



HØGSKULEN I VOLDA

## Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

### ”Den stemmeløse pasienten”

- en kvalitativ studie om intensivsykepleie for våkne ikke-verbale respiratorpasienter i lys av Antonovskys lære om salutogenese

Studiepoeng: 45

Linda Thøring Øverberg  
juni 2009

## Forord

Nå som min studie er ved en avslutning, kan jeg si at det har vært givende og lærerikt, men også en stor påkjenning, ikke minst for min familie.

Jeg kjenner en stor takknemlighet til mange rundt meg som har vært tålmodige og støttende gjennom dette arbeidet. Først og fremst til mine småjenter, Oline og Kristine, som skal slippe å behøve si: "*Mamma kan vi forstyrre deg nå, vi har ikke forstyrret deg på lenge?*", når det bare hadde gått ti minutter siden sist. En varm og stor takk til min engasjerte ektemann, som med sitt kritiske blikk på struktur og språk, har hjulpet meg frem mot ferdigstillelsen. Jeg vil også fremheve mine svigerforeldre Anne og Knut, som har hjulpet oss mye med barnepass.

Videre vil jeg takke mine snille naboer. Ingvild for alle de timene du har passet mine barn, og for at du så ofte banket på mitt vindu og ga meg sårt tiltrengte pauser. Jeg kommer til å savne det. Tone og Kjell, vår reservefamilie, takk for at dere har tatt så godt vare på oss, for kaffebevertning, og for at dere har hørt på alle mine frustrasjoner.

Jeg må også få takke min kjære medstudent, kollega og venninne Norunn, for mange fine opphold i Volda, med trening hver dag og hyggelige middager, og for den støtte og hjelp du har vært for meg hele veien, fra start til mål.

Uten god hjelp fra bibliotekarene Ann-Elisabeth og Sigrid ved Høgskulen i Førde ville studien vært mye vanskeligere.

Ikke minst må jeg få takke mine informanter, som ga meg ny innsikt og forståelse. Takk også til min veileder professor dr. polit. Kåre Heggen ved Høgskulen i Volda for oppmuntrende ord og mange gode tilbakemeldinger.

Førde, 1. juni 2009

Linda Thøring Øverberg

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
1.1	Studiens formål og problemstilling	3
1.2	Sentrale begreper og avgrensninger	7
1.2.1	Intensivavdeling	7
1.2.2	Intensivsykepleie	7
1.2.3	Den våkne ikke-verbale respiratorpasienten	8
1.2.4	Respiratorbehandling og sedering	9
1.2.5	Den akutte rehabiliteringsfasen	10
1.3	Overblikk	10
<b>2</b>	<b>Forskningsbasert kunnskap om feltet</b>	<b>12</b>
2.1	Kildesøk	12
2.2	Sentrale kilder	13
2.3	Akuttfasen	15
2.4	Rehabiliteringsfasen	16
2.4.1	Teknologi og omsorg	17
2.4.2	Pasientens hukommelse og dagbok som tiltak	19
2.4.3	Pasientmedvirkning	20
2.4.4	Kommunikasjonsutfordringer	21
2.4.5	Etiske utfordringer	23
2.5	Etter utskrivelsen - PTSD	24
2.6	Oppsummering	25
<b>3</b>	<b>Teoretiske perspektiv</b>	<b>26</b>
3.1	Oversikt	26
3.2	Læren om salutogenese	26
3.2.1	Utgangspunkt	26
3.2.2	Generelle motstandsressurser	27
3.2.3	Opplevelse av sammenheng (OAS)	28
3.2.4	Pasientens historie	29
3.2.5	Forskning	30
3.3	Kommunikasjonsteori	31
3.3.1	Innledning	31
3.3.2	Klinisk kommunikasjon	31
3.4	Tillitsteori	34
3.4.1	Innledning	34
3.4.2	Hva tillit gjør	34
3.4.3	Profesjonell og personlig tillit	35
3.4.4	Tillitsskjeder og kontrollkjeder	36
<b>4</b>	<b>Metode</b>	<b>38</b>
4.1	Oversikt	38
4.2	Vitenskapsteoretisk forankring	38
4.2.1	Fenomenologi	38
4.2.2	Hermeneutikken	40
4.3	Forforståelse og forståelseshorisont	40
4.4	Metodevalg	42
4.4.1	Det kvalitative forskningsintervjuet	43
4.4.2	Utvalg og rekruttering	44
4.4.3	Datasamling	46
4.4.4	Transkripsjon	49
4.4.5	Etiske overveielser og forskerrollen	50
4.5	Reliabilitet og validitet	52
4.5.1	Reliabilitet	52
4.5.2	Validitet	53

<b>4.6</b>	<b>Analysemetode.....</b>	<b>55</b>
4.6.1	Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.....	55
4.6.2	Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	56
4.6.3	Kondensering – fra kode til mening.....	57
4.6.4	Sammenfatning – kondensering til beskrivelser og begreper.....	58
<b>5</b>	<b>Presentasjon av funn og drøfting.....</b>	<b>59</b>
<b>5.1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>59</b>
<b>5.2</b>	<b>Forståelighet.....</b>	<b>59</b>
5.2.1	Innledning.....	59
5.2.2	Den mest sårbare pasient av alle.....	59
5.2.3	Pasientene er mer våkne i dag.....	60
5.2.4	Informasjon til pasienten – en vanskelig balansegang.....	63
5.2.5	Vanskeliggjort kommunikasjon.....	65
5.2.6	Kommunikasjonsmetoder.....	67
5.2.7	Samtaleemner – en balansegang mot personlige forhold.....	70
5.2.8	Ettersamtaler og dagbok – mestring av minner.....	72
<b>5.3</b>	<b>Håndterbarhet.....</b>	<b>75</b>
5.3.1	Innledning.....	75
5.3.2	Å bli kjent med personen bak pasientetiketten.....	75
5.3.3	Pårørende som medspillere.....	78
5.3.4	Kontinuitet i omsorgen.....	81
5.3.5	Pasienten medvirker i begrenset grad.....	84
5.3.6	Kompetanseutvikling hos sykepleierne.....	86
<b>5.4</b>	<b>Meningsfullhet.....</b>	<b>89</b>
5.4.1	Innledning.....	89
5.4.2	Å vekke livsgnisten.....	89
5.4.3	Humor virker!.....	93
<b>6</b>	<b>Oppsummerende betraktninger.....</b>	<b>95</b>
<b>6.1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>95</b>
<b>6.2</b>	<b>Hjelp til selvhjelp.....</b>	<b>96</b>
6.2.1	Hva benytter sykepleierne kunnskap om pasienten til?.....	96
6.2.2	Aktiv bruk av pårørende.....	98
<b>6.3</b>	<b>Stressfaktorene.....</b>	<b>99</b>
6.3.1	Organisatoriske løsninger for å skape kontinuitet.....	99
6.3.2	Bruker sykepleierne de best egnede kommunikasjonsmetodene?.....	100
6.3.3	Er kvaliteten på informasjonen til pasienten god nok?.....	100
6.3.4	Lite bruk av ettersamtaler og dagbok.....	101
<b>6.4</b>	<b>Veien videre.....</b>	<b>102</b>
	<b>Litteraturhenvisninger.....</b>	<b>103</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>109</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Studiens formål og problemstilling

De siste tiårene har det vært en stor utvikling innen intensivmedisinsk behandling. Medisinske og tekniske nyvinninger gjør det mulig å redde liv som tidligere ville hatt en fatal utgang.

Det har også vært en stor forbedring når det gjelder den farmakologisk behandlingen av intensivpasienter. I praksis har dette medført at pasientene i større grad enn før er våkne under oppholdet på intensivavdelingen (Wojnicki-Johansson, 2001).

Pasientenes bevissthetsnivå synes å spille en nøkkelrolle ikke bare i pasientenes påfølgende minner om hendelser, men også i forhold til hvordan sykepleiere omgås med sine pasienter (Casbolt, 2002). Våkne pasienter gir mulighet til kommunikasjon og samhandling med helsepersonellet i langt større grad enn før. Kommunikasjonsmulighetene er også forbedret ved økt bruk av trakeostomi<sup>1</sup> i respiratorbehandlingen, noe som muliggjør leppebevegelser. I tillegg er det stadig mer moderne og pasientvennlige kommunikasjonshjelpemidler på markedet, som for eksempel ”rolltalk”<sup>2</sup>.

Selv om det tidligere er blitt hevdet, blant annet av Dyer (1995), at de ansatte på intensivavdelinger legger mindre vekt på pasientens psykologiske behov enn rent fysiske behov, har nok utviklingen medført at denne forskjellen i hvert fall er mindre i dag. Det er også større bevissthet rundt dette ved at nyere forskning har påvist en sterk sammenheng mellom minner fra intensivbehandling og forekomst av psykiske plager hos pasienten etter utskrivelsen, og i ytterste konsekvens diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Jones, Griffiths, Humphris, & Skirrow, 2001).

Vektleggingen av pasientens psykologiske behov, er også et element av at det i helsevesenet er stadig større fokus på at helsefremmende tiltak kan være mer enn teknisk

---

<sup>1</sup> Trakeostomi er et kirurgiske inngrep hvor man lager en åpning inn til luftrøret og plasserer et rør av plast, eller annet materiale (trakealkanyle) fra luftrøret og ut på halsen (Nylenna & Røyert, 2006: 137).

<sup>2</sup> Rolltalk er en metode for hurtigkommunikasjon – Innlest eller syntetisk tale blir formidlet ved å velge felt med bilder eller tekst på en lcd-skjerm ([www.falckigel.no](http://www.falckigel.no)).

utstyr og medikamenter, og at også strategier der pasienten i større grad medvirker og bruker egne ressurser kan være hensiktsmessige i møte med sykdom.

Fra et teoretisk perspektiv betraktes slike strategier gjerne å være i tråd med læren om salutogenese<sup>3</sup>.

Begrepet salutogenese ble lansert av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky på 1970-tallet. Hans oppfatning var at helse kunne forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease) (Tellnes, 2007). Antonovsky sammenholdt studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse, og sannsynliggjorde at de samme elementene – de generelle motstandsressursene – har betydning for hvordan vi takler sykdom og for sykdomsutvikling. Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion. Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Han kalte denne grunnholdningen Sense of Coherence (SOC)<sup>4</sup> (Walseth & Malterud, 2004). På norsk er dette oversatt til ”opplevelse av sammenheng” (OAS).

OAS kan igjen betraktes som en kombinasjon av en persons mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjon man er i (forståelighet), ha tro på at man kan finne løsninger (håndterbarhet) og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning (meningsfullhet). Antonovsky kaller dette de tre komponentene i OAS.

Salutogenese ble utviklet som et supplement til patogenese, som sier noe om hva som gjør oss syke. Eksempler på patogene faktorer kan være forurenset luft, store mengder alkohol, tobakk, mettede fettsyrer, støy, urent drikkevann, bakterier og virus (Tellnes, 2007).

Ved siden av motstandsressurser av typen som er nevnt ovenfor, er begrepet salutogenese i nyere teori også brukt generelt om alle de faktorene som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for patogene faktorer. Dette inkluderer naturlige fysiske behov

---

<sup>3</sup> Salus er gresk og betyr helse. Genesis betyr opprinnelse. Salutogenese handler altså om helsens opprinnelse (Eriksson, 2007: 5)

<sup>4</sup> Det engelske ord ”sense” omfatter fenomener av en mer kognitiv og affektiv karakter, som ikke på samme måte uttrykkes ved det norske ord ”opplevelse”. En nøyaktigere oversettelse ville kunne oppnås ved å veksle mellom ordene opplevelse, følelse og fornemmelse, men det ville ikke være forenlig med Antonovskys bruk av et samlet begrep, SOC. Leseren bes ha denne bredere forståelse av ordet ”opplevelse” for øye (Antonovsky, 2000:13)

som vann, luft og mat, samt kulturelle og psykologiske behov som sang, musikk, og billedkunst. Også turer i skog og mark, hagearbeid, kontakt med blomster, grønne planter, dyr og fugler kan regnes som salutogene og helsefremmende (ibid.).

Alvorlig sykdom og skade, samt den behandling en får på en intensivavdeling, kan oppleves svært belastende for pasientene. I tillegg vil det at pasientene utsettes for ulike stressfaktorer som smerte, og det å være tilkoblet medisinsk apparatur også kunne forsterke ubehaget. Tilstanden er ofte livstruende, noe som kan føre til at pasientene føler frykt og spenning. Noen pasienter blir også akutt forvirret, og får uvirkelige opplevelser, hallusinasjoner og mareritt, som trolig har betydelige følelsesmessige innvirkninger på pasientene (Corrigan, Samuelson, Fridlund, & Thomé, 2007).

Slike tilstander som nødvendiggjør innleggelse på en intensivavdeling er å regne som det Antonovsky omtaler som ”stressende livsbegivenheter”. Antonovsky mente at en voksens OAS var stabil og rotfestet i et grunnlag av personlige, sosiale og kulturelle faktorer. Han mente derfor at det på lang sikt ikke var mulig å forutsi om slike begivenheter har negative konsekvenser for OAS. Det er styrken av OAS hos den person som opplever en slik begivenhet som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helbredsframmende. På kortere sikt mente han imidlertid at en persons OAS kan være utsatt for midlertidige forandringer og variasjoner i forhold til en middelvei. Selv personer med sterk OAS kan bli slått ut av balanse som følge av belastende begivenheter, slik at verden blir usammenhengende. Fra et behandlingsmessig ståsted var han derfor også åpen for at helsepersonell kunne iverksette tiltak som fører til mindre og midlertidige endringer av OAS, men også til vesentlige forandringer, selv om dette er langt vanskeligere (Antonovsky, 2000).

Salutogenese kan også anvendes i forhold til helsepersonellens opptreden. Pasienten styrkes når helsepersonellens være- og handlemåte over tid er forutsigbar, konsistent og innbyr til medvirkning dersom dette er mulig (Walseth & Malterud, 2004).

Som utdannet intensivsykepleier og med erfaring som høgskolelærer i sykepleie, vet jeg at salutogenese og OAS ikke er begreper som benyttes ved utdannelsen av nye sykepleiere, eller i praksis ved intensivavdelinger. Jeg synes likevel at salutogenese har klare likhetstrekk med den enhetlige tilnærmingen til pasienten som preger sykepleien, som er å

ivareta både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved pasientens helse. Dette er kanskje også forklaringen på hvorfor Antonovsky (2000) trakk frem sykepleiere som en gruppe som viste særlig mottakelighet for hans teori om salutogenese.

Etter hva jeg har kunnskap om, har det fra et salutogenetisk perspektiv vært utført svært lite forskningsarbeid innenfor fagfeltet intensivsykepleie. Med henblikk på at pasientene i dag er mer våkne enn tidligere, med større muligheter til kommunikasjon med behandlingspersonalet og pårørende, mener jeg slik forskning burde være aktualisert i dag.

Med dette som utgangspunkt, har jeg gjennomført en kvalitativ studie ved to intensivavdelinger (heretter kalt avdeling A og B) ved forskjellige sykehus, der jeg gjennom intervjuer med åtte intensivsykepleiere har hatt som formål å undersøke hvordan de ivaretar det mellommenneskelige aspektet i omsorgen av pasienter som er våkne, men som ikke har mulighet til å formidle seg verbalt som følge av respiratorbehandling.

Jeg legger til grunn at kommunikasjon og tillit er viktige aspekter av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Ved siden av teori om salutogenese og relevant sykepleiefaglig teori og forskning, finner jeg det derfor også riktig å knytte studien opp mot kommunikasjons- og tillitsteori. Det kan virke paradoksalt at jeg undersøker praksis hos intensivsykepleierne overfor pasienter, uten også å inkludere pasientens ”stemme”. Som bakgrunnsmateriale for studien vil jeg derfor også inkludere erfaringer fra kritisk syke pasienter gjengitt i faglitteraturen. Som struktur for studien har jeg funnet det hensiktsmessig å vurdere intensivsykepleiernes praksis opp mot de tre komponentene i OAS med følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

**”Hvordan hjelper intensivsykepleiere våkne ikke-verbale respiratorpasienter til å oppleve oppholdet ved en intensivavdeling som forståelig, håndterlig og meningsfylt?”**

- Hva opplever sykepleierne som utfordrende og vanskelige områder i omsorgen for disse pasientene?
- Hvilke tiltak eller strategier benyttes av sykepleierne og avdelingene i dette arbeidet?



Jeg vil først redegjøre for noen sentrale begreper og avgrensninger, for så å gi et overblikk over studiens oppbygning.

## **1.2 Sentrale begreper og avgrensninger**

### **1.2.1 Intensivavdeling**

I følge Hilberman (1975), observerte Florence Nightingale på midten av 1800-tallet, at det ikke var uvanlig at små landsbysykehus hadde egne rom tilknyttet operasjonssalen, hvor opererte pasienter kunne våkne opp. Dette var starten på de etter hvert mer moderne postoperative avdelingene. Spesialiserte intensivavdelinger begynte for alvor å utvikle seg på 1950-tallet, som følge av den generelle utviklingen i medisinsk teknologi som fant sted etter den andre verdenskrig og Koreakrigen. På samme tid ble den mekaniske ventilasjonen innført, rett i etterkant av Københavns polioepidemi i 1952, hvor man manuelt måtte stå og ventilere pasientene.

Moesmand og Kjøllesdal () beskriver dagens intensivavdelinger som høyteknologiske avdelinger, som er utformet og konstruert slik at man på en systematisk og organisert måte kan overvåke akutt og kritisk syke, og sikre en så trygg og effektiv behandling som mulig. Man kan overvåke alle vitale funksjoner hos en alvorlig syk pasient. Hver pasientenhet er utstyrt med scoop for overvåkning av blant annet blodtrykk, puls, saturasjon, temperatur, intracerebralt trykk, perfusjonstrykk, sentralt venetrykk og pulmonaltrykk. Det er respiratorer med ulike modusinnstillinger, ulike pumper for intravenøse og epidurale infusjoner ved hver seng. Annet utstyr kan være knyttet til dialysebehandling, intra-aorta ballongpumpe mv. Alt dette kan medføre at førsteinntrykket pasienten får, kan være både teknisk, sterilt, støyende og skremmende.

### **1.2.2 Intensivsykepleie**

Det fremkommer i Norsk sykepleierforbund, landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (2006) at:

”Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske,

sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak”.

Intensivsykepleie er et stort og komplekst område, hvor mange av arbeidsoppgavene har med medisinsk behandling å gjøre, og blir utført i team med andre spesialsykepleiere og leger. Sammen skal de møte pasientens og de pårørendes behov ().

NSFLIS (2006) sin definisjon av en intensivsykepleier er: ”En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie som følger Rammeplan og forskrift for Videreutdanning i Intensivsykepleie, KUF(1999), over 3 semester og som gir 90 studiepoeng”.

Jeg vil for enkelhets skyld nedenfor skrive sykepleier fremfor intensivsykepleier, hvor noe annet ikke er nødvendig av hensyn til sammenhengen.

### **1.2.3 Den våkne ikke-verbale respiratorpasienten**

Intensivpasienter er ingen homogen gruppe, men de har til felles at de er akutt og kritisk syke. Definisjonen som benyttes av NSFLIS er: ”En pasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel”.

Av Rammeplanen for videreutdanning i intensivsykepleie (2005: 6) fremkommer det at intensivsykepleieren skal overvåke, pleie og behandle alle mennesker i alle aldre som:

- er eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade,
- etter kirurgi og anestesi trenger det for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse og som trenger å lindre smerte og annet ubehag,
- har kronisk sykdom og som enten får en akutt sykdom eller en akutt forverring av sin grunnlidelse.

Jeg har som nevnt valgt å ta utgangspunkt i den våkne ikke-verbale respiratorpasienten i denne studien. Dette begrepet viser til alle pasienter som blir respiratorbehandlet, enten det er med endotrakealtube (slange) ned gjennom trachea (luftrøret) og mellom stemmebåndene, eller det er med trakealkanyle (Wojnicki-Johansson, 2001). Når pasienter respiratorbehandles kan ikke luft passere stemmebåndene, og lyd uteblir (Nylenna &

Røyert, 2006). Pasientene har derfor ikke stemme, og kan ikke formidle seg på normal verbal måte.

For enkelhets skyld vil jeg heretter referere til disse pasientene som ”våkne respiratorpasienter”, dersom annet ikke er nødvendig av hensyn til henvisninger til faglitteratur.

#### **1.2.4 Respiratorbehandling og sedering**

Det å etablere kunstige luftveier på intensivpasienter er nødvendig av mange ulike grunner. Indikasjoner for å bli intubert er i følge Dybwik (2000) å frigjøre og sikre luftveiene, drenere luftveiene og åpne mulighet for å gi overtrykkventilasjon. I dag brukes respiratorer som har avansert programvare med mulighet for ulike modus (i hovedsak volum- eller trykkkontrollert), og avanserte målinger av lungefysiologiske forhold. Respiratorene har muligheter til å innstilles slik at pasienten gradvis får mindre støtte fra respiratoren, og kan ta over mer av pustearbeidet etter hvert som han blir bedre og muskulaturen styrkes. Studier viser at de aller fleste intuberte pasienter opplever respiratorbehandling som traumatisk (Corrigan, et al., 2007; Granja, et al., 2005; Löf, Berggren, & Ahlström, 2006).

Dybwik (2000) hevder videre at pasientene trakeostomeres innen syv til 14 dager etter endotrakealintubering (start av respiratorbehandling), så fremt man ikke regner med at pasienten skal ekstubereres (avslutte respiratorbehandling). Pasientene kan også få trakeostomi etter få dager når det er opplagt at pasientene trenger kunstige luftveier over lengre tid.

Det er mange fordeler ved trakeostomi, blant annet at pasientene tolererer dette bedre, og det krever derfor mindre behov for sedering. Pasientene kan lettere mobiliseres, og metoden gjør det også lettere å kommunisere, særlig hvis pasienten kan bruke en kanyle med talemulighet (talekanyle)<sup>5</sup>.

