Masterprojekt

Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø - en empirisk undersøgelse

af

Maria Omel Jellington
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø - en empirisk undersøgelse

af

Maria Omel Jellington

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C
1. Indledning. ........................................................................................................................................ 4
2. Baggrund. ........................................................................................................................................ 4
3. Begrundelse for valg af emne. ............................................................................................................... 4
   3.1. Litteraturgennemgang. .................................................................................................................. 5
   3.1.1. Litteratursøgning. .................................................................................................................... 5
   3.1.2. Gennemgang af artikler. .......................................................................................................... 6
   3.2. Problemstilling. .............................................................................................................................. 9
4. Forskningsstrategi. ............................................................................................................................... 11
   4.1. Videnskabsfilosofiske og teoretiske overvejelser. .............................................................................. 12
   4.1.1. Teoretisk forståelsesramme. ..................................................................................................... 12
   4.2. Metodologiske overvejelser. .......................................................................................................... 14
   4.3. Metodiske valg og overvejelser ..................................................................................................... 15
   4.3.1. Undersøgerens rolle .................................................................................................................. 16
   4.3.2. Valg af kontekst. ...................................................................................................................... 17
   4.3.3. Adgang til felten. ...................................................................................................................... 17
   4.3.4. Valg af informanter og informationssituationer. ....................................................................... 18
   4.4. Tilvirkning af det empiriske grundlag. .......................................................................................... 18
   4.4.1. Deltagerobservation .................................................................................................................... 19
   4.4.2. Deltagerberetninger .................................................................................................................. 20
   4.4.3. Interview. .................................................................................................................................. 20
   4.4.4. Feltnoter .................................................................................................................................... 21
   4.5. Etiske overvejelser ........................................................................................................................ 22
   4.6. Undersøgelsesforløbet. .................................................................................................................. 23
   4.6.1. Pilotstudie. .................................................................................................................................. 23
   4.6.2. Feltarbejdet. .............................................................................................................................. 23
   4.6.3. Undersøgelsens empiriske grundlag .......................................................................................... 24
5. Analyse ............................................................................................................................................. 24
5.1. Analytiske overvejelser ................................................................. 24
5.2. Analyseprocessen ............................................................... 25
  4.2.1. Stabiliseringsfasen ...................................................... 26
  5.2.2. Bearbejdningsfasen .................................................. 27
6. Undersøgelsens fund .......................................................... 28
6.1. At være og handle i åndenødssituationer .................................. 28
  6.1.1. At vurdere situationen som en åndenødssituation ................ 29
  6.1.2. At manøvrere i skæringsfeltet mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster .. . 31
  6.1.3. At skabe rum for lindring af åndenøden ............................ 34
7. Diskussion af undersøgelsens fund. ....................................... 36
8. Metodekritik ........................................................................... 40
9. Konklusion ............................................................................ 41
10. Perspektivering .................................................................... 42
11. Resumé .................................................................................. 43
12. Litteraturliste ........................................................................ 44
    Bilag 1. Trinvis guide til systematisk litteraturgennemgang ........ 49
    Bilag 2. Uddybende beskrivelse af databasesøgningerne .......... 50
    Bilag 3. Søgestrategi ............................................................. 52
    Bilag 4. Skematisk fremstilling af in- og ekskluderet artikler .... 57
    Bilag 5. Kvalitetsvurderingsskema til vurdering af forskningsartikler  .................. 62
    Bilag 6. Vurderings- og bedømmelsesskema ................................ 63
    Bilag 7. Informationsmateriale til afdelingssygeplejersken .... 75
    Bilag 8. Udlægning af dyspnøsituonen ................................... 78
    Bilag 9. Aspekter ved forskningsinterviewet ........................... 79
    Bilag 10. Interviewguide ......................................................... 80
    Bilag 11. Informationsmateriale til deltagende patienter ......... 82
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

**Bilag 12.** Informationsmateriale til deltagende sygeplejersker................................................................. 84

**Bilag 13.** Tilladelse fra Datatilsynet............................................................................................................. 87

**Bilag 14.** Anmodningsmail til De Videnskabsetiske komiteer for Region Hovedstaden ........... 92

**Bilag 15.** Vurdering fra De Videnskabsetiske komiteer. ................................................................. 94

**Bilag 16.** Etisk protekol................................................................................................................................. 97

**Bilag 17.** Skematisk fremstilling af den planlagte og aktuelle dataindsamlingsperiode.......... 99

**Bilag 18.** Udledning af foreløbige temaer fra empirien.............................................................. 100

**Bilag 19.** Udledning af temaer og undertemaer fra empirien...................................................... 105
1. Indledning.

Nærværende master speciale er en kvalitativ undersøgelse af samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever åndenød, gennemført som et kvalitativt induktivt eksplorativt feltarbejde.

2. Baggrund.

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en sygdom, som har betydelige individuelle, samfundsmæssige og økonomiske omkostninger. Undersøgelser vurderer at ca. 300.000 danskere i dag har sygdommen (Blands & Bælum 2006), som årligt fører til ca. 23.000 indlæggelser, 3500 dødsfald (Sundhedsguiden 2004) og er den hyppigste enkeldiagnose for indlæggelser på medicinske afdelinger (Eriksen et al 2003). Der er således tale om en folkesygdom, som regeringen medtog i deres sundhedsprogram fra 2002 ’Sund hele livet’, som en af 8 definerede folkesygdomme, som vægtedes i forhold til de opstillede mål: længere levetid, højere livskvalitet og social lighed (Sundhedsstyrelsen 2002).

KOL er en lidelse kendetegnet ved irreversibel progredierende tab af lungefunktionen.


Da KOL, som anført ovenover, er en irreversibel tilstand, med tiltagende dyspnø som sygdommen progredierer, bliver behandlingen eller lindringen af dyspnø hos patienten med sværere grad af KOL af stor betydning for patientens oplevede livskvalitet (Harris 2007). Det er KOL-patientens konkrete situation, der afgør hvilke tiltag, der vurderes relevante. Under indlæggelse er det ofte i disse situationer sygeplejerkernes identificerede sygeplejeproblemstillinger, opstillede mål, handlinger og evalueringer, der ligger til grund for en vurdering af, hvilke tiltag, der er relevante i

---

1 Den subjektive oplevelse af ikke at kunne få luft. Ligesom smerte, vurderes følelsen og sverhedsgraden af dyspnø ud fra hvad patienten siger den er (Tice 2006). Dyspnø anvendes specialet igennem, for at synliggøre det subjektive aspekt i åndenøden. Dog ikke i undersøgelsens fund, hvor empirien taler.

2 Patienterne med svær og meget svær KOL efter goldguidelines (Danmarks lungeforening 2007).
den aktuelle situation.

Ud fra ovenstående bliver det tydeligt, at dyspnø er essentielt og et vigtigt fokusområde i plejen til patienterne med sværere grader af KOL. Den påvirker deres dagligdag og deres oplevelse af livskvalitet og vil på grund af sygdommens natur være progredierende med akut opblussen. Interessen til undersøgelsen er en vedvarende undring over dyspnøsituationen, som den udspiller sig i samspillet mellem sygeplejerske og patient i klinisk praksis.

Denne undring førte til udarbejdelsen af tre fokuserede spørgsmål, som blev afdækket i en litteraturgennemgang.

Hvordan oplever patienterne dyspnø?
Hvordan oplever sygeplejerskerne patientens dyspnø?
Hvorledes opleves og påvirkes samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø?

3.1. Litteraturgennemgang.


3.1.1. Litteratursøgning.


Følgende søgeord blev valgt til de engelske databaser: Chronic Obstructive Lung Disease, dyspnea, breathlessness, nursing, nursing care, patient care, nurse-patient relations og patient perception. Søgeordene blev søgt både som ”Headings” (Cinahl), ”MeSH” termer (PubMed, The Cochrane Library og SveMed) og som almindelige søgeord i forskellige kombinationer, for at sikre

---

3 Medical Subject Headings – MeSH og Headings er emne- eller kategoriseringsord, som er foruddefineret i databaserne og bruges til at kontrollere, om man benytter et korrekt søgeord og gør derved søgningen mere præcis (Willman et al 2007).

Søgningen gav i alt 446 fund. Heraf blev 28 vurderet som muligt relevante ud fra overskrift eller abstract og rekvireret til gennemlæsning. For skematisk fremstilling af in- og eksklusionskriterier samt in- og ekskluderede artikler se bilag 4.


3.1.2. Gennemgang af artikler.
I det følgende gennemgås fundene fra de 10 inkluderede artikler. Udgangspunktet var de 3 fokuserede spørgsmål, med vægtlægning på artikler hvor konteksten var den akutte dyspnøsituation under indlæggelse.

*Patienternes perspektiv.*
sygdom blev oplevet, af patienterne, som noget de kontinuerligt skulle kæmpe for at få og de oplevede at de skulle overbevise sygeplejerskerne om sværhedsgraden af deres dyspnø.


Bailey 2004 undersøgte de følelsesmæssige aspekter ved den akutte dyspnø, i et narrativt studie med dybde interview og fokuserede på angst som beskrevet af patienter og deres plejende pårørende. Hun fandt ud fra litteraturen om dyspnø og angst, en tendens til at beskrive sammenhængen mellem de to som en angst-dyspnø-angst cirkel. I sin egen undersøgelse fandt hun at angst, almindeligvis ikke var den underliggende årsag til dyspnø, men derimod et tegn på længerevarende eller akut respirationssvigt, altså en dyspnø-angst-dyspnø cirkel. Hun identificerede følelsesmæssige sårbarhedshistorier, som blandt andet havde til hensigt at synliggøre den, for andre, usynlige dyspnø og legitimisere at de søgte hjælp.

Barnett fandt i 2005 i et fænomenologisk studie med ustrukturerede interviews, at patienterne oplevede dyspnø som det mest foruroligende symptom førende til angst, panik og frygt. Patienterne følte frustration og træthed med mindskelse af social aktivitet, intimitet samt af rollen i familien til følge.

Lomborg et al 2005 undersøgte, ud fra et Grounded Theory design med interviews og deltagerobservationer, betydningen af assisteret personlig pleje (APBC) til KOL-patienter indlagt på

Gysel & Higginson undersøgte i 2008 i et studie med semistructureret dybde interview og deltagerobservationer årsagerne til uoverensstemmelse mellem KOLpatienters behov og sundhedsfaglige tilbud. De fandt at dyspnøens grundlæggende karakter, stigmatisering af patienten i sociale interaktioner, samt den sundhedsfaglige reaktion, tilsammen gjorde dyspnø til et usynligt symptom, som påvirkede patientens oplevelse og henvendelse til sundhedstilbud.

Sygeplejerskens perspektiv.

Bailey et al 2004 udforskede sygeplejerskernes erfaringer med plejen af KOLpatienter indlagt med akut exacerbation i et fokuseret etnografisk narrativt studie med interview. De fandt, at sygeplejerskernes plejestrategi var baseret på elementer i en forud eksisterende skabelon, som påvirkede sygeplejerskernes fortolkning af patienternes ængstelige adfærd. For sygeplejerskerne var angst altid en årsag til patienternes akutte lidelse i modsætning til et tegn på den akutte lidelse. I tilskyndelse hertil så det ud til at anvendte skabelonstrategier stigmatiserede patienterne og deres familie som ængstelige mennesker. For selvom sygeplejerskerne blev konfronteret med både patienternes dyspnø og angst, var dyspnø ikke den adfærd som sygeplejerskerne identificerede og rettede deres handlinger imod, men i stedet angst. Forfatterne diskuterede, om sygeplejerskerne mente, at patienten til dels selv var ansvarlig for denne adfærd og at hvis patienterne kunne
kontrollere deres angst, så kunne det akutte vejtrækningsbesvær og indlæggelsen undgås.

_Samspillet mellem patient og sygeplejerske._

Lomborg & Kirkevold 2005 undersøgte mønstrene ved APBC hos patienter med svær KOL indlagt på hospital i et studie med Grounded Theory design, interviews og deltagereobservationer. De fandt at APBC hos denne patientgruppe var et komplekst mønster af kropspleje aktiviteter, som kunne udvikle sig med bedre eller værre resultat. Hovedproblemet var hvordan sygeplejerskens faciliterede at patienternes vejtrækning holdtes under kontrol, samtidig med at patienternes velvære og velbefindende optimeredes. De definerede begrebet beskæring (Curtailing) som den hårfine og betydningsfulde balancering mellem at beskytte patienten mod dyspnø samtidig med at fremme patientens aktuelle og fremtidige funktionsniveau, for i sidste ende at bevare deres integritet.

Lomborg & Kirkevold 2008 undersøgte i samme studie som ovenover beskrevet interaktionen mellem patient og sygeplejerske i forbindelse med APBC under indlæggelse. De fandt at dyspnøen for patienterne med svær KOL, var en særlig udfordring i udførelsen af den personlige pleje. Dette betød, at selvom sygeplejerskerne til dels var opmærksomme på patienternes dyspnø, blev dyspnøen sjældent eksplicit vurderet i fællesskab mellem sygeplejerske og patient. Ligeledes fandt de at sygeplejerskerne adspurgt, underestimerede patienternes dyspnø over halvdelen af gangene i forhold til patienternes egen vurdering af samme situation. Dette medførte en vag fælles forståelse for patienternes aktuelle tilstand og aktuelle stadien i deres sygdomsforløb, som gjorde sygeplejerskersnes præstation usikker. Dette var en af 3 vanskeligheder, som besværlig gjorde opnåelse af terapeutisk klarhed, som blev set som et vigtigt anliggende i forhold til at få APBC situationen til at lykkes.

### 3.2. Problemstilling.

Ovenstående litteraturgennemgang fremlægger den fundne eksisterende viden om KOL-patientens oplevelse af dyspnø, sygeplejerskens oplevelse, samt hvorledes samspillet opleves og påvirkes i dyspnøsituatioen. Det vurderes, at dyspnøen som den opleves af patienterne er undersøgt ganske nøje og også sygeplejerskens forståelse og oplevelse af patienternes dyspnø er berørt. Men gennemgangen peger på, at sammenkædning af de to perspektiver i en undersøgelse af hvad der sker i samspillet mellem...
patient og sygeplejerske og hvilken forståelse, der er mellem sygeplejersken og patienten i selve dyspnøsituationen, er relativt uudforsket. Det tætteste man kommer, er Lomborgs undersøgelse af KOLpatienternes oplevelse af APBC under indlæggelse, hvor dyspnøen viser sig at have en afgørende rolle i interaktionen.


Derimod tyder det på, at sygeplejerskerne ser det omvendt – altså en angst-dyspnø-angst-cirkel.

En anden problematik, som synes væsentlig i samspillet og som genfindes i flere af undersøgelserne, er legitimeringen af dyspnøen og dermed behovet for hjælp. Også her ser der ud til at være uoverensstemmelser mellem patienter og sygeplejersker. En problemstilling, som for patienterne er forbundet med dilemmaer i kampen for at bevare sig selv. Nemlig på den ene side at være en ”god patient” kontra forsøg på at økonomisere med tiden og kræfterne. Samtidig med et ønske om at retfærdiggøre personlige behov for at kunne mestre afhængigheden kontra stoisk lidelse i forhold til ikke at give slip på sig selv. For sygeplejerskerne derimod synes forståelsen af patienternes forsøg på at legitimere deres dyspnø at blive opfattet anderledes. Det virker som om, at de oplever patienterne som urimelige eller uvillige i forhold til at tage vare på sig selv, når de har episoder med akut dyspnø og derfor er modvillige i forhold til at hjælpe dem.

Som udgangspunkt antages det at både patient og sygeplejerske, i situationen med akut eller forværret dyspnø under indlæggelse, ønsker at nå målet: at lindre patientens dyspnø. Men af ovenstående bliver det tydeligt, at flere elementer kan spille ind i situationen og at sygeplejerskens og patientens forståelse hver især, kan påvirke situationen og det endelige resultat.

