter, fejl- og kontrollister, m.v., der direkte eller indirekte kan henføres til bestemte personer, skal opbevares forsvarligt aflåst og på en sådan måde, at uvedkommende ikke kan gøre sig bekendt med indholdet.

Oplysningspligt over for den registrerede

16. Hvis der skal indsamles oplysninger hos den registrerede (ved interview, spørgeskema, klinisk eller paraklinisk undersøgelse, behandling, observation m.v.) skal der uddeles/fremsendes nærmere information om projektet. Den registrerede skal heri oplyses om den dataansvarliges navn, formålet med projektet, at det er frivilligt at deltage, og at et samtykke til deltagelse til enhver tid kan trækkes tilbage. Hvis oplysningerne skal videregives til brug i anden videnskabelig eller statistisk sammenhæng, skal der også oplyses om formålet med videregivelsen samt modtagerens identitet.
17. Den registrerede bør endvidere oplyses om, at projektet er anmeldt til Datatilsynet efter persondataloven, samt at Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af den registreredes privatliv.

Indsigtsret

18. Den registrerede har ikke krav på indsigt i de oplysninger, der behandles om den pågældende.

Videregivelse

19. Videregivelse af personhenførbare oplysninger til tredjepart må kun ske til brug i andet statistisk eller videnskabeligt øjemed.

20. Videregivelse må kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Datatilsynet kan stille nærmere vilkår for videregivelsen samt for modtagerens behandling af oplysningerne.

Ændringer i projektet

21. Væsentlige ændringer i projektet skal anmeldes til Datatilsynet (som ændring af eksisterende anmeldelse). Ændringer af mindre væsentlig betydning kan meddeles Datatilsynet.
22. *Ændring af tidspunktet for projektets afslutning skal altid anmeldes.*

Ved projektets afslutning

23. *Senest ved projektets afslutning skal oplysningerne slettes, anonymiseres eller tilintetgøres, således at det efterfølgende ikke er muligt at identificere enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen.*
24. Alternativt kan oplysningerne overføres til videre opbevaring i Statens Arkiver (herunder Dansk Dataarkiv) efter arkivlovens regler.
25. Sletning af oplysninger fra elektroniske medier skal ske på en sådan måde, at oplysningerne ikke kan genetableres.

Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Datatilsynet gør opmærksom på, at denne tilladelse alene er en tilladelse til at behandle personoplysninger i forbindelse med projektets gennemførelse. Tilladelsen indebærer således ikke en forpligtelse for myndigheder, virksomheder m.v. til at udlevere eventuelle oplysninger til Dem til brug for projektet.

En videregivelse af oplysninger *fra* statistiske registre, videnskabelige projekter m.v. kræver dog, at den dataansvarlige har indhentet særlig tilladelse hertil fra Datatilsynet, jf. persondatalovens § 10, stk. 3.

Anmeldelsen offentliggøres i fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside **www.datatilsynet.dk**.

Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Med venlig hilsen

Bjarke Stig Andersen

Bilag 2

5. december 2007

Til Klinikledelsen

Kære

Som et led i mit speciale på Cand. Cur studiet, ønsker jeg at se på hvordan hverdagen forløber for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit. Det er mit ønske og min opfattelse at dette er muligt hos jer og jeg håber derfor, at I vil indvillige i, at jeg foretager to observationsforløb af 4 timers varighed hos jer.

Jeg er bevidst om at min tilstedeværelse kan påvirke patient og sygeplejerske og vil under observationsforløbet være så anonyme som muligt. Dette under forudsætning af at der gives samtykke af både patient og sygeplejerske.

Med håbet om et ja, vil jeg komme i uge 50 eller 51.

Med venlig hilsen

Heidi Brønnum
oversygeplejerske
Stud Cur

Bilag 3

5. december 2007

Til personalet på
Intensiv afsnit

Kære alle

Som et led i mit speciale på Cand. Cur studiet, ønsker jeg at se på hvordan hverdagen forløber for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit. Det er mit ønske og min opfattelse at dette er muligt hos jer og jeg håber derfor, at I vil indvillige i, at jeg foretager to observationsforløb af 4 timers varighed hos jer.

Jeg er bevidst om at min tilstedeværelse kan påvirke patient og sygeplejerske og vil under observationsforløbet være så anonyme som muligt.

Dette under forudsætning af at der gives samtykke af både patient og sygeplejerske.

Med håbet om et ja, vil vi komme i uge 50 eller 51.

Med venlig hilsen og på forhånd tak for hjælpen

Heidi Brønnum
oversygeplejerske
Stud Cur

Bilag 4

Hvordan forløber hverdagen for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit?

Undertegnede giver hermed samtykke til at medvirke i et forløb hvor der observeres "Hvordan hverdagen forløber for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit", hvis formål jeg er informeret om både mundtligt og skriftligt.

Jeg giver samtykke til at de oplysninger der fremkommer under observationen må bruges i den efterfølgende rapport eller forskningsartikel.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg kan trække mig ud af undersøgelsen på ethvert tidspunkt.