Generelt kan man si at pasienters behov for sedering er noe ulikt, alt fra lett smertestillende som sløver bevisstheten, til full anestesi der pasientene er så sederte at de ikke reagerer på

---

<sup>5</sup> Talekanyle er en trakeostomitube med mulighet for tale. Kanyleåpningen tettes med en propp og luften kan passere forbi stemmebåndene, og pasienten kan snakke. Det finnes flere ulike varianter på markedet (Dybwik, 2000: 52).

noen former for stimuli. Ulike sederingsnivåer kan deles inn slik: 1) Døsighet med delvis intakt bevissthet, hvor det er mulig å vekke pasienten med for eksempel høy tale; 2) full sedering slik at pasienten ikke har bevisst opplevelse av utenverdenen eller egen kropp, men har intakte livsviktige funksjoner som åndedrett og blodtrykk; 3) kirurgisk anestesinivå, hvor pasienten ikke lenger er i stand til selv å holde frie luftveier, og hvor åndedrett, blodtrykk og hjerterytme er påvirket (Svendsrud, 2004).

De aller fleste pasientene som ligger på respirator er i den akutte fasen sederte, det vil si at de får medikamenter som virker smertelindrende (opiater), søvnfremkallende (midazolam) og eventuelt muskelrelakserende. Den vanligste måten å gi dette på er i en kontinuerlig infusjon. Dette for å sikre god ventilasjon, og for å gi smertelindring (Svendsrud, 2004).

En studie gjort av Muri, Brattebø, Sjøbø, & Aarland (2002) viser at slik sederingspraksis ofte fører til at pasientene blir for tungt sedert med mulig forlenget liggetid på respirator, økt medikamentforbruk og økt behov for pleie som resultat. De fant at innføring av protokoll reduserte sederingen med over 20 %.

Når pasientenes tilstand stabiliseres og vedkommende friskner til, vil sederingsbehovet reduseres eller også opphøre.

### **1.2.5 Den akutte rehabiliteringsfasen**

De som overlever den akutte fasen, vil etter hvert komme over i den akutte rehabiliteringsfasen (heretter kalt rehabiliteringsfasen). Pasientene blir gradvis mer våkne, og skal etter hvert avvenes fra respirator og puste selv. Prosessen kalles respiratoravvenning (weaning), og er en viktig del av pasientens og sykepleiernes hverdag i rehabiliteringsfasen. Dette fordi fasen kan ta fra dager, til uker og måneder (Egerod, 2003). Min studie er rettet mot pasienter som er i denne rehabiliteringsfasen. Mitt fokus er ikke selve avvenningsprosessen, men det at pasienten opplever det problematisk å kommunisere og formidle seg til omverdenen, og hva dette vil kunne medføre.

## **1.3 Overblikk**

**Kapittel 1** omfatter introduksjon av studien, med problemstilling, forskningsspørsmål og hovedpunktene i læren om salutogenese, som sammen med kommunikasjons- og

tillitsteori, er den teoretiske rammen for studien. Til slutt avgrenses det i forhold til pasientgruppe, og det gis en redegjøres for sentrale begreper innen intensivmedisin og sykepleie.

**Kapittel 2** sammenstiller studiens forskningsbaserte kunnskap, og her fremstilles både pasientperspektivet og sykepleieperspektivet samlet. Jeg gir så en redegjørelse for ulike faser av oppholdet på intensivavdelingen, med hovedvekt på rehabiliteringsfasen. I tillegg gis en kort innføring i hvorfor PTSD er relevant for intensivsykepleiere.

**Kapittel 3** redegjør for de teoretiske perspektiv i studien; salutogenese, kommunikasjons- og tillitsteori. Det er lagt mest vekt på teori om salutogenese.

**Kapittel 4** beskriver studiens metode. Først en kort innføring i vitenskapsteoretisk forankring, deretter min forforståelse og forståelseshorisont. Videre redegjøres det for valg av metode og det kvalitative forskningsintervjuet, herunder utvalg og rekruttering, datasamling, transkripsjon og etiske overveielser. Deretter forklares begrepene reliabilitet og validitet. Kapittelet avsluttes med en redegjørelse av analysemetode og prosess.

**Kapittel 5** gir en presentasjon av studiens funn og mine drøftinger av disse opp mot relevant teori og problemstilling og forskningsspørsmål.

**Kapittel 6** gir en oppsummering av de funn jeg mener gir størst grunnlag for videre diskusjon og forskning.

## 2 Forskningsbasert kunnskap om feltet

### 2.1 Kildesøk

Søk etter relevante bøker, artikler og forskningsmateriale (heretter benevnt samlet som ”litteratur”) har pågått over tid, og ble innledet i forbindelse med min eksamensoppgave i samhandlingsperspektivet høsten 2007, som omhandlet intensivpasientenes opplevelse av å være innlagt på en intensivavdeling, og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Søkene har vært gjort på forskjellige måter; i starten korte, mer vilkårlige søk i enkeltstående baser, og etter hvert mer systematiske søk både i enkeltstående baser og i mange databaser samtidig. Hovedsøkene ble i stor grad foretatt i Bibsys Mime, som er en samlet database med mulighet til å velge blant bortimot 50 baser. Jeg brukte hovedsakelig databasene: Academic Search Premier, Bibliotekbasen (BIBSYS), Idunn, Nora, Eric, Psycinfo, Health Management, Medical Library, Medline, Nursing and Allied Health, Psychologi Journals, SveMed+ og Cinahl.

Hovedsøkeordene jeg brukte var: Intensive care nursing, nurse-patient relationship, intensivsykepleie, pasientopplevelser, respiratorbehandling, patient’s experiences, communication, nonvocal, mechanical ventilation og qualitative. I tillegg søkte jeg på ordene; Antonovsky, salutogenese, Sense of Coherence (SOC), coping, mestring og empowerment. Jeg mener etter hvert å ha fått god oversikt over temaet, og kjenner igjen forfattere og litteratur som blir mye brukt. Jeg har i studien valgt å benytte litteratur hovedsakelig fra Norden, Storbritannia og USA, der det synes å ha vært størst forskning på området. Etter faglitteraturgjennomgangen fremstår intensivavdelinger som forholdsvis like i de ulike landene, og også pasienterfaringer gjengis svært likt. Det er imidlertid må være bevisst ved bruk av forskning fra ulike land, at det kan brukes forskjellige begreper om like fenomener.

## 2.2 Sentrale kilder

Søkene i Bibsys viser at det er en del nordisk sykepleieforskning på hovedfags- og doktorgradsnivå, innenfor intensivsykepleie. Denne forskningen tar utgangspunkt i enten pasient- eller sykepleiererfaringer, eller begge deler. Jeg vil nedenfor kort redegjøre for sentrale kilder som jeg mener er relevante for min studie. Deretter vil jeg ta for meg de to perspektivene samlet, og presentere kildematerialet med funn, mer inngående. De benyttede artiklene er sykepleiefaglige, og de er i stor grad av kvalitativ karakter.

Venke A. Johansen (1987) skrev på den tiden en etterspurt bok om ”Kommunikasjon med respiratorpasienter”, etter en kvalitativ undersøkelse gjennomført i forbindelse med mellomfagstudiet på Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, hvor hun intervjuet både pasienter og sykepleiere. Eva Gjengedal (1994) sitt doktorgradsarbeid belyste, ved en fenomenologisk tilnærming, pasienters opplevelser etter å ha blitt respiratorbehandlet. En revidert utgave ble utgitt i 2000. Jeg vil også trekke frem Sissel Storli (1999), og hennes hovedfagsoppgave ved embetsstudiet i sykepleievitenskap, som etter en fenomenologisk tilnærming er et bidrag til å forstå mer av det forunderlige i intensivpasienters verden. Hun fant at det er klare bindinger mellom det levde liv, og det pasienten erfarer på intensivavdelingen. Tidligere livserfaringer kommer ubedt tilbake, og gjerne i forkledning. Dette kan jo også sies å være i tråd med Antonovskys teori om salutogenese.

Når det gjelder nyere litteratur og forskning, vil jeg fremheve avhandlingen til Aneth Granberg Axéll (2001). Hun tar utgangspunkt i arbeid (litteraturgjennomgang, observasjonsstudie, intervjuer) som hun har gjort sammen med Ingjerd Bergbom og Dag Lundberg i perioden 1996 - 2001. I avhandlingen beskriver hun ICU (Intensive Care Unit) syndromet/delir fra et pasientperspektiv. Hun tar utgangspunkt i respiratorpasienter, og har fokus på kliniske tegn relatert til ICU syndromet. Hun fant eksempelvis at under avvenningsprosessen så var pasientenes bevissthet ustabil. De kunne virke våkne og adekvate, mens de rett etter kunne bli fjerne og trøtte. Hun fant også at ICU syndromet hos noen av pasientene, hadde en forbindelse til bruk av høye doser midazolam og fentanyl.

Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal utga boken ”Å være akutt kritisk syk” i 1998, som inneholder viktige aspekter ved det å være pasient, pårørende eller sykepleier i et

høyteknologisk intensivmiljø. Denne boken ble godt mottatt, og er mye brukt i videreutdanninger innenfor intensiv, operasjon og anestesisykepleie, og av sykepleiere i praksis. En revidert utgave ble utgitt i (), som blant annet inneholder tilføyelser i forhold til pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Storli (2007) er en videreføring av hennes arbeid nevnt ovenfor, og studien bygger på fem av hennes tidligere artikler fra perioden 2003 - 2007. Studien har et livsverdenperspektiv, som metodisk tilnærming. Den er basert på en undring over hvordan tiden på intensivavdeling oppleves i ettertid, men også på bakgrunn av en tvil i forhold til etablerte forklaringsmodeller av det hun kaller det "vrange", som har hatt mange navn, eksempelvis ICU syndromet, ICU delirium og intensivpsykose. Uvirkelige opplevelser, hallusinasjoner og delusjoner (vrangforestillinger), beskrives som tegn på ICU syndrom/delirium. I følge Storli er det de siste årene også blitt et økt fokus på at vrangforestillinger ikke bare er et tegn på en tilstand, men som en faktor som i seg selv er årsak til pasientens problemer.

Internasjonalt finnes et markant forskningsfelt innen pasienterfaringer fra intensivbehandling under kritisk sykdom. Stacey M. Carroll (2004) har bidratt i stor grad med sitt arbeid "Nonvocal Ventilated Patients Perceptions of Being Understood", hvor hun presenterer en utvidet fortolkning og forståelse av ikke-verbale respiratorpasienters erfaringer med kommunikasjon. Tolv kvalitative studier er inkludert, med totalt 111 informanter. Fem emner ble delt i to grupper. Den første gruppen var pasientenes kommunikasjons erfaringer. Disse ikke-verbale individene ble ofte *ikke forstått*, noe som resulterte i *tap av kontroll og negative følelser*. Den andre gruppen ble kategorisert ut fra hvordan pasientene skulle ønske at sykepleien ble utført i forhold til å bli forstått. Konklusjonen var at ikke-verbale respiratorpasienter ville ha sykepleie som var preget av *individualitet og omsorg*.

Carroll (2007) viderefører dette arbeidet i studien "Silent, Slow Lifeworld: The Communication Experience of Nonvocal Ventilated Patients", hvor hun intervjuet nitten ikke-verbale pasienter under respiratorbehandling. Slik jeg ser det, tilfører dette arbeidet en utvidet forståelse i forhold til den kompleksiteten det er for pasienten å leve i en taus og langsom verden. Hun påpeker at pasienten i utgangspunktet skal myndiggjøres i et rehabiliterende miljø. I hennes studie fremkommer det at deltakerne likevel syntes deres ikke-verbale opplevelser var stressende, selv om de var i et rehabiliterende miljø.



Det er i tillegg mange kvalitative og kvantitative studier som har tatt for seg pasienters erfaringer etter å ha vært innlagt på intensivavdeling, blant annet Wojnicki-Johansson (2001), Storli (2001, 2006), Granja et al. (2005), Corrigan et al. (2007), Löf et al. (2006) og Ringdal et al. (2006).

Uten å ha opplevd det selv, kan det være vanskelig å sette seg inn i hvordan en respiratorpasient opplever situasjonen. En måte å nærme seg dette på er å bruke fantasien, og kanskje få en anelse om hvordan det er å være tilkoblet respirator. Et annet alternativ er å innhente kunnskap i form av kvalitativt forskningsarbeid, og artikler som sier noe om pasientopplevelser. I følge Kvangarsnes (2007) er pasienthistorier eller slik ”feedback”, viktige tilbakemeldinger som kan hjelpe sykepleiere og andre helsearbeidere å forstå pasientene på en mer helhetlig måte. Dette kan gi sykepleiere mulighet til å justere, eller endre sine handlinger og væremåte, slik at pasientene blir ivaretatt ut i fra sine individuelle behov.

### **2.3 Akutfasen**

Intensivpasienten kjennetegnes ved at det brått har skjedd en endring i hans helsetilstand. Dette gjelder også pasienter som får komplikasjoner i forbindelse med planlagt kirurgi, og som blir flyttet til intensivavdeling. I akutfasen er pasienten tilstand gjerne ustabil og utfallet er usikkert. Oppholdet på intensivavdelingen kan være langvarig, og preges ofte av at pasientens tilstand er vedvarende kritisk. Pasientene kan trenge hjelp både til å puste, og til å opprettholde tilfredsstillende nyre- og hjertefunksjon. De vil også gjennom behandlingsforløpet motta medikamenter som gir en søvntilstand inntil tilstanden tilsier at oppvåkningen er indisert og ønskelig (Granja, et al., 2005).

For intensivsykepleieren, vil mange av arbeidsoppgavene ta utgangspunkt i pasientens fysiske situasjon, og de tiltak som må iverksettes for å opprettholde og/eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Disse oppgavene har alltid høyeste prioritet i den akutte fasen. I tillegg er det viktig hvordan hun møter pasientens og pårørendes reaksjoner på det psykologiske, sosiale og åndelige plan. Hun må vise at hun bryr seg om dem, og de må møtes i et menneske - til - menneske forhold. Hvis ikke er det fare for at pasienten og de pårørende kan oppleve seg som ting, og ikke som unike mennesker. For

spesialsykepleieren er det viktig å kjenne til pasientens og de pårørendes reaksjoner, opplevelser, følelser, vurderingsprosesser og mestringsstrategier. Det gjelder enten hun skal yte praktisk hjelp i form av å bruke avansert teknologi, eller gi emosjonell støtte eller informasjon ().

Siden det i all hovedsak er uventede hendelser som bringer disse pasientene til intensivavdeling, vil mange ikke være bevisst sin tilstand inntil sent i oppholdet, og noen også først etter utskrivelse til vanlig sengepost. Pasientene har imidlertid fortsatt et emosjonelt liv under intensivoppholdet, i en blanding av drømmer, delusjoner (vrangforestillinger) og emosjonelle opplevelser relatert til virkelige hendelser (Granja, et al., 2005; Löf, et al., 2006; Ringdal, et al., 2006).

Storli (2007: 5) beskriver sykepleieres rolle på denne måten: "(...) det å ta hånd om en pasient gjennom kritisk sykdom handler om mer enn å ta hånd om organfunksjoner. Det handler om å ta hånd om en sansende og erfarende person, samtidig som liv som biologi må holdes oppe".

## **2.4 Rehabiliteringsfasen**

Innenfor tidsrommet pasienten er på intensivavdelingen, er det en glidende overgang mellom akuttfasen og det man betegner som rehabiliteringsfasen. I akuttfasen har pasientrollen i stor grad vært preget av å være passiv og mottakende. De har vært avhengige av andre til å ivareta alle kroppslige funksjoner. Når pasienten sin tilstand bedres, og man går inn i rehabiliteringsfasen, skal vedkommende begynne å trene seg opp, til et liv under mer eller mindre selvstendige forhold. Avvenning fra respirator er en sentral del av denne prosessen. For pasientene kan opptreningen være en lang og krevende periode, med stadig økte krav rettet mot seg (Egerod, 2003).

I følge Hupcey (2000) er det i denne fasen viktig å oppleve trygghet. Det å ha familie og venner hos seg, er en stor kilde til trygghet for pasientene. Dette fordi pårørende oppmuntrer, gir håp, snakker om ting fra utsiden, og motiverer dem til å kjempe videre. Familien er viktig for å unngå opplevelse av håpløshet, som pasientene forbinder med å gi opp. Det å stole på helsepersonellet er også essensielt for pasientene, for å kunne føle seg trygge.

I Hopen (2006) fremgår det at rehabilitering er en vanskelig balansegang mellom å gi hjelp, og å stille krav til pasientene. Faren er stor også for at helsepersonell forventer for lite av pasientene. De kan ha for lav tro på pasientens ressurser, og han gis dermed ikke mulighet til å ta ansvar. Dette kan resultere i en forlenget rehabiliteringsfase.

Egerods (2003) belyser i sin doktorgradsavhandling intensivsykepleieres beslutninger og handlinger i arbeid med nedtrapping på respirator. Etter hennes oppfatning er det en forutsetning for nødvendig ekspertise at sykepleierne kjenner både avdelingen og pasientene. Hun mener det derfor er viktig å ha faste behandlingsteam for å redusere problemer med informasjonstap som kan oppstå, når for mange personer pleier en og samme pasient. En annen fordel med slike team er at pasienten og teammedlemmene vil bli kjent med hverandre. Hun påpeker videre at når en har etablert forståelse og kontakt, er det lettere å inkludere pasienten i beslutninger angående omsorg og behandling. En slik arbeidsmetode burde også gjøre det lettere å inkludere verdier og behov hos pasienten og hans familie, i avvennings- og rehabiliteringsfasen på intensivavdeling.

#### **2.4.1 Teknologi og omsorg**

Miljøet på en intensivavdeling kan oppleves som totalt ukjent og meningsløst for pasienten. Stor aktivitet, lyd og lys kan virke skremmende og forstyrrende på pasientens muligheter for søvn og hvile. Miljøet påvirker derfor også alle sansene; synet, hørselen, lukten, smaken og følelse. Pasientene er ofte påtvunget immobilitet. De kan også oppleve at kroppen deres ikke finnes, eller at den ikke er deres, samt at tanker og stemme ikke fungerer som vanlig (Lindwall, 2004). I følge Moesmand () vet ikke pasientene på grunn av alt utstyret de er tilkoblet, hvor kroppen begynner og hvor den slutter.

Behandling og det å være tilkoblet medisinsk teknologisk apparatur kan forårsake både fysisk og emosjonell lidelse hos pasienter. Corrigan et al. (2007) hevder at sykdommen eller skaden, diagnostisering og behandling kan oppleves som belastende og smertefull, og føre til redusert mestringsevne. I følge Granja et al. (2005) er det opplevelser som for eksempel suging i trakealtube og nesetube, familiebekymringer, smerte og immobilisering, pasientene rapporterte som mest belastende under intensivoppholdet. Disse negative stressfaktorene kan føre til økt bruk av psykologiske forsvarsmekanismer, fordi slike opplevelser kan føre til en reell eller opplevd trussel mot liv, helse og velvære. Corrigan et

al. hevder videre at skremmende og uvirkelige hendelser (vrangforestillinger), hallusinasjoner, drømmer og mareritt gjerne har en traumatisk innvirkning, og er særlig stressende på pasientene. Dette bekrefter også funn gjort i en studie gjennomført av (Löf, et al., 2006). Pasienten kan "rømme" fra situasjonen ved å søke tilflukt i fantasien, eller tidligere opplevelser (Johns, 2005). I følge Axéll (2001) kan dette være tegn på at pasienten har gått inn i en såkalt intensivpsykose<sup>6</sup>().

I kjølvannet av den enorme teknologiske utviklingen innenfor helsevesenet og ikke minst innenfor fagfeltet, akuttmedisin, følger dessverre ulemper for pasienter og pårørende. Ulempene kan i følge Moesmand og Kjøllesdal () ramme intensivsykepleiere på den måten at helsepersonell som jobber i høyteknologiske avdelinger lett kan bli for oppgavefokusert, noe som øker faren for fremmedgjøring (objektivering) av pasientene, i motsetning til å være personorientert.

Det anføres videre av Moesmand og Kjøllesdal at spesialsykepleiere må ha apparatfortrolighet for å kunne gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Med dette mener de at en ikke kan velge mellom teknologi og omsorg på en intensivavdeling, og at spesialsykepleieren derfor må være fullt fortrolig med den teknologien som brukes. Først da frigis oppmerksomhet overfor pasienten og pårørende. Denne kompetansen reduserer igjen faren for å se pasienten som et objekt. Det er også viktig å få tak i hvordan pasienten og de pårørende reagerer på og vurderer teknologien, og så bistå dem i mestrings- og emosjonsprosessene, enten disse er rettet mot omgivelser eller behandling. Det samme følger av Axéll (2001), som hevder at intensivsykepleiere må finne en balanse mellom den medisinske behandlingen og omsorgen av pasienten og deres pårørende, samt ha evne til å lytte, skape tillit og et trygt miljø.

Det tekniske utstyret på en intensivavdeling kan oppfattes som en utvidelse av pasienten, men også som personalets forlengende arm (Wikström, 2007). Hun fant i sitt doktorgradsarbeid at mye skjer på rutine, og at hver yrkesgruppe vet akkurat hvilket ansvar og praktiske oppgaver som påligger dem. Det rutinemessige arbeidet avbrytes imidlertid til

---

<sup>6</sup> Intensivpsykose/delir: Er en akutt oppstått forvirringstilstand som kan ramme pasienter som er innlagt på intensivavdelinger, og som ofte rammer respiratorpasienter. Det er sensorisk ubalanse og desorientering som oppstår når graden av sensorisk stimuli – som pasienten mottar – enten er for høy eller lav til å bli meningsfylt og gjenkjennelig. Pasientene beskriver det som forvirrende, bisarre, merkelige og skremmende opplevelser (Axéll, 2001: 4).

stadighet gjennom hele dagen ved at sykepleiere handler når det tekniske utstyret alarmerer. Wikström sin oppfatning er at personalet har en sunn skepsis i forhold til de tekniske hjelpemidlene, og at de er innlemmet i omsorgen, og støtter arbeidet på intensivavdelingen.

#### **2.4.2 Pasientens hukommelse og dagbok som tiltak**

I følge Schou (1999) beskrev pasienter tiden fra intensivavdelingen som et "tomrom" eller "sort hull" i deres liv, og dette opplevdes som en stressfaktor ved at hukommelsestapet fortonet seg som skremmende, ubehagelig og som tap av kontroll. Det fremkom at det ofte var først i rehabiliteringsfasen at intensivpasientene "forstod" hvor kritisk syke de hadde vært. Mange søkte derfor i denne perioden etter informasjon, slik at de kunne danne seg et bilde av hva som hadde skjedd under oppholdet på intensivavdelingen. På denne måten kunne traumatiske opplevelser bearbeides og pasientens evne til mestring øke.