Derfor vælges det, i denne undersøgelse, at fokusere på samspillet mellem patient og sygeplejerske i dyspnøsituationen.
Undersøgelsen afgrænser sig til at omhandle den akutte dyspnø, som opleves af sygeplejersker og KOL-patienter⁴ under patienters indlæggelse for akut forværring og til samspillet mellem disse i ovenstående situationer. Der er andre perspektiver på patienters dyspnø, som håndteringen af den akutte dyspnø hjemme eller patienters og sygeplejerskers oplevelser af åndenøden under stabil fase, som kunne have beriget fundene, men det ligger udenfor rammerne for denne undersøgelse. Dette leder frem til følgende formål:

At undersøge samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø. Dette med henblik på at:
- finde meningsfulde betydninger i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske.
- finde fremmende og hæmmende elementer, når målet er lindring af patientens dyspnø.

Ovenstående formål søges belyst ud fra følgende undersøgelsesspørgsmål.
- *Hvilket indhold og hvilke handlemønstre kendegner samspillet mellem sygeplejerske og patient, under patientens indlæggelse med akut forværring på hospitaliet.*

### 4. Forskningsstrategi.


⁴ KOL-patienten vil, for læsevenlighedens skyld, i resten af specialet benævnes patienten.
undersøgelsesteknikker og instrumenter i nævnte rækkefølge (Andersen 2006).

**4.1. Videnskabsfilosofiske og -teoretiske overvejelser.**


At dyspnø i denne undersøgelse antages at værende subjektivt, betyder at dyspnøen forstås eller fortolkes af de mennesker, som oplever dyspnøen. Men også situationer fortolkes og forstås subjektivt ud fra den mening eller forståelse de implicerede har med sig, i dette tilfælde sygeplejersken og patienten. Her kan hermeneutikken give perspektiv med sin udlægning af betydningen af forståelse og forforståelse (Birkler 2005), hvorfor også dette perspektiv søgtes i undersøgelsen.

Undersøgelsen blev derfor udarbejdet med udgangspunkt i et fænomenologisk hermeneutik filosofisk og videnskabsteoretisk idegrundlag.

**4.1.1 Teoretisk forståelsesramme.**

At anlægge en fænomenologisk hermeneutik forståelsesramme kunne således give svar på dyspnøsituationens hvad, hvorfor og hvordan (Dahlager & Fredslund 2007), men var samtidig, som nævnt i forrige afsnit, et valg og medførte yderligere valg og fravalg. For at tydeliggøre egen forforståelse som forsker, fremlægges i det følgende antagelser om mennesket. Dette da denne
forforståelse blev antaget i høj grad at præge arbejdet med problemstillingen.

Antagelser om mennesket.

Man kan ikke udforske mennesker uden et filosofisk perspektiv at gøre det ud fra (Dehlholm-Lambertsen & Maunsbach 1998, Andreasen 2006a). Her tilbyder fenomenologien og hermeneutikken et sådant perspektiv, eller rettere en metafysisk menneskeopfattelse, der kan vejlede valget af metoder til at få indblik i det særligt menneskelige (Andreasen 2006b). Fire centrale punkter, ved det at være menneske, fremlægges i det følgende: 1. livsverden, 2. intentionalitet, 3. forståelse, forforståelse, situation og horisont, samt 4. horisonsommensmeltning. Som mennesker er vi i en livsverden, en levet verden, som er udgangspunkt for enhver menneskelig aktivitet. For at kunne undersøge livsverdenen, som mennesket hele tiden lever og er i, er man derfor nødt til at trænge ind i livsverdenen ved at rette sig mod oplevetheden (Birkler 2005), altså i undersøgelsen mod sygeplejerskers og patienters oplevelse af samspillet og deres oplevelse af verden gennem denne situation.


samspillet også ville betinges af dennes horisont, hvorfor centrale elementer ved denne i relation til undersøgelsen udlægges senere.


4.2. Metodologiske overvejelser.

I de foregående afsnit er der den videnskabsteoretiske, filosofiske og metafysiske teoriramme, som gav perspektiv til denne undersøgelse, fremlagt. Denne forståelsesramme, med blandt andet udlægningen af mennesket generelt og i relation til undersøgelsen, var således styrende for udarbejdelsen af den videre forskningsstrategi og som tidligere nævnt de valg og fravalg som fulgte af dette (Andreasen 2006a+b, Dahlager & Fredslund 2007). Der var således i hermeneutisk forstand tale om at tydeliggøre forskerens forforståelse og forståelserhvisforsy for læseren og for sig selv, for således at kunne bringe den i spil til en horisontsammensmeltning med empirien (Dahlager & Fredslund 2007).


Ydermere vurderedes undersøgelsesspørgsmålet at indbyde til en åben induktiv tilgang, da dette
tager udgangspunkt i empi – patienters og sygeplejerskers oplevelser – for derefter at sige noget mere generelt om samspillet mellem sygeplejersker og patienter (Andersen 2006).


4.3. Metodiske valg og overvejelser.

I ovenstående er der argumenteret for undersøgelsens metodologiske overvejelser og synliggjort at undersøgelsen var et kvalitativt induktivt eksplorativt feltarbejde. I det følgende udlægges valg og overvejelser i relation til metoden. De valgte metoder til tilvirkning af empiri var deltagerobservation, feltnoter, deltagerberetninger og kvalitative interviews. Det vurderedes at netop disse undersøgelsesteknikker gav mulighed for ophold direkte i den praksis hvor samspillet mellem sygeplejerske og patient udsprålede sig og således kunne tjene til en så dyb og bred beskrivelse af samspillet som muligt og samtidig bidrage til både datakilde- og metodetriangulering

3 Feltarbejde er valgt i undersøgelsen som begreb i stedet feltforskning eller feltmetodik, dette da det vurderes, ud fra undersøgelsens rammer, at det er en undersøgelse som udføres, dog med samme vægtlægning på stringens, som hvis det havde været forskning.

6 Ordet data anvendes for læsevenligheden i specialet, men skal forstås som empi.
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

(Polit & Beck 2006).

4.3.1. Undersøgerens rolle.


Egen erfaring som sygeplejerske er 5 års uddannelse, alle årene arbejdende på en lungemedicinsk afdeling. Denne periode indbefatter 16 måneders kompetence og rotationsforløb i det lungemedicinske speciale, projekt- og senere specialistfunktion i afdelingen og varetagelse af undervisning i afdelingen, i uddannelsesforløb samt patientforå. En gennemgående interesse har altid været patienters dyspnø.


På baggrund af ovenstående vurderedes det, at undersøgerens forforståelse ikke var til hinder for at undersøge samspillet mellem sygeplejerske og patient, men en gevinst. Dog syntes det vigtigt at undersøgelsen blev foretaget i en anden afdeling end undersøgerens egen. På den måde kunne forforståelsen i nye omgivelse bringe undersøgeren i stand til i særlig grad, at se det der skiller sig ud ”bumps” ved at sammenligne praksis og rutiner og således give mulighed for at bevidstgøre uomtalte rutiner, praksisser og selvfølgeligheder (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2007). På den anden side erkendtes det at egen forforståelse kunne give ”blinde vinkler” som kunne besværliggøre det at ”se” i felten, hvilket forsøgtes imødegået i tilgangen til observationsmetoderne. Se herom senere.

7 Felles-kunnskap (Wadel 1991), Cultural Knowledge (Spradley 1980)
4.3.2. Valg af kontekst.
Når man skal vælge kontekst, er målet at vælge en social situation, hvor aktiviteterne eller hændelserne sker hyppigt (Spradley 1980). Da undersøgelsen var rettet mod patienters akutte dyspnø, sådan som den udspillede sig under indlæggelse, blev det nærliggende at vælge hospitalsfeltet som felt for undersøgelsen. For at undersøgelsen skulle være praktisk mulig at gennemføre, men ikke være i egen afdeling, blev der valgt en hospitalsafdeling i Region Hovedstaden (RH), da det er her, undersøgeren bor. Kriterierne for afdelingen var, at den skulle have specialestatus af at være en lungemedicinsk afdeling, uden for mange vakante stillinger. Dette da ønsket var, at sygeplejerskerne havde kompetence i at pleje patienter, som gjorde dem i stand til at identificere deres dyspnø, samtidig med at hverdagen i afdelingen ikke var præget af manglende personaler. Derudover skulle afdelingen vægte udvikling, dette for at øge sandsynligheden for, at personalet var interesseret i at deltage, da tiden tilbragt i felten var begrænset af rammerne for undersøgelsen.

4.3.3. Adgang til felten.


gatekeeper omkring: rammerne for undersøgelsen, præsentation for de deltagende sygeplejersker, gennemførelse af minipilotstudie samt rammerne under selve dataindsamlingsperioden, var genstand for forhandlinger.

4.3.4. Valg af informanter og observationssituationer.
I feltarbejde er det vigtigt, at udvælgelsen sker med omtanke for hvem, der skal være informanter. Men også hvad blikket skal rettes imod fx handlinger og situationer (Polit & Beck 2006). Derfor vurderedes begge aspekter i undersøgelsen.


For patienterne valgtes maksimal variation for at få variation i alder, køn, sygdomsstilstand og erfaring med indlæggelse, med henblik på en bred beskrivelse af samspillet på baggrund af disse forskelle. Derudover var inklusionskriterierne: 1. patienter med diagnosen KOL indlagt på hospital på grund af akut forværring i dyspnø. I praksis var det KOL-patienter med diagnosen KOL i forværring og/eller pneumoni. 2. patienter som kunne læse, tale og forstå dansk. 3. Patienter som ikke havde kognitive problemer som demens eller svære psykiske forstyrrelser. Dette af hensyn til at kunne modtage information, men også af hensyn til at kunne levere data.

For at skærpe opmærksomheden mod relevante handlinger og situationer for observation i klinisk praksis blev undersøgerens forståelse af dyspnøsituationen defineret. Se bilag 8.

4.4. Tilvirkning af det empiriske grundlag.
I det følgende gennemgås de dataindsamlingsmetoder, som anvendtes i tilvirkningen af
undersøgelsens empiriske grundlag. I anvendelsen af metoderne søgtes en position som elev over for sygeplejerske og patient som lære i samspillet i klinisk praksis. Dette for at blive i stand til at forstå handlingerne og aktiviteteres betydninger for sygeplejerske og patient i situationen (Spradley 1980).

Men indtagelsen af denne position overfor sygeplejerske og patient i situationen krævede særlig opmærksomhed.


4.4.1. Deltagerobservation.


Spradley beskriver to overordnede observationsformer, som udføres samtidigt i en fremadskridende proces: ”Grand-tour” observationer og ”mini-tour” observationer, samt deskriptive, fokuserede og selektive observationer (Spradley 1980). Der er tale om to dialektiske og pendulerende aspekter,

8 Blive fuldstændig deltager eller som ”de indfødte” (Hammersley & Atkinson 2007)
9 Blive fuldstændig observatør og risikere at misforstå eller overse aspekter i situationen (ibid).
som konkret fulgtes ved deltagerobservationerne. Ved for det første at gå fra ”grand-tour” til ”mini-tour” observationer. Hvilket indebærer først at identificerer hovedtrækkelige ved det observerede og forsøge at give overblik over, hvad der overhovedet sker. For efterfølgende at observere begrænsede dele af situationen, ud fra opdagelser man allerede har gjort, rettet mod rum, aktør, aktivitet, objekt, handling, hændelse, tid, formål og følelse (ibid). For det andet ved at gå fra deskriptive observationer, som er indledende brede åbne beskrivelser, hvor man overordnet forsøger at beskrive mest muligt. Over fokuserede observationer hvor man begynder at stille ind på konkrete opdagelser. Til selektive observationer, hvor man med stadigt større fokusering inddræfter og udvælger betydninger i situationen, men også fravælger mindre betydningsfulde observationer (Ibid).

4.4.2. Deltagerberetninger.
Anvendelse af uformelle og formelle beretninger i deltagerobservation kan både yde bidrag til selve analysen og samtidig medvirke til en vurdering at holdbarheden af den information som informanter bidrager med (Hammersley & Atkinson 2007). Derfor søgtes disse i deltagerobservationerne.

De formelle beretninger dækker over udvekslinger mellem feltarbejder og deltager på baggrund af et formuleret spørgsmål fra feltarbejderen til deltageren (ibid). I undersøgelsens kontekst var det spørgsmål fra undersøgeren til patient eller sygeplejerske i eller ved førstkommande lejlighed efter situationen af afklarende eller uddybende karakter.

4.4.3. Interview.
Interview kan ifølge Hammersley & Atkinson 2007 være en vigtig datakilde, som giver adgang til information både om situationen og om informanternes perspektiver og strategier, som ellers ville
tømme bag deres handlinger. Dette sker i kraft af selve interviewsituationen som værende kunstig, sammenlignet med den normale situation, som er den konkrete handlen i hverdagen (ibid). At anbringe sygeplejerske og patient i denne kunstige interviewsituation, kunne således bibringne en forståelse for, hvordan de ville have handlet i andre situationen en den aktuelle (ibid). Derudover besidder kombinationen af deltagerobservation og interview en klar fordel, idet oplevelsen som deltagende observatør kan have afgørende betydning for hvordan felterarbejderen tolker informantens udsagn i interviewet og omvendt på hvad, der observeres på baggrund af oplysninger fra interviewene (Hammersley & Atkinson 2007).


4.4.4. Feltnote.


Feltnote ses på samme tid som realistiske og konstrueret (Sørensen 2006). Konstrueret i det det ikke er muligt at udarbejde en udtønnende beskrivelse af de konkrete situationer. Konstrueret i og med at interaktionerne mellem sygeplejerske og patient, i det de blev nedskrevet, blev fæstnet i tid og abstraheret fra deres grundlag i det sociale samspil. Og konstrueret i form af den bestemte optik
hvormed samspillet blev fastholdt i nedskrivelsesprocessen. Samtidig realistiske idet feltnoterne blev skrevet i den virkelighedsnære, her og nu, kontekst hvor samspillet mellem sygeplejerske og patient udspillede sig (Sørensen 2006).


Det første, sprogidentifikationsprincippet, har til hensigt at sikre en skelnen mellem alle deltagere i feltnoterne (ibid). Således blev det i feltnoterne, på følgende måde tydeliggjort hvem der sagde eller gjorde hvad: (patient), [sygeplejerske], *afdelingssygeplejerske* og "undersøger".

Det andet, ordretprinippet, vægtlægger, at det informanter og andre siger, må skrives ordret for at kunne identificere det specifikke sprogrumbrug i den konkrete situation (ibid). Dette blev tilstræbt.

I Det tredje, konkretthedsprincippet, ligger at man i feltnoterne beskriver hvad man ser, hører, lugter og føler helt konkret med det formål at udvide, udfylde, forstærke og give så mange specifikke detaljer som muligt (ibid). Dette blev prioriteret.

Derudover anvendtes en dagbog. Formålet med denne var at gøre optegnelser over undersøgerens oplevelser, ideer, bekymringer, fejtagelser, gennembrud og problemer. Den repræsenterede således den personlige side ved feltarbejdet. Disse selvanalytiske optegnelser blev nedskrevet for at sætte undersøgeren i stand til at medoverveje personlige bias og følser og således vurdere deres indflydelse på analysen (ibid).

4.5. Etiske overvejelser.

I dette afsnit er det relevant at benævne to typer etiske aspekter. For det første de generelle etiske aspekter i forhold til sikre information om undersøgelses formål og indhente informeret samtykke. Det andet aspekt knytter sig specifikt til feltarbejdet og de heraf følgende dataindsamlingsmetoder,
som i kraft af deres natur fordrer særlig etisk refleksion (Kvale 1997, Tjørn-Thomsen & Whyte 2007).

Undersøgelsen blev udarbejdet i henhold til Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden (Sykepleierernes Samarbejd i Norden 2008) og Vejledende retningslinjer for forskningsetik i samfundsvidenskaberne (SSF 2008).

Der blev søgt mundtligt samtykke fra alle deltagere i undersøgelsen. For deltagere i interview blev der derudover søgt skriftligt informeret samtykke. For indhold af skriftligt og mundtligt samtykke se bilag 11, 12.

Idet undersøgelsen omfattede oplysninger om helbredsmæssige og personfølsomme data, indhendtes tilladelse fra datatilsynet, inden undersøgelsen gik i gang. Se bilag 13.

Selvom det ikke umiddelbart vurderedes, at undersøgelsen faldt inden for rammerne, i forhold til at søge godkendelse hos videnskabelsetisk komité (Den Centrale Videnskabelsetiske Komité 2008), blev der gjort forespørgsel. De vurderede, at undersøgelsen ikke var anmeldelsespligtig. Se Bilag 14, 15.