Jeg er endvidere informeret om at undersøgelsen er anonym, og om at mit navn og andre person-identificerbare oplysninger derfor ikke vil fremkomme offentligt.

På baggrund af dette erklærer jeg mig villig til at deltage i undersøgelsen.

Dato: _____ Underskrift:

Bilag 4B

29. november 2007

Kære

Som et led i min uddannelse, ønsker jeg at se på hvordan hverdagen forløber for en vågen intuberet intensiv patient. Derfor beder jeg om Deres samtykke til at jeg foretager et observationsforløb af 4 timers varighed.

Når du er blevet ekstuberet og atter kan tale ønsker jeg at interviewe dig, for at indhente viden om dine oplevelser af situationen.

Alle data bliver anonymiseret og der er ingen forpligtigelse i at deltage. Hvis de ikke ønsker at indgå i undersøgelsen eller ønsker at trække dem, vil det på ingen måde få indflydelse på deres pleje eller behandling.

Med venlig hilsen og på forhånd tak for hjælpen

Heidi Brønnum-Jacobsen
Sygeplejerske, Stud Cur

Bilag 5

Hvordan forløber hverdagen for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit?

Undertegnede giver hermed samtykke til at medvirke i et forløb hvor der observeres "Hvordan hverdagen forløber for den vågne intuberede patient på et intensivt afsnit", hvis formål jeg er informeret om både mundtligt og skriftligt.

Jeg giver samtykke til at de oplysninger der fremkommer under observationen må bruges i den efterfølgende rapport eller forskningsartikel.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg kan trække mig ud af undersøgelsen på ethvert tidspunkt.

Jeg er endvidere informeret om at undersøgelsen er anonym, og om at mit navn og andre person-identificerbare oplysninger derfor ikke vil fremkomme offentligt.

På baggrund af dette erklærer jeg mig villig til at deltage i undersøgelsen.

Dato: _____ Underskrift:

Bilag 6

d. 28. september 2007

Til Heidi Brønnum.

Ang. respiratorbog.

Hermed en kopi af forsiden på min respirator bog. Den var ca. 2 cm. tyk og hæftet sammen med en stramt bundet elastik. Det havde været en god ide med lim i ryggen af bogen, da siderne efterhånden røg ud. Skiftstørrelsen var som ja'et på forsiden og fungerede godt. Forside og bagside var forstærket med englehud.

Selve fremstillingen af bogen var en længere proces, hvor jeg hele tiden kom i tanke om nye situationer eller behov, der kunne opstå på intensivafdelingen. Derfor kunne jeg huske indholdet ret nøje og blev ved med at føje sider til. Bagerst var også et par digte.

I starten af mit ophold på intensivafdelingen var jeg dog for omtåget til at kunne bruge den, men efterhånden viste den sig nyttig i flere situationer selv om den ikke kunne dække alle behov for kommunikation, da jeg selvfølgelig ikke kunne tage højde for alle situationer, der ville opstå, da jeg skrev bogen.

Mit udgangspunkt var The Ventilator Buddy, som jeg har sendt dig linket til.

Jeg vil i det følgende prøve at opremse de sætninger, jeg husker:

Vil du luften ud (nyttig da der er dårligt indeklima på Riget)
Overlever jeg?
Giv mig smertestillende medicin!
Jeg vil ses af en læge.
Giv mig smertestillende medicin.
Ring til min far, søster.
Hold mig på ryggen.
Sluk lyset.
Vend pudsen.
Vend dynen.
Varm mine fødder!
Vil du fugte min mund?
Vil du fugte mit hovede?

Jeg må nok hellere stoppe her, da det ellers vil blive en gengivelse af noget, jeg ikke husker helt præcist.

Bilag 6B

JEG HAR SMERTER!

JEG HAR KVALME

TILKALD EN LÆGE!

SLUK LYSET

HAR JEG FEBER?

HVOR MEGET BLOD FIK JEG?

ER JEG OK?

HVOR ER MIN FAMILIE?

JEG ER BANGE FOR AT DØ

Bilag 6C

JEG TØR IKKE VÆRE ALENE

JEG HAR PANIKANGST

**JEG VIL GERNE HAVE KALDEKNAPPEN INDEN
FOR MIN RÆKKEVIDDE?**

**KAN JEG FÅ ET BÆKKEN I SENGEN?
JEG SKAL STORT!**

KAN JEG KOMME PÅ EN BÆKKENSTOL?

Herren er min hyrde, jeg lider ingen nød, han lader mig ligge i grønne enge, han leder
Mig til det stille vand. Han giver mig kraft på ny, han leder mig af rette stier for sit navns
Skyld. Selv om jeg går i mørkets dal, frygter jeg intet ondt, for du er hos mig, din stok og
Din stav er min trøst.

100
Guldrosiens
Sange
Flodens tavse
Bevægelse
Det er
Middag

104
Guldsmedens
lille
øje
De fjerne
bjerge
spejlet

111
Høstbjerge
klynge på klynge
den blege blå himmel

Aftenen
klarer op