Ringdal et al. (2006) gjorde en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse, hvor 239 tidligere intensivpasienter deltok. Av disse rapporterte 15 % at de ikke hadde noe minner overhodet. 83 % hadde faktiske (virkelige) minner, som for eksempel besøk av familiemedlemmer, stemmer og ansikter. I følge Ringdal et al. indikerer dette at familiens tilstedeværelse, likeså lyden av mennesker som snakker, er viktig for pasientenes hukommelse. 26 % rapporterte at de hadde hatt hallusinasjoner, drømmer og mareritt, hvor mareritt ble rapporter som det vanligste.

Hun fant videre at pasienter som ikke har noen klar hukommelse av intensivoppholdet, hadde signifikant lengre opphold, enn pasienter som hadde minner fra oppholdet. Hun fant også at betydelig flere pasienter som hadde fått sedativer og opiater, ikke hadde klare minner fra intensivoppholdet. Smerter var den vanligste følelsesmessige minnet, i tillegg var panikk, frykt og forvirring vanligere blant pasienter med uvirkelige minner (vrangforestillinger). Dette indikerer at pasienter med uvirkelige minner har et mer ubehagelig intensivopphold, enn de pasientene som har faktiske (virkelige) minner.

Det ovennevnte er årsaken til at helsepersonell på enkelte intensivavdelinger skriver dagbøker til pasientene. Landmark Schou (2007) fant i sin deskriptive studie at fem av de åtte intensivavdelingene som var med i studien anvendte dagbok, og at den første avdelingen begynte med dette i 1989. Av de avdelingene som benyttet dagbok, var det fire

som brukte dagbok som hjelpemiddel i oppfølgingssamtalen. En avdeling hadde ettersamtaler, men ikke dagbok. Hun fremhever at dagbok er et godt utgangspunkt for oppfølgingssamtaler med pasienter, og at dagbok og ettersamtaler er nyttig for både pasientene og sykepleierne. Pasientene, fordi det hjelper dem å få frem minner, og sykepleierne, fordi de føler at de får avsluttet behandlingen på en fin måte med disse samtalene.

I følge Roulin et al. (2007) er hensikten med dagbok å gi pasientene en historie som kan være til hjelp for å forstå og innfinne seg med oppholdet på intensivavdelingen. Hun fant i sin undersøkelse at det å skrive dagbok er noe mer enn å fortelle en historie, og redusere hukommelsestapet fra intensivoppholdet. Det er også en kompleks omsorgshandling, når de som skriver i dagboken deler av sin tid, sine følelser og dessuten gir støtte og omsorg til pasientene. Hupcey og Zimmerman (2000) oppfordrer i sin studie, intensivpersonell til å oppsøke pasientene etter utskrivelse fra intensivavdelingen, for å kunne svare på spørsmål, og på den måten kanskje redusere ”gapet” i hukommelsen.

### **2.4.3 Pasientmedvirkning**

I følge Hupcey (2000) er det viktig for pasientene å gjenvinne kontroll over sitt liv. De fleste pasientene hadde opplevd fullstendig tap av kontroll, som for eksempel det å ikke selv kunne ta egne beslutninger i forhold til behandling og pleie.

I følge Moesmand og Kjøllesdal () handler medvirkning om å gi samtykke til pleie og behandling, og å kunne formidle hva som er viktig for en. Et samtykke forutsetter imidlertid at pasienten har forstått informasjonen som blir gitt. Dette forutsetter at sykepleiere og leger lytter til det pasientene prøver å formidle. Et samtykke kan gis stilltiende, og en kan også ut fra pasientens handlemåte og spesielle situasjon anta at pasienten godtar den helsehjelpen som gis. Imidlertid påpeker de at det kan oppstå situasjoner som krever uttrykkelig samtykke, og da er det avgjørende om pasientene har samtykkekompetanse. Det vil si at pasienten er i stand til å motta og forstå informasjon, slik at han vet hva han sier ja eller nei til, samt at han kjenner til konsekvensene av det valget han tar. Det er legen og sykepleieren som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Hvis for eksempel pasienten er bevisstløs eller livstruende skadd kan legen gjøre bruk av hypotetisk samtykke. Det hypotetiske samtykke er grunnlagt på tillit til at legen vil gjøre det som er til pasientens beste.

I følge McCormack (2003) fordrer pasienters rett til medvirkning og selvbestemmelse at det er en gjensidig tillit, forståelse og kunnskapsdeling mellom partene. Det fremkommer imidlertid i studien til Michie, Miles et al. (2003) at det ikke alltid er mulig å ivareta pasientens aktive engasjement da sykdomsforløpet kan være ustabil. Intensivsykepleieren kan imidlertid gjennom kommunikasjon med pasientens familie, opptre som "advokat" for å sikre at pasienten mottar omsorg som respekterer hans ønsker og kultur (O'Connell, 2008).

#### **2.4.4 Kommunikasjonsutfordringer**

Som nevnt har mindre bruk av sederende medikamenter gjort det mer vanlig for pasientene å være våkne under respiratorbehandling. I følge Wojnicki-Johansson (2001) er intensjonen å fremme helbredelse og rekreasjon. Respirator hindrer imidlertid pasientene i å dele tanker, følelser og behov på vanlig måte. Pasienter som er bevisste i forhold til egen behandling og tilstand, men som er ute av stand til å kommunisere på en normal verbal måte med pårørende og ansatte, skaper derfor store kommunikative og relasjonelle utfordringer for sykepleierne.

Av forskning (Carroll, 2004) fremgår det at mange ikke-verbale respiratorpasienter er misfornøyde i forhold til at de ikke blir forstått, ikke får formidlet sine behov, ikke blir tatt med på beslutninger om egen behandling og helse, og at de får for lite detaljert informasjon.

Når pasientene ikke blir forstått, øker sjansen for at de får endret persepsjon (blir uklare, psykotiske), og de kan føle at de mister kontrollen. Dette kan skyldes at de ikke får formidlet sine behov, og dermed ikke får dekket dem. De føler seg gjerne avhengig av andre, og umenneskeligjort. Dette fordi pasientene kan oppleve at sykepleierne er mer opptatt av maskinene enn av dem, og at de blir behandlet som passive objekter. Pasientene sier de føler seg ignorert av helsepersonell, fordi de er ikke-verbale. De får negative følelser, hvor den mest utpregede er frustrasjon, men har også andre som frykt, sinne, engstelse, angst, stress og panikk. Pasientene mener sykepleiere må ha mer kunnskap om kommunikasjon og alternative kommunikasjonsmetoder (ibid).

I en deskriptiv undersøkelse av Patak et al. (2006), der både kvalitativ og kvantitativ analyse ble brukt, fremkommer det at de fleste respiratorpasientene opplever moderat til høyt nivå av frustrasjon når de prøver å kommunisere sine behov. I undersøkelsen viser bruken av kommunikasjonsbrett<sup>7</sup> seg å være effektivt i forhold til å redusere frustrasjon og fremme kommunikasjon.

Det finnes mange ulike kommunikasjonsmetoder en kan ta i bruk i kommunikasjonen med våkne respiratorpasienter. Happ (2001) er en litteraturstudie, av tretten publiserte studier, som omhandler forskning i forhold til kommunikasjon med voksne pasienter innlagt ved intensivavdelinger. Hun viser til at det er mange faktorer som spiller inn ved bruk av alternative kommunikasjonsinnretninger; eksempelvis lungefunksjon, oksygenering, respirasjonsmuskulene i forhold til bruk av talekanyler, samt muskelstyrke og krefter i forhold til å skrive på blokk. Hun fremhever særlig bruk av bildebrett som en egnet intervensjon, og innretninger for langtidsliggere hvor pasienten bruker et tastatur, og det kommer en hørbar stemmebeskjed. I følge Happ er det et mål at sykepleiere skal utvikle intervensjoner som begrenser frustrasjon og engstelse hos respiratorpasienter.

Hun fant videre at faktorer som begrenser intensivsykepleieres kommunikasjon med den intuberte pasienten omfatter: hard arbeidsbelastning, alvorligheten i pasientens sykdom, vanskeligheter med leppelesing, pasientens manglende evne til å skrive, opptatthet med fysiske og tekniske sider ved omsorgen, pasientens personlighet, og manglende trening i hensiktsmessige kommunikasjonsferdigheter.

Kommunikasjonssvikt eller frustrasjon i forhold til å ikke forstå pasienten fremheves også. Dette er faktorer som fra sykepleiernes side blir assosiert med følelse av stress, og nedsatt vilje til å holde ut, noe som kan resultere i en minimalisering, eller unngåelse av samhandling med pasientene. Happ påpeker imidlertid også at intensivsykepleierne er klar over faktorer som fremmer kommunikasjonen med disse pasientene: eksempelvis i forhold til det å kjenne pasienten, pasientens evne til å samhandle, og bruk av alternative kommunikasjonsredskap, samt familiens tilstedeværelse.

---

<sup>7</sup> Kommunikasjonsbrett kalt Vidatak EZ Board som fikk patent i USA i 1999. Brettet brukes ved at pasient eller sykepleier peker på tegninger som illustrerer ulike følelser, smertenivå, behov, ønsker m.m. (Patak et al. 2006:185)



Carroll (2004) beskriver at våkne ikke-verbale pasienter ønsker sykepleie som blir gitt på en individuell og omsorgsfull måte. En helhetlig tilnærming til disse pasientene vil bidra til at kommunikasjonsprosessen ble mer effektiv. Pasientene ønsker å bli sett, hørt, forstått, gis informasjon, og få delta aktivt i sin egen behandling og omsorg. Hvis pasientenes behov ikke blir møtt på grunn av kommunikasjonsproblemer, kan deres helbredelse og mestringsprosesser bli sterkt påvirket.

#### **2.4.5 Ethiske utfordringer**

I følge Nortvedt, Kvarstein et al. (2005) som gjorde dybdeintervju med ni sykepleiere og seks leger på en intensivavdeling, påpekes det etiske problemer når en skal oppnå en akseptabel balanse mellom pasientens subjektive velferd og medisinsk behov for redusert sedasjon. De diskuterer om det er etisk forsvarlig å redusere sedasjonen, og konsekvensene av dette i forhold til de krav det stiller til tverrfagligsamarbeid og kommunikasjon. Likeså diskuterer de viktigheten av å bedre kvaliteten på den medisinske og sykepleiefaglige omsorgen. De hevnviser blant annet til (Axell, 2001), og hevder at det finnes en del bevis på at pasienter som våkner opp mens de gjennomgår intensivbehandling, i stor grad eksponeres for stress, ubehag, hallusinasjoner og intensivpsykoser, samt at det også kan utløse post-traumatisk stress. Det fremmes at det er viktig å ta på alvor verdien av individuell omsorg, og at verken teknologi eller medisiner kan erstatte den relasjonelle omsorgen og menneskeligheten i et intensivmiljø.

I følge Hupcey (2000) rapporterte pasientene at det overordnede behovet var å føle seg trygge. For å føle seg trygge var det viktig å vite, ha kontroll, ha håp, og kunne stole på de ansatte. Det å vite hva som skjer, opplever pasientene som trygt, og det hjelper dem å komme seg igjennom de ulike opplevelsene. Pasientene har behov for informasjon, og de bruker svært mye energi på å gjøre opplevelser forståelige og sette dem inn i en sammenheng. Pårørende er i dette arbeidet en viktig informasjonskilde, men noen opplevde at de holdt tilbake informasjon.

Schou og Egerod (2008) konkluderer også med at nyere sedasjonsrutiner, og respiratorbehandling ikke har klart å fjerne det ubehagelige ved å være akutt og kritisk syk; det vil si det menneskelige aspektet av lidelse.

## 2.5 Etter utskrivelsen - PTSD

Som nevnt ovenfor har pasientene problemer med å skille fantasi og virkelighet. Roulin, Hurst et al. (2007) og Johansson (2002) fant at pasientene lider av delvis eller fullstendig hukommelsestap. De fremhever at noen pasienter har begrenset hukommelse, og trenger informasjon for å forstå hva som har skjedd. Andre derimot har sterkere minner. Uansett hvordan hukommelsen er, kan dette oppleves veldig ubehagelig. Det er også identifisert en sterk sammenheng mellom minner fra intensivbehandling og forekomst av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos tidligere intensivpasienter (Jones, et al., 2001).

PTSD defineres som en angstlidelse som kan følge etter at mennesker har vært utsatt for en traumatisk hendelse som har forårsaket intens frykt og/eller hjelpeløshet hos individet. Symptomer kan vise seg kort tid etter hendelsen, og kan dessuten bli kroniske. Typiske symptomer er gjenopplevelse av hendelsen som mareritt, tvangstanker og flashbacks. Det å unngå situasjoner som kan minne om den traumatiske hendelsen hører også med til symptombildet, samt angstproblematikk, vanskeligheter med å sove, irritabilitet og utbrudd av sinne, så vel som problemer med å konsentrere seg, uro og/eller depresjon (Ursano, et al., 2004).

I følge Storli (2007) er forekomsten av PTSD ca. 9-15 % for den generelle intensivpasientpopulasjonen. I hennes studie var det informanter som selv ti år etter innleggelsen på intensivavdeling, fremdeles strevde med å forstå kaotiske minner og reaksjoner. Dette bekreftes også i Corrigan et al. sin studie (2007), hvor det fremgår at pasientene ser det som viktig og nødvendig å forstå disse uvirkelige opplevelsene, hallusinasjonene eller marerittene.

Samfunnets økonomiske kostnader ved behandling av intensivpasienter, er ikke begrenset til opphold på intensivavdeling, men dekker også etterfølgende kroniske psykiske lidelser og de innvirkninger dette har på arbeidsstyrke. Oppfølging av pasientene etter utskrivelsen bør derfor være en integrert del av behandlingstilbudet til intensivpasienter, eksempelvis ved polikliniske tilbud, slik det gjøres blant annet ved enkelte sykehus i Storbritannia (Pattison, 2005).

## 2.6 Oppsummering

Jeg har med dette forsøkt å sammenfatte hva forskning sier om intensivpasientenes opplevelser fra tiden på intensivavdeling. Det er også tatt med noe i forhold til hvordan pasientene selv ønsker å bli behandlet. Dette er kunnskap jeg mener er viktig for sykepleiere å kjenne til for å kunne yte best mulig omsorg og pleie.

Jeg har også, men utgangspunkt i disse pasienterfaringene, prøvd å belyse de ulike utfordringene som sykepleierne står ovenfor i arbeidet med våkne respiratorpasienter. Mange av artiklene jeg har referert til har et sykepleiefaglig fokus der både sykepleiere og/eller pasienter er intervjuet. Det fremkommer i denne forskningen at både pasienter og sykepleiere opplever stor frustrasjon i forhold til den vanskeliggjorte kommunikasjonen som både respiratorbehandling og redusert sedering kan medfører. Det å ikke kunne formidle sine behov er belastende for pasienter, og vil kunne påvirke deres helbredelse og forlenge rehabiliteringsfasen.

Forskning om PTSD er også tatt med, fordi dette er et økende problem som sykepleiere bør være mer bevisst i forhold til sitt daglige arbeid med pasientene.

## **3 Teoretiske perspektiv**

### **3.1 Oversikt**

Jeg vil nedenfor redegjøre for det teoretisk perspektiv jeg har for studien. Jeg vil først gi en kort innføring i Antonovsky (2000) sin teori om salutogenese. Deretter vil jeg ta for meg relevant kommunikasjonsteori, og ser da spesielt på klinisk kommunikasjon som er en viktig forutsetning for å opprette tillit og god kommunikasjon mellom pasient og hjelper. Grennes (1998) og Ekeland (2007) blir særlig relevante i denne sammenheng. Til slutt ser jeg nærmere på tillitsbegrepet i relasjonen mellom pasienten og sykepleieren, og deretter den tillit pasienten har til systemet. Her vil jeg ta utgangspunkt i Grimen (2008) sine tanker om tillit og profesjon.

### **3.2 Læren om salutogenese**

#### **3.2.1 Utgangspunkt**

Som nevnt i innledningen sier salutogenese noe om hva som holder oss friske. Dette som et supplement eller motreaksjon på det Antonovsky mente var et for ensidig fokus på patogenese – hva som gjør oss syke – innenfor helsetenkning. Av Eriksson (2007) fremgår det at mens den patogenetiske orientering har fokus på hindringer, mangler og sykdomsrisiko (årsaker til sykdom), har den salutogenetiske tilnærmingen heller fokuset på helseressurser (årsaker til god helse). I følge Antonovsky (2000) har den salutogenetiske tankemåten fokus på det friske, hva som gjør at en unngår stressfaktorer og dermed får god helse. En vending mot slike faktorer som gir livet mening; eksempelvis kjærlighet, vilje, fantasi og sosiale strukturer som fremmer dem, mener han vil gi en større helsegevinst enn en dominerende orientering mot sykdomsfaktorer.

Antonovskys teori tar utgangspunkt i at alle mennesker befinner seg på et kontinuum mellom frisk og syk, og ikke i en dikotomi mellom frisk og syk. Fokuset er på mennesker som befinner seg i den friske enden av kontinuumet. Antonovsky var ikke for å oppgi den patogenetiske orientering, som han mente hadde ført til store fremskritt i viten og praksis,

eksempelvis innen kreftforskning. Antonovsky hadde imidlertid et ønske om å kunne se disse to retningene som komplementære, og ikke kun som alternativ. Han mente også at det burde bli en mer lik fordeling av intellektuelle og materielle ressurser mellom disse retningene enn det hadde vært tidligere.

Kjernen i den salutogenetiske orientering er den grunnleggende antagelse at den menneskelige organisme befinner seg i en tilstand av heterostatisk ubalanse. Med dette mener han å si at våre liv til enhver tid er fylt med stimuli som vi ikke har noen automatisk respons på, men som vi like fullt er nødt til å reagere på. Eksempelvis kan slike stimuli være dagligdagse irritasjonsmomenter eller større påkjenninger. Vi har problemer som må løses og problemene har to aspekter: problemløsning som er det instrumentelle aspektet og følelsesregulering.

Den salutogenetiske teori kan plasseres i en tradisjon av stressforskning. Den gir en forståelse av hvordan mennesker disponerer sine ressurser ulikt i møte med påkjenninger i livet, samt hvilke konsekvenser dette har for det enkelte individets helse.

Teorien ble unnfanget av Antonovsky mens han holdt på med et arbeid om tilpasninger til overgangsalderen blant israelske kvinner. En av de gruppene han undersøkte var kvinner født i sentral-Europa mellom 1914 og 1926. Et av spørsmålene i undersøkelsen var om kvinnene hadde vært i konsentrasjonsleir, og det viste seg at blant disse hadde 29 % rimelig god psykisk helse mot 51 % i kontrollgruppen som ikke hadde vært i konsentrasjonsleir. I stedet for å fokusere på at det var en betydelig forskjell mellom gruppene, fant Antonovsky det mest påfallende at så mange som 29 % av en gruppe overlevende fra konsentrasjonsleire, med de ekstreme påkjenninger dette innebar, hadde rimelig god psykisk helse. Hvordan kom det seg at disse kvinnene, på tross av samme traumatiske bakgrunn, hadde beveget seg i ulike retninger på kontinuumet mellom frisk og syk (ibid).

### **3.2.2 Generelle motstandsressurser**

Antonovsky sammenholdt studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse, og sannsynliggjorde at de samme elementene – de generelle motstandsressursene – har betydning for hvordan vi takler sykdom og for sykdomsutvikling. Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke

og religion. Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet (Walseth & Malterud, 2004).

Antonovsky (2000) fremhever egoidentitet og sosial støtte som avgjørende mestringsressurser. Han fremhever at det spesielt er kvaliteten på sosiale relasjoner som er viktige. Han påpeker også at gode mestringsstrategier kjennetegnes av rasjonalitet, fleksibilitet og vidsyn. Ressursene er kun potensielt tilgjengelige, og det er personen og omgivelsene sitt valg å aktualisere dem ved bekjemping og mestring av belastninger.

### **3.2.3 Opplevelse av sammenheng (OAS)**

Som det egentlige svaret på det salutogenetiske spørsmål kalte Antonovsky denne grunnholdningen "Sense of Coherence (SOC)" (Walseth & Malterud, 2004). På norsk er dette oversatt til "opplevelse av sammenheng" (OAS). Antonovskys definisjon av begrepet var:

"Opplevelse av sammenheng er en global holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående stabil, men dynamisk følelse eller tillit til at 1) stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, 2) ressurser er tilgjengelige slik at en kan møte kravene disse stimuli setter, og 3) kravene er utfordrende, verdt investering og engasjement" (Antonovsky, 2000: 13).

Definisjonen gir uttrykk for at OAS består av tre komponenter; forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For å oppnå OAS må man kunne forstå situasjonen (forståelighet), ha tro på man kan finne løsninger (håndterbarhet) og finne god mening i å forsøke på det (meningsfullhet) (Langeland, 2003).

*Forståelighet* viser til i hvilken grad man oppfatter stimuli man konfronteres med enten i det indre eller ytre miljø som kognitivt forståelig, som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig informasjon, i stedet for støy – kaotisk, uordnet, tilfeldig, uforklarlig. I følge Antonovsky forventer den som har en sterk opplevelse av forståelse at de stimuli som en kommer til å møte i fremtiden er forutsigbare – eller om de som kommer som en overraskelse – kan passe inn i en sammenheng og forklares. Dette uavhengig om stimuliene er ønsket eller ikke (Antonovsky, 2000: 34).

*Håndterbarhet* viser til i hvilken grad man oppfatter at det står ressurser til ens disposisjon som er tilstrekkelige til å mestre de krav man stilles overfor og av de stimuli man

bombarderes med. Disse ressursene kan være noe en selv kontrollerer, ressurser som kontrolleres av tillitspersoner, eksempelvis ektefelle, venn, kollega, lege og politiske ledere, eller ressurser og forklaringsmodeller som disponeres via ideologisk eller religiøs overbevisning (Gud, historien etc.). Hvis en har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man ikke at man er et offer for omstendighetene, eller at livet har behandlet en urettferdig. Uheldige ting forekommer i livet, men man er i stand til å håndtere dem og man fortsetter ikke å sørge (Antonovsky, 2000: 34-35).

*Meningsfullhet* henviser til i hvilken utstrekning en person opplever at livet er forståelig rent følelsesmessig, og at i hvert fall visse av de problemer og krav tilværelsen fører med seg, er verdt å investere energi og engasjement i, og at de er utfordringer man kan glede seg over, i stedet for byrder man heller ville vært foruten. Meningsfullhet blir derfor også et motiverende element i OAS. En person med en sterk opplevelse av meningsfullhet vil ikke dermed glede seg over vanskeligheter i livet, men når traumatiske ting først skjer, tar man villig utfordringen og forsøker å finne en mening med det og gjør sitt beste for å klare seg igjennom dem (Antonovsky, 2000: 36-37).