De valgte dataindsamlingsmetoder var, som nævnt ovenover, forbundet med en række etiske problemstillinger, som man må forholde sig til og reflektere over. Derfor valgtes det med inspiration fra Kvale 1997, som en del af undersøgelsen at udarbejde en etisk protokol, som bruges fortløbende i projektet til at holde sig de identificerede områder for øje, samt reflektere over de konkrete etiske problemstillinger, som opstod i praksis. For uddybning se bilag 16.

4.6. Undersøgelsesforløbet.
I dette afsnit redegøres kort for undersøgelsesforløbet.

4.6.1. Pilotstudie.
Inden dataindsamlingsperioden i klinisk praksis gik i gang, gennemførtes et pilotstudie10 af en dags varighed. Formålet med pilotstudiet var at forberede og anspore undersøgeren i forhold til de valgte dataindsamlingssteknikker. Men også for at lære felten at kende fysisk og menneskeligt. Pilotstudiet sås således som en mulighed for undersøgeren til at møde de deltagende sygeplejersker med håb om at fremme adgangen til felten.

---

10 Mindre undersøgelse forud for en større empirisk undersøgelse, hvor man afprøver forskningsoplægget, herunder teorier og metoder. (Gyldendals åbne encyklopædi 2009)
4.6.2. Feltarbejdet.
Feltarbejdet blev gennemført i uge 14, 15 og 17. Uge 14 bestod af to dages observation af den første informant\(^{11}\) (Inf 2) i samspillet med de KOL-patienter, som hun varetog plejen hos, afsluttende med et interview på tredje dagen af informanten og en patient. Uge 15 bestod af to dages observation af den anden informant (inf 1) i samspillet med de KOL-patienter, som hun varetog plejen hos. Men på grund af sygdom måtte interviewet med denne informant udsættes til uge 17. Det var i anden periode ikke muligt at gennemføre interview med en patient. For skematisk fremstilling af den planlagte dataindsamlingsperiode og den aktuelle se bilag 17.

Interview med anden informant blev gennemført forudgået af en grundig gennemgang af observationsdagene ud fra feltnoterne, for at genopfriske dagenes ytringer og situationer.

4.6.3. Undersøgelsens empiriske grundlag.
Dette udgør tilsammen den samlede datamængde.

5. Analyse.

5.1. Analytiske overvejelser.
Ifølge Hammersley og Atkinson er analysen af data i feltarbejde ikke afgrænset til et stadie, men

\(^{11}\) De deltagende sygeplejerskerne benævnes informanter i resten af specialet.

Denne refleksivitet blev i nærværende undersøgelse forsøgt opretholdt ved at nedfælde umiddelbare ideer og kategorier, der sprang i øjnene fra observationerne i dagbogen og ved gennemlæsning af feltnoterne og dagbogen inden interviewene. Under interviewene blev de analytiske ideer søgt udvidet ved at spørge ind til interessante begreber eller hændelser observeret i praksis. Dette førte til nye ideer, som blev nedfældet i dagbogen og medtænkt på samme måde i næste periode.


Således søgtes der i nærværende analyse ikke en unddragelse af egen forståelse, men en refleksiv anvendelse fx i forbindelse med den begyndende temadannelse.

5.2. Analyseprocessen.


| Første trin: Stabiliseringsfase | Mønsteridentifikation. Forelobig udledning af temaer. | • Klargøre til analyse.  
• Grundig gennemlæsning.  
• Mønsteridentifikation.  
• Udlede foreløbige temaer. |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Andet trin: Bearbejdningsfase   | Dannelse af temaer og under temaer ved at bearbejde de lovende foreløbige temaer. | • Finde ligheder i datasegmenterne i de enkelte temaer  
• Finde forskelle i datasegmenterne i de enkelte temaer.  
• Sammenlignende temaerernes indbyrdes relationer. |

(Sørensen 2006, fri fortolkning)

5.2.1. Stabiliseringsfasen.
Her blev data for at identificere mønstre brugt til at tænke med.
Først blev den samlede datamængde gennemlæst med henblik på at identificere observationer eller udsagn omhandlende dyspnø eller dyspnøsituations i bred forstand. Herefter blev den datamængde omhandlende dette gennemlæst med henblik på mønsteridentifikation og foreløbig temadannelse.
Slutteligt blev den samlede datamængde gennemlæst igen for identifikation af mønstre og temaer i relation til dyspnøsituationen. Dette blev gjort ved at se efter; det iøjnefaldende, overraskende eller undrende; hvordan data fremstod i forhold til, hvad man kunne forvente; og ved at se, om der var nogen umiddelbare uoverensstemmelser eller modsigelser mellem informanter og eller patienters synpunkter, eller mellem deres eksplicitte synpunkter og deres handlinger i praksis (Hammersley & Atkinson 2007). Ligeledes blev der søgt sammenhænge på tværs af datamængden, for at kunne identificere stabile træk ved fx personer eller grupper, som overskred den umiddelbare kontekst. Derudover blev der holdt fokus på informanter og patienters egne begreber, da de ofte markerer interessante eller vigtige fænomener (ibid). I kodningen af temaerne er det ikke en forudsætning at dele af data, kun kan høre til et tema (ibid). Derfor blev data, i de tilfælde hvor det vurderedes at den underliggende forståelse, havde flere betydninger, indkodet under flere temaer. Følgende foreløbige temaer fremkom: At inddamle oplysninger om åndenøden, At håndtere åndenøden, Typer af åndenød, Rammer og Tid. For empiriske eksempler, på hvordan temaerne er udledt fra empirien, se bilag 18.

5.2.2. Bearbejdningsfasen.
6. Undersøgelsens fund.


6. 1. At være og handle i åndenødssituationer.

Både informanter og patienter var optaget af at være og handle i situationer hvor patienterne oplevede åndenød. For patienter var det en konkret væren i forhold til at holde åndenøden ud. ”Der var mange situationer (...) det var ganske forfærdeligt indimellem, og de blev jo ved med ”Du skal du skal du skal” og det vidste jeg jo godt jeg skulle, men det var så strengt (...) Jeg syntes det var så anstrengende, så tænkte jeg, er det overhovedet ulejligheden værd. ” (pt 2)

Samtidig med at de forsøgte at handle så åndenøden blev lidet: ”(Prøver at sætte mig op eller
prøver at ligge helt stille og forsøger at trække vejret.)" (pt 2) ”Så prøver jeg at slappe af. Men jeg bliver (bange og ked af det).” (pt 4).

Informanterne var ligeledes optaget af at være og handle i åndenødssituationer, hvilket kom til udtryk i de tre hovedtemaer eller strategier: At vurdere situationen som en åndenødssituation, At manøvrere i skæringsfelteret mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster og At skabe rum for lindring af åndenøden. Se figur 2 for skematisk fremstilling af fundene.

Figur 2:

<table>
<thead>
<tr>
<th>At vurdere situationen som en åndenødssituation</th>
<th>At manøvrere i skæringsfelteret mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster</th>
<th>At skabe rum for lindringer af åndenød</th>
</tr>
</thead>
</table>
| • Åndenøden viser sig – Det medicinske billede | • Åndenød indenfor mønster  
- Kronisk besværet åndenød  
- Åndenød ved aktivitet  
• Åndenød udenfor mønster  
- Akut åndenød  
• At manøvrere langs kanten  
- En implicit tilgang  
- En forhandling | • Det intentionelle rum – at skabe rummelighed  
• Det aktuelle rum – at skabe rummelighed |

6.1.1. At vurdere situationen som en åndenødssituation.

Informanterne viste sig at være i en konstant vurderende position i forhold til patienternes åndenød: "Siger derudover at de skal have [styr på] hendes [mobilisering] og hendes [åndenød].” (inf 2.)”Lotte spørger [Hvordan har du det med vejret, har du brug for en maske?]” (inf 1). ”Mette svarer at hun overvejer (...) hvad hendes [grad af åndenød] er.” (Inf 2).

Noget som patienterne også bemærkede: ””Er der nogen (sygeplejersker) der har spurt til din åndenød, hvordan du oplevede den?” (nej, de har set det) (...) Ja, og de kunne jo se det og høre på mig, at jeg havde det frygteligt, virkelig frygteligt.” (pt 2).

Men de metoder som informanterne anvendte til at indsamle oplysninger i situationerne med
patienterne var forskellige. Der viste sig to forskellige metoder: Åndenøden viser sig – Det medicinske billede og Åndenøden afdækkes – Det kliniske billede, som fremstilles i det følgende.

Åndenøden viser sig – Det medicinske billede.

Den ene metode til at vurdere patienternes åndenød tog udgangspunkt i teknikker som at se: 

Der blev således insamlet oplysninger, for at vurdere om patienten i situationen havde åndenød, ved at sanse med øjne og øre, samt ved at måle med instrumenter, tælle, registrere, fornemme og mærke i betydningen af at lægge mærke til, altså at se. Det var således disse teknikker som lå til grund for vurderingen i den konkrete situation med patienten: ”(…) jeg vurderer under hele forløbet og under den her vaskning (…) at vi har kontrol over hendes åndenød. (…) jeg fornemmer ikke, at hun får voldsom dyspnø, altså voldsom åndenød (1: nej), jeg vurderer i hvert fald, at der var ressourcer fra hendes side, til at udføre det her (…)” (inf 2).

Åndenøden afdækkes – Det kliniske billede.

Den anden metode til at vurdere patienterne åndenød tog også udgangspunkt i teknikkerne at se og høre: ”Jeg synes tydeligt, at man kan høre det. Ja, og se det på patienten” (inf 1), at måle: ”det eneste der kriblede i mine fingre, det var, at få en A-punktur og få en saturation på hende, ik’ (…)” (inf 1), at tælle: ””Jeg [lagde mærke tid hendes vejtrækning] [fremvendte, forsøgte at tælle samtidig med at jeg talte med hende]” (inf 1), at registrere: ””(…) [Jeg registrerede faktisk allerede da jeg kom ind på stuen at hun hev efter vejret] (…)” (inf 1). Men derudover anvendtes også andre teknikker. Nemlig at mærke i betydningen at røre og at spørge patienten: ”Så mærkede jeg også på hendes bryst og pande, da jeg syntes det så [så mærkeligt ud] ”brystet” hendes [vejtrækning så

Der blev således også indsamlet oplysninger om patientens åndenød ved at sanse med øje og øre, samt tælle og måle. Men derudover anvendtes også hænderne, ved at røre og at spørge ind til patientens vejtrækning, for at vurdere om patienten oplevede åndenød i situationen: “(…) jeg tænker sådan, vi har jo sådan et helt medicinsk billede af patienten og det kan være nok så fint, men, altså. øh hvis de oplever åndenød, selv om de saturerer 98, så er det jo det, vi skal forholde os til. Og jeg synes det er meget vigtigt, at høre, deres egen oplevelse.” (inf 1).

6.1.2. At manøvrere i skæringsfeltet mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster.

Det viste sig, at der var forskel på den betydning informanterne tillagde situationen, afhængig af indenfor hvilken ramme, de vurderede åndenoden var: ”Man kan sige, jeg synes den er (…) sådan mere indenfor mønster, og mere sådan let at forklare, og let at behandle.” (inf 1). Der så ud til at være to rammer, som åndenøden kunne tolkes indenfor: Åndenød indenfor mønster og åndenød uden for mønster.

Forskellige typer af åndenød så ud til, at høre til de to rammer og også patienternes angst, så ud til at blive tolket forskelligt indenfor de to rammer: ”Men de har ikke sådan dyspnøanfald, hvor de bliver enormt angste (…)” (inf 1).

Derudover viste informanterne sig at være i en vedvarende manøvrerende position i forhold til ikke at forværre patientens åndenød: ”Jeg kunne da sagtens begynde og tage natkjolen af og give hende noget patienttøj på, skifte lagen, men det er helt sikkert nedprioriteret i lige den situation (…) Det er ikke det vigtigste (…) fordi at hvis jeg begynder at klæde hende af, det forvärrer den jo kun, ik’.” (inf 2). Der tegnede sig således tre undertemaer i den anden strategi: Åndenød indenfor mønster, Åndenød udenfor mønster og At manøvrere langs kanten, som fremægges i det følgende.

Åndenød indenfor mønster.

Åndenød indenfor mønster så ud til at omfatte åndenød forårsaget af aktivitet og kronisk besværet åndenød: ”Jeg synes også det er et let signal at sende til patienten, grunden til at du bliver forpustet nu, det er fordi du har været aktiv, og derfor så bliver du forpustet, nu får du en maske og så retter du dig som regel.”(inf 1)

”(…) Kronisk besværet vejtrækning (…) de patienter generelt (…) fordelen er jo, at de ikke har
sådan nogle store udsving (...) at de ikke oplever åndenød som de andre (...)” (inf 1). Åndenød ved aktivitet oplevedes ofte af informanterne som forudsigelig, håndterbar og rimelig let at gå til: ”så den åndenød er, egentlig sådan, meget, øh, let at behandle synes jeg, og meget sådan rolig.” (inf 1). ”Da får jeg igen lagt en hånd på hendes håndled, og vi skal nok klare, du får en maske nu, og så skal du bare få det bedre med din vejrtrækning og jeg tror, hvad gik der 5 minutter med den maske der, så var hun helt o.k.” (inf 2).

Derimod opleves den kronisk besværet åndenød som vanskelig at håndtere: ”de patienter generelt, synes jeg nogen gange kan være svære at hjælpe, fordi man kan sige, det er meget sådan stabilt dårlig øhm, respiration de har. Altså og de er Øh, og jeg synes det kan være svært, altså jeg synes jeg har en tendens til at acceptere det.” (inf 1).

I gruppen af patienter med kronisk besværet åndenød tegnede der sig to typer patienter. Dem som konstruerede livet om at leve: ”de er sådan seje, seje KOL-damer, (...) de går ud og handler, de gør alle de der ting (...) Og de har enormt svært ved at få vejret, men, men kæmper sig igennem på en eller anden måde, ik’” (inf 1), og dem som konstruerede livet omkring kronisk dyspnø: ”som registrerer alt hvad der sker i hendes krop, alt hvad der sker i hendes vejrtrækning, alt bliver registreret, selv om spektret det sker indenfor egentligt ikke er så stort. Kan du følge mig? I: Ja. (...) Den mindste afvigelse registrerer hun på kroppen, som hæmmer hende? (S2: Ja) i at udfolde sig (Ja)” (inf 1). Der var således tale om en gruppe af patienter, som for informanterne oplevedes svær at hjælpe. Med én gruppe, som selv var enormt gode til at håndtere deres kronisk dårlige vejrtrækning, som fortsatte med at kæmpe for at leve. Og én gruppe, som lod sig hæmme meget af deres oplevelse af åndenød, trods udsvingene i deres åndenød, af informanterne, ikke oplevedes store.

I rammen af åndenød indenfor mønster så det ud som om, at patienternes angst blev forstået på en bestemt måde af informanterne: ”(...) så længe det (åndenøden) er indenfor mønster, så er angsten sådan kortvarig (...) det (angsten) er ikke så udtalt, synes jeg (...)” (inf 1)

”(...) jeg synes de fleste KOLpatienter er ekstremt gode til at mestre angst indenfor mønster.” (inf 1). Angsten oplevedes således håndterbar og rimelig let at så til, og som noget de fleste patienter selv håndterede rigtigt godt.

”(...) det kan selvfølgelig gøre dem angst, hvis de kunne noget i går, som de ikke kan i dag (...) Men den synes jeg ikke nødvendigvis er så meget i forhold til åndenød, det kan også bare være angsten for (...) I: Ja, tænker du der altså livet (S2: Ja), hvornår skal det slutte (Ja).” (inf 1).
Hvis der alligevel optrådte angst, udover den lette og kortvarige, hos patienterne når deres åndenød var inden for mønster, så det ud til, at angsten blev tolket, ikke så meget som angst for åndenøden, men for livet, altså som et vilkår for patienterne i kraft af deres sygdoms karakter.

Åndenød udenfor mønster.

Åndenød udenfor mønster så ud til at omfatte den akutte åndenød: "alt så ved sådan en akut forværring, hvor de kommer ind, så er det selvfølgelig udenfor mønsteret (...)" (inf 1), som kunne opstå pludseligt: "(...) Altså, øh, hvis de lige pludseligt oplever åndenød, i en situation, hvor de bare sidder helt stille eller der sker et eller andet (...)" (inf 1) eller var defineret ved når patienterne blev indlagt akut med forværning i åndenøden, som ses af øverste uddrag af empirien.