Vi behøver ikke oppleve sammenheng på alle områder i tilværelsen. Det enkelte individ trekker grenser for hva som er viktig for seg. Det avgjørende er om det finnes livsområder som personen opplever er viktig for ham, og om disse viktige områder oppleves som begripelige, håndterbare og meningsfylte (Antonovsky, 2000).

Antonovsky mener at selv om alle de tre komponentene er nødvendige, så er de ikke like viktige. Det motiverende element, som meningsfullheten bidrar med, ser ut til å være sentralt. Uten denne faktor vil man sannsynligvis kun forbigående ligge høyt med hensyn til forståelighet og håndterbarhet. For den motiverte person er mulighetene til forståelse og ressurser større. Håndterbarhet ser ut til å være nest viktigst, ettersom høy håndterbarhet avhenger av forståelse. Det betyr ikke at håndterbarhet ikke er meget viktig. Hvis man ikke tror at det står ressurser til rådighet, går det ut over meningsfullheten og forsøket på å mestre situasjonen. Mestring avhenger altså av OAS som en helhet (ibid.).

### **3.2.4 Pasientens historie**

I en salutogen tankegang er en persons egen beskrivelse det sentrale. Ved å gi oppmerksomhet til pasientens opplevelse av livssituasjonen, kan ressursene som bidrar til

bedring, oppdages og erfares (Langeland, 2007). Det kan være viktig å spørre etter alternative historier hvor personen har opplevd mening og mestring, dette for å få innsikt i pasientens mestringsevne. Kvangarsnes (2007) mener på samme måte at helsepersonell må ta utgangspunkt i pasientens sin forståelse. Det at pasienter har sine egne fortellinger, kan gi nyttig innsikt i hvordan pasientene opplever sin egen situasjon, og hvilke utfordringer de opplever i hverdagen. Hun knytter dette til Antonovsky og opplevelse av sammenheng ved å vise til at pasientenes fortellinger kan hjelpe pasienten til å se mening og sammenheng. Ved å være medspiller i en fortelling kan også helsepersonell stimulere til alternative tenke- og mestringsmåter.

### **3.2.5 Forskning**

Teorien om salutogenese har vært bakgrunn for mye forskning de siste tiårene. Eriksson (2007) ønsket med sin gjennomgang av 470 publikasjoner i tidsrommet 1992-2003 å vise mangfoldet. Etter hennes oppfatning taler forskningsresultatene for at en salutogenetisk tilnærming burde ha en mer sentral posisjon innenfor offentlig helse, helsefremmende forskning og praksis. Fokus på muligheter og ressurser (indre og ytre) på forskjellig nivå (individuelle, grupper og samfunn) er da viktig. Hun mener videre at læren kan skape et solid teoretisk rammeverk for helsefremming.

I helsesammenheng har forskningen spesielt vært benyttet i relasjon til mestring av kroniske sykdommer. Eva Langeland (2007) har eksempelvis i sitt doktorgradsarbeid undersøkt hvordan personer med mentale helseproblemer trenger å ha fokus på helbredelse innenfor et mestrings-, helsefremmings- og livskvalitetsperspektiv. Hun fant i studien indikasjoner på at det å bedre OAS kan gi betydelig mulighet til å bedre disse menneskenes livskvalitet.

Når det gjelder intensivpasienter, er det etter det jeg vet gjort lite forskning på området. En deskriptiv studie jeg vil fremheve, er imidlertid fra Hongkong, Kina (Fok, Chair, & Lopez, 2005), hvor det ble telefonintervjuet 88 respondenter med formål å undersøke sammenhengene mellom OAS, mestring og livskvalitet for personer som har opplevd kritisk sykdom. De fant at pasienter som har høy OAS sannsynligvis vil ta en aktiv rolle i å styrke sin egen helse. De fant også at høy inntekt og støtte fra voksne barn var en indikator for sterk OAS. Studien konkluderer med at OAS kan være en alternativ metode for å



vurdere pasienters livskvalitet etter utskrivelse fra intensivavdeling, i stedet for å bruke tradisjonell patologiske resultater målt etter morbiditet eller mortalitet.

### **3.3 Kommunikasjonsteori**

#### **3.3.1 Innledning**

Kommunikasjon er en viktig del av samspillet mellom sykepleiere og pasienten, samt hans pårørende. Mulighetene for at sykepleiere selv kan stimulere pasientens motstandsressurser, avhjelpe belastninger, eller tilrettelegge for at eksempelvis pårørende kan gjøre dette, avhenger i stor grad av at det er muligheter for å kommunisere med pasienten. Kommunikasjonsteori er derfor også relevant i forhold til min problemstilling.

#### **3.3.2 Klinisk kommunikasjon**

Kommunikasjon er i Grennes (1998: 12) definert som følger: ”Med kommunikasjon forstår vi transport eller formidling av energi og informasjon over eller gjennom en grense mellom to eller flere systemer”. Han hevder at all kommunikasjon baseres på fysiske signaler. Disse signalenes betydning er hos mennesker, koder som i hovedsak er etablert gjennom sosial interaksjon, og utgjør derfor konvensjonelle fortolkningsregler som bare er tilgjengelige for dem som har lært koden gjennom deltakelse i et sosialt fellesskap. For eksempel kommuniserer alle mennesker via et språk.

Den våkne respiratorpasienten, som er uten stemme for en kortere eller lengre periode, mister dermed en viktig menneskelig funksjon – å kunne uttrykke sine behov og ønsker. Dette vil i følge Carroll (2004) kunne føre til at pasientene ofte gir opp i forsøket på å formidle sine behov. Hun hevder videre at det er utmattende å ikke bli forstått, og mange kan som et resultat av dette bli deprimerte og ”gå” inn i seg selv. Grennes mener imidlertid at det er langt mer enn språk som brukes i kommunikasjonen. Nonverbal kommunikasjon er vel så viktig i daglig interaksjon. Han anfører videre at dekodning, resultatet av tolkning av signaler i en kontekst, utgjør budskapets mening. En viktig del av konteksten utgjøres av det sosiale fellesskapet som reagerer på budskapet. Denne reaksjonen kalles tilbakemelding (feedback).

Den våkne respiratorpasienten har ikke et hørbart språk, og mye av kommunikasjonen vil dermed foregå ved hjelp av nonverbale signaler og gester. Eide og Eide (2007) påpeker at kommunikasjon foregår gjennom nonverbale kanaler som ansiktsuttrykk, blikkontakt, kroppsspråk, stemmeleie, berøring, stillhet, tid og tempo med mer. De hevder videre at uansett hva slags pasienter en har med å gjøre så bidrar nonverbal kommunikasjon til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det er derfor viktig at sykepleiere, som er en fremtredende del av pasientens sosiale sammenheng, har inngående evne og kunnskap i forhold til å tolke disse nonverbale signalene, og ikke minst være bevisst de signaler de selv kontinuerlig sender ut mot pasienten.

Ekeland (2007) påpeker at den gode relasjonen er en helseressurs, og at den av og til kan være den viktigste. Han fremhever videre at hvordan slike subjektive kvaliteter som mening, tro og håp aktiverer pasienten sine selvlegende krefter. På den annen side hevder han at kommunikasjonsbrudd kan forverre helsetilstanden ved å blokkere legende prosesser. Om ikke legen og annet helsepersonell ser på pasienten som et subjekt, oppfører de seg ikke bare dårlig og svikter pasienten sine rettigheter, men også sitt profesjonelle ansvar. Ekeland (2007: 41) skriver også at: "Tilgangen på subjektet skal også tjene objektiveringen". Med dette antyder han at helsepersonell må "gå" gjennom subjektet for å tilgang på biomedisinske data fra kroppsubjektet. Problemet er når denne tilgangen ikke er gitt. Dette forutsetter en kommunikativ relasjon hvor både helsepersonell og pasienten åpner seg for hverandre. Han hevder videre at kommunikasjon kan læres, eksempelvis gode teknikker for samtale og kommunikasjon, men at dette har liten nytteverdi hvis pasienten ikke først opplever seg anerkjent og respektert som individ (ibid).

I følge Eide og Eide (2007) er det viktig at sykepleierne tilrettelegger for en profesjonell og hjelpende kommunikasjon i arbeidet med syke mennesker. Med profesjonell kommunikasjon mener de kommunikasjon som hører ens yrke til, i dette tilfelle yrkesrollen som sykepleier. Denne rollen innebærer å skulle fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av egen faglig kompetanse og posisjon. De påpeker videre, og tar utgangspunkt i den internasjonale kodeks for sykepleiere (ICN 2006), at det overordnede formålet med slik kommunikasjon er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse.

Videre viser de til forskning som sier at bedre kommunikasjonsferdigheter blant helsearbeidere, bidrar til bedre helse for pasientene. God kommunikasjon er hjelpende og pasientrettet, og kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise. Samtidig er det viktig for pasienten å få god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling. Dette kan bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig og skape forutsigbarhet og mening. Ekeland (2007) påpeker at når helsevesenet får nye utfordringer og arbeidsoppgaver, slik som for eksempel helsepersonelloven av 1999, som legger økt vekt på pasientinformasjon og medvirkning, er det en fare for at de blir realiserte innenfor tilvendte diskurser. Resultatet kan da i følge Ekeland bli mer informasjon, men dårligere kommunikasjon.

Han refererer til Syse et al. (2000) når han hevder at de hardeste anklagene mot helsevesenet kommer fra pasienter som mener at de ikke har blitt tatt alvorlig, at helsepersonell ikke tar seg tid, er dårlige til å lytte, er arrogante og uhøflige. En vanlig kritikk mot helsevesenet er at det behandler sykdom, men ikke syke mennesker. Dette kan føre til at pasienten føler seg som et objekt, en ting, og ikke som et selvstendig individ. Wenger (2004: 72) beskriver dette som "tingliggjøring".

I følge Ekeland (2007) er det i objektiveringen sykdommen som teller, mens det i subjektiveringen er det den syke personen.

Sørbø (2007) refererer til Skjervheims kritikk av objektivismen som blir mer aktuell jo mer systemene vinner rom. Han påstår at systemet liker objekt bedre enn subjekt. Dette fordi subjekt er uberegnelige, ukalkulerbare og uforutsigbare. Objekt derimot er tellbare, de kan kontrolleres, forutsies og dermed styres. Han sier videre at det systemet bruker penger på, vil det ha styring med, eksempelvis når det gjelder behandling og behandlingsformer.

I helsesektoren er det i dag, som for andre sektorer i samfunnet, sterkt press på kostnadsbruk og resultat. Videre er kravet om evidensbasert kunnskap og entydige resultater i helsesektoren, som preges av naturvitenskapen, svært dominerende. Begge disse forhold bidrar til at ressursbruk til kommunikasjon er under sterkt press.

I det høyteknologiske miljøet som preger intensivavdelinger, og hvor pasientene har begrenset eller ingen mulighet til å formidle seg, bør sykepleierne etter min mening derfor

være særlig bevisst faren for objektivering av pasienten, og at innenfor de ressursmessige rammer som foreligger, søke å motvirke dette. I relasjon til salutogenese og viktigheten av pasientens OAS, kan en negativ konsekvens av slik objektivering være at pasienten i mindre grad forsøker å kommunisere, og at han også begrenser mengden av relevant informasjon som gis til sykepleierne. Pasienten vil sannsynligvis også bli mindre mottakelig for informasjon og tiltak fra sykepleierne.

## 3.4 Tillitsteori

### 3.4.1 Innledning

Grimen (2008) skriver i sitt kapittel om profesjon og tillit, at vårt forhold til profesjonelle er preget av at vi overlater ting til deres varetekt. På en intensivavdeling vil dette være kropp, liv og helse. Intensivpasienten har ingen mulighet til å protestere på dette, men må akseptere at helsevesenet og helsepersonell står til disposisjon, og er der for å hjelpe. I følge (Hupcey, 2000) er det også viktig for pasientene å ha tillit til at pårørende er der og passer på dem. Dette er i tråd med Antonovsky (2000) som fremhever at sosial støtte, i form av pårørende, er en avgjørende mestringsressurs for pasienten.

### 3.4.2 Hva tillit gjør

Grimen viser til at det i litteraturen har blitt påpekt mange ting som tillit gjør. For det første at det er vanlig å anta at tillit *reduserer transaksjonskostnader*. Et håndtrykk er billigere enn kontrakter. Det er også vanlig å anta at *tillit letter overføring av informasjon og kunnskap*. Stoler en på avsenderen, behøver man ikke stadig undersøke om det han sier er holdbart. En tredje antakelse er at *tillit gjør samarbeid lettere*. Tillit gjør det mulig å bygge på hverandres arbeid. For det fjerde åpner tillit opp for *handlingsrom* for tillitsgiveren som ellers ikke ville ha eksistert. Tillit gjør det mulig for tillitsgiveren å få gjort ting som han ellers ikke kunne ha gjort. For det femte har det blitt hevdet at tillit *reduserer kompleksitet*. Livet blir enklere for den som viser tillit. Med unntak av kanskje den første antakelsen, vil alle disse antatte virkningene også kunne være relevante i en sykepleier-pasient relasjon på en intensivavdeling. Jeg vil komme nærmere tilbake til dette i funn og drøftingskapitlet.

### 3.4.3 Profesjonell og personlig tillit

Grimen anfører videre at tillit til profesjonelle innebærer å stole på deres kompetanse. Det gjør at den som stoler på profesjonelle er sårbar, fordi han kan utsettes for spesielle former for makt. Imidlertid har pasientene ofte ikke noe annet valg annet enn å stole på profesjonelle. Disse relasjonen mellom profesjonelle og deres klienter er pr. definisjon asymmetriske, med dette menes at det ikke er tillit mellom likeverdige parter.

I følge Madssen (2007) er forholdet mellom den profesjonelle hjelper og pasienten asymmetrisk. Med dette mener han at den ene parten har et problem som, som den andre parten har en viss kontroll over. Dette medfører en maktforskjell i relasjonen. Dette påpeker han er viktig å være bevisst i arbeidet med pasienter og deres pårørende.

Grimen gjør rede for flere typer asymmetri som gjør klienter sårbare. Han nevner i likhet med Madssen *epistemisk asymmetri*. I relasjoner mellom profesjonelle og klienter kan det være *grader av tvang*. Eksempelvis kan dette gjelde intensivpasienten som blir akutt syk og legges inn på intensivavdeling, uten noen gang å ha ønsket å komme i en slik situasjon. Alternativet for disse pasientene er i så måte ekstrem og forbundet med død. Det er denne typen tvang som kjennetegner pasientens situasjon overfor helsepersonellet. Klienter kan også ved alvorlige lidelser være *svekket* kognitivt og emosjonelt. De som trenger profesjonell hjelp er ofte ikke i en psykisk og sosial normaltilstand. De mangler dermed en del av forutsetningene for å kunne opptre på likefot med de profesjonelle. Dette er problemområder som vi som helsearbeidere må ta på alvor. Eksempelvis har kognitivt svekkede pasienter, som intensivpasienten ofte er, små muligheter til å protestere på behandling og omsorgshandlinger fra hjelpernes side.

Personlig tillit innebærer ifølge Ekeland (2007) at hjelperen, i dette tilfelle intensivsykepleieren, oppleves som en person pasienten kan stole på. Tillit er vesentlig i all kommunikasjon og ikke noe som vi kan ta for gitt. Det påpekes at kommunikasjon og ulike teknikker kan læres, men det hjelper lite hvis ikke pasienten opplever seg som et subjekt, eller har tillit til sykepleieren. Dette forutsetter blant annet å skape gode og likeverdige relasjoner, inkludere pasienten, lytte og formidle informasjon med mer. Helsearbeidere må stimulere pasienten til å bruke egne ressurser og muligheter, samt samarbeide i forhold til å finne gode og konstruktive løsninger. Ekeland anfører videre at tillit smitter, med dette

mener han at tillit fra andre i neste omgang blir tillit til seg selv, til egne ressurser, og til egen kropp hvis det er sykdom som er problemet. Er det ikke tillit i relasjonen mellom sykepleier og pasient, vil dette i stor grad påvirke pasientens mestringsevne.

For den våkne respiratorpasienten i rehabiliteringsfasen, som er i en svært sårbar situasjon, med et stort avhengighetsbehov til hjelperne rundt seg, tror jeg dette vil være særlig fremtredende. Ved siden av at den enkelte sykepleier opptrer profesjonelt og individorientert, tror jeg kontinuitet blant behandlingspersonellet er en viktig forutsetning for god tillit. Dette særlig for langtidsligge. Det å kunne forholde seg til sykepleiere som kjenner en, gjør at pasientene slipper å gå igjennom "bli kjent" fasen for hvert skift. Det vil også sannsynligvis føre til at pasienten vil kjenne større trygghet i situasjonen. Kontinuitet er av både Hupcey (2000) og Schou, Egerod (2008) vurdert som viktig for pasientens mulighet til medvirkning.

#### **3.4.4 Tillitsskjeder og kontrollkjeder**

Et interessant område ved profesjon og tillit er hvordan profesjonelle, leger og sykepleiere, eller hvordan sykepleiekollegiet samarbeider seg imellom som profesjonelle. Dette refererer Grimen (2008) til som tillitsskjeder. Det normale er i følge Grimen å stole på kompetanse, teknologi og intervensjoner. Problemet er når kompetanse eller teknologi svikter. Tillitsskjeder er derfor meget viktig, for eksempel innenfor akuttmedisinen, først og fremst på grunn av tidspresset. Rutinisering er spesielt viktig i ekstremisituasjoner, og kan ikke overvurderes. En tillitsskjede har visse fordeler. En kan eksempelvis bygge på hverandres arbeid, som igjen gjør arbeidet økonomisk effektivt. Grimen hevder videre at en tillitsskjede er informasjonseffektiv; informasjon sprer seg enkelt i en slik kjede. Det gjør også samarbeid mulig mellom mennesker som ikke direkte stoler på hverandre. En tillitsskjede kan dermed spre tillit og skape muligheter for organisering, fordi den gjør det mulig for personer som ikke direkte stoler på hverandre, å samarbeide gjennom mellompersoner, og kanskje på den måten å bygge opp tillit på sikt.

På en intensivavdeling er det hektisk, ofte står liv og helse for pasienten på spill. I slike situasjoner er det ytterst viktig at rutiner og klar arbeidsfordeling mellom profesjonene er tilstede. En har ikke mulighet til å stoppe opp og tvile på den andres kompetanse, men må stole på at personene rundt seg har riktig kunnskap, fordi de har gått igjennom en spesifikk utdanning relevant for arbeidsoppgavene. Samarbeid og teamarbeid er imidlertid viktig

gjennom hele forløpet, for å få pasienten stabil, men også i forhold til å kunne starte rehabilitering, hvor målet er å få pasienten lik eller tilnærmet lik den tilstanden han var i før sykdom eller skade oppstod.

## **4 Metode**

### **4.1 Oversikt**

Malterud (2003) beskriver metode som det verktøy en benytter for å fremskaffe vitenskaplig kunnskap. Det vil si veien til målet, og hvordan vi går frem for å samle kunnskap. I denne studien brukte jeg en kvalitativ tilnærming og gjennomførte halvstrukturerte intervjuer, fordi det tillater omfattende refleksjon på komplekse spørsmål. Jeg vil nedenfor redegjøre nærmere for fremgangsmåten som jeg benyttet, og som har ført meg til mine funn og drøftingsresultater.

Først følger en kort redegjørelse for vitenskapsteoretisk forankring. Deretter redegjør jeg for min forforståelse og forståelseshorisont, valg av metode og det kvalitative forskningsintervjuet, utvalgsprosedyre og rekruttering, gjennomføringen av intervjuene, transkripsjonsmetoden, etiske overveielser og forskerrollen, reliabilitet og validitet. Avslutningsvis beskriver jeg analysefasen.

### **4.2 Vitenskapsteoretisk forankring**

I denne studien har jeg brukt en hermeneutisk fenomenologisk innfallsvinkel. Jeg vil nedenfor kort presentere hva som ligger i disse to begrepene.

#### **4.2.1 Fenomenologi**

Fenomenologi er en term som i medisin og helsevesenet angir en spesiell metode i empiriske undersøkelser. Det er en kvalitativ metode som man bruker til å studere empirisk materiale hvor hensikten spesielt er å fremheve intervjupersonenes opplevelser og personlige erfaringer. Forskeren tar utgangspunkt i disse opplevelsene, og det avgjørende blir å forsøke og etablere en forståelse av det individuelle perspektivet, å nærme seg intervjupersonenes egne erfaringer og selvforståelse, og ikke la analysen av materialet bli styrt av egne forutinntatte meninger og teorier (Kvale, 2008).



Fenomenologien vokste frem som en protest mot positivismen som har naturvitenskapen som forbilde, og prøver å avdekke lovmessighet. Den søker objektiv og entydig kunnskap, og skal være verdifri. Mennesket som subjekt, mening og relasjoner oppfattes forstyrrende for slik forskning. Det er bare det som kan erfares konkret, gjennom fysiske sanser, som er sant (Husserl, 1995).

Edmund Husserl betraktes som grunnleggeren, og den viktigste forkjemperen for fenomenologien. Han markerte seg som en sentral kritiker av den positivistiske reduksjonismen.

Når en i positivismen ser verden gjennom instrumenter og teori, vil man i fenomenologien være kroppslig tilstede og se verden gjennom sine sanser. Fenomenologien vender seg til saken selv og tar subjektet på alvor, ved å la den andre komme frem som han er. En søker å uttrykke den rene erfaring og forstå, ikke forklare. Fenomenet får vise seg i sin særegenhet, nærmest mulig sitt vesen og på egne premisser. Det fenomenologiske perspektivet handler om å gå til dem det gjelder. Saken må utforskes og forstås ut i fra personens egen erfaring. En må komme mennesket sansende og lyttende i møte, slik at egenarten kan tre frem og åpne for en mer helhetlig forståelse (ibid.).

Van Manen (1997: 77) skriver: "The purpose of phenomenological reflection is to try to grasp the essential meaning of something (...) the meaning or essence of a phenomenon is never simple or one-dimensional. Meaning is multi-dimensional and multi-layered". Med dette hevder han at det endelige målet i fenomenologien er å gi en dypere forståelse av hva det er å være menneske, slik at en kan realisere sine menneskelige potensialer og bli mer fullstendig. Målet er å skape refleksjon, innsikt og en mer direkte kontakt med verden og livet. Det fenomenologiske uttrykket skal tydeliggjøre og belyse levd erfaring, og eksponere den mening som vanligvis ligger der tilslørt eller skjult.

I følge Malterud (2003) har disse to forskningstradisjonene stått steilt mot hverandre i mange år og hevdet sin egenart og fortreffelighet. Hun anfører videre at uansett om en velger kvalitativ eller kvantitativ metode, må forskeren tilfredsstille de grunnleggende krav som stilles til verktøy, som skal bidra til å levere vitenskaplig kunnskap.

### 4.2.2 Hermeneutikken

Hermeneutikk er et sett med teorier som omhandler prosessen med å fortolke en tekst og å skape mening av denne. I løpet av positivismestriden utviklet synet på objektivitet seg. Fullstendig objektivt synspunkt er imidlertid umulig. Hermeneutikken kan bare avhjelpe en tilnærming mot objektivitet. En grunnleggende forutsetning for en hermeneutisk analyse er fortolkerens villighet til å være bevisst sin egen rolle i, og betydning for, fortolkningsprosessen. Alle former for forståelse henger sammen med den kontekst eller situasjon den forstås innenfor. Den kan variere avhengig av mottakerens bakgrunn og situasjon (Gadamer, 2009).

Den hermeneutiske sirkel beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst og danner oss en mening av innholdet i den, fra vår vurdering av avsenderens bakgrunn, situasjon og intensjon, til vår vurdering av teksten og mediet en når oss gjennom, og videre til vår egen selvrefleksjon. Slik dannes mening gjennom fortolkningsprosessen, uavhengig om vi er bevisst at prosessen foregår eller ikke. Delene forstås og fortolkes ut fra helheten – og helheten forstås og fortolkes ut fra delene, som en sirkel. Slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen (ibid).

Hermeneutikk vil derfor si å tolke fortolkningene. Gå tilbake til materiale, lese på nytt og se om vi kan finne noe tilsvarende. Det er å koble materiale til større fortellinger, teorier for å se nye sammenhenger. Todres og Wheeler (2001: 4) skriver om den hermeneutiske sirkel følgende: ”This circular, hermeneutic prosess has no absolute starting points nor any obvious final end point to our understanding; we are always ”on the way”.

### 4.3 Forforståelse og forståelseshorisont

I henhold til Malterud (2003) stilles det i moderne vitenskapsteori ikke lenger spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men *hvordan*. I kvalitative forskningsmetoder skal en ikke utslette seg selv, men redegjøre for sin innflytelse og ta stilling til hvordan dette kan påvirke kunnskapsutviklingen. Min forforståelse, er den ”ryggsekken” jeg tar med meg inn i denne studien, før prosjektet starter. Den består av erfaringer, faglig perspektiv, hypoteser, og av den teoretiske referanserammen som jeg

besitter i starten av prosjektet. Leseren kan legge til grunn at dette vil prege mitt arbeid fra temavalg til analyse og drøfting.

Min forforståelse og min forståelseshorisont er dannet på bakgrunn av egne erfaringer og min yrkesbakgrunn. Først som student ved en thoraxkirurgisk sengepost, hvor jeg hadde mine første møter med syke mennesker, og hvor jeg senere fortsatte å jobbe som ferdig utdannet sykepleier. Etter å ha jobbet i seks år ved denne avdelingen, trengte jeg mer påfyll og nye utfordringer. Dette førte til at jeg tok videreutdanning i intensivsykepleie, og begynte å jobbe ved en medisinsk intensivavdeling. En erfaring som jeg har bitt meg merke i fra den første tiden ved en slik avdeling, var engstelsen i forhold til om jeg skulle klare å håndtere komplisert medisinskteknisk apparatur, samtidig som jeg skulle vise omsorg for pasienten og hans pårørende.

Det var under utdanningen til intensivsykepleier, og i den første tiden på intensivavdeling, jeg for alvor ble interessert i pasientopplevelser; hvordan de opplever oppholdet og hvordan de har det etter utskrivelse. Jeg skrev derfor også min avsluttende eksamensoppgave om dagbok til intensivpasienten.

Min erfaring og yrkesbakgrunn har nødvendigvis påvirket mitt valg av forskningstema. Jeg kan også se at min nysgjerrighet og ønske om å avdekke de erfarne og trygge intensivsykepleiernes ”oppskrift” på hvordan de klarer å ”se” og kommunisere med den våkne respiratorpasient, og ivareta dem på en helhetlig og omsorgsfull måte, er tilstede i denne studien. Jeg starter arbeidet med antagelse om at flere av informantene i denne studien har mer praktisk kunnskap og erfaring enn meg. Jeg håper derfor at de vil tilføre studien nye dimensjoner på området.

Jeg har ovenfor forsøkt forklare mitt ståsted og utgangspunkt, noe jeg håper vil være til hjelp i forhold til å få perspektiv i arbeidet med stoffet og oppgaven. Jeg håper denne refleksjonen også vil kunne bidra til at jeg klarer å holde et kritisk blikk på min evne til å skille mellom mitt og andres, i møte med intensivsykepleierne i denne oppgaven. I følge Repstad (2007) er det både fordeler og ulemper ved å forske på hjemmebane. Han nevner eksempelvis at det kan være en fordel i forhold til motivasjon og utholdenhet, at forskeren er menneskelig berørt i forhold til det miljøet han forsker i. Han sier videre at forhåndskjennskap til miljøet kan være et fortrinn ved at det setter en i stand til å forstå

bedre det som skjer, og til å unngå pinlige feilslutninger og misforståelser. Imidlertid påpeker han at fortrolighet med miljøet kan medføre at forskeren tar ting for gitt. En forsker bør alltid undre seg over det som skjer i feltet, noe som kan være vanskelig hvis en har opplevd de samme tingene mange ganger selv.

#### **4.4 Metodevalg**

De ulike metodiske tilnærminger kan gi nyttig, god og ulik kunnskap innen samme problemområde. En viktig forutsetning for valg av metode er at forskeren har tilstrekkelig bredde i sin metodekompetanse for å kunne velge optimalt, og at vedkommende behersker de ulike metodene (Malterud, 2003). Rammebetingelser som tid og ressurser en har til disposisjon, vil også ha innvirkning på de valg en foretar (Kvale, 2008).

Innenfor kvalitative metoder er det forskerens forståelse og tolkning av informasjon som er sentral. Forskeren er i nærkontakt med informantene, og får på den måten en bedre forståelse av den enkeltes spesielle situasjon. I denne studien vil jeg prøve å få dypere innsikt i intensivsykepleieres erfaringer og kunnskap ut fra et salutogenetisk perspektiv, som jeg ikke hadde kunnskap om mens jeg selv var i klinisk arbeid.

Jeg har ikke til hensikt å måle eller tallfeste, men vil prøve å beskrive menneskelige egenskaper, som for eksempel erfaring, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette vil si at kvalitativ forskning erkjenner evnene mennesker har til å vite ting om sitt eget liv, om hverandre og den verden de lever i. En prøver å forstå den komplekse naturen til den menneskelige erfaring gjennom subjektet, og i samtaler mellom subjekter (Kvale, 2008). I følge Malterud (2003) er det kvaliteten på verktøyet vi bruker i fremskaffelsen av vitenskaplige data som er avgjørende for valg av metode. På bakgrunn av det jeg har nevnt ovenfor, mener jeg at en kvalitativ tilnærming, med kvalitativt dybde intervju, er den metoden som er best egnet for min studie.

I følge Kvale (2008) er det viktig at forskeren begrunner sine metodiske valg og trinn som gjøres i forskningsprosessen. Dette for at forskeren naturlig skal velge metode ut fra tema, og ikke minst for at leseren skal ha mulighet til å følge tankegangen, og kunne vurdere avgjørelser som forskeren har tatt. Forskeren gjør på denne måten forskningen tilgjengelig for granskning. Jeg vil nedenfor forsøke å gi en slik begrunnelse.

#### 4.4.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet kan defineres som: ”Et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet” (Kvale, 2008: 39).

I følge Kvale er samtalen en grunnleggende menneskelig kommunikasjonsform. I det daglige snakker en med hverandre gjennom å stille spørsmål og besvare spørsmål. Det kvalitative forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtalen, men er likevel en faglig konversasjonsform fordi den har en bestemt struktur og hensikt. Han legger videre vekt på at et forskningsintervju er en samtale mellom to personer, men at det er intervjueren som bestemmer tema, og som stiller oppfølgingsspørsmål ut i fra intervjupersonenes svar, og dermed fremstår som den styrende i samtalen. Likevel vil forskeren at informanten i en slik samtale skal dele sine erfaringer i forhold til et spesielt tema, som i mitt tilfelle er omsorgen for våkne respiratorpasienter, for så å gjøre en fortolkning av de beskrevne fenomener. Intervjuformen gir rom for at mennesker kan formulere sine egne oppfatninger av den verden de lever i, at meningen belyses ut i fra personenes eget perspektiv og livserfaring. Forskeren søker ikke etter årsaksforklaringer, men erfaring, forståelse og kunnskap slik den fremstår for informanten.

I denne studien vurderte jeg også å foreta fokusgruppeintervju, men jeg valgte å bruke halvstrukturert dybdeintervju som datasamlingsmetode. En-til-en samtaler var etter min mening best egnet i forhold til studiens tema, da det fremkom en del personlige uttalelser og erfaringer under samtalen som en kanskje ikke ville fått frem i et fokusgruppe intervju. Det fremstod for meg også som en mer oversiktlig metode å bruke som førstegangsforsker.

Kvale presiserer at det er i den mellommenneskelige interaksjonen under intervjuet, at kunnskapsutviklingen skjer. Han hevder at de første minuttene av intervjuet er avgjørende, det å opprette kontakt, lytte aktivt og vise interesse, forståelse og respekt, i forhold til hva og hvor mye en får ut av intervjuet. Han påpeker også aspekter som er viktige i et kvalitativt forskningsintervju, eksempelvis å bestrebe *bevisst naivitet* i møtet med de fenomen som fremkommer og fange opp nyanserte beskrivelser av disse. Det er viktigere å

merke seg beskrivelser som er spesifikke sett i forhold til hendelser og forløp, enn generelle meningsytringer i det informanten sier. Formålet med et slikt intervju er å tolke meningsinnholdet i de sentrale temaene som er berørt og redegjøre for denne kvalitative kunnskapen i et vanlig språk.

#### **4.4.2 Utvalg og rekruttering**

Før jeg kunne begynne rekrutteringsprosessen av informanter, vurderte jeg om det var nødvendig å få godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Med utgangspunkt i kriterier fra NSD, og etter å ha rådført meg med veileder og avdelingslederne, vurderte jeg det slik at studien ikke omhandlet personopplysninger. Studien ble derfor ikke meldt til NSD.

I forkant av rekrutteringen hadde jeg snakket med avdelingsleder på intensivavdelingen ved mitt nærsykehus (avdeling A), som stilte seg positiv til studien. I tillegg tok jeg kontakt med avdelingsledere ved andre intensivavdelinger på e-post, hvor jeg vedla et informasjonsbrev som i korthet forklarte mitt prosjekt (Vedlegg 1), og om de kunne tenke seg å bidra med informanter. Den avdelingen som svarte først var positiv (avdeling B), og ble valgt som den andre arenaen for intervjuene. Avdelingslederne sa ja til intervjuene med forbehold om klarsignal fra klinikksjefene. Dette ble senere gitt. Ved avdeling A fortsatte samarbeidet med avdelingsleder. Ved avdeling B tok en undervisningssykepleier over arbeidet, i forhold til selve rekrutteringen og planleggingen av intervjuene.

Utvalget i denne studien er strategisk sammensatt. Malterud (2003) påpeker at en skal være bevisst utvalgets sammensetning, og unngå at det er for homogent sammensatt. Hun mener at et utvalg med vekt på mangfold er fordelaktig for muligheten til å beskrive flere nyanser. Jeg var bevisst dette i forhold til kriteriene jeg satte opp, og som jeg viderefremidlet til kontaktpersonene. Informantene måtte være intensivsykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn. Jeg var interessert i erfaringer og kunnskap fra både nyutdannede og mer erfarne sykepleiere. Kriteriet var at de måtte ha erfaring med våkne respiratorpasienter. Jeg var også opptatt av at begge kjønn skulle være representert blant informantene.

I følge Malterud er ikke målet i kvalitativ forskning å oppnå overførbarhet på populasjonsnivå eller å teste hypoteser. Det som er viktig er utvalgets egenart og den

betydning dette har for overførbarheten av kunnskap som utvikles. Hun mener videre at informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg, enn representativitet.

I ettertid er jeg tilfreds med at jeg valgte to avdelinger som fremsto delvis ulike i forhold til hverandre, og hvor forskjellene mellom informantene mer var preget av avdelingstilhørigheten enn av personlige forskjeller. Jeg tror også at praksisvariasjonene har gyldighet for andre intensivavdelinger.

Neste steg i prosessen var å rekruttere informanter. Ved avdeling A sendte jeg e-post vedlagt informasjonsbrev (Vedlegg 2) til aktuelle informanter som inneholdt en presentasjon av meg selv, studiens mål, metode og forespørsel om å delta i et intervju i tilknytning til dette. I informasjonsbrevet fremkom det en del praktiske opplysninger, eksempelvis antatt varighet på intervjuet, at disse ville foregå i arbeidstiden på avdelingen, og at de kunne trekke seg fra studien underveis dersom de ønsket det. De som var interessert ble anmodet om å ta kontakt med meg på e-post eller sms, for avtale av intervju.

Ved avdeling B var det undervisningssykepleier som fikk informasjonsbrevet, og som videreformidlet det til interesserte informanter. Dato og tidspunktet for intervjuene ble bestemt av undervisningssykepleier, etter ønsker fra meg. Jeg var på Østlandet i tilknytning til juleferien, og hadde derfor ikke mange dager til disposisjon.

Ved begge avdelingene viste det seg at mine kontaktpersoner hadde funnet interesserte deltakere, og det var ingen som avviste forespørselen.

Mens avdeling B ønsket kopi av studien, ville avdeling A gjerne ha en presentasjon i etterkant på avdelingen.

Kvale (2008) hevder at antallet informanter bør avhenge av studiens formål. Er antallet for stort, vil det ikke være mulig å gjennomføre grundige tolkninger av intervjuene. Imidlertid vil man ved å bruke få personer, få et dypere innblikk i en situasjon, og man kan på den måten få sammenhenger som også kan ha allmenn gyldighet. For at hvert intervju skulle analyseres systematisk og forsvarlig, var jeg bevisst på å ikke få for mange informanter. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt at åtte til ti informanter ville være tilstrekkelig. Det endelige utvalget ble åtte informanter, to kvinner og to menn fra hver avdeling. Avdeling

A tilhører et sentralsykehus på Vestlandet, mens avdeling B tilhører et universitetssykehus på Østlandet. Seks av informantene hadde mellom fire og 23 års erfaring som intensivsykepleiere. De siste to informantene hadde arbeidet henholdsvis seks måneder og to år som intensivsykepleiere. Alle, utenom en, hadde imidlertid arbeidet ved ulike overvåknings- eller intensivavdelinger før de tok videreutdanning. Alder på informantene var fra begynnelsen av 30-årene til nærmere pensjonsalder.

#### **4.4.3 Datasamling**

Før jeg startet selve datainnsamlingen, gjennomførte jeg et pilotintervju med en tidligere lærerkollega og intensivsykepleier. Siden dette var en ny erfaring for meg, syntes det hensiktsmessig å gjennomføre et prøveintervju med en jeg var trygg på. Hensikten var å prøve ut intervjuguiden min (Vedlegg 3), og vurdere om den var brukbar. I etterkant gjorde jeg kun noen småjusteringer i forhold til intervjuguiden. Jeg spurte også i forkant av intervjuet om denne personen kunne gi meg tilbakemelding i forhold til gjennomføringen av intervjuet. Det fremkom da at jeg brukte intervjuguiden for slavisk, og at jeg snakket for mye. Dette kom også tydelig frem når jeg transkriberte intervjuet.

I følge Kvale (2008) er det viktig å kunne lytte aktivt. I fenomenologien er idealet å lytte på en fordomsfri måte, og la de intervjuede fritt beskrive sine egne erfaringer, uten å forstyrre med intervju spørsmål, og de forut antakelser disse måtte innebære. Det å gjennomføre et pilotintervju var en nyttig og lærerik opplevelse, som gjorde meg mer bevisst min egen rolle og funksjon. Jeg fikk i denne forbindelse også prøvd ut diktafonen. Jeg oppdaget også under transkriberingen at lyden var litt dårlig. Jeg anskaffet derfor en ekstern mikrofon som fungerte godt senere, med unntak av et intervju hvor informanten snakket veldig lavt.

Som nevnt tidligere brukte jeg halvstrukturert intervju som fremgangsmåte i studien. Dette er en metode som gir forskeren mulighet til å følge opp uforutsette tråder fra informantene, og stille spørsmål som ikke er formulert på forhånd. Som nevnt ovenfor var det utarbeidet en intervjuguide med seks åpne spørsmål, som jeg tok utgangspunkt i under intervjusituasjonen. Under disse hovedspørsmålene hadde jeg tillegsspørsmål som jeg kunne benytte hvis informantene skulle utdype noe, eller hvis de vek bort fra tema. Dette ga meg mulighet til å styre innholdet i samtalen tematisk, men likevel la informantene få snakke fritt og uttrykke sine erfaringer og kunnskap.



Alle intervjuene ble gjennomført på avdelingene, og i arbeidstiden til informantene. Vi satt på ulike steder etter hvor det var ledig. Fire ulike rom i alt; to pasientrom, ett kontor og ett arbeidsrom. Arbeidsrommet var det rommet jeg opplevde som best egnet. Det var kanskje litt lite, men dette gjorde også stemningen mer intim. Det bestod av et lite bord, to stoler, en sofa og et lite vindu. Dette rommet lå imidlertid midt i avdelingens korridor og det var litt støy, samt aktivitet ved vinduet. Pasientrommene var også brukbare, men bar mer preg av å være sterile, upersonlige og kalde. Her var det ikke bord, men en benk vi satt ved siden av hverandre på.

Det mest uegnede rommet var kontoret. Det var lite og vi satt på enden av et overfylt skrivebord. Dette intervjuet ble også gjennomført på kort varsel, da informanten som egentlig skulle vært intervjuet ble sykmeldt. En annen sykepleier på avdelingen erstattet henne, og fikk informasjonsskrivet samme dag som intervjuet ble gjennomført. Dette kan ha redusert informantens mulighet til mentalt å kunne forberede seg. Informanten ga også uttrykk for at det var vanskelig å holde tråden i intervjuet. Vi ble dessverre også ved to anledninger avbrutt, hvor informanten ble bedt om å komme ut i avdelingen så fort som mulig for å delta i pleien. Intervjuet ble dermed avsluttet noe raskere enn planlagt, og informanten fikk kanskje ikke formidlet alt hun ville. Dette kan ha redusert reliabiliteten i intervjuet. Når det gjelder de andre informantene, tror jeg ikke miljøet påvirket intervjuenes innhold nevneverdig. Jeg ser likevel ikke bort fra at det kan ha hatt innvirkning på atmosfæren under intervjuene.

En forutsetning for et godt materiale er at informanten kjenner seg trygg og ivaretatt. Det kvalitative intervjuets fortrinn er dets åpenhet (Malterud, 2003). Før selve intervjuet startet hadde vi en uformell samtale og presentasjon, hvor det også skriftlig ble gitt informert samtykke til studien (Vedlegg 4). Jeg fortalte i korthet hva dette innebar, at de hadde mulighet til å trekke seg når de måtte ønske. Alle signerte, og ingen trakk seg heller senere fra studien. Informantene ble også gitt mulighet til å stille spørsmål i forhold til tema. Jeg opplevde at vi kom raskt i gang med samtalen. Hovedinntrykket var at det var en god tone, og det var lett å samtale med alle informantene. Alle fremstod som kunnskapsrike og positive til tema. I enkelte av intervjuene stoppet samtalen litt opp, og jeg måtte gå mer inn å forklare hva jeg mente, og omformulere spørsmål. Det opplevde jeg som uproblematisk, og oppklarende for informanten som da hadde mer å tilføye.

Intervjuene tok fra 45 til 80 minutter å gjennomføre. Informantene hadde på forhånd samtykket til bruk av diktafon. Jeg forklarte innledningsvis at intervjuet ville bli avbrutt etter en halv time, fordi jeg måtte skifte bånd i diktafonen. Jeg var litt bekymret for om dette ville påvirke kontinuiteten i samtalen, men i praksis var dette ikke et problem og det ble håndtert ved at informantene skulle "holde tråden", mens jeg skiftet båndet som lå klart på bordet. I begynnelsen av intervjuene var en del av informantene litt anspente i forhold til at samtalen skulle tas opp. Etter kun få minutter opplevde jeg at fokuset ikke lenger var på opptakeren, men på temaet vi diskuterte.

I følge Kvale (2008) skal forskeren etterstrebe *bevisst naivitet* i møtet med informantens beskrivelser og fortellinger. Jeg prøvde, men opplevde at det var problematisk å fremstå som særlig naiv i forhold til det informantene beskrev og deres kunnskaper. Jeg hadde lest mye faglitteratur i forkant, og hadde derfor god kunnskap om tema. Malterud (2003) påpeker at en skal holde seg selv i bakgrunnen, men at en ikke må forledes til å tro at en som forsker er usynlig i sitt materiale. En skal ikke utslette seg selv, men være bevisst betydningen av sin egen forforståelse og den teoretiske referanserammen som er valgt. I denne forbindelse må jeg innrømme at en av samtalene var så engasjerende, at jeg ved noen anledninger var i ferd med å glemme min forskerrolle. Da kunne samtalen fremstå mer som en diskusjon, om bare i korte perioder. Jeg vet ikke om det var god kjemi, eller om det var den store faglige interessen informantene viste for tema som var årsaken, men jeg synes intervjuet tilførte studien mye relevant kunnskap.

Ved avdeling B hadde jeg to intervjuer rett etter hverandre. Dette var utmattende mentalt, men ble gjort av hensyn til min lange reisevei. Selv om jeg ved et par anledninger måtte forhøre meg om enkelte spørsmål var stilt, tror jeg likevel at intervjuene forløp uten at dette påvirket gyldigheten.