Når patientens åndenød blev tolket i rammen af åndenød udenfor mønster, så det ud til, at informanterne var meget opmærksomme på patienternes angst for åndenøden: "(hvad var vigtigt i situationen) det var selvfølgelig at få den (åndenøden) stabiliseret og (...) få angsten væk, som åndenøden jo har forårsaget ik'. (I: Jo) Ja, få hende til at få kontrol over den (...)” (inf 2). Angsten ansås som værende en stor del af den akutte angst: "(...) en stor del af den akutte åndenød hos KOLpatienter, synes jeg er meget angstpræget, altså, og for mig er det sådan ligesom sådan en paraply, der er over det hele." (inf 1). Og angsten så ud til at vise sig, for informanterne, som en appel, når patientens åndenød sås i rammen af at være udenfor mønster: "Så man kan sige, jeg synes meget udfordringen er den der, øhm store angst (...) som jeg i den grad, synes jeg der appellerer til mig” (inf 1).

I empirien så der uoverensstemmelse i samspillet mellem informant og patient, når der var forskel på parternes oplevelse af, om åndenøden var uden for mønster eller inden for mønster eksemplificeret ved følgende længere uddrag fra empirien:

At manøvrere langs kanten.

At manøvrere langs kanten viste sig som en vedvarende position som informanterne befandt sig i eller handlede i forhold til, i samspillet med patienterne. Dette for at undgå at patienternes åndenød blev værre: "Ja men da er jeg selvfølgelig nødt til at prioritere, altså vurdere … hvor meget kan hun overhovedet kapere (…) alle de der ting, eller skulle jeg måske tage det i små bidder (…)" (inf 2). Dette kom også til udtryk hos patienterne: "Ja, det (hjælper med åndenød) gør de da på den måde, at de tager sig tid til at vente på at jeg ligesom er klar." (pt 2).


Udover den akutte forhandling involverede eller italesatte informanterne ikke handlinger eller positioner, i forhold til at manøvrere langs kanten, for patienterne. Følgende forklaring blev givet: "(...) jeg tænker bare, i sådan en situation vil hun endnu mindre kunne forholde sig til, hvad jeg overvejer, altså. Og i den situation er det jo bare sådan at hjælpe og støtte." (inf 2).

6.1.3. At skabe rum for lindring af åndenøden.

Informanterne viste sig at være optaget af at skabe rum: "Så det er meget vigtigt, sådan, synes jeg øh, og forsøge at skabe et rum (...)" (inf 1), med netop det formål at lindre åndenøden: "Jamen, det var da at få hende ... selvfølgelig respiratorisk bedre (...)" (inf 2).

Men nogen gange var der forskel på det, de ønskede at gøre og det de gjorde i situationerne både italesat af dem selv og set under observationen. Således viste der sig, i den tredje strategi, to undertemaer: Det intentionelle rum – at skabe rummelighed og Det aktuelle rum – at skabe rummelighed, som fremlægges i det følgende.

Det intentionelle rum – at skabe rummelighed.

Informanterne italesatte mange elementer som de mente, kunne fremme lindring af patienternes åndenød: "Så, (...) Rammerne (S2: Ja), fysisk berøring (Ja) som del af, både for patienten, men
også i din vurdering, det kliniske blik (mm, mm) Og så det sidste (...) S2: det er vel noget med planlægning, på en eller anden måde ik’ (I: Ja), eller koordinering.” (inf 1).

Men det allervigtigste, uafhængig af hvilken type af åndenød patienten havde, så ud til at være tryghed: ”(...) (vigtigst) at få hende beroliget og få hende, føle sig tryg og ikke bange (...)” (inf 2). ”Det (formålet) er nøjagtig som med de andre. Det er igen (...) at berolige hende igen (...)” (inf 1).

At skabe tryghed for patienten blev således set som afgørende for, at lindring kunne opnås sammen med den medicinske behandling: ”(...) selvfølgelig skal de have masker og selvfølgelig skal de have det medicin, der hjælper dem, men jeg synes det allervigtigste er, det er at signalere, vi skal nok hjælpe dig, vi kan godt se, at du har svært ved at få dit vejr, ik (...)” (inf 1)

”(...) jeg er meget imod det der, med bare at give dem en maske, og (...) så lader vi dem lige lidt være, ik’. Jeg tror det er så vigtigt, at man lige sidder hos dem lidt ik’.” (inf 2).
Også patienterne fremhævede vigtigheden af at opleve tryghed: ”Det samme gælder for sygeplejersker, at de tager situationen roligt og ikke bliver dramatisk (det er meget vigtigt).” (pt 3).

Det aktuelle rum – at skabe rummelighed.

Når informanterne italesatte situationer, hvor de oplevede de lykkedes med at lindre patienternes åndenød, fremhævede de situationer, hvor de oplevede at gøre patienterne trygge: ”Da får jeg igen lagt en hånd på hendes håndled, og vi skal nok klare, du får en maske nu, og så skal du bare få det bedre med din vejrtrækning og jeg tror, hvad gik der 5 minutter med den maske der, så var hun helt o.k.” (inf 2).

”(...) jeg synes egentlig at jeg formåede, det som jeg ligesom synes er vigtigt, altså de ting jeg nævner med at skabe ro og tryghed og signalere at jeg nok skal hjælpe, ik’” (inf 1). Også i patienternes positive tilkendegivelser om samspillet i åndenødsituationerne fremhævedes trygheden: ”Connie siger henvendt til mig (Hun er sød) (Der er nogle der kan gøre en nervøs på den måde de fremstræder på) (...)” (pt 1)

Men der oplevedes også situationer, hvor samspillet med patienterne ikke forløb som omtalt under det intentionelle rum. Fx når informanterne blev afbrudt mens de var på stuerne: "Mette spørger: [hvad er dit ønske]. "Karen svarer ikke forståeligt”. Mette siger: [vi tager det stille og roligt] [Jeg kan godt høre at du ikke kan få luft]. (...) Mette afbrydes af en kollega, og går fra stuen.” (inf 2).

Hvilket skete jævnligt, især for den ene informant, som blev afbrudt på stuerne hos sine patienter op til 4 gange på en dag.


Lotte spørger: [Hvordan går det?]. Rigmor svarere (ikke særligt godt) (...) Lotte tager ilmåleren og sætter den på Rigmors finger. Lotte siger højt [Den er lige det laveste, 87. 88 stiger den til nu, så fortæt du bare med din inhalation]. Lotte gør yderligere en maske klar og giver til Rigmor: (...) Lotte går ud fra stuen og henvender sig til mig, da vi er kommet ud på gangen. [Jeg vil lade Rigmor færdig inhalation færdig og så vil jeg give morgenmad færdig] [og så har min kollega en ny patient, som jeg skal være med til at modtage].” (inf 1).

Hvilket patienterne også genkendte: "Hvad oplevede du at sygeplejerskerne gjorde?” (De prøvede at hjælpe mig med min maske) (...) ”Gjorde de andet?” (nej, de gjorde ikke andet).” (pt 2).

7. Diskussion af undersøgelsens fund.

I det foregående blev undersøgelsens fund fremlagt. Der viste sig tre strategier, som sygeplejersken anvender, når hun12 er og handler i situationer, hvor hun oplever, at patienten har åndenød. I det følgende diskuteres undersøgelsens fund med relevante teoretiske begreber og undersøgelsesfund.

Der viser sig flere forhold i samspillet mellem sygeplejerske og patient som har betydning for situationen.

For det første i vurderingen af situationen, hvor det ser ud til, at forskellige syn eller optikker kan ligge til grund for sygeplejerskens vurdering af patientens dyspnø. I denne undersøgelse tegner der sig to forskellige optikker: det medicinske billede og det kliniske billede. Det medicinske billede ser ud til at bestå af objektive ”data”, som kan indsamles ved at se og høre, måle og tælle hos patienten.

I det kliniske billede vurderes også på baggrund af objektive ”data” som at måle, tælle, se, høre, og

---

12 Valgt som betegnelse gennemgående for læsevenligheden.

36
røre ved patienten. Men derudover indebære det også at spørge ind til patientens dyspnø, for at afdække patientens egen oplevelse af denne.


Med baggrund i ovenstående bliver det tydeligt, at hvis udgangspunktet for vurderingen af om åndenøden er indenfor eller udenfor mønster, er det medicinske billede, er det kun de fysiske aspekter ved dyspnøen, altså disease som vurderes. Den menneskelige erfaring og oplevelse som patienten har af dyspnøen udelades, hvorved lindring af åndenøden risikerer at hæmmes.

Sygeplejersken risikere at blive den distancerede sundhedsprofessionelle, som står uden for patientens mulighedsverden, da hun ikke anerkender krop og sjæl som forenet, men i stedet som to adskilte virkeligheder (Benner & Wrubel 2001).

Hvis udgangspunktet derimod er det kliniske billede, kan sygeplejersken integrere både de fysiske aspekter ved dyspnøen, altså disease som vurderes. Den menneskelige erfaring og oplevelse som patienten har af dyspnøen udelades, hvorved lindring af åndenøden risikerer at hæmmes. Sygeplejersken risikere at blive den distancerede sundhedsprofessionelle, som står uden for patientens mulighedsverden, da hun ikke anerkender krop og sjæl som forenet, men i stedet som to adskilte virkeligheder (Benner & Wrubel 2001).

Hvis udgangspunktet derimod er det kliniske billede, kan sygeplejersken integrere både de fysiske aspekter ved dyspnøen og den menneskelige oplevelse af dyspnøens betydning for patienten i vurderingen, altså både illness og disease. Dette skaber grovbund for at fremme lindring af patientens dyspnø, idet sygeplejersken kan blive aktivt nærværende for patienten, hvis hun formår at skabe forbindelse til dyspnøens mening for patienten (Benner og Wrubel 2001).


Et andet forhold om ser ud til at have betydning for samspillet mellem sygeplejerske og patient, er, om sygeplejersken oplever, at patientens åndenød er indenfor eller udenfor mønster og om patienten er af samme opfattelse. Problemet ser ud til at opstå, hvis der er uoverensstemmelse mellem
parterne og at vise sig i angstens udtryk.
Ved åndenød ved aktivitet og kronisk forværret åndenød, som er i rammen af åndenød indenfor mønster, er angstens udtryk, for sygeplejersken, kortvarigt og let. Det ser således ud til, at det er dette udtryk i angsten, som sygeplejersken forventer og regner med, som det tilstedeveærende, når hun står overfor åndenød indenfor mønster. Hvis sygeplejersken oplever, at patienten viser tegn på større angst end det forventede i rammen af åndenød indenfor mønster, ser det ud som om, at angstens udtryk ses som værende ude af proportioner med situationen og derfor som uhensigtsmæssig hæmmende for patientens udfoldelsesmuligheder.
Ved akut åndenød, som er i rammen af åndenød udenfor mønster, er angstens udtryk anderledes. Det er ud til at sygeplejersken, når åndenøden ses som udenfor mønster, altid forventer og regner med, at patienten kan være voldsomt angst, en angst som er en naturlig følge af den akutte forværrede åndenød og som appellerer til sygeplejersken om at drage omsorg for patienten.

Hvis patientens angst derimod, af sygeplejersken, opleves som værre, end hvad der forventes, hvilket kan ses ved åndenød indenfor mønster, ser det ud som om, at sygeplejersken forstår angst som forudgående dyspnøen, som således bliver ude af proportioner med situationen og hæmmende for patientens udfoldelsesmuligheder.
Ud fra ovenstående tyder det således på, at angstens udtryk kan ses som en markør for sygeplejersken i hendes tolkning af, om åndenøden er indenfor eller udenfor mønster. Hvis sygeplejersken oplever angst som ude af proportioner med situationen, kan det være et sensitivt tegn på uoverensstemmelse med patientens tolkning af dyspnøen i situationen.
Et tredje forhold som ser ud til at have betydning, for samspillet mellem sygeplejerske og patient, er, hvordan sygeplejersken evner at manøvrere langs kanten i situationen, hvor hun vurderer, at patienten har dyspnø.
Forskningsfund, fremlagt tidligere i undersøgelsen definerer beskæring som den hårfine og betydningsfulde balance, som sygeplejersker kan opnå ved at formå at beskytte patienten mod dyspnø, samtidig med at fremme aktivitet og fremtidig funktionsniveau i forbindelse med APBC (Lomborg & Kirkevold 2007). Nærværende undersøgelsesfund nuancerer disse fund.

Det tyder således på, at det ikke kun er i forbindelse med personlig hygiejne, at sygeplejersken er optaget af at finde den hårfine og betydningsfulde balance, men i samspillet med patienten i alle situationer, hvor hun vurderer, at der er mulighed for, at patientens dyspnø forværres.

Men at opnå beskæringen ser ud til at være forbundet med vanskelighed. Både i nærværende undersøgelse hvor der i empirien ses eksempler, hvor det ikke lykkes for sygeplejersken. Og i forskningsresultaterne, som finder, at selv om sygeplejersken er opmærksomme på patientens dyspnø, bliver den sjældent eksplicit vurderet i fællesskab mellem sygeplejerske og patient (Lomborg & Kirkevold 2007).

I denne undersøgelse tegner der sig et mønster af, at problemet ligger i selve tilgangen, til det at manøvrere langs kanten. For selvom sygeplejersken vurderer dyspnøen i fællesskab med patienten, i det kliniske billede, sker manøvrering langs kanten oftest ikke eksplicit italesat. Dette da det i sig selv er en del af manøvreringen. Hvis sygeplejersken således ser den implicitte manøvrering langs kanten, som definitorisk for at kunne manøvrere langs kanten, risikerer hun i sidste ende at ekskludere patienten fra situationen og hermed patientens meningsfulde betydninger udtrykt i lidelsen. Dermed risikerer lindringen af patientens dyspnø at blive hæmmet.

Et fjerde forhold som ser ud til at have betydning for samspillet og lindring af dyspnø, uafhængig af situationen, er tryghed. For både sygeplejersken og patienten ser det ud til, at patientens oplevelse af tryghed er det allervigtigste for lindring af dyspnøen.

Men i denne undersøgelse er der flere eksempler på uoverensstemmelse mellem det intentionelle rum og det aktuelle rum. Fx situationer hvor sygeplejersken giver maske for patientens dyspnø, for herefter at forlade stuen. Forhold der kendetegner disse situationer, er afbrydelser af kolleger, koordinerings og planlægningsopgaver og tidspres på grund af mange opgaver.

Karen Dalgaard beskriver, i sine forskningsfund om at leve med uhelbredelig sygdom, når tiden ikke lykkes på grund af sygeplejerskens knaphed på (klokke)tid. Blandt andet begynder sygeplejersken at anvende tidsbesparende aktiviteter i et forsøg på at bevare kontrol med (klokke)tiden. Fx ved at blive optaget af at være effektive og skynde sig, ved at udvikle en selektiv opmærksomhed og ved at udvikle en ikke-bevist tidsstrategi med handlen ud fra rutiner eller vaner
(Dalgaard 2007).
Sygeplejerskens handlen i ovenstående situationer kan således ses som en mulig konsekvens af mangel på (klokke)tid. Det bliver tydeligt at mangel på tid og oplevelse af tidspres fra sygeplejerskens side, kan hæmme hende i at være til stede i samspillet med patienten, på en sådan måde at patienten oplever tryghed og lindring af dyspnø opnås.

8. Metodekritik.

Inden fremlæggelsen af konklusionen på diskussionen af undersøgelsesfundene, fremlægges overvejelser om undersøgelsens metoder.


Derudover vurderes det at anvendelsen af data- og metodetriangulering i undersøgelsen styrker sandsynligheden i fundene (Polit & Beck 2006).

I undersøgelsesforløbet har der været flere forhold som menes, at kunne have betydning for undersøgelsens fund. Patientperspektivet er ikke så stærkt repræsenteret som ønsket. Dette har skyldes deres akutte tilstand, planer om udskrivelse, men også oplevelser af at være for trætte og afkreftede til at deltage i uformelle og formelle interview. Således må fundene i undersøgelsen i højere grad ses som et udtryk for samspillet mellem sygeplejerske og patient ud fra et sygeplejeperspektiv.

Forhandlingsproblemer med Gatekeeper og arbejdspres for en ene af sygeplejerskerne, førte i denne observationsperiode til, at undersøgeren måtte trække sig til kun at være observator og ikke stille

---

13 Trustworthiness (Fagermoen 2005).
spørgsmål. Dette kan således have påvirket sygeplejerskens udsagn, idet hun ikke har haft lige så stor mulighed for at knytte udsagn til situationen i situationen. Til gengæld må fundene siges at være en tæt afspejling af virkeligheden og de vilkår, der er for samspillet mellem sygeplejerske og patient i dyspønsituationen.

Ovenstående forhold har desuden bevirket, at der ikke har kunnet opretholdes en ideel pendulering i feltarbejdet mellem det sete og sagte.

Undersøgelsens ramme med deraf følgende begrænset omfang medfører, at det vurderes, at der ikke er tale om fund om samspillet mellem sygeplejerske og patient der er mættet, ej heller om feltforskning i egentlig forstand, men tale om en lille flig af feltforskning. Mere tid i felten og flere deltagere vurderes således, at kunne have givet en bredere og dybere beskrivelse af samspillet. Derudover ville mere plads til diskussion af undersøgelses fund havde været ønskeligt, men har ikke været muligt på grund af rammerne for specialet. Det kunne således have været interessant at diskutere fundene i rammerne af undersøgelsens teoretiske forståelsesramme ligesom andre teorier som Helle Ploug Hansens fund om syn og blikke og Kari Martinsens faglige skøn, vurderes at kunne have nuanceret femstillingen af indholdet og handlemønstrene i samspillet mellem sygeplejerske og patient.

I Nærværende undersøgelse er der ikke opnået empirisk generaliserbare data, hvilket hverken har været hensigten eller kan lade sig gøre med udgangspunkt i undersøgelsens omfang. Derimod har hensigten været at udvikle viden om samspillet mellem sygeplejerske og patient i åndenødssituationen, ved at indkredse fænomenet åndenød som det viser sig i klinisk praksis og derfor vil spørgsmålet om undersøgelsens fund som generaliserbare søges afdækket ved at vurdere fundenes analytiske generaliserbarhed. Ifølge Kvale indebærer dette en grundig vurdering af, om fundene i en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation, baseret på en analyse af forskelle og ligheder imellem de to situationer (Kvale 1997). Dette vurderes i undersøgelsen perspektivering.


Det konkluderes at sygeplejersken anvender tre strategier i samspillet med patienten: At vurderer situationen som en åndenødssituation, At manøvrere i skæringsfeltet mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster og At skabe rum for lindringen af åndenøden.
Følgende meningsfulde betydninger blev fundet for samspillet mellem sygeplejerske og patient. Udgangspunktet for sygeplejerskens vurdering af patientens dyspnø må være det kliniske billede, da dette inkluderer den menneskelige erfaring og oplevelse i vurderingen. Dermed får sygeplejersken mulighed for at blive aktivt nærverende for patienten, hvilket i sidste ende kan fremme lindringen af patientens dyspnø. Hvis sygeplejersken vurderer patientens dyspnø med udgangspunktet i det medicinske billede, risikerer sygeplejersken, at distancere sig fra situationen med patienten og risikerer at hæmme lindringen patientens dyspnø. At der er overensstemmelse mellem sygeplejerskens og patientens tolkning af, om åndenøden er indenfor mønster eller udenfor mønster, kan fremme lindringen af patientens dyspnø. Omvendt kan uoverensstemmelse hæmme lindringen af dyspnøen. Angstens udtryk kan måske være en sensitiv markør for uoverensstemmelsen, hvis det bemærkes af sygeplejersken i situationen. Sygeplejerskens evne til at manøvrere langs kanten ser ud til at have betydning for om lindringen af dyspnøen fremmes eller hæmmes. Hvis manøvreringen langs kanten aldrig italesættes af sygeplejersken overfor patienten, er der risiko for, at patienten ekskluderes fra situationen og lindringen af patientens dyspnø således hæmmes. At patienten oplever tryghed i situationen har afgørende betydning for om lindringen af dyspnøen fremmes. Oplevelsen af mangel på (klokke)tid kan have betydning for sygeplejerskens evne til at etablere tryghed, hvilket kan hæmme lindringen af patientens dyspnø.


Undersøgelsen har beskrevet indhold og handlemønstre i samspillet mellem sygeplejersken og patienten, i situationer hvor patienten oplever åndenød. Der har vist sig typiske mønstre af betydning for, om lindringen af dyspnøen fremmes eller hæmmes. Men dette udgangspunkt, kan det fortsat være svært at vurdere undersøgelses analytiske generaliserbarhed på grund af det beskedne undersøgelsesmateriale. Derfor vurderes det, at den analytiske generaliserbarhed først endelig kan vurderes ved at gå i dialog med klinisk praksis om resultaterne, hvilket er hensigten. Derudover rejser konklusionen af diskussionen nogle spørgsmål. For sygeplejerskens evne til at
være og handle i åndenødsituationer, vil være afhængig af flere forhold. Blandt andet hendes evne til at reflekterer og samtidig mulighed for at gøre dette i klinisk praksis. Men også hendes evne til at genkende mønstre i situationen, som blandt andet afhænger af erfaring og viden på området. Hvilket kan være en udfordring i klinisk praksis, når undersøgelser tyder på at ca. 14 % af sygeplejerskerne, ansat på medicinske afdelinger, har under 1 års erfaring og ca. 39 % har 1-5 års erfaring som sygeplejerske (DSR Analyse 2009).

Derudover viste der sig, i observationsperioden, også et organisatorisk perspektiv, som så ud til at have betydning for patientens dyspnø. Dette kom til udtryk som en uoverensstemmelse mellem afdelingens eksplicitte tilgang til patienterne, som byggende på helhedspleje og den konkrete observerede organisering af plejen, med mange hjælpe og støttefunktioner. Hvilket medførte, at patienternes direkte kontakt til personaler kunne være op til 6 på en formiddag, udover servicepersonale, som kom ad hoc på stuerne.

Det kunne således være interessant, at arbejde videre med disse perspektivers betydning for samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø.

11. Resumé.

Baggrunden for undersøgelsen var en vedvarende undring over dyspnøsituationen, som den udspillede sig i samspillet mellem sygeplejerske og patienten med KOL i klinisk praksis. Formålet med undersøgelsen var at undersøge samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø, med henblik på at finde meningsfulde betydninger i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske, samt fremmende og hæmmende elementer, når målet er lindring af patientens åndenød.

Undersøgelsen blev gennemført som et kvalitativt induktivt eksplorativt feltarbejde med udgangspunkt i et fænomenologisk hermeneutik filosofisk og videnskabsteoretisk idegrundlag. Undersøgelsen fandt at sygeplejerskerne anvendte tre strategier, når de var i åndenødsituationerne og konkluderede at den optik de vurderede situationen ud fra, deres tolkning af situationen, deres evne til at manøvrere i situationen, samt tryghed på forskellig måde havde betydning for lindringen af patientens åndenød.
The interaction between the nurse and COPD-patient in the situation where the patient experiences dyspnea - An empirical investigation.

The background for the study was a persistent wondering about the dyspnea situation as it unfolds in the interaction between nurse and patient with COPD in clinical practice.

The purpose of the study was to investigate the interaction between nurse and patient in the situation where the patient is experiencing dyspnea, to find meaningful significances in and for the interaction between patient and nurse, and to find promotional and inhibitory elements, when the aim is the alleviation of the patient's dyspnea.

The study was conducted as a qualitative inductive exploratory fieldwork, based on a phenomenological hermeneutics theoretical conceptual framework.

The study found that nurses used three strategies when they were in the situations and concluded that the conceptual frame they used to assess the situation, their interpretation of the situation, their ability to maneuver in the situation and security in different ways had significance for the alleviation of the patient's dyspnea.

12. Litteraturliste.


45


Samsølt mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.


Bilag 1.
Trinvis guide til systematisk litteraturgennemgang.

Identificere nøgleord og begreber til søgningen

Identificere potentielt relevante referencer fundet gennem elektronisk og manuel søgning.

Fremskaffe interessante referencer

Gennemse referencerne med henblik på at vurdere relevans og anvendelighed

Organisere referencerne

Analysere og samle materialet

Udarbejde gennemgangen

Identificere nye referencer ud fra referenceliste

Kassér ikke relevante referencer

(Frit oversat fra Polit & Beck 2006)
Bilag 2.
Uddybende beskrivelse af databasesøgningerne.

1. Søgning.
Cinahl:
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MH) and Dyspnea (MH) and (Nursing Care (MH) or Patient Care (MH)).

PubMed: (limits: Sprog: engelsk, norsk, svensk eller dansk)
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MeSH) and Dyspnea (MeSH) and (Nursing (MeSH) or Nursing Care (MH) or Nurse-patient relations (MeSH)).

Cochrane Library:
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MeSH) and Dyspnea (MeSH) and (Nursing Care (MeSH) or Nurse-patient Relations (MeSH)).

SveMed:
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MeSH) and Dyspnea (MeSH).

Bibliotek.dk:
(Kronisk Obstruktiv Lungesygdom eller KOL) og (Dyspnø eller åndenød).

I alt: 96 (14).

2. Søgning.
Cinahl: Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and (Nursing Care or Patient Care).

PubMed: (limits: Sprog: engelsk, norsk, svensk eller dansk)
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and (Nursing or Nursing Care or Nurse-patient relations).

Cochrane Library:
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and (Nursing or Nursing Care or Nurse-patient Relations or patient perception).
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

SveMed:
Pulmonary-Disease, Chronic Obstructive and Dyspnea. 7 (0).

I alt: 203 (9).

3. Søgning.
Cinahl:
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (MH) and Dyspnea (MH) and Nurse-Patient relations (MeSH). 3 (0).

PubMed: (limits: Sprog: engelsk, norsk, svensk eller dansk)
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and Patient perception 83 (2).

I alt: 86 (2).

4. Søgning.
Cinahl:
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and Patient perception 0.

I alt: 0.

5. Søgning.
Cinahl:
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and (Dyspnea or Breathlessness) and Nursing. 61 (3).

I alt: 61 (3).

Der var samlet 446 hits ved litteratursøgningen, hvoraf 28 hentes til gennemlæsning da de vurderedes til muligvis at være relevante.
Bilag 3.
Søgestrategi.

1-5. søgning Cinahl 11.02.10.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Search ID#</th>
<th>Search Terms</th>
<th>Search Options</th>
<th>Actions</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S20</td>
<td>S7 and S12 and S19</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (61)</td>
</tr>
<tr>
<td>S19</td>
<td>&quot;Nursing&quot;</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (370977)</td>
</tr>
<tr>
<td>S18</td>
<td>S1 and S2 and S17</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>S17</td>
<td>(MH &quot;Nurse-Patient Relations&quot;)</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (14063)</td>
</tr>
<tr>
<td>S16</td>
<td>S7 and S12 and S15</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (0)</td>
</tr>
<tr>
<td>S15</td>
<td>&quot;patient perception&quot;</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (178)</td>
</tr>
<tr>
<td>S14</td>
<td>S7 and S12 and S13</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>S13</td>
<td>S10 or S11</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (47795)</td>
</tr>
<tr>
<td>S12</td>
<td>S8 or S9</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (4237)</td>
</tr>
<tr>
<td>S11</td>
<td>&quot;patient care&quot;</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (22982)</td>
</tr>
<tr>
<td>S10</td>
<td>&quot;Nursing care&quot;</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (26546)</td>
</tr>
<tr>
<td>S9</td>
<td>&quot;breathlessness&quot;</td>
<td>Search modes - Boolean/Phrase</td>
<td>View Results (466)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th>Search modes - Boolean/Phrase</th>
<th>View Results</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S8</td>
<td>&quot;dyspnea&quot;</td>
<td></td>
<td>(4000)</td>
</tr>
<tr>
<td>S7</td>
<td>&quot;Chronic obstructive pulmonary disease&quot;</td>
<td></td>
<td>(3274)</td>
</tr>
<tr>
<td>S6</td>
<td>S1 and S2 and S5</td>
<td></td>
<td>(67)</td>
</tr>
<tr>
<td>S5</td>
<td>S3 or S4</td>
<td></td>
<td>(373805)</td>
</tr>
<tr>
<td>S4</td>
<td>(MH &quot;Nursing Care+&quot;)</td>
<td></td>
<td>(168790)</td>
</tr>
<tr>
<td>S3</td>
<td>(MH &quot;Patient Care+&quot;)</td>
<td></td>
<td>(275533)</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>(MH &quot;Dyspnea+&quot;)</td>
<td></td>
<td>(2564)</td>
</tr>
<tr>
<td>S1</td>
<td>(MH &quot;Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+&quot;)</td>
<td></td>
<td>(3873)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1-3. søgning PubMed 11.02.10.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Search</th>
<th>Most Recent Queries</th>
<th>Time</th>
<th>Result</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>#34</td>
<td>Search ((#22) AND #26) AND #33 Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>09:01:53</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>#33</td>
<td>Search patient perception Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>09:00:11</td>
<td>63287</td>
</tr>
<tr>
<td>#31</td>
<td>Search ((#22) AND #26) AND #30 Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>08:57:47</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>#30</td>
<td>Search ((#27) OR #28) OR #29 Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>08:05:23</td>
<td>410486</td>
</tr>
<tr>
<td>#29</td>
<td>Search nurse-patient relations Limits:</td>
<td>08:03:29</td>
<td>22834</td>
</tr>
<tr>
<td>#</td>
<td>Search Terms</td>
<td>Limits:</td>
<td>Time</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>#28</td>
<td>Search nursing care</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>08:02</td>
</tr>
<tr>
<td>#27</td>
<td>Search nursing</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>08:02</td>
</tr>
<tr>
<td>#26</td>
<td>Search (#24) OR #25</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>08:00</td>
</tr>
<tr>
<td>#25</td>
<td>Search breathlessness</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:58</td>
</tr>
<tr>
<td>#24</td>
<td>Search dyspnea</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:58</td>
</tr>
<tr>
<td>#23</td>
<td>Search dyspnea scale</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:58</td>
</tr>
<tr>
<td>#22</td>
<td>Search chronic obstructive pulmonary disease</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:57</td>
</tr>
<tr>
<td>#21</td>
<td>Search ((#2) AND #5) AND #20</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:56</td>
</tr>
<tr>
<td>#20</td>
<td>Search ((#12) OR #14) OR #19</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:24</td>
</tr>
<tr>
<td>#19</td>
<td>Search &quot;Nursing Care&quot;[Mesh]</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:23</td>
</tr>
<tr>
<td>#18</td>
<td>Search ((#2) AND #5) AND #16</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:16</td>
</tr>
<tr>
<td>#17</td>
<td>Search ((#2) AND #5) AND #16</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:05</td>
</tr>
<tr>
<td>#16</td>
<td>Search ((#9) OR #12) OR #14</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:03</td>
</tr>
<tr>
<td>#14</td>
<td>Search &quot;Nurse-Patient Relations&quot;[Mesh]</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:02</td>
</tr>
<tr>
<td>#12</td>
<td>Search &quot;Nursing&quot;[Mesh]</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>07:00</td>
</tr>
<tr>
<td>#9</td>
<td>Search &quot;Patient Care&quot;[Mesh]</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>06:58</td>
</tr>
<tr>
<td>#5</td>
<td>Search &quot;Dyspnea&quot;[Mesh]</td>
<td>English, Danish, Norwegian, Swedish</td>
<td>06:55</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

| #2 | Search "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh] | 06:53:17 | 12819 |