Etter at intervjuene er gjennomført, anbefales det i litteraturen å bruke noen minutter på å reflektere over intervjusituasjon, og skrive ned stikkord i forhold til spesielle ting, stemning, det fysiske rundt mv. (Kvale, 2008). Jeg synes dette var nyttig, da jeg opplevde at en del forsvinner fra hukommelsen etter relativt kort tid.

#### 4.4.4 Transkripsjon

Transkripsjon vil si at samtaler eller observasjon omformes til tekst, noe som gjør materialet tilgjengelig og håndterbar i en kvalitativ analyse (Malterud, 2003). En gjør intervjusamtalen tilgjengelig for analyse.

Jeg hadde planer om å transkribere intervjuene fortløpende, men oppdaget at dette var veldig tidkrevende. Jeg brukte over to arbeidsuker på å transkribere intervjuene. Resultatet ble 85 sider med transkribert materiale (enkel linjeavstand). Lydbåndene ble avskrevet ved å bruke pedal og hodetelefoner. Dette fungerte etter hvert bra med erfaring. En informant snakket veldig lavt og denne transkriberingen brukte jeg lang tid på, men jeg fikk skrevet ned hele intervjuet riktig.

Syv informanter kom fra ulike områder av Norge, og de hadde ulike dialekter. En kom også fra Sverige. Jeg valgte å skrive alle intervjuene på bokmål for å kunne ivareta deres anonymitet. Jeg var bevisst faren for å tolke eller oversette feil. Som østlending, oppvokst med svensk tv, opplevde jeg imidlertid oversettelsen fra svensk tale uproblematisk. Siden jeg snart har bodd tre år i en by på Vestlandet med nynorsk talemål, mener jeg å beherske dette relativt godt. I de tilfellene jeg var usikker på dialektord og uttrykk, spurte jeg kolleger om bistand.

I følge Kvale (2008) bør transkriberingsform avgjøres ut fra hvordan transkripsjonene skal brukes. Siden jeg er ny i forskningssammenheng, var jeg redd for å gjøre noe galt, og for å miste viktig informasjon. Jeg valgte derfor å transkribere ordrett alle intervjuene, inkludert endel "hm'er" og "sant'er". Jeg inkluderte også samtalens emosjonelle tone og registrerte når det var latter, pauser (hvis markant) og lignende. Når en går så grundig til verks, påpeker Kvale det kan virke lett forstyrrende på gjennomlesingen av transkripsjonen, men han fremmer også at slik informasjon kan være relevant i den senere analysen. Dette stemmer godt med min erfaring.

Jeg prøvde gjennom hele prosessen å ha en åpen innstilling til teksten, og måtte ved flere anledninger ta frem notatene jeg hadde skrevet ned fra intervjusituasjonene, for å bekrefte eller avkrefte om jeg hadde oppfattet situasjonen riktig. Malterud (2003) påpeker at den skrevne teksten kun gir et avgrenset bilde av det vi skal studere, og at oversettelsesleddene

gjør at mening går tapt eller blir forvrengt underveis. En må være bevisst at transkriberingen dreier seg om filtrering og tolkning. Dette var en av grunnene til at jeg ikke satte bort transkriberingsarbeidet til en profesjonell, men valgte å gjøre jobben selv. Jeg opplevde at transkriberingsarbeidet var en effektiv måte å bli kjent med, og komme i dybden på materialet.

#### **4.4.5 Etiske overveielser og forskerrollen**

I følge Malterud (2003) må informantene kunne stole på at den tillit som er vist forskeren ved å delta, ikke blir misbrukt. Det er derfor viktig å ha et studieopplegg som er gjennomtenkt og avklart i forkant. I et intervju er tillit ikke bare et mål, men også et middel for at forskeren skal få et så bra datamateriale som mulig, til sin forskning. Hun skriver videre at det er Helsinki-deklarasjonen som setter de etiske premissene for forskning. Den består av nedfelte rammer for forskning på mennesker, som skal fremme respekten for mennesket og ivareta dets helse og rettigheter.

Jeg gjorde informantene kjent med studiens mål, og hvordan materialet skulle bearbeides, og at det skulle publiseres i form av en masteroppgave. Som nevnt fikk de også vite at det var frivillig å delta, og at datamaterialet skulle anonymiseres og oppbevares på en sikker måte. Min fremgangsmåte på dette området var, å ikke skrive informantenes navn på båndene eller i det transkriberte materialet. Disse ble i stedet kodet med bokstaver og tall, og svaret på disse kodene ble oppbevart på et forsvarlig sted, uten tilknytning til studien.

Kvale (2008) understreker tre viktige etiske regler for forskning på mennesker; det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. De to første reglene ble ivaretatt ved mitt informasjonsbrev og skriv om informert samtykke. Den siste, konsekvenser, var det derimot vanskeligere å ivareta, fordi informantene kan si ting de i ettertid kan angre på. Dette prøvde jeg å være bevisst under intervjuene, slik at jeg i hvert fall ikke oppmuntret dem til å gå ut over sine grenser. I følge Kvale har forskeren ansvar for å tenke igjennom konsekvensene for personene som deltar, men også for gruppen de representerer. Mitt tema innbyr ikke til de mest sensitive uttalelsene. Likevel måtte jeg, for å ivareta anonymiteten til en informant, endre en uttalelse noe. Jeg var bevisst at utsagnet ikke skulle miste sitt innhold da jeg gjorde dette.

Jeg hadde hatt kontakt med både avdeling A og B tidligere, men på svært forskjellig måter. Ved den ene hadde jeg vært på jobbintervju, og i tillegg vært praksislærer for studenter som tok bachelor i sykepleie og hadde praksis ved avdelingen. Jeg hadde dermed opprettet en kontakt med avdelingsleder. Noen av informantene visste også hvem jeg var, men for meg var de bare kjente ansikter. Dette med unntak av en som hadde vært kontaktsykepleier for en av mine studenter. Dette var tilfeldig, og jeg opplevde ikke dette som problematisk ved intervjuet.

En kan likevel tenke seg at min rolle som forsker og praksislærer vil kunne virke inn på relasjonen til informantene. Faglærerrollen kan representere faglig autoritet, noe som kan føre til at informantene svarer det de tror jeg vil høre, og ikke hva de faktisk mener. Jeg tror ikke det var et problem, men det er vanskelig å vite sikkert. Jeg var i hvert fall tydelig på at jeg var interessert i *deres egne* kunnskaper og erfaringer. Avdeling B hadde jeg hatt kontakt med i rollen som pårørende, men jeg hadde da ikke kontakt med noen av informantene, og opplevde ikke dette problematisk.

I følge Malterud (2003) er det å studere en del av sin egen virkelighet ikke helt uproblematisk. Når en forsker innenfor egen kultur innebærer det at en studerer en del av sin egen virkelighet (Wadel, 2008). Dette kan på den ene siden bidra til en form for ”hjemmeblindhet”, noe som kan bidra til at man overser det som er betydningsfullt for temaet, og stenger for ny innsikt, eller uventet informasjon og forslag. Dette fordi en allerede har en bestemt mening eller oppfatning om den virkeligheten en skal forske på. I følge Wadel kan dette også virke inn på hvordan jeg utformer og stiller spørsmål. Det kan være problematisk, fordi spørsmål en naturlig ville ha stilt i et fremmed miljø, ofte ikke stilles når en forsker ved eget felt, fordi det ofte kan fremstå som selvfølgeligheter.

På den annen side kan erfaring og fagkunnskap være en stor fordel, fordi en kjenner teknologien, kunnskapen, faguttrykk, pasientkategorien og kulturen. En kan på den måten lettere sette seg inn i denne virkeligheten enn hva en utenforstående kan. En kan også få en mer likeverdig kommunikasjon og en god tone i samtalen, noe jeg opplevde. Det å ha inngående kunnskap og innsikt i feltet, har jeg opplevd som en fordel gjennom hele prosessen. Jeg har imidlertid vært bevisst at jeg som forskeren, ikke skal være alt for tydelig tilstede i materialet, da dette kan innsnevre kunnskapens gyldighet og pålitelighet betydelig (Malterud, 2003).

## 4.5 Reliabilitet og validitet

Positivismen og naturvitenskapen kritiserer ofte kvalitative metoder og studier for ikke å være vitenskapelige nok. Reliabilitet og validitet er begreper som tradisjonelt har blitt brukt i evaluering av kvantitativ forskning, men som i de siste årene har blitt vanligere å bruke også i kvalitativ forskning (Kvale, 2008). Begrepene reliabilitet og validitet har ulik mening i kvalitativ og kvantitativ forskning, men innebærer alltid en slags kvalitetskontroll i forhold til forskeren, forskningsprosessen og det endelige ferdigstilte produktet. Mens reliabilitet sier noe om dataenes pålitelighet, sier validitet noe om studiens gyldighet i forhold til om studien har målt det den hadde til hensikt å gjøre.

Når det gjelder min studie har jeg så grundig som mulig, uten å bli alt for detaljert, prøvd å beskrive min fremgangsmåte gjennom hele undersøkelsen. Dette har vært viktig for meg som ny i forskningssammenheng, men det er også et krav slik at andre kan følge mine valg, og vurdere om studien holder mål i forhold til kriterier for kvalitativ forskning.

### 4.5.1 Reliabilitet

Hvorvidt en kvalitativ studie er reliabel (pålitelig), har blant annet med hva som skjer mellom informantene og forskeren under intervjuet, under transkripsjonen og i analysen. Pålitelighet viser til instrumentet, og i kvalitativ forskning er det forskeren som er instrumentet. Det forskende subjekt kan ikke fjernes, forskeren må i stedet være bevisst og tenke på seg selv som en forskningsbetingelse. Det er viktig at forskeren vet hvordan han kan påvirke intervjuet og den som blir intervjuet, eksempelvis kan dette dreie seg om å stille ledende spørsmål, eller hvordan kommunikasjonen mellom partene er under intervjuet. Forskerens humør og sinnsstemning kan også medføre forvrengninger i intervjuet (ibid.).

Når det gjelder min studie, var mye fastlagt på forhånd i form av spørsmål nedfelt i intervjuguiden, og skriftlig og muntlig informasjon gitt i forkant av intervjuet. Jeg opplevde at jeg var godt forberedt til gjennomføringen av intervjuene, og hadde lest mye om kvalitativt intervju. I de første intervjuene var jeg nok litt mer styrende i forhold til samtalens retning, men slapp meg etter hvert mer løs fra intervjuguiden, da jeg opplevde at informanten likevel kom innom mine spørsmål. Jeg prøvde bevisst å stille åpne spørsmål av typen ”fortell om din erfaring i forhold til kommunikasjon med våkne

respiratorpasienter”. I tillegg stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdype eller presisere viktige tema. I følge Kvale er dette viktig for å sjekke informantens reliabilitet, samt for å verifisere intervjuerens tolkninger. I slike situasjoner bruker en gjerne ledende spørsmål.

Jeg opplevde å ha god kontakt med alle informantene, og til tider var stemningen ganske så munter. Alle informantene var lette å få i tale, de var engasjerte og ivrige etter å fortelle hvordan de kommuniserer og arbeider for å fremme pasientenes mestring. Det var ett intervju jeg opplevde som tyngre å gjennomføre, og her stilte jeg nok flere ledende spørsmål enn ved de andre intervjuene. Kvale hevder at man kan stille ledende spørsmål hvis en mistenker at informasjon holdes tilbake. Selv om jeg ikke opplevde at informanten holdt tilbake informasjon, fant jeg det riktig å spørre ledende spørsmål, fordi informanten hadde mange erfaringer og mye kunnskap som etter hvert kom til kjenne på denne måten. I følge Kvale er mange forskere redde for å stille ledende spørsmål, av frykt for å ikke opptre nøytrale. Dette mener han er naiv empirisme, fordi intervjueren alltid vil virke inn på samtalen. Jeg oppdaget etter å ha leste igjennom intervjuene etter transkriberingen, at jeg var veldig til stede i enkelte av intervjuene. Dette på tross av at jeg opplevde at jeg var godt forberedt til intervjuene. Jeg mener at dette stort sett handlet om engasjement fra min side, og at det ikke var et forsøk på å styre samtalen for mye.

En annen del av kritikken i forhold til kvalitativt intervju rettes mot reliabiliteten til transkriberingen av intervjuene. Som ny i forskningssammenheng, og redd for å unnlate viktig informasjon, la jeg vekt på at transkriberingen i størst mulig grad skulle være identisk med lydbåndene. Kritikkk av reliabiliteten rettes også mot selve analysen av transkripsjonene. I følge Kvale er det viktig at forskeren reflekterer over sin subjektive tolkning, for å øke reliabiliteten i studien. Dette fordi forforståelsen til forskeren er en del av det analytiske verktøyet som brukes. Han sier videre at det er for få slike tolkninger i kvalitative undersøkelser, og at en kan øke reliabiliteten subjektivt.

#### **4.5.2 Validitet**

I følge Kvale handler validitet om hvorvidt vi har undersøkt det vi hadde til hensikt å studere, og om observasjoner eller data som produseres reflekterer de fenomener man har til hensikt å si noe om. Begrepet kan oversettes til gyldighet. Kvale hevder videre at både reliabilitet og validitet er knyttet til spørsmål om sannhet. Det er et spørsmål om sannhet i

eksempelvis informantenes utsagn og om de kjenner seg igjen i funnene. Validitet handler også om praksisfeltets mulighet for gjenkjenning og opplevelse av funnenes relevans. Videre er validitet å kontrollere, og håndverksmessig dyktighet handler om hvorvidt forskeren har et kritisk syn på sine tolkninger. Det er viktig å være oppmerksom på forhold som kan bidra til selektiv forståelse og skjevheter. Han mener derfor forskeren bør klargjøre sin forforståelse. Dette kan til en viss grad hindre at ens egens forforståelse overskygger forhold som er viktige.

I denne studien har jeg fått fyldige svar på det jeg i utgangspunktet hadde tenkt til å undersøke. Imidlertid fremkom det av funnene også nye spørsmål og vinklinger som er spennende å få frem. Når det gjelder funn i studien har en del av disse vært kjent for meg fra tidligere, og kanskje også for praksisfeltet. Likevel mener jeg funnene har stor relevans for praksis, og kan gjelde for andre tilsvarende intensivavdelinger. På den måten at økt våkenhet hos pasientene medfører en del utfordringer som i denne studien fremheves og problematiseres. Dette i lys av en salutogen tankegang, som er ukjent for de fleste intensivsykepleiere, men som det kanskje er på tide å knytte bekjentskap til. Jeg kan også se at andre avdelinger kan ha nytte av denne studien i sitt pasientarbeid. Det kan være avdelinger som har pasienter som av ulike grunner ikke har stemme, eksempelvis slagpasienter. Studien er også relevant i forhold til videreutdanningen i intensivsykepleie, fordi den blant annet har fokus på pasientopplevelser, ulike utfordringer som sykepleierne møter i arbeid med våkne respiratorpasienter og hvordan en kan bidra til å fremme pasientens mestring under slike forhold.

Jeg har vært bevisst å ha et kritisk syn på mine tolkninger gjennom hele studien, og spesielt i analyseprosessen. Det har vært viktig for meg å ferdigstille et produkt som praksisfeltet kan kjenne seg igjen i, og ha nytte av i sitt daglige virke. Jeg har også gjennom hele analyse og drøftingsprosessen tatt utgangspunkt i informantenes sitater, og har i fremstillingen kun fjernet unødvendige ord og uttrykk fra sitatene.

Jeg har også redegjort for min forforståelse, jf. kapittel 4.3. Ut fra ovennevnte mener jeg at studien tilfredsstiller kravene om validitet.



## 4.6 Analysemetode

Formålet med analysen er å få dypere kunnskap om informantenes praksis med våkne respiratorpasienter. I følge Malterud (2003) er det ikke nok å bare gjennomføre analysen. En skal også formidle den slik at leseren skal kunne se hvilke prinsipper som er brukt. For å klare dette, anbefaler hun nybegynnere å følge en analyseprosedyre. Hun nevner imidlertid at det er flere veier til mål, og at de mer erfarne forskerne ofte kan bevege seg friere i materialet, uten at det er fare for prosessen og det som skal redegjøres for. I analysearbeidet valgte jeg å støtte meg til det Malterud betegner som ”systemisk tekstkondensering”, som bygger på og er en modifisering av Giorgi’s fenomenologiske analyse. Denne metoden har som mål, gjennom systematisk bearbeidelse av dataene, å frembringe sentrale fenomener i materialet.

I følge Malterud skal en ikke være redd for å lære av sin innsikt underveis og å revidere problemstillingen. Jeg har gjort noen justeringer underveis i prosessen, og opplevd dette hensiktsmessig.

Jeg vil nedenfor redegjøre for analyseprosessens fire trinn, slik den presenteres av Malterud. Analysetrinnene er; ”Helhetsinntrykk”, ”Meningsbærende enheter”, ”Kondensering” og ”Sammenfatning”. Jeg har fulgt denne fremgangsmåten i studien, og opplever den som hensiktsmessig. I tillegg har jeg hatt læren om salutogenese og OAS som ramme i analyseprosessen, og mine funn er i drøftingskapitlet ført under den av de tre komponentene i OAS, hvor jeg har funnet det naturlig å plassere disse.

### 4.6.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

I starten av analysen skal en lese igjennom og bli kjent med materialet. For min del leste jeg igjennom det transkriberte materialet for å få et helhetsbilde, og for å se etter temaer som kan representere informantens erfaringer og kunnskap. I følge Malterud (2003) er helheten viktigere enn iøynefallende detaljer. Hun mener at en på dette stadiet er interessert i lekmannsperspektivet, og at det foreløpig er fugleperspektivet som teller. I denne fasen hadde jeg derfor en mer nøytral, ikke fagbasert tilnærming til materialet. Jeg var mer opptatt av å få et oversiktsbilde, se helheten enn å fokusere på detaljer. I tråd med den fenomenologiske tanke må en også legge sin forforståelse og teoretiske referanseramme til side. Det vil si at en må stille seg åpen og høre informantenes stemmer.

I tillegg tok jeg notater underveis i lesingen, og opplevde at det var vanskelig å ikke systematisere dette med en gang. Da jeg hadde lest igjennom alt materiale satt jeg igjen med åtte temaer som hadde vekket min interesse. Disse var ”sårbare”, ”krigssonen”, ”rett til å vite”, ”vanskelig kommunikasjon”, ”kontinuitet”, ”medspillere”, ”viktig med påfyll” og ”pårørende – det eneste kjente”. Disse temaene representerte kun mitt første intuitiv, for å bruke Malterud sitt begrep.

#### **4.6.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder**

I følge Malterud skal forskeren i dette trinnet skille relevant tekst fra irrelevant. Det vil si at en nå skal begynne å sortere ut den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen. En skal velge ut tekst som bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene fra første trinn, som sier noe om problemstillingen. Disse tekstbitene kalles *meningsbærende enheter*. Dette gjøres på en systematisk måte linje for linje, og en begynner nå å systematisere dem. Dette kalles *koding*. Det vil si at en prøver å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som har sammenheng med de temaene en fant innledningsvis. Vi har temaene i bakhodet og finner tekstbiter som etter sitt innhold merkes med en kode som skal samle tekstbiter som har noe til felles. Jeg måtte flere ganger endre de temaene jeg fant innledningsvis. Jeg slo også flere av disse sammen, da jeg så at de overlappet hverandre, eller jeg lagde nye. Dette for å gjøre de mer presise, noe som lettet det videre arbeidet. Underveis i denne fasen er det i følge Malterud viktig å være bevisst sin forforståelse og teoretiske referanseramme, slik at vi fjerner elementer som skiller seg ut fra de andre.

I mitt arbeid kodet jeg alt materialet i forhold til temaer. Det første jeg gjorde i denne forbindelse var å gi temaene en fargekode, deretter fikk de meningsbærende enhetene (teksten) farge etter hvilket tema de tilhørte. På samme tid merket jeg den samme teksten med en kode for informantens navn i begynnelsen av den meningsbærende enheten, og avsluttet med sidetallet. Dette for lettere å finne tilbake til utgangspunktet senere i prosessen. Til slutt klippet jeg ut og limte alle enhetene med samme farge inn i nye dokumenter. Dette kalles *systematisk dekontekstualisering* (ibid.). Eksempelvis var alle de enhetene som dreide seg om ”vanskelig kommunikasjon” samlet i ett dokument med blå fargekode. Videre lagde jeg en matrise som visuelt viste hvor de ulike enhetene hørte hjemme. Dette viste seg å være veldig krevende, men den var nyttig mot slutten av

analysefasen, i sammenfatningen og valideringen. Kodene representerte fortsatt ikke de endelige resultatene.

### 4.6.3 Kondensering – fra kode til mening

I tredje trinn skal en abstrahere den kunnskapen som hver av kodegruppene representerer. Poenget i denne delen av analysen er at man på en systematisk måte skal hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble identifisert og klassifisert ved forrige analysetrinn (ibid.). Mitt utgangspunkt var nå syv kategorier med hva jeg oppfattet som relevante elementer. Jeg fortsatte analysen ved å ta en kategori av gangen. Fra dette punktet fullførte jeg analysen for hver enkelt kategori, det vil si at jeg ikke stoppet opp og tok de seks andre kategoriene på dette nivået, men at jeg gikk rett over på neste trinn og fullførte dem en etter en. Jeg syntes dette var hensiktsmessig, da det ga mer kontinuitet i arbeidet, og dermed lettere å holde fokus. Likevel vil jeg her av praktiske grunner forklare resten av prosessen slik den fremstilles av Malterud. Det var mye finlesing og jeg sorterte materialet, og etter hvert utkrystalliserte det seg undergrupper for hver av de syv hovedkategoriene. Disse kalles *subgrupper*, og ble heretter analyseenheter. En subgruppe ble kalt ”den evige gjetteleken”. Det var ulikt hvor mange subgrupper som fremkom under hver kategori.

En svakhet i følge Malterud er å gjøre dette analysearbeidet alene, fordi det er ingen som stiller spørsmålsteget eller er uenige med mitt syn og mine tolkninger. Mennesker vektlegger også ulike aspekter, noe som kan bidra til å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger. Jeg ønsket ved flere anledninger at denne studien var et gruppearbeid, nettopp fordi min analyse da ville ha blitt vurdert og satt på prøve på en helt annen måte. Arbeidet ville på denne måten i større grad ha blitt kvalitetssikret. Likevel håper jeg at analysemetoden jeg har benyttet, vil vise at dette er gjort på en grundig og gjennomtenkt måte.