1-2. søgning. Cochrane Library 12.02.10.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID</th>
<th>Search</th>
<th>Hits</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>#1</td>
<td>MeSH descriptor <strong>Pulmonary Disease, Chronic Obstructive</strong> explode all trees</td>
<td>1475</td>
</tr>
<tr>
<td>#2</td>
<td>MeSH descriptor <strong>Dyspnea</strong> explode all trees</td>
<td>568</td>
</tr>
<tr>
<td>#3</td>
<td>MeSH descriptor <strong>Nursing Care</strong> explode all trees</td>
<td>1425</td>
</tr>
<tr>
<td>#4</td>
<td>MeSH descriptor <strong>Nurse-Patient Relations</strong> explode all trees</td>
<td>231</td>
</tr>
<tr>
<td>#5</td>
<td>(#3 OR #4)</td>
<td>1594</td>
</tr>
<tr>
<td>#6</td>
<td>(#1 AND #2 AND #5)</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>#7</td>
<td>(chronic obstructive pulmonary disease):ti,ab,kw</td>
<td>3422</td>
</tr>
<tr>
<td>#8</td>
<td>(dyspnea):ti,ab,kw</td>
<td>1824</td>
</tr>
<tr>
<td>#9</td>
<td>(breathlessness):ti,ab,kw</td>
<td>444</td>
</tr>
<tr>
<td>#10</td>
<td>(nursing care):ti,ab,kw or (nursing):ti,ab,kw or (nurse-patient relations):ti,ab,kw</td>
<td>14651</td>
</tr>
<tr>
<td>#11</td>
<td>(#8 OR #9)</td>
<td>2133</td>
</tr>
<tr>
<td>#12</td>
<td>(#7 AND #10 AND #11)</td>
<td>43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1-2. søgning SveMed 12.02.10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sökmängd</th>
<th>Sökvillkor</th>
<th>Antal poster</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1</td>
<td>Explodesökning på Dyspnea</td>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>SET</th>
<th>Søgning</th>
<th>FUND</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1</td>
<td>fritekst=kronisk obstruktiv lungesygdom</td>
<td>305</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>emne=kol</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>S3</td>
<td>fritekst=dyspnø</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>S4</td>
<td>(fritekst=kronisk obstruktiv lungesygdom) eller (emne=kol)</td>
<td>343</td>
</tr>
<tr>
<td>S5</td>
<td>(fritekst=dyspnø) og ((fritekst=kronisk obstruktiv lungesygdom) eller (emne=kol))</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>S6</td>
<td>fritekst=åndenød</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>S7</td>
<td>(fritekst=dyspnø) eller (fritekst=åndenød)</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>S8</td>
<td>((fritekst=kronisk obstruktiv lungesygdom) eller (emne=kol)) og ((fritekst=dyspnø) eller (fritekst=åndenød))</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. søgning Bibliotek.dk. 12.02.10.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklusion</th>
<th>Exklusion</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Artikler som beskriver patienters oplevelser af dyspnø/åndenød.</strong></td>
<td><strong>Artikler som beskriver sygeplejerskers oplevelser af patienterne dyspnø/åndenød.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>760-778.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Eksklusion

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikler omhandler dyspnø, men som ikke beskriver patienters oplevelser af dyspnø/åndesød, sygeplejerskers oplevelser af patienterne dyspnø/åndenød eller samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten har dyspnø.</th>
<th>Artikler som ikke tilfører ny viden om dyspnø i forhold til projektets fokus.</th>
<th>Artikler som omhandler andre sygdomskategorier end KOL.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reference</td>
<td>Title</td>
<td>Journal</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>-------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>Heinzer, MMV. Bish, C. Detwiler, R., 2007.</td>
<td>The move to</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

59
<table>
<thead>
<tr>
<th>Title</th>
<th>Authors</th>
<th>Journal</th>
<th>Page Numbers</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>evidenced-Based Practice From a Clinical Nursing Question.</td>
<td></td>
<td><em>Journal For Nurses in Staff Development</em>, 23(6), p. 293-297.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pulmonary disease: developing conscious body management in a</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>shrinking life-world.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>living with advanced chronic obstructive pulmonary disease.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>258-261.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>obstructive pulmonary disease in the community.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meaning in qualitative research.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disease – Optimal Treatment Strategies.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>obstructive pulmonary disease: insiders’ perspectives.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilag 5.

Kvalitetsvurderingsskema til vurdering af forskningsartikler.

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Spørgsmål til besvarelse</th>
<th>Svar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baggrund for iværksættelse af undersøgelsen/problemstilling</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Undersøgelsens referencercamme: Antagelse, synspunkter, hypotese</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Undersøgelsens problemstilling og formål</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anvendelse af litteratur Litteratursøgningsmetoder Databaser? og søgeord</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dataindsamlingsmetoder</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Resultat konklusion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Passer formålet med konklusion</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Monitoreringsgruppen, Onkologisk Afdeling, Århus Universitetshospital

Maj 2004
Kvalitetsbedømmelse af inkluderet litteratur fundet ved systematisk litteratursøgning.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år, titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bailey, PH., 2001.</td>
<td>At udvikle en forståelse af dyspnø</td>
<td>Narrative studie med</td>
<td>10 familie-</td>
<td>Identificerer to typer af</td>
<td>IV/D</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>
### Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år, titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år, titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald)</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>respiratory disease.</td>
<td>personlig hygiejne.</td>
<td>deltagerobservationer.</td>
<td>strategi: ikke give slip, mestring af afhængighed og minimering af risikoen for øget åndenød. Disse strategier indeholder to dilemmaer. Det første dilemma: at være en ”god patient” kontra forsøg på at økonomisere med tiden og kræfterne. Det andet dilemma er: at ønske at retfærdiggøre personlige behov for at kunne mestre afhængigheden kontra stoisk lidelse i forhold til ikke at give slip på sig selv. Finder at det er svært for patienterne at udholde APBC og bevare deres integritet, når de til stadighed skal fokusere på deres forfald for at sikre at sygeplejerskerne er</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>
stigmatiserer patienterne og deres familie som ængstelige mennesker. For selvom sygeplejerskerne bliver konfronteret med både patienternes åndenød og angst, er åndenød ikke den adfærd som sygeplejerskerne identificerer og retter deres handlinger imod, men i stedet angsten. Fundene tyder på at sygeplejerskerne mener, at patienten til dels selv er ansvarlig for denne adfærd og der viser sig følgende forståelse fra sygeplejerskernes side: hvis patienterne kan kontrollere deres angst, så vil den akutte vejrtrækningsbesvær og indlæggelsen kunne undgås.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år, titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

egen vurdering af samme situation. Dette medfører en vag fælles forståelse for patienternes aktuelle tilstand og stadie i deres sygdomsforløb, som gør sygeplejerskernes præstation usikker. Dette er en af 3 vanskeligheder, som besværliggører opnåelse af terapeutisk klarhed, som bliver set som et vigtigt anliggende i forhold til at få APBC situationen til at lykkes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter, år titel, land</th>
<th>Formål</th>
<th>Metode</th>
<th>Inkluderede (bortfald) Deltagere</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet: niveau/styrke Type</th>
</tr>
</thead>
</table>


Bilag 7.
Informationsmateriale til afdelingssygeplejersken.

Kære


Jeg skal til at gennemføre en undersøgelse om KOL-patienter og åndenød og er interesseret i åndenødssituationen som den opleves af sygeplejerske og patient under indlæggelse for akut forværring i KOL.

Formålet med mit projekt
At beskrive samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten har åndenød, med henblik på at forstå parternes oplevelse af situationen, finde meningsfulde betydninger i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske, samt at finde fremmende og hæmmende elementer, når målet er lindring af patientens åndenød.

Baggrund for undersøgelsen
Da Kronisk Obstruktiv Lungesygdom er en irreversibel tilstand, med tiltagende åndenød som sygdommen progredierer, bliver behandlingen eller lindringen af åndenøden hos patienten med sværere grad af KOL af stor betydning for patientens oplevede livskvalitet. Det er KOL-patientens konkrete situation, der afgør hvilke tiltag, der vurderes relevante. Ved akut forværring under indlæggelse er det ofte i disse situationer sygeplejerkernes identificerede sygeplejeproblemstillinge, opstillede mål, handlinger og evalueringer, der ligger til grund for en vurdering af, hvilke tiltag, der er relevante i den aktuelle situation.

Interessen til mit projekt er en vedvarende undring over åndenødssituationen, som den udspiller sig mellem sygeplejerske og patient i klinisk praksis. Hvad oplever patienterne, at sygeplejerskerne gør for dem i relation til deres oplevede åndenød, hvordan oplever sygeplejerskerne at patienterne
reagerer på deres tiltag og handlinger i forhold til at lindre åndenøden, og er der enighed mellem sygeplejerske og patient, om hvorvidt et tilfredsstillende resultat i forhold til lindringen af åndenøden blev opnået.

**Rammerne for mit besøg**

For at undersøge ovenstående vil jeg gerne inddrage både KOL-patientens og de professionelles perspektiv i form af interview samt observation af samspillet mellem parterne i situationen hvor KOL-patienten oplever åndenød.

Deltagere i undersøgelsen er: 2 sygeplejersker, som jeg har tænkt mig at observere og interviewe, et ikke fastsat antal KOL-patienter, lige indlagt med KOL af svær eller meget svær grad, som jeg observerer sammen med sygeplejersken, samt 2 af de observerede patienter som interviewes.

Skematisk fremstilling af forløb:

1. dagen: følge 1. sygeplejerske, observere åndenødssituationen og stille spørgsmål til sygeplejerske og patienterne.
2. dagen: følge 1. sygeplejersker, observere åndenødssituationen og stille spørgsmål til sygeplejerske og patienterne.
6. dagen: interviewe 2. sygeplejerske og 2. patient.

Indsamlingen af data, havde jeg forestillet mig skulle foregå over 6 dage i alt.
Jeg vil gerne følge to sygeplejersker med forskellig anciennitet, gerne en nyere sygeplejerske, men ikke helt nyuddannet, og en erfaren sygeplejerske, gennem to arbejdsdage hver, i forhold til alle deres professionelle opgaver og funktioner rettet mod de KOL-patienter, som de har ansvaret for og som opfylder ovenstående kriterier. I løbet af dagene vil jeg observere sygeplejerskernes interaktioner med disse KOL-patienter i åndenødssituationerne, samt stille uddybende spørgsmål af afklarende karakter til både sygeplejersker og patienter. Selve udførelsen af den kliniske sygepleje deltager jeg ikke i.
Da udgangspunktet for min undersøgelse er de situationer, hvor sygeplejerskerne interagerer med KOL-patienterne, så vil jeg ikke følge dem, når de har aktiviteter væk fra KOL-patienterne. På de tidspunkter vil jeg bruge lejligheden til at tale med KOL-patienterne.

Som afslutning vil jeg gerne, hvis sygeplejerskerne på 3. dagen kan afsætte ca. 1 til 1½ time til et interview, som har fokus på deres oplevelser og refleksioner i forhold til åndenødssituationen. Det er også på 3. dagen at jeg vil interviewe de udvalgte patienter, forventet varighed ca. 45 minutter til 1 time.

I forhold til dagene er jeg begrænset af at være deltidsstuderende og arbejder således ved siden af. Hvis det passer jer, vil jeg meget gerne komme hos jer i 6 dage i ugerne 14 og 15. I skrivende stund er jeg ved at undersøge med min arbejdsplads, om jeg kan tilrettelægge det sådan, at jeg kommer hos jer 3 dage i hver uge. Hvis nogle af dagene i de uger passer bedre end andre, så sig til, så forsøger jeg at tilpasse det med mit arbejde.

For at kunne huske alt, hvad jeg ser og hører, vil jeg gøre notater undervejs og til de 4 interview, vil jeg gøre brug af en optager, for senere at kunne transskribere samtalen til skrift.

Hvis du har yderligere spørgsmål eller kommentarer er du velkommen til at kontakte mig per telefon: 26797450 eller mail: omel@email.dk.

Jeg ser frem til at høre fra dig

Venlig hilsen

Maria Omel Jellington
Klinisk Sygeplejespecialist, masterstuderende.
Bilag 8.
Udlægning af dyspnøsituationen.


Det er disse situationer som vil være startpunktet for observationerne af samspillet mellem patient og sygeplejerske i praksis. Slutpunktet vil være når sygeplejersken eller patienten tilkendegiver at lindring af dyspnøen er opnået eller når samspillet i ovenstående situationer slutter.
Bilag 9.
Aspekter ved det kvalitative forskningsinterview.

Livsverden: Genstanden for kvalitative interview er den interviewedes daglige livsverden og hans eller hendes forhold hertil.

Mening: Interviewet søger at fortolke betydningen af centrale temaer i den interviewedes livsverden. Intervieweren registrerer og fortolker både, hvad der siges, og hvordan det siges.

Kvalitativt: Interviewet søger kvalitativ viden udtrykt i almindeligt sprog, det sigter ikke på kvantificering.

Deskriptivt: Interviewet søger at få åbne, nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter ved interviewpersonens livsverden.

Specificitet: Der indhentes beskrivelser af specifikke situationer og handleforløb, ikke generelle opfattelser.

Bevidst Naivitet: Intervieweren udviser åbenhed overfor nye og uventede fænomener i stedet for at have færdige kategorier og fortolkningsskemaer.

Fokus: Interviewet fokuserer på bestemte temaer; der er hverken stramt struktureret med standardiserede spørgsmål eller helt ”ikke-styret”.

Flertydighed: Interviewudsagn kan undertiden være flertydige som afspejling af modsigelser i de interviewedes livsverden.

Forandring: At blive interviewet kan skabe ny indsigt og bevidsthed, og interviewpersonen kan i løbet af interviewet komme til at ændre sine beskrivelser af meninger om et tema.

Sensitivitet: Forskellige interviewere kan fremkalde forskellige udsagn om samme tema, alt efter deres følsomhed over for og viden om interviewemnet.

Mellemmenneskelig situation: Den opnåede viden produceres gennem den mellemmenneskelige interaktion i interviewet.

Positiv oplevelse: Et veludført kvalitativt interview kan være en sjælden og berigende oplevelse for den interviewede, der kan få nye indsigter i sin livssituation (Kvale 1997 p. 41-42).
### Bilag 10.

**Interviewguide.**

**Sygeplejerske.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tematiske undersøgelsesspørgsmål</th>
<th>Interviewspørgsmål</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hvad sker der i samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever åndenød?</td>
<td>Har du i løbet af vores dage sammen oplevet nogle åndenødssituationer? Beskriv med dine egne ord situationen Hvad gjorde du og hvordan reagerede patienten?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvordan oplever parterne situationen?</td>
<td>Vil du i detaljer beskrive, hvordan oplevede du det der skete?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvilke meningsfulde betydninger er opleves i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske?</td>
<td>Hvad var dit vigtigste formål med det du gjorde? Hvad havde betydning?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Med inspiration fra (Kvale 1997).
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Patient.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tematiske undersøgelsesspørgsmål</th>
<th>Interviewspørgsmål</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hvad sker der i samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten oplever åndenød?</td>
<td>Beskriv med dine egne ord situationen Hvad gjorde sygeplejersken?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvordan oplever parterne situationen?</td>
<td>Vil du i detaljer beskrive, hvordan oplevede du det der skete?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvilke meningsfulde betydninger er opleves i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske?</td>
<td>Hvad var de vigtigste ting for dig at opnå i situationen? Hvordan synes du at sygeplejersken hjalp i forhold til dette Hvad havde betydning?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvad fremmer og hæmmer opnåelsen af lindring af patientens åndenød?</td>
<td>Var der noget i situationen som gik særligt godt? Var der noget der gik særligt dårligt?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Med inspiration fra (Kvale 1997).
Bilag 11.
Informationsmateriale til deltagende patienter.

**Information til deltagende patient**
Mit navn er Maria Omel Jellington. Jeg er i gang med udarbejdelsen af mit afsluttende speciale i forbindelse med min uddannelse til Master i Klinisk Sygepleje ved Aarhus Universitet.

**Baggrund for undersøgelsen**
Jeg har gennem flere år været interesseret i KOL-patienters åndenød og interessen til projektet er en vedvarende undring over åndenøds situationen som den udspiller sig i samspillet mellem sygeplejerske og patient under indlæggelse for en akut forværring i KOL. Hvad oplever patienterne at sygeplejerskerne gør for dem i relation til deres oplevede åndenød, hvordan oplever sygeplejerskerne at patienterne reagerer på deres tiltag og handlinger i forhold til at lindre åndenøden, og er der enighed mellem sygeplejerske og patient om hvorvidt et tilfredsstillende resultat i forhold til lindringen af åndenøden blev opnået?

**Hvad indebærer din deltagelse i mit projekt**
Jeg følger en af de sygeplejersker i afdelingen, som har ansvaret for sygeplejen til dig, og vil i den forbindelse meget gerne have lov til at tale med dig om dine oplevelser af situationer under indlæggelsen, hvor du oplevede at have åndenød.
Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage, uden at det vil have nogen indflydelse på din behandling eller pleje.
De oplysninger, som jeg får fra dig og sygeplejersken eller selv observerer eller for kendskab til under mit ophold, vil blive behandlet fortroligt. Både under opholdet i afdelingen, hvor hverken du eller sygeplejersken vil få oplysninger, om hvad den anden har sagt, med mindre det er ønsket og aftalt eller i udarbejdelsen af det skriftlige speciale, hvor alle deltagere anonymiseres.
Hvis du gerne vil deltage i min undersøgelse, vil jeg bede dig om at underskrive nedenstående skema.
Du er meget velkommen til at kontakte mig for yderligere oplysninger på telefon: ☏️ eller
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Venlig hilsen
Maria Omel Jellington
Klinisk Sygeplejespecialist, masterstuderende.

Jeg bekræfter at have modtaget ovenstående information skriftligt og mundtligt, og at jeg ønsker at deltage i undersøgelsen. Jeg er informeret om, at undersøgelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage, uden at det vil påvirke min nuværende eller fremtidige pleje eller behandling.

Jeg ønsker at deltage

Dato: __________
Underskrift: ____________________________________________
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Bilag 12.
Informationsmateriale til deltagende sygeplejersker.

**Information til deltagende sygeplejerske**

**Kære**

Mit navn er Maria Omel Jellington. Jeg er i gang med udarbejdelsen af mit afsluttende speciale i forbindelse med min uddannelse til Master i Klinisk Sygepleje ved Aarhus Universitet. Jeg blev uddannet som sygeplejerske i 2004 og er ansat som Klinisk Sygeplejespecialist på lungemedicinsk afsnit, Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, Hillerød Hospital. Jeg skal til at gennemføre en undersøgelse om KOL-patienter og åndenød og er interesseret i åndenødssituationen som den opleves af sygeplejerske og patient under indlæggelse for akut forværring i KOL.

**Formålet med mit projekt**
At beskrive samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten har åndenød.

**Baggrund for undersøgelsen**
Da Kronisk Obstruktiv Lungesygdom er en irreversibel tilstand, med tiltagende åndenød som sygdommen progredierer, bliver behandlingen eller lindringen af åndenøden hos patienten med sværere grad af KOL af stor betydning for patientens oplevede livskvalitet. Det er KOL-patientens konkrete situation, der afgør hvilke tiltag, der vurderes relevante. Ved akut forværring under indlæggelse er det ofte i disse situationer sygeplejerkernes identificerede sygeplejeproblemstillinger, opstillede mål, handleinger og evalueringer, der ligger til grund for en vurdering af, hvilke tiltag, der er relevante i den aktuelle situation. Interessen til mit projekt er en vedvarende undring over åndenødssituationen, som den udspiller sig mellem sygeplejerske og patient i klinisk praksis. Hvad oplever patienterne, at sygeplejerskerne gør for dem i relation til deres oplevede åndenød, hvordan oplever sygeplejerskerne at patienterne reagerer på deres tiltag og handleinger i forhold til at lindre åndenøden, og er der enighed mellem sygeplejerske og patient, om hvorvidt et tilfredsstillende resultat i forhold til lindringen af
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

åndenøden blev opnået.

Rammerne for mit besøg
For at undersøge dette vil jeg gerne inddrage både KOL-patientens og de professionelles perspektiv, samt observere samspillet mellem parterne i situationen hvor KOL-patienten oplever åndenød. Jeg vil gerne følge dig gennem to arbejdsdage i forhold til alle dine professionelle opgaver og funktioner rettet mod de KOL-patienter, som du har ansvaret for. I løbet af dagene vil jeg desuden stille dig nogle uddybende spørgsmål af afklarende karakter. Selve udførelsen af den kliniske sygepleje deltager jeg ikke i.

På 3. dagen vil jeg gerne bede dig afsætte ca. 1½ time til interview, som har fokus på dine oplevelser og refleksioner i forhold til åndenødssituationen.
Da udgangspunktet for min undersøgelse er de situationer, hvor du interagerer med patienten, så vil jeg ikke følge dig, når du har aktiviteter væk fra patienten. På de tidspunkter vil jeg bruge lejligheden til at tale med dine KOL-patienter.

For at kunne huske alt, hvad jeg ser og hører, vil jeg gøre notater undervejs og til interviewet, på 3. dagen, vil jeg gøre brug af en optager for senere at kunne transskribere samtalen til skrift.

Du er i opgaven sikret anonyemitet, men den færdige opgave kan indeholde en eller flere af dine handlinger og/eller udtagelser om samspillet mellem sygeplejerske og patient i åndenødssituationen, som du måske kan genkende.

Det er frivilligt at deltage og du kan til hver en tid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage.

Du skal på forhånd have mange tåk, fordi du vil vise mig tillid og give mig adgang og indblik i din professionelle verden. Jeg vil i min opgave forvalte det jeg ser og hører i klinisk praksis respektfuld. I det ligger, at jeg vil være trofast overfor sagen: at yde den bedste sygepleje overfor KOL-patienten med åndenød og troløs i min fremstilling af forhold, som ikke gavner KOL-patientens sag.

Jeg ser frem til at følge med dig i dit arbejde.

Venlig hilsen
Maria Omel Jellington
Klinisk Sygeplejespecialist, masterstuderende.
Jeg bekræfter at have modtaget ovenstående information skriftligt og mundtligt, og at jeg ønsker at deltage i undersøgelsen.

Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit om tilsagn om deltagelse tilbage.

Jeg er informeret om at den færdige opgave kan indeholde en eller flere af mine handlinger og/eller udtagelser om samspillet mellem sygeplejerske og patient i åndenødssituationen, som jeg måske kan genkende.

Jeg bekræfter, at have modtaget en kopi af nærværende brev.

Dato: __________

Underskrift: ____________________________________________

Klinisk sygeplejespecialist
Maria Omel Jellington
Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling
Lungemedicinsk afsnit
Hillerød Hospital
Dyrehavevej 29
3400 Hillerød

Sendt til: [redacted]

24. februar 2010

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K
CVR-nr. 11-88-37-29
Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218
E-post dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk
J.nr. 2010-41-4460

Sagsbehandler
Mette-Marie Henrichsen
Direkte 3319 3248

Vedrørende anmeldelse af: ”Et Feltstudie af Samspillet mellem KOL-patienten og Sygeplejersken i Situationen hvor Patienten Oplever Åndenød”

Ovennævnte projekt er den 22. februar 2010 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens\(^1\) § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.


Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse: [redacted]

Oplysningerne vil endvidere blive behandlet ved det deltagende center: Lungemedicinsk afdeling, Gentofte Hospital, Niels Andersens Væg 65, 2900 Hellerup.

TILLADELSE

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

Generelle vilkår

Tilladelsen gælder indtil: 21. juni 2010

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

\(^1\) Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.
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 fortænelsen 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. Klinisk sygeplejespecialist Maria Omel Jellington er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.

2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.


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.


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


12. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholds dene tilsgiger det.


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 udeles/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 skal 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.


**Ændringer i projektet**


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.**


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.

**Opmærksomheden henledes specielt på, at Datatilsynets vilkår også skal iagttages ved behandling af oplysninger på de deltagende centre mv., jf. de generelle vilkår nr. 4.**

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 fortægnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

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

**Advarsel – ved brug af Excel, PowerPoint m.v.**

Den dataansvarlige skal til enhver tid sikre sig, at dokumenter og andre præsentationer, som publiceres eller på anden måde gøres tilgængelig for andre på internettet, usb-nøgle eller på andet elektronisk medie, ikke indeholder personoplysninger.

Der skal vises særlig agtpågivenhed i forbindelse med brug af grafiske præsentationer i Excel og PowerPoint, da de uforvarende kan indeholde indlejrede persondata i form af regneark, tabeller mv. Præsentationer, der gøres tilgængelig på internettet, bør derfor omformateres til Portable Digital Format (PDF), da dette fjerner eventuelle indlejrede Excel-tabeller.

Med venlig hilsen

Mette-Marie Henrichsen
Kære Juridisk konsulent Louise Heaf.

Jeg kontakter dig med henblik på en vurdering af om min undersøgelse skal anmeldes til De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden.

Mit navn er Maria Omel Jellington. Jeg er i gang med udarbejdelsen af mit afsluttende speciale i forbindelse med min uddannelse til Master i Klinisk Sygepleje ved Aarhus Universitet. Jeg skal til at gennemføre en undersøgelse om KOL-patienter og åndenød og er interesseret i åndenødssituationen som den opleves af sygeplejerske og patient under indlæggelse for akut forværring i KOL.

**Formålet med mit projekt**

At beskrive samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten har åndenød, med henblik på at forstå parternes oplevelse af situationen, finde meningsfulde betydninger i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske, samt at finde fremmende og hæmmende elementer, når målet er lindring af patientens åndenød.

**Baggrund for undersøgelsen**

Interessen til mit projekt er en vedvarende undring over åndenødssituationen, som den udspiller sig mellem sygeplejerske og patient i klinisk praksis. Hvad oplever patienterne, at sygeplejerskerne gør for dem i relation til deres oplevede åndenød, hvordan oplever sygeplejerskerne at patienterne reagerer på deres tiltag og handlinger i forhold til at lindre åndenøden, og er der enighed mellem sygeplejerske og patient, om hvorvidt et tilfredsstillende resultat i forhold til lindringen af åndenøden blev opnået.

For at undersøge dette vil jeg gerne inddrage både KOL-patientens og de professionelles perspektiv, samt observere samspillet mellem parterne i situationen hvor KOL-patienten oplever åndenød. Således vil undersøgelsesmetoderne både være interviews, observationer og feltnoter.

Kan du fortælle mig om ovenstående undersøgelse, skal anmeldes til De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden?
På forhånd mange tak for din hjælp
Venlig hilsen
Maria Omel Jellington
Klinisk Sygeplejespecialist, masterstuderende.
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Bilag 15.
Vurdering fra De Videnskabsetiske Komiteer.

Kære Maria,

Som jeg læser din beskrivelse, så vil du i situationen alene observere og tage noter, og efter interviewe patienter og sygeplejersker.

Det er min vurdering, at dit studie ikke er anmeldelsespligtigt til De Videnskabsetiske Komiteer.

Dette, da studiet er en non-invasiv, prospektiv observerende interviewundersøgelse.

Hvis du gerne vil have min vurdering i et formelt brev, så sig endelig til. Så skal jeg sørge for at skrive det i næste uge.

Med venlig hilsen

Louise Heaf
Juridisk konsulent
Direkte: 48 20 57 64
Mail: louise.heaf@regionh.dk

De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden.

Koncern Sekretariatet, Regionsgården
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
Tlf: 48 20 50 00 / Web: www.regionh.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.
Kære Juridisk konsulent Louise Heaf.

Jeg kontakter dig med henblik på en vurdering af om min undersøgelse skal anmeldes til De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden.

Mit navn er Maria Omel Jellington. Jeg er i gang med udarbejdelsen af mit afsluttende speciale i forbindelse med min uddannelse til Master i Klinisk Sygepleje ved Aarhus Universitet. Jeg skal til at gennemføre en undersøgelse om KOL-patienter og åndenød og er interesseret i åndenødssituationen som den opleves af sygeplejerske og patient under indlæggelse for akut forværring i KOL.

**Formålet med mit projekt**

At beskrive samspillet mellem sygeplejerske og patient i situationen hvor patienten har åndenød, med henblik på at forstå parternes oplevelse af situationen, finde meningsfulde betydninger i og for samspillet mellem patient og sygeplejerske, samt at finde fremmende og hæmmende elementer, når målet er lindring af patientens åndenød.

**Baggrund for undersøgelsen**

Interessen til mit projekt er en vedvarende undring over åndenødssituationen, som den udspiller sig mellem sygeplejerske og patient i klinisk praksis. Hvad oplever patienterne, at sygeplejerskerne gør for dem i relation til deres oplevede åndenød, hvordan oplever sygeplejerskerne at patienterne reagerer på deres tiltag og handlinger i forhold til at lindre åndenoden, og er der enighed mellem sygeplejerske og patient, om hvorvidt et tilfredsstillende resultat i forhold til lindringen af åndenøden blev opnået.

For at undersøge dette vil jeg gerne inddrage både KOL-patientens og de professionelles perspektiv, samt observere samspillet mellem parterne i situationen hvor KOL-patienten oplever åndenød. Således vil undersøgelsesmetoderne både være interviews, observationer og feltnoter.
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Kan du fortælle mig om ovenstående undersøgelse, skal anmeldes til De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden?

På forhånd mange tak for din hjælp

Venlig hilsen

Maria Omel Jellington

Klinisk Sygeplejespecialist, masterstuderende.

Med venlig hilsen

Maria Omel Jellington

Mailto:...
Bilag 16.
Etisk Protokol.

Etiske problemstillinger i forhold til:
Tematisering
Undersøgelsens formål, forskerens rolle

Design
Indhente "informeret samtykke". Information til deltagere. Sikre fortrolighed og mulige konsekvenser for deltagerne, Skade, krænkning af privatliv eller stigmatisering af de involverede.

Interviewsituationen
Klargøre fortrolighed af oplysninger, konsekvenser for de interviewede, forskerens rolle

Deltagende observation
Forskerrollen, konsekvenser for deltagerne, adgang til felten, forhandling med gatekeeper, fremtoning under observationen, fortrolighed af oplysninger.

Transskription
Fortrolighed, loyalitet i forhold til det sagte.

Analyse
Analyseniveau/fortolkningsdybde, indflydelse fra deltagere?
Verificering
Verificering af resultater

Rapportering
Fortrolighed, konsekvenser for deltagere/gruppen de repræsenterer.

Bilag 17.
Skematisk fremstilling af den planlagte og aktuelle dataindsamlingsperiode.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Planlagt dataindsamlingsperiode.</th>
<th>Interview med:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Uge 14.</strong></td>
<td>1. sygeplejerske</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationsperiode hvor 1. Sygeplejerske følges. To dages varighed.</td>
<td>1. sygeplejerske</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Uge 15.</strong></td>
<td>2. sygeplejerske</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationsperiode hvor 2. Sygeplejerske følges. To dages varighed</td>
<td>2. sygeplejerske</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktuel dataindsamlingsperiode.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Uge 14.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Uge 15.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Uge 17.</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Samspillet mellem sygeplejerske og KOL-patient i situationen hvor patienten oplever dyspnø – En empirisk undersøgelse.