Neste trinn var å kondensere meningsinnholdet i hver av subgruppene. Dette gjorde jeg ved å lese alle elementene i en subgruppe. I en kort sammenfatning gjenfortalte jeg hovedessensen ved å bruke informantenes ord og uttrykk. Malterud kaller dette for *kunstige sitater*, og henviser til disse som et arbeidsnotat som skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i siste trinn. Til slutt etter disse kunstige sitatene, valgte jeg ut noen illustrative sitater, uttalt av informantene, som representerte innholdet i

subgruppene, eksempelvis *"Noen ganger forstår du de bare ikke"* eller *"Å høre stemmen er prikken over i-en"*. Denne delen av analysen syntes jeg var særlig spennende og lærerik.

#### **4.6.4 Sammenfatning – kondensering til beskrivelser og begreper**

Det siste trinnet av analysen er rekontekstualisering, det vil si at materialet skal settes sammen igjen (ibid.). De kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene ble bearbeidet til nye beskrivelser og supplert med reelle sitater, som ga et mest mulig treffende bilde av det som ble omtalt i teksten. Dette nye tekstmateriale utgjør funnene i studien.

Jeg opplevde i denne prosessen at flere av overskiftene måtte endres, eller erstattes av andre som var mer treffende for innholdet, eksempelvis ble *"vanskelig kommunikasjon"* omgjort til *"vanskeliggjort kommunikasjon"*, en liten, men likevel viktig presisering i forhold til hva som ble beskrevet i (subgruppene). I følge Malterud skal dette navnet helst gi leseren en aha opplevelse som representerer ny innsikt om det aktuelle fenomenet. Om jeg har greid dette, er det opp til leseren å avgjøre.

Til slutt gjenstår det å validere funnene – beskrivelsene og eventuelle nye begreper – i forhold til den sammenhengen de er hentet ut fra. En skal rekontekstualisere resultatene opp mot materialet (ibid.). I denne forbindelse tok jeg frem matrisen, hvor jeg hadde plassert data i forhold til koder og informanter, for systematisk å krysslese den. I tillegg leste jeg gjennom de opprinnelige intervjuene for å forsikre meg om hva som egentlig ble sagt. I følge Malterud bør forskeren utfordre sine resultater ved å lete systematisk etter data som motsier de konklusjonene vi er kommet frem til. Jeg syntes det var vanskelig å være kritisk til mitt eget arbeid, men ved å bruke matrisen ble jeg trygg på at alle informantene var tilstede i presentasjonen, selv om noen var mer tydeliggjort enn andre. Jeg sjekket også fortløpende mine funn opp mot litteraturen på området.

## **5 Presentasjon av funn og drøfting**

### **5.1 Innledning**

Jeg vil nedenfor i tilknytning til hver av komponentene i OAS redegjøre for studiens funn i forhold til problemstillingen: ”Hvordan hjelper intensivsykepleiere våkne ikke-verbale respiratorpasienter til å oppleve oppholdet ved en intensivavdeling som forståelig, håndterlig og meningsfylt?”, og forskningsspørsmålene: ”Hva opplever sykepleierne som utfordrende og vanskelige områder i omsorgen for disse pasientene?, og ”Hvilke tiltak eller strategier benyttes av sykepleierne og avdelingene i dette arbeidet?”

Jeg vil samtidig drøfte funnene i lys av sykepleiefaglig forskning, og teori om salutogenese, kommunikasjon og tillit.

Denne studien innebefatter fire kvinner og fire menn. For å ivareta informantenes anonymitet har jeg i studien valgt å omtale informantene som ”hun” eller informanten. Intensivpasienten omtales som ”han” eller pasienten.

### **5.2 Forståelighet**

#### **5.2.1 Innledning**

Forståelighet viser til i hvilken grad man oppfatter stimuli man konfronteres med enten i det indre eller ytre miljø som kognitivt forståelig, som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig informasjon. Pasienter som er innlagt på intensivavdeling vil som følge av sykdom eller traumer, gjerne ha nedsatt – og i perioder opphevet – evne til forståelse av den situasjon de er i. De har også som respiratorpasienter nedsatt evne til å formidle seg. Dette skaper store utfordringer for sykepleierne i omsorgen av disse pasientene.

#### **5.2.2 Den mest sårbare pasient av alle**

Når en pasient blir akutt og kritisk syk og legges inn på en intensivavdeling snues hele hans livsverden på hodet (Storli, 2007). Hun beskriver pasientens situasjon på følgende

måte: ”Å ligge slik – omgitt og invadert av teknisk utstyr, ”pendle” mellom ulike bevissthetsnivå, stemmeløs og prisgitt hjelpere i rommet, overskrider menneskets hverdagserfaringer” (s.7). Det å være i en slik situasjon har også blitt sammenlignet med å bli utsatt for tortur, selv om det på intensiv handler om å holde liv i pasienten.

En av informantene beskriver pasientene slik: *”Dette er de mest svake pasienter som finnes. De ligger lenket fast til sengen, og de har ikke mulighet for å gjøre noen ting. Det er bare å ta på blodig alvor, det er torturlignende å ligge her”*.

Dyer (1995) påpeker i sin artikkel at det er likheter mellom ulike kategorier av tortur og enkelte aspekter ved intensivomsorgen og behandlingen. Som eksempel på dette nevner han opplevelse av isolasjon, trussel og ekstrem frykt, ettergivenhet, manglende autonomi og medvirkning, og degradering.

For noen pasienter, kan stressreaksjonene være traumatiske, og påvirke ulike psykobiologiske prosesser, inkludert hukommelsen. På lang sikt kan både faktiske og uvirkelige minner, hallusinasjoner og mareritt vedvare som en del av hukommelsen. Som konsekvens av slike traumatiske opplevelser kan pasientene utvikle akutt stresslidelse (Acute Stress Disorder), og hvis dette vedvarer, PTSD (Corrigan, et al., 2007).

For sykepleierne vil det derfor være viktig å gi omsorg som i størst mulig grad motvirker slike stressfaktorer, og risikoen for å utvikle psykiske komplikasjoner. Et viktig virkemiddel er i denne sammenheng å gi pasienten en god og riktig forståelse av oppholdet på intensivavdelingen. Forskning har vist at minner om virkelige hendelser er positivt og kan beskytte mot PTSD, mens uvirkelige minner ble assosiert med angst og depresjon (Granja, et al., 2005; Jones, et al., 2001).

### **5.2.3 Pasientene er mer våkne i dag**

Informantene med lang erfaring fremhever at det i dag er mindre bruk av sederende medikamenter, enn hva som var praksis for bare noen år siden. Dette har ført til at intensivpasientene er våkne tidligere, og at de nå har flere minner fra oppholdet på intensivavdelingen. Det har også medført at pasientene avvenes raskere fra respiratorbehandling. En annen sentral endring av praksis, er at pasientene i større grad trackeostomeres, dersom de skal ligge mer enn en uke på respirator. Dette gjør

ventilasjonen mer effektiv, og innebærer mindre ubehag for pasientene. En annen fordel er at pasientene får munnen fri slik at de får mulighet til å formidle seg gjennom leppebevegelser (Nylenna & Røyert, 2006). Tale er i utgangspunktet ikke mulig, fordi luft ikke passerer stemmebåndene (før pasientene eventuelt kan bruke talekanyle).

Flere av informantene påpeker at våkne respiratorpasienter oppleves generelt sett mer arbeidskrevende enn de som er dypt sedert. I tillegg varierer våkenhetsnivået, slik at pasientene krever ulik omsorg og pleie. En uttrykte på en humoristisk måte at:

*"Nå er vi nok flinkere til å prate og ta det med ro, og la pasientene "sprelle" en stund, for det er helt naturlig når en våkner opp og blir livredd. Da må en bare ta de minuttene som en trenger, holde hendene, og kanskje er vi to sykepleiere der. Ikke holde i mot, men holde, prate rolig og forklare. Det synes jeg vi har fått inn som en naturlig del. Det er ikke noe jeg tenker over lenger".*

Selv om det er mer krevende å ha våkne intensivpasienter, så er det flere som påpeker at de likevel ser dette som positivt. En uttalelse om dette var: *"Da jeg begynte her, var utgangspunktet at pasientene skulle være sedert til de var klare for å våkne. Nå er det motsatt. De skal helst være våkne unntatt når noe annet er nødvendig. Jeg synes jeg har mer kontroll over pasientenes tilstand nå".* Noen få viser også til at pasienter som er våkne lettere vil ha minner fra oppholdet, selv om riktignok mye av dette kan være vrangforestillinger, og at dette ville kunne ha betydning for hvordan pasienten får det i ettertid.

Med henblikk på at pasientene er mer våkne, samtidig som de er tilkoblet respirator, er det flere som nevner at en starter tidligere med å gjøre pasienten kjent med sin situasjonen. Man informerer gjerne om tidsaspektet, forteller litt om hva som har hendt, at det går bra, antatt opphold på avdelingen, selv om en aldri kan si noe endelig mv. Informasjonen blir repetert gjentatte ganger, samtidig som de er veldig nøye på å forklare pleien mens den blir utført, som stell, mobilisering, prosedyrer eller lignende. Alle gir uttrykk for at informasjon er viktig for å gjøre ting mer forståelige for pasientene. Det er likevel flere som påpeker at pasientene ikke husker så mye fra oppholdet. Som en sa: *"Pasientene husker ikke så mye fra tiden på intensiv, selv om det var her krigen stod".*

Flere av informantene bemerker at de nye sederingsrutinene har ført til at pasientene sover dårligere, og at de kan få søvnunderskudd. Pasientene får sjelden "fri" eller hvile til å

bearbeide inntrykk og innhente seg. En informant sammenligner det med å delta i et maratonløp, mens en annen sa: *"Dette er en av mine kjepphester. Pasientene trenger ro og hvile. De trenger å sove, men det får de aldri lov til. Det handler om at intensivsykepleiere er så forbanna flinke, at vi aldri kan la pasientene få være i fred"*. Informanten nevner videre at en ikke kan komme utenom en medikamentell innfallsvinkel, og at pasienter på intensivavdelinger trenger medikamenter for å få kvalitetssøvn.

Intensivpsykose/delir er et uønsket, men vanlig utfall når pasientene får for lite søvn (Axèll, 2001). Informantene opplever slike tilstander som svært frustrerende, for det er vanskelig å ikke vite nøyaktig hvor klare og orienterte pasientene er. En uttrykte det slik: *"Å skulle realitetsorientere noen i en slik situasjon er vanskelig, nesten umulig"*. Pasienter de i utgangspunktet opplever som våkne og orienterte, viser seg ofte ikke å huske sykepleierne som personer, eller hva de er blitt meddelt. Dette selv om de har hatt omsorgen for pasienten over lengre tid. En informant sa: *"Det er jo noen du blir veldig godt kjent med, og vi snakker sammen hver dag. Likevel så er det ikke så mye de husker etterpå. De husker bare alt som en masse"*.

Selv om forskning, Jones et al (2001) og Granja et al (2005), viser at det medisinsk sett ofte er fordelaktig at pasientene er mer våkne, fordi minner om virkelige hendelser fra oppholdet kan beskytte mot utvikling av PTSD, er det annen forskning som fremhever at det å holde pasientene mer våkne er problematisk og etisk uforsvarlig. Begrunnelsene om redusert behandlingstid og komplikasjonsfare, rettferdiggjør ikke nødvendigvis at pasientene skal påføres store lidelser som følge av dette (Nortvedt, et al., 2005). En informant sa i denne sammenheng: *"Pasienten skal ikke bare overleve dette, men de skal leve et liv etterpå også"*.

Slik jeg ser det, vil de nye sederingsrutinene i forhold til OAS komponenten forståelighet, føre til at pasientene får større mulighet til kognitivt å forstå behandlingen og oppholdet på intensivavdelingen. På den annen side er det viktig å være oppmerksom på at stimuli særlig fra perioder hvor man er ved et lavere våkenhetsnivå vil kunne virke forvirrende, også i ettertid. Enkelte pasienter vil i tillegg bli påvirket svært negativt ved at de får psykose/delir. For sykepleierne vil det være viktig å ha fokus på å gjenkjenne slike tilstander gjennom den daglige kontakten med pasientene. Dette er svært vanskelig på grunn av tilstanden til pasientene, og kommunikative ferdigheter er derfor tilsvarende



viktig. Selv om det muligens kan skyldes manglende spørsmålsstilling fra undertegnede, synes jeg det var interessant at det bare er noen få informanter som nevner at pasienter som er våkne lettere vil ha minner fra oppholdet, og at dette ville kunne ha betydning for hvordan pasientene får det i ettertid.

#### 5.2.4 Informasjon til pasienten – en vanskelig balansegang

I følge lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven) § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette er ikke lett å imøtekomme når pasientene er kritisk syke, men når pasientene kommer i rehabiliteringsfasen, er de i større grad mottakelige for informasjon. Informantene opplever likevel at mye av den informasjonen de gir til pasientene glemmes. De må derfor gjenta informasjonen mange ganger. Flere er imidlertid redde for at de av og til kan mase litt for mye med dette. En sa i denne forbindelse:

*”Kanskje en burde spørre pasientene i større grad om hva de har behov for å høre, og om de føler at de har fått nok informasjon”.* Flere påpeker også at de kan være veldig detaljerte når de informerer om praktiske forhold som stell og prosedyrer, men at annen informasjon som gis, gjerne har en tendens til å bli overfladisk eller generell.

Det påpekes også at disse gjentakelsene gjør at det går automatikk i informasjonen. En sier i denne sammenheng: *”En blir nok litt blind for sin egen informasjon etter hvert”.*

Flere av informantene håper likevel at empatien skinner igjennom. Alle har eksempler på egne ”informasjonsregler”. Det er slående hvor like de er, og en forklaring er nok at en intensivavdeling er svært teknisk og består av mange rutinemessige arbeidsoppgaver, og at det også gjenspeiler seg i informasjonen som gis. En annen faktor kan også være at sykepleierne jobber så tett at de adopterer hverandres regler. Et eksempel på en informasjonsregle fra en informant er:

*”Du har et rør i halsen som er midlertidig så lenge du ligger på respirator (eller pustemaskin liker jeg å si til dem, for respirator blir et slikt teknisk ord). Det gjør også at stemmen din er borte, men stemmen din er ikke borte for alltid, det er bare nå på grunn av at det ikke går luft over stemmebåndene dine. Stemmen din får du tilbake igjen. Det er kun midlertidig at den er borte (det er det viktig å presisere)”.*

Informantene begynner å informere pasientene i det de kommer inn døren til avdelingen, og fortsetter å gjøre det til de er på vei ut igjen. Informasjon er et grunnleggende behov som alle vektlegger i pasientomsorgen. De tids- og realitetsorienterer pasientene, og

forklarer omgivelsene i svært detaljerte former, eksempelvis i forhold lyder, lukter, synsinntrykk og apparatur.

Flere informanter nevner at de av og til gjerne modifierer eller avventer å gi informasjon til de dårligste pasientene. Dette i et forsøk på å skåne pasienten som er i en vanskelig situasjon, og hvor mye er uavklart i forhold til prognose, behandling og fremtid. De ser an situasjonen og vurderer hvor mye pasienten tåler å få av informasjon. En påpeker imidlertid: *"Det er lettere å håndtere situasjonen når en spiller med åpne kort, for pasienten er som regel veldig glad for å høre fakta. Og de oppdager veldig fort hvis vi holder tilbake slike ting, for eksempel med et vikende blikk"*. Det fremheves også at pasientene må få tid til å fordøye informasjonen, og at en derfor ikke kan gå i dybden på all informasjonen som gis. Som en sa: *"Informasjonen må være litt enkel og rett på sak, og den må gjentas"*. Informanter opplever dette som en vanskelig del av jobben, å finne en balansegang, eller den "gylne middelvei", i forhold til hva og hvor mye informasjon som skal gis. En refleksjon var imidlertid at:

*"Samme hva og hvilken informasjon du skal komme med, så har pasienten en rett til å høre at dette går sakte fremover, eller at vi ikke vet hvordan dette kommer til å gå. Det betyr jo ikke at det ikke er problematisk, men hva er valget. Om man nå ligger her i alle sine vrangforestillinger og delir, eller har noen klare og fine øyeblikk, så har man rett til å vite hva det er som skjer med en"*.

Informantene mener det er viktig at de ulike partene i behandlingsteamet er samkjørte, slik at de gir tilnærmet lik informasjon til pasientene og pårørende. Det er derfor viktig å være med på samtaler som innebærer også de andre i behandlingsteamet og pårørende.

Viktigst er det likevel å være med når legene informerer pårørende. En sa: *"Samme hvor god denne legen er til å si noe, så har pårørende spørsmål etterpå, gjerne inne hos pasienten. Da er det viktig å kunne ta opp igjen tråden, vite hva legen har satt i gang, tanker han spinner på, eller hva dette gjør med fremtidsutsiktene, håp og sånne ting"*.

I Carroll (2004) fremkommer det at våkne ikke-verbale respiratorpasienter er misfornøyde med den informasjonen de får på intensivavdelingen. De vil gjerne ha mer detaljert informasjon, og mener at det er bedre å få negativ informasjon, enn ingen informasjon.

Det samlede inntrykket jeg sitter igjen med, er at informantene gir mye informasjon til pasientene. Sammenholdt med forskningen som er gjengitt av Carroll, kan en forklaring muligens være at det er mer kvalitet enn kvantitet som er problemet, eventuelt måten informasjonen formidles på. Jeg viser i denne sammenheng til at flere av sykepleierne trekker frem at i hvert fall deler av informasjonen som gis kan være standardisert og begrenset.

Fra et salutogentisk perspektiv, kan det også være slik at pasienter med i utgangspunktet sterk OAS har vanskeligheter, som følge av respiratorbehandlingen, med å formidle sine ønsker når det gjelder informasjon. Sykepleierens vurdering av hvilken informasjon som gis, kan derfor bli for forsiktig og standardisert i forhold til slike pasienter, som vil oppleve at de får for lite relevant informasjon. Jeg viser her til Antonovsky (2000) som påstår at den OAS-sterke person oppfatter informasjon som en potensiell motstandsressurs som etterspørres når den kan være til nytte. De etterspør ikke informasjon, når den formentlig bare fremkaller overbelastning, samtidig som de heller ikke konsekvent lukker av for slik informasjon. Han viste også til at det må skilles mellom pasientenes ønske om informasjon og diskusjon, og deres ønske om innflytelse på de medisinske beslutninger. Forskningsdata tyder på at helsepersonell undervurderer det første og overvurderer det siste.

Dersom pasienten opplever at legen eller sykepleieren holder informasjon tilbake kan dette også kompromittere tillitsforholdet mellom pasient og hjelper. Grimen (2008) mener dette vil kunne vanskeliggjøre overføring av informasjon og kunnskap, samt virke ødeleggende på videre samarbeid. Et tillitsbrudd, eller mangel på tillit i relasjon mellom sykepleier og pasient er svært uheldig for pasientens mestringsevne (Ekeland, 2007). Bli kommunikasjonen brutt, eller hindret fra å oppstå, kan dette bidra til at alt blir mer tidkrevende, både i forhold til kommunikasjon og samhandling, men også i forhold til avvenning av respirator og opptrening. Det er viktig at pasienten kan stole på den informasjonen som gis, dette for å unngå ekstra belastning på pasienten, men også for å spare samfunnet for ekstra utgifter (Grimen, 2008).

### **5.2.5 Vanskeliggjort kommunikasjon**

Informantene synes det å kommunisere med våkne respiratorpasienter er frustrerende, og at det byr på store utfordringer. Dette fordi kommunikasjonen vanskeliggjøres med ”tube” eller ”track” (forkortelser for respiratorbehandling). Flere hevder at det uansett kreves en

helt annen mental tilstedeværelse å ha våkne respiratorpasienter, sett i forhold til de som er sederte. Noen få av informantene hevder likevel at de forstår pasientene ganske bra. En sa: *”Stort sett klarer jeg å tyde pasientene ganske bra (...). Legene er ofte dårligere enn oss. Pasientene ligger gjerne og snakker med leppene, og så skjønner ikke legen det pasienten vil formidle. Da blir jeg ofte mellomledet, og må oversette (...). Jeg er veldig glad for at jeg forstår hva de prøver å si”.*

Alle husker imidlertid situasjoner hvor de måtte kaste inn håndkleet, og fortelle pasientene at de ikke forstod dem. En informant sa i denne forbindelse: *”Det er like vondt hver gang”.* Flere av de andre hadde også tilsvarende følelser om det å ikke forstå pasientene. En annen informant sa om det samme: *”Jeg synes det er frustrerende. En kjenner seg litt maktesløs, og man opplever en utilfredsstillelse av ikke å forstå pasienten. Selv om en gjør alt annet bra, så er det som blir sittende igjen – at man ikke klarer å kommunisere”.* Opplevelsen av at kommunikasjon med pasientene kan være problematisk, bekreftes også av forskning, bl.a. (Carroll, 2004; Mary Beth Happ, 2001; Magnus & Turkington, 2006). Carroll nevner at en negativ konsekvens kan være at det er lettere for helsepersonell å ignorere pasientene, fordi de er ikke-verbale.

Flere av informantene nevner at kommunikasjonsproblemene kan skyldes at de har lett for å tenke på fysiske reaksjoner og plager, mens pasientene blir frustrerte fordi de tenker på forhold utenfor sykehuset, eksempelvis husdyr, betaling av regninger m.m. Disse kommunikasjonsproblemene resulterer av og til i at pasientene får høyt stressnivå, noe som gjør at blodtrykk og puls øker. Flere påpeker at de i slike situasjoner gir pasientene medisiner for å roe ned situasjonen, og begrunner det med at pasienten trenger en pause, og må slappe av før man evt. forsøker igjen. En sa: *”Jeg blir vel paternalistisk og tar over kontrollen. Jeg prøver først å roe ned situasjonen, få øyekontakt, holde på og være der.(...) men vi er jo på et sykehus og tenker ofte medikamentelt også, men først verbalt”.* I slike tilfeller spør de gjerne om hjelp fra sine kolleger.

Kommunikasjonsproblemene er som regel størst de første vaktene hos pasienten, før en blir kjent med vedkommende. På tross av denne oppfatningen, opplever likevel flere at kommunikasjon kan være vanskelig gjennom hele forløpet. En sa følgende om dette: *”(...) ofte er ting så diffuse, og jeg får ikke alltid tak på hva de vil formidle. Jeg sitter nok og prater mest generelt, og blir kanskje litt stressa, og så prater jeg bare fordi jeg synes*

*situasjonen blir litt vanskelig. For å være ærlig så blir det jo gjerne en enveiskommunikasjon”.*

Flere av informantene synes den største utfordringen er å kommunisere og forholde seg til langtidsliggerne. Dette er pasienter som kan være ved avdelingen i mange måneder, og som gjerne havner i enerom. Samvær hele dagen, i et lite rom, med en som ikke kan snakke eller formidle seg normalt, er utfordrende kommunikasjons- og relasjonsmessig, for både pasient og sykepleier.