Bilag 18.
Udledning af foreløbige temaer fra empirien.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddrag fra empirien</th>
<th>Foreløbigt tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>At indsamle oplysninger om åndenøden</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

100
<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddrag fra empirien</th>
<th>Foreløbigt tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[at det er vigtigt ikke at få hende ud over kanten] ”få åndenød som hun ikke kan kontrollere” (inf 2)</td>
<td>At håndtere åndenøden</td>
</tr>
<tr>
<td>Det er lige som om deres [oplevelse af åndenød af åndenød er anderledes end andres] ”Andre KOLpatienter”. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>” Hvad gør du når du oplever åndenød?” (Prøver at sætte mig op eller prøver at ligge helt stille og forsøger at trække vejret.) Alice fortæller desuden at når hun er ude og gå med rollatoren så stopper hun op og holder pause, når hun oplever åndenød. (pt 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karen siger: (jeg vil ikke have den her på) stritter med fingeren som har saturationsmåleren på. (jeg vil have den af). Mette siger at hun er nødt til at have den på, at du skal kunne holde øje.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karen accepterer at have den på lidt endnu. Mette og Gitte går ud. (inf 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hanne begynder at have lyd på udåndingen, og har forlænget udånding. Hanne snakker ikke mere.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lotte siger [træk vejret helt stille og roligt] [ja sådan det går rigtig fint].</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lotte og Merethe hjælper Hanne den rene skjorte på plads. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(at man kan blive panisk og hysterisk) ”når man har åndenød” (…) Det samme gælder for sygeplejersker, at de tager situationen roligt og ikke bliver dramatisk (det er meget vigtigt). (pt 3)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddrag fra empirien</td>
<td>Foreløbigt tema</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>(…) altså en akut åndenødssituation, kan man kalde det det? S2: Ja. (inf1)</td>
<td><strong>Typer af åndenød</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Alice fortæller desuden at når hun er ude og gå med rollatoren så stopper hun op og holder pause, når hun oplever åndenød. (pt 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(…) men hun bliver <em>hurtigt</em> funktionsdyspnøsk, der skal ikke meget til (…) (inf 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(…) for man kan jo sige hun var jo dyspnøsk, sådan rimeligt stabilt hele tiden. Det var hun jo, (…) (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kamma trækker vejret hurtigt, der er lyd på udåndingen og Kamma kan ikke færdiggøre en sætning uden at trække vejret. ”Kamma lyder dyspnøsk”</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>[Hvordan går det?] venter ikke på svar [Du hiver efter vejret]. Kamma fortæller at hun lige har været på toilettet.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(inf1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>S1: (…) vi har jo også Karen, som vi også modtager øhm … som jeg lægger i NIV. (…) og da hun kommer op, da fornemmer jeg nok ikke (…) angstproblematikken, som man jo tit forbinder med åndenød (…). jeg vurderer i hvert fald, at hun er udtættet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I: Jeg skal lige være med, så selve modtagelsen af hende, opfatter du som en åndenødssituation, (…) S1: Altså, selvfølgelig har hun, har hun åndenød (…) (inf 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Uddrag fra empirien</strong></td>
<td><strong>Foreløbigt tema</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette har 4 patienter i dag. Har en spl. stud med på den ene patient og en ny spl. til oplæring med på to af patienterne. Derudover er der en ssa elev på en af de patienter hvor Mette også har den nye spl med. Modtager yderligere en patient sammen med den nye spl. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mette sørger: [Karen, er du overhovedet interesseret i at have masken på] (det vil gud jeg ikke vil).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mette spørger: [hvad er dit ønske]. ”Karen svarer ikke forståeligt”.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mette siger: [vi tager det stille og roligt] [Jeg kan godt høre at du ikke kan få luft]. (…) Mette afbrydes af en kollega, (…) (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Så tænkte jeg bare på, lige at sidde og få vejret og så komme tilbage i sengen igen og få fred, fred, fred.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I: Ja … det havde du brug for?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P1: Det havde jeg, … og hele tiden skete det noget. Hele tiden kom der nogen ind og skulle det ene eller det andet. (pt 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mette går ind igen til Karen og tager blodprøven i håndleddet på Karen (Apunktur) (…) [Jeg kan ikke koncentrere mig når jeg har så mange mennesker omkring mig] (siger Mette) (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>men siger at dagens opgaver har været for store, og at hun ville ønske at der var taget højde for det i planlægningen. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Forsøger at henvende mig til Connie for at spørge ind til den situation jeg overværede tidligere. Men eleven er ved at udfører plejeopgaver hos Connie. Så hun har ikke overskud. Synes der er så mange mennesker omkring hende hele tiden, så hun ikke kan få fred til at hvile sig. (pt 1)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Rammer**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddrag fra empirien</th>
<th>Foreløbigt tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jeg har bedt hende om at læse det når hun har tid. Men kan se at hun ikke har haft dette. Derfor aftaler vi at snakke sammen nu. Jeg gennemgår brevet med Mette for at hun ikke skal bruge tid på at læse det selv da jeg fornemmer at hun er stresset over de mange opgaver hun har i dag. (inf 2)</td>
<td><strong>Tid</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Jeg ville ønske, at vi tog det, sådan mere alvorligt, altså at, at der bliver en hos patienten hele tiden, ik’ Det ville jeg virkelig ønske at der var ressourcer til, ik’. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hun synes hun har haft for mange opgaver i dag og at det har været svært at skulle forholde sig til mig også. (inf 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Opsøgte Connie flere gange i løbet af formiddagen at stille hende spørgsmål om de konkrete situationer jeg havde observeret. Men alle gange var hun enten optaget ved personlig hygiejne, besøg af pårørende, at spise og sidst på dagen ville hun hvile og synes at der havde været et værre renderi inde af personaler inde på stuen hele dagen. Hun orkede ikke at tale med mig. (pt 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>[Men NIV er i sig selv så angstprovokerende] en behandling. Så man får [intet ud af at påtvinge masken] [det går oftest dårligere med dem hvor vi tvinger masken lidt ned over hovedet på dem]. Derfor synes jeg det er så vigtigt med ro og at man tager sig tid. (inf 1)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilag 19.
Udledning af temaer og undertemaer fra empirien.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddrag fra empirien</th>
<th>Foreløbigt tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Førtæller videre at hun ikke vurderede at hun har [akut påvirket] med sin åndenød. (spl 2)</strong></td>
<td>At vurderer situationen som en åndenødssituation</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>[Hvordan går det?] venter ikke på svar [Du hiver efter vejret]. Lotte begynder at klargøre masken med medicin. Samtidig siger hun:[Men du går uden ilt nu] &quot;ud på toalet”t” (Ja) [Godt, rigtig godt] (spl 1)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(...) og sådan, lige se, hvor besværet er hun egentlig af, af sin KOL (...) der kunne jeg høre, ikke fordi der var meget åndenød, men jeg kunne mærke, så blev der lidt, lidt taledyspnø (...) (spl 2)</td>
<td>→ Åndenøden viser sig – Det medicinske billede.</td>
</tr>
<tr>
<td>(...) jeg følte egentlig at hun var sådan rimeligt godt med, i forhold til hvad der skulle ske (...) det kunne jeg jo höre og jeg kunne se at hun sådan fulgte med i hvad jeg gjorde (...) (spl 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Herefter giver Mette eleven besked om at blive på stuen og spørger om hun vil måle en ny saturation om et kvarter. (spl 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jeg gør det så også for at høre, hvis de så begynder, ligesom at tale og jeg kan høre at de bliver forpustet bare af at tale, så er det jo også en indikation for, ja for hvordan de har det (...) jeg tænker sådan, vi har jo sådan et helt medicinsk billede af patienten. (spl 1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(...) Jeg var irriteret over at jeg ikke have en sat måler jeg [ville måle saten]. (spl 1)</td>
<td>→ Åndenøden afdækkes – Det kliniske billede.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hun tager Hannes hånd i sin. Lotte lægger herefter en</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
hånd på Hannes bryst og bagefter hendes pande.

Lotte spørger [hvad synes du om din vejrtrækning?]
(Der er ikke noget synes jeg) (spl 2)

Lotte siger til Kamma: [De hjælper dig godt de masker].
Kamma svarer (ja.) Lotte spørger hvornår og hvor mange masker Kamma tager på en dag. Kamma fortæller at hun tager dem 6 gange om dagen og at hun også bruger pepfløjten. (spl 1)

jeg kan simpelthen bare høre det (…) og se det på patienten, altså. (spl 1)

(…) jeg tænker sådan, vi har jo sådan et helt medicinsk billede af patienten og det kan være nok så fint, men, altså. øh hvis de oplever åndenød, selv om de saturerer 98, så er det jo det, vi skal forholde os til. Og jeg synes det er meget vigtigt, at høre, deres egen oplevelse. (spl 1)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddrag fra empirien</th>
<th>Foreløbigt tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(...) under indlæggelse så synes jeg, det sådan en åndenød (åndenød ved aktivitet) som er sådan let at korrigere. (...) Jeg synes også det er et let signal at sende til patienten, grunden til at du bliver forpustet nu, det er fordi du har været aktiv, og derfor så bliver du forpustet, nu får du en maske og så retter du dig som regel. (spl 1)</td>
<td>At manøvrere i skæringsfeltet mellem åndenød indenfor mønster og udenfor mønster.</td>
</tr>
<tr>
<td>S: (...) at tage det i små bidder, så vi kan (...) simpelthen at få kontrol over hendes vejrtrækning, hendes åndenød, øhm, og den holder jeg jo selvfølgelig øje med. (spl 2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(...) så længe det (åndenøden) er indenfor mønster, så er angsten sådan … kortvarig (…) (spl 1) Da jeg kommer ind, så fornemmer jeg også at hun er, du ved, lidt hurtigkørende, og det hele er bare uha og jeg skulle bare børste tænder og det, du ved ik’. Da får jeg igen lagt en hånd på hendes håndled, og vi skal nok klare, du får en maske nu, og så skal du bare få det bedre med din vejrtrækning og jeg tror, hvad gik der 5 minutter med den maske der, så var hun helt o.k. igen. (spl 2)</td>
<td>Åndenød indenfor mønster.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
hendes udsving respiratorisk er så store. (...) Altså, man kan sige, jeg synes, mit øre og mit syn, øhm, synes jeg det er meget indenfor samme, sådan, øh, hvad skal man sige, niveau, eller sådan meget Ja, så jeg synes egentligt det bare er sådan en generelt besværet vejrtrækning, øhm, kronisk besværet vejrtrækning (...) (spl 2)

Og jeg synes, det er sjældent, at der optøder sådan voldsom angst for det. Altså, jeg synes, den er meget hurtigt, (...) altså hvis patienten har været på toilettet, er kommet ind og er blevet lejret rimeligt godt på sengekanten, eller i sengen, og så simpelthen få dem talt til ro. Det synes jeg er meget (...) en hverdags situation for en KOL-patient og meget typisk situation for os, under indlæggelse ik'. (...) jeg synes den er meget let gendendelig, når man kommer ind på en stue. (spl 1)

Hvad havde betydning for dig, i situationen (...) i forhold til hendes åndenød? S1: (...) det var selvfølgelig, at få den stabiliseret og (...) få angsten væk, altså, som åndenøden har jo forårsaget, ik'? (...) Ja, få hende til at få kontrol over den (...) (spl 2)
altså ved sådan en akut forværring, hvor de kommer ind, så er det selvfølgelig udenfor mønsteret, fordi der er ligesom et eller andet, der har gjort, det at og det er der, det er der, jeg synes de bliver sådan mest angstfylde, (spl 1)

Lotte fortæller at Rigmor fortalte at hun har det så
dårligt i dag. At hun har det meget dårligere end i går. (…) Lotte fortæller at hun sagde til Rigmor at hun jo havde det meget godt i går. (spl 1)

Jeg synes de fleste oplever det (angst), hvis det kommer udenfor mønster. For de fleste KOLpatienter kender jo ligesom deres vejtrækningsmønster og de ved, når de går sådan og sådan så kommer der vejtrækningbesvær, eller hvis de gør sådan så, de passe på. De har sådan helt tilrettelagt dagen, kan man sige, de er jo sådan kroniske på en eller anden måde. …

De, de tilrettelægger deres dag efter deres mål. Og hvis der så kommer noget udenfor det, så synes jeg de bliver bange. Altså, øh, hvis de lige pludseligt oplever åndenød, i en situation, hvor de bare sidder helt stille eller der sker et eller andet. (spl 1)

(…) jeg oplever hende angst, hun er angst, det gjorde jeg. Men jeg oplever hende ikke der er jo flere måder man kan være angst på for hende, tror jeg ikke hun havde kræfter til at vise sin angst, selvfølgelig er hun da angst, og selvfølgelig giver hun udtryk for, at hun vil have hjælp ik’. (spl 2)

Mette fortæller at hun [fornemmer at hun kan håndtere sin åndenød] og at hun [hurtigt bliver stabil] og at Connie selv [holder pause under samtalen] ”som tegn på at hun styrer sin vejtrækning” [at det er vigtigt ikke at få hende ud over kanten] ”få åndenød som hun ikke kan kontrollere” (spl 2)

Karen giver udtryk for ikke at ville have masken på. Mette svare [det er du nødt til for at blive bedre]. (spl 2) Karen giver udtryk for ikke at orke det. Mette siger at de [tager det i etaper]. Mette tager skjorten af Karen og
siger lige om lidt, hun skal lige se hvad blodprøven viser. (spl 2)
Karen spørge om hun kan få masken af. Mette fortæller at blodprøven har vist at hun stadig har brug for masken. Karen svare ikke. Mette spørger om Karen vil have noget at drikke. Karen vil gerne have vand. (spl 2

→ At manøvrere langs kanten
### Uddrag fra empirien

| Så det er meget vigtigt, sådan, synes jeg øh, og forsøge at skabe et rum, som er rimelig rolig atmosfære, og at vi nok skal hjælpe og at vi godt kan forstå, at de er bange. (spl 1) |
| Foreløbigt tema |
| At skabe rum for lindringen af åndenøden |

En af de allervigtigste, det er at signalere, at vi nok skal hjælpe. Det synes jeg det aller-allervigtigste er. (spl 1) (...) vores mission er jo ligesom, at hjælpe dem hen, der hvor de kan få vejret igen. Men undervejs, der er vores mission jo at støtte dem. Og det må man jo bare sige, at det er jo ligesom at udvide, at vi er der (...) (spl) Så du tror det går godt i de situationer, fordi du formidler noget tryghed? S1: Ja, men det er helt sikkert. Det er helt klart min overbevisning (...) jeg er meget imod det der, med bare at give dem en maske, og (...) så lader vi dem lige lidt være, ik’. Jeg tror det er så vigtigt, at man lige sidder hos dem lidt ik’. (spl 2) Jeg synes det handler om, selvfølgelig skal de have masker og selvfølgelig skal de have det medicin, der hjælper dem, men jeg synes det allervigtigste er, det er at signalere, vi skal nok hjælpe dig, vi kan godt se, at du har svært ved at få dit vejr, ik (…) den der anerkendelse af, ja, ja, vi registrerer, at det er svært at få dit vejr, ik’ (spl 1) (...) jeg bruger meget (for at gøre tryg) at gå i niveau, måske læne mig lidt ind over dem, eller holde dem på hånden, give dem en maske (...) hvis det kan hjælpe (...) tale i et roligt toneleje (...) det tænker jeg meget over. (spl 2) "Fra døren kan jeg høre at der er lyd på Connies

| → Det intentionelle rum – at skabe rummelighed |

"Fra døren kan jeg høre at der er lyd på Connies
udånding, at hun har forlænget udånding og at hun ikke kan færdiggøre sætninger uden at trække vejret. Mette går videre hen til Alice (…) (spl 2)

(…) jeg synes egentlig at jeg formåede, det som jeg ligesom synes er vigtigt, altså de ting jeg nævner med at skabe ro og tryghed og signalere at jeg nok skal hjælpe, ik’ (spl 1)

(…) jeg kan også stå i en situation, hvor jeg måske ikke (…) oplever at have tid til at sætte mig ned (…) desværre, ser vi det og desværre oplever jeg det ofte, det gør jeg. Det er en travl hverdag. (spl 2)

Så er det meget noget med (…) at der er ikke så mange forstyrrende faktorer (…) det er jo helt absurd at ligge på sådan en tomandsstue med gardiner og alt muligt fis og have svært ved at trække sig vej, altså, jeg ville blive fuldstændig panisk selv, altså, og man kan sige, at der er altså bare en forskel på at ligge der alene og der er ryddet og der er plads og man kan åbne vinduet, altså, og man ligger ikke over ved vasken (…) (spl 1)

Efter få minutter kommer Mette ud igen. Hun skal hente noget creme. Men hun afbrydes af koordinering og planlægning med andre kollegaer. (spl 2)

(…) men jeg kan bare se hvor meget fysisk berøring betyder (…) Jeg synes det skaber tryghed, og jeg synes det skaber fortrolighed og jeg synes det skaber … øhm … det giver mig en mulighed for at se, hvordan patienten har det … Jeg synes generelt, og især i åndenødssituationer, kan man bruge det rigtigt, rigtig meget. (spl 1)

Så tænkte jeg bare på, lige at sidde og få vejret og så komme tilbage i sengen igen og få fred, fred, fred.
Karen spørger om hun(ikke kan få den af) ”masken”.
Mette går med sygeplejersken. (spl 2) men det synes jeg nogle gange er de der, sådan øhm, sådan forhastede situationer (…) Og hvor de kommer ind på en stue, hvor vi lige skal have flyttet nogle borde og stole og de brager rundt og de kan ikke være der, og, og der ikke hænger masker, der er ikke noget der er klar. Det synes jeg er rigtigt ubehageligt. Og jeg synes det er enormt svært at stå alene med og jeg synes tit, det på en eller anden måde at åndenøden bliver forværret. Og jeg tænker sådan, det kunne vi godt gøre bedre. (spl 1)

→ Det aktuelle rum – at skabe rummelighed