### **5.2.6 Kommunikasjonsmetoder**

Når pasienter er uten stemme i kortere eller lengre tid, mister de en viktig menneskelig funksjon. De vil vanskeligere kunne uttrykke sine ønsker og behov. Dersom pasienten ikke klarer å stille spørsmål om det som opptar ham, vil det også kunne føre til økt stress, og redusert evne til medvirkning for pasienten. Evne til formidling er derfor en viktig faktor i å gjøre en situasjon forståelig, og mer håndterlig for pasienten.

Mulighetene for å kommunisere med respiratorpasientene er mange. Et gjennomgående trekk er likevel at man benytter de ressursene som er til stede hos pasienten, og hos en selv. Mennesker er forskjellige, og vil forstå og takle ulike løsninger på forskjellig måte. Ulike teknikker vil derfor kunne være gunstige for ulike personer. En informant sa i denne forbindelse: *”Vi må ta i bruk vår kreative galskap i dette arbeidet”.*

Informantene har jevnt over god kjennskap til de vanligste kommunikasjonsmetodene som brukes i arbeidet med våkne respiratorpasienter. Ved nærmere spørsmål om hvilke metoder de selv foretrekker, viser det seg imidlertid at de fleste holder seg til et fåtall, og at pasientens tilstand kun av og til er styrende for valg av metode. En kommunikasjonsmetode alle informantene benytter, men som de omtaler med ulike navn, er ”utelukkelsesmetoden”, ”spørre ja og nei spørsmål”, ”nøste seg frem til” eller ”eliminerasjonsmetoden”. Disse går alle ut på det samme – å finne ut hva pasienten prøver og formidle til omverden. En informant beskriver denne spesielle kommunikasjonen med pasientene som ”den evige gjetteleken”. Andre omtaler prosessen, hvor de gjetter fortvilet, som veldig tidkrevende, frustrerende og stressende. Dette ikke minst fordi det gjøres under tidspress, da det alltid er andre ting som skal gjøres. Alle er imidlertid ikke enig i at dette er et problem, og hevder at det har med den enkelte sykepleiers prioriteringer å gjøre.

Når det gjelder å lese på leppene til pasienten, mener de fleste at dette er vanskelig og ofte mislykket. Dette fordi pasienten gjerne har vanskelig for å forme leppene på grunn av tuben, eller fordi de er tørre i munnen, og har sprukne lepper. De få som sier de mestrer metoden, mener imidlertid at den er svært effektiv.

Å la pasientene prøve og skrive på blokk, er en annen metode som brukes. Mange hevder også her at dette ofte er mislykket. Bokstavene begynner store og blir gjerne mindre og mindre, og til slutt er det en strek. Hvis pasientene imidlertid mestrer denne kommunikasjonsmetoden kan de skrive opptil flere sider sammenhengende. Da blir det ofte en god kommunikasjon mellom partene.

Bruk av ulike typer ”pekeplater”, eksempelvis bildeplater og bokstavplater, nevnes av noen som brukbare metoder i kommunikasjonen. Slike metoder er imidlertid ikke førstevalg, og brukes dermed i mindre grad enn de nevnt ovenfor. En informant hevder at det ikke er noe spesielt kommunikasjonsverktøy på avdelingen, men at det er snakk om at avdelingen skal få hjelpemidler. Andre mener slike metoder er svært tidkrevende å benytte. Flere fremhever likevel at dette burde benyttes i større grad, enn det gjøres i dag.

Talekanyle er en metode informantene er godt kjent med, og de hevder at dette kan være et godt hjelpemiddel i kommunikasjonen. Det er imidlertid ulike oppfatninger om hvor ofte talekanyle benyttes, dette også internt i avdelingene. Noen hevder at talekanyle brukes så snart tilstanden tilsier det, om kun for en kort stund. Andre hevder at de er sene med å komme i gang, og at de kunne ha brukt talekanyle mer. Det var likevel enighet om at det å bruke talekanyle gjør ting mye enklere, hvis det fungerer. Det å kunne snakke med pasientene fremstår som svært oppklarende. Dette fordi informantene fortare finner ut om pasienten er klar og orientert, noe som kan være vanskelig å avgjøre uten verbal kommunikasjon. De opplever det også godt å få tilbakemelding fra pasientene, i forhold til den pleien og omsorg de gir. En informant sa i denne forbindelse: *”Jeg synes det er veldig bra når jeg kan få den kommunikasjonen, og ikke minst at pasienten kan si hva det er som plager ham, eller hva det er han vil”*.

I startfasen spør pasienten gjerne om enkle og praktiske ting, eksempelvis at de er tørste, ligger vondt, eller de sier hei og spør om hvilket rom de ligger på.

Når informantene hører pasientenes stemme for første gang, bruker de ord som at det er ”deilig, godt, fantastisk og at de blir glade”. Flere mener at når pasientene får stemme, gjør dette forholdet mer personlig, fordi en da kan snakke med pasientene. En informant sa om dette: *”(...) og plutselig fikk jeg høre stemmen, det ble bare som prikken over i-en. Stemmen er jo kjempepersonlig”*. Selv om mange pasienter opplever å bruke talekanyler som svært positivt, er det også noen som blir skuffet de første gangene. Dette fordi stemmen er dårlig, eller fordi de kun i korte perioder kan være tilkoblet talekanylen. Andre nevner at pasientene kan bli stille og forfjamsset over å ha stemme, og at de derfor må bli stilt spørsmål til for å begynne å snakke.

I teorien fremheves det at å kunne kommunisere verbalt er av stor betydning for pasienten, for å redusere den psykiske belastningen som intubering og respiratorbehandling ofte fører med seg (Dybwik, 2000). Hvis pasientene kan formidle seg, vil de også medvirke i egen behandling og omsorg, og oppleve kontroll i situasjonen på en helt annen måte enn når de er ikke-verbale.

Flere av informantene kom inn på at det er faremomenter som må vurderes før en kan benytte talekanyler, og som derfor kan begrense bruken, eksempelvis diagnose, bevissthetstilstand, aspirasjonsfare og dårlig lungefunksjon. Dette er i tråd med hva Dybwik hevder er potensielle farer som sykepleiere må vurdere før de kan bruke talekanyler. Flere har opplevd at bruk av talekanyler ofte ender i en stressituasjon både for pasienten og sykepleieren. En sa: *”Du vil gjerne tilby det også, men når du vet farene ved det (...). Det er dessverre en del usikkerhet ved bruk av talekanyler”*.

Avdeling A synes å bruke talekanyler i noe større grad enn avdeling B. Dette kan skyldes at pasientene ved avdeling A ofte er innlagt i lengre perioder, og at denne avdelingen derfor har en større rehabiliterende funksjon. Avdeling B har pasienter som har et mer komplekst sykdomsbilde, samt at de overflyttes raskere til andre avdelinger eller lokalsykehus, når de er så stabile at de kan bruke talekanyler. Ved begge avdelingene synes det uansett å være klare personlige variasjoner i forhold til bruk av talekanyler. Det siste tyder derfor uansett på, at avdelingene bør diskutere nærmere når en slik metode bør benyttes. Dette ikke minst fordi utviklingen har gått i retning av mer våkne respiratorpasienter, noe som tilsier økt bruk av talekanyler.

Dersom sykepleier og pasienten ikke finner en kommunikasjonsmetode som fungerer, kan det lett oppstå feiltolkninger begge veier. Pasienten kan også oppleve irritasjon og oppgitthet. I verste fall kan det skapes farefulle situasjoner (Happ, 2001). I følge Carroll (2004) viser forskning at pasientene føler stor misnøye ved ikke å bli forstått, ikke få formidlet sine behov, ikke bli tatt med på beslutninger om egen behandling og helse, og at de får for lite detaljert informasjon m.m. Det å ikke bli forstått er utmattende, og kommunikasjon oppleves som et tiltak. Mange pasienter kan som et resultat av mislykket kommunikasjon, bli deprimerte og ”gå” inn i seg selv .

Gode kommunikative og relasjonelle ferdigheter er en helseressurs, og kan i følge Ekeland (2007) aktivere pasientenes selvlegende krefter. Slik jeg tolket informantene, har de fleste kjennskap til de vanligste kommunikasjonsmetodene. Bruken synes likevel å være veldig personavhengig, og ikke nødvendigvis knyttet til pasientens tilstand. Informantene gir heller ikke inntrykk av at bruken av ulike metoder er gjenstand for diskusjon på avdelingene.

### **5.2.7 Samtaleemner – en balansegang mot personlige forhold**

Som intensivsykepleier er man ofte i en intim omsorgssituasjon med pasienter over lang tid. Etter egen erfaring går man ”inn” i pasientens og de nære pårørende sin private sfære, i langt større grad enn på vanlige sengeposter. På intensivavdelinger har sykepleierne som regel ansvaret for kun en pasient. Sykepleierne er derfor med på alle ”opp og nedturer”, fysisk og emosjonelt, og det skal vanskelig la seg gjøre å ikke bli knyttet til pasienten på godt og vondt.

Selv om det er slik nær kontakt mellom pasient og sykepleier, mener flertallet av informantene at kommunikasjonen likevel hovedsaklig bærer preg av å være veldig oppgaveorientert og spørsmålsrettet, og at det i stor grad handler om praktiske ting, eksempelvis om pasienten har smerter, ligger vondt, klør, fryser, er sulten og lignende. En bemerket til dette at:

*”En havner jo litt i den fella for det er det enkleste, og i hvert fall enklest å forholde seg til. Det er vanskelig å kommunisere noe annet enn konkrete ting til pasienter som ikke kan si noe. Jeg liker ikke slik kommunikasjon, ikke fordi den er*



*meningsløs, men fordi den er så begrenset, ensporet, lite givende og ikke spesielt vennligsinnet heller, selv om det er godt ment”.*

På spørsmål om informantene også snakket med pasientene om personlige forhold, hevder nesten alle, at de som den klare hovedregel ikke snakker om personlige ting med pasientene, og at de prøver å skille privatliv og jobb:

*”Jeg er veldig bevisst hva jeg deler fra meg og mitt”, ”Jeg kan prate privat, men ikke hvis det er første vekten min”, ”Jeg prater privat, men det er nok ikke så ofte”, ”Jeg er nok ikke den som preker mest privat”, ”Hvis ikke pasienten etterspør det, så forteller jeg ikke så mye fra mitt personlige liv”, ”Jeg kan snakke privat, men det er relativt lite”.*

En sa imidlertid spontant at det er en selvfølge å snakke om ting fra hjemmefronten, men presiserte at det er viktig å få tak på hva pasientene er interessert i, og hva de vil vite.

Vedkommende sa videre at: *”Det er like viktig å prate med pasientene om de helt vanlige tingene, som med alle andre”.*

Selv om flertallet uttrykte tilbakeholdenhet i forhold til private samtaleemner, fremkom det likevel gjennom intervjuene, at det nok praktiseres i noe større grad enn hva det i utgangspunktet gis uttrykk for. Utgangspunktet synes å være at de kan fortelle at de er gift, og har barn eller lignende, men at det ikke utbroderes. Generelle, ikke sykehusrelaterte ting benyttes i stedet, eksempelvis vær og vind, tv program, lokale eller internasjonale begivenheter m.m. Samtidig fremheves det at dersom en har ting til felles med pasienten, eller felles kjente, så kan det være naturlige samtaleemner. Videre at det er lettere å bli mer privat i kommunikasjonen med pasienter de har hatt over lengre tid, og som de kjenner godt. En informant uttalte eksempelvis at:

*”(...) hvis jeg har vært hos denne pasienten siden hun kom, og dette er tredje uken, så får man et personlig forhold også, noe mer enn jobben. Hvis jeg har snakket med pårørende, og fått vite at hun liker fjellet, kan jeg for eksempel si at: I helgen var jeg på en kjempefin fjelltur og det var det strålende vær, klar himmel og det var frisk luft”.*

Når man over tid oppholder seg med samme pasient, vet jeg av egen erfaring at det kan det være vanskelig å holde kommunikasjonen i gang, dersom man ikke også berører samtaleemner som går utenfor det rent sykepleierrelaterte. Det er ikke vanskelig å forstå de sykepleierne som ønsker å holde egne private forhold utenfor kommunikasjonen med

pasienten. På den annen side tror jeg en for restriktiv holdning til dette, også gjør det vanskelig å kommunisere med pasienten om hans egne personlige forhold.

Fra et salutogenetisk perspektiv kan dette være uheldig, fordi kjennskap til pasientens historie er en viktig inngangsverdi i vurderingen av hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige for å gjøre situasjonen mer forståelig for pasienten, rette oppmerksomheten mot pasientens ressurser og bidra til at målene tilpasses pasientens kapasitet. Jeg mener et aspekt av dette også er det Husserl, med et fenomenologisk perspektiv, kaller det å komme en person sansende og lyttende i møte, for å få et mer helhetlig bilde av personen.

I følge Madssen (2007) har profesjonell kommunikasjon et mønster som er definert av den profesjonelle i forhold til sted, tidspunkt, tidsramme, emne og innhold. Den mellommenneskelige kommunikasjonen, ansikt – til – ansikts dimensjonen, kan ofte som et resultat av dette bli dempet. Det ”profesjonelle” er noe som er korrekt og effektivt, men også distanserende.

Slik jeg ser det, bør sykepleieren derfor være oppmerksom på at kommunikasjonen kan bli for upersonlig og klinisk, eller ”profesjonell” som Madssen beskriver det, og at det motsatte bør være en målsetting. En viktig faktor for ”god” kommunikasjon er imidlertid at også sykepleierne er komfortable med situasjonen, og det vil derfor kunne være vanskelig å gi retningslinjer om dette. En mer praktisk tilnæringsmetode for å understøtte god praksis, vil nok i stedet være å diskutere problemstillingen på avdelingen, slik at sykepleierne også får kjennskap til andres erfaringer og praksis på området.

Utgangspunktet for en slik diskusjon bør være at det ved siden av svært god fysisk omsorg, også er viktig for sykepleiere å oppfylle emosjonelle behov i menneskelig omsorg, jf. studien til Wilkin og Slevin (2004). De fant at sykepleie var identisk med omsorg. Dette er ikke overraskende. Også Antonovsky mener at sosial støtte har helbredende konsekvenser.

### **5.2.8 Ettersamtaler og dagbok – mestring av minner**

I følge Schou (1999) beskrev noen pasienter tiden fra intensivavdelingen som et ”tomrom” eller ”sort hull” i deres liv, og dette opplevdes som en stressfaktor ved at hukommelsestapet fortonet seg som skremmende, ubehagelig og som tap av kontroll. Det

fremkom at det ofte var først i rehabiliteringsfasen at intensivpasientene ”forstod” hvor kritisk syke de hadde vært. Mange søkte derfor i denne perioden etter informasjon, slik at de kunne danne seg et bilde av hva som hadde skjedd under oppholdet på intensivavdelingen. På denne måten kunne traumatiske opplevelser bearbeides og pasientens evne til mestring øke.

I følge Cutbertson et al. (2004) ansees det å være innlagt på en intensivavdeling som en traumatisk opplevelse som kan føre til posttraumatiske stresssymptomer etter utskrivelse. Smertefulle intervensjoner som pasientene daglig utsettes for som endotrakeal suging, sårskift, stillingsendring, innleggelse av ulike katetre o.l, kan være svært traumatisk og forårsake psykologiske endringer, spesielt hos ustabile pasienter eller hos pasienter som ikke kan kommunisere. Storli (2007) sine funn understøtter dette når hun viser til at pasienter opplever redusert eller lite sammenheng i tilværelsen etter utskrivelse, da de ofte plages med uforståelige erindringer og diffuse kroppslige plager, som de har vanskelig for å sette ord på eller forklare. Hun fremhever at det ikke er noen tvil om at kritisk sykdom og intensivbehandling setter spor i menneskers liv. Selv ti år etter strever mange pasienter med å forstå kaotiske minner og reaksjoner fra tiden på intensiv.

Alle informantene er kjent med ettersamtaler<sup>8</sup> som et godt tiltak for å redusere eller løse misforståelser og uklarheter – gjøre ”ting” mer forståelig for pasienten etter utskrivelse. På tross av denne positive holdningen til ettersamtaler, er det likevel ingen av informantene som har erfaring med å gjennomføre organiserte samtaler. I forbindelse med overflytting til andre sykehus, eller avdelinger oppfordres pasientene og pårørende å komme tilbake til intensivavdelingen på besøk. Ved begge avdelingene skjer både oppfordringen og besøkene på en uformell og ustrukturert måte. Informantene mener at det er helt opp til pasientene om de vil ta kontakt eller ikke, og det er derfor veldig tilfeldig hvem som kommer tilbake for å hilse på, og hvem de eventuelt samtaler med. Det er også informantenes inntrykk at det kun er et fåtall av pasientene som benytter seg av et slikt tilbud. Avdeling B er nå i ferd med å prøve ut et systematisert opplegg rundt ettersamtaler.

Når ettersamtaler foregår på en uorganisert måte, tror jeg dette vil innebære økt risiko for at gjensynet med avdelingen ikke blir en god og oppklarende opplevelse. Enkelte pasienter

---

<sup>8</sup> Ettersamtaler: ”En eller flere planlagte samtaler med intensivpasienten i etterkant av intensivoppholdet” (Landmark Schou, 2007: 1).

har kanskje helt eller delvis fortrenget tiden på intensivavdelingen, og utsatt det å komme tilbake. Fastere rammer kan være et virkemiddel som kan bidra til at pasientene opplever trygghet i situasjonen. Organiserte ettersamtaler som beskrevet av bl.a. Engström (2008), hvor pasientene møter kjent helsepersonell, og hvor de får tilbud om å gå rundt i avdelingen for å se på lokalene og det medisinske tekniske utstyret, fremstår derfor som en bedre løsning. Det er vel også sannsynlig at pasientene vil motta mer relevant informasjon ved slike samtaler, og at dette igjen vil bidra til å gjøre oppholdet mer forståelig for pasienten etter utskrivelse. Combe (2005) viser til et forsøk der 28 pasienter og deres familier fikk tilbud om dagbok og organiserte ettersamtaler, så benyttet 100 % seg av tilbudet. Flertallet ønsket samtaler innen seks uker etter utskrivelsen, mens noen trengte lengre tid før de var komfortable med å besøke avdelingen igjen, og tre pasienter trengte mer enn tre måneder før de klarte å lese dagboken.

Noen av informantene nevner at det å innføre ettersamtaler er et ressurs spørsmål, og sikter til at det er innsparingstider, og ikke nødvendigvis et spørsmål om vilje. En illustrerte dette på en humoristisk måte ved å si at: *"I disse tider koster et intensivdøgn hos oss ca. 60 000 kroner, og vi sparer på Mariekjeks"*.

Når det gjelder pasientdagbok<sup>9</sup>, viser forskning (Landmark Schou, 2007) at dette er et godt utgangspunkt for ettersamtaler med pasienten, men også som et tiltak alene. Dagboken hjelper pasienten til å få frem minner som under samtalen blir til fortellinger fra intensivoppholdet. Med dagboken får pasienten også noen knagger å henge minnene på, så disse blir mer håndterlige.

Informantene ved avdeling A skriver dagbok til intensivpasientene, men de påpeker at det varierer i hvor stor grad dette gjennomføres, og at det avhenger veldig av den enkelte sykepleier. Det avgjørende, er ofte om noen setter i gang å skrive dagboken. En sa om dette: *"Det er lettere å fortsette når noen har startet å skrive dagbok. Det er vel som ved de fleste andre ting, vi har ulike meninger om hva vi synes er meningsfullt. (...) og så ligger det litt latskap i det også"*. De prøver imidlertid å prioritere langtidsliggerne ved avdelingen. Ved avdeling B skrives det ikke dagbok, og de begrunner det med at det er

---

<sup>9</sup> Pasientdagbok: "En omsorgshandling i form av et personlig notat til pasienten. Hensikten er å hjelpe pasienten å forstå erfaringer som kan tenkes å være i kroppen selv om hjernen ikke "husker" noe. En fortelling fra oppholdet kan vekke til livet klare og uklare minner som kan settes inn i sammenhenger" (Storli, 2007: 29).

uklarheter i forhold til retningslinjer og lovverk, eller at det er latskap og tidsmangel. De fremhever derimot at de er veldig flinke til å oppfordre pårørende til å skrive dagbok.

I følge Engström (2008) oppleves ettersamtaler og pasientdagbok verdifullt for pasientene og pårørende, og hun anbefaler derfor at flere pasienter gis denne muligheten. Dette selv om enkelte pasienter kan oppleve det følelsesmessig vanskelig å lese dagboken, fordi den blant annet tar for seg pasientens sykdomsforløp, men også sykepleieres og pårørendes omsorg og engstelse.

Mitt inntrykk fra de to avdelingene – sammenholdt med den forskning som foreligger om de positive virkninger av dagbok og ettersamtale – er at dette er tiltak som oppleves positivt av både sykepleiere og pasienter. Jeg ser at det i arbeidshektiske perioder kan synes krevende å gjennomføre tiltakene på en god måte, men nytteeffekten synes likevel så betydelig at ressursbruken sannsynligvis kan forsvares. Det kan i så fall være hensiktsmessig å gjøre dette som del av en fast rutine, for å utvikle en god praksis og lik behandling av pasientgrupper.

## **5.3 Håndterbarhet**

### **5.3.1 Innledning**

Håndterbarhet vil i denne sammenheng være i hvilken grad pasientene opplever at de har tilstrekkelige ressurser til å mestre og forstå at de er kritisk syke og innlagt på intensivavdeling. Slike ressurser kan både være noe de selv kontrollerer, og ressurser som andre kontrollerer, eksempelvis pårørende og helsepersonell. Sterk opplevelse av håndterbarhet vil bidra til at man beveger seg i helsefremmende retning.

### **5.3.2 Å bli kjent med personen bak pasientetiketten**

Alle informantene mener det er viktig å bli kjent med pasientene. De opplever da at de kan gi mer personrettet pleie og omsorg. Dette kan være helt enkle ting som eksempelvis at pasienten vil ha et avklipt sugerør når han drikker, at han liker å høre på en spesiell type musikk når han hviler, hvordan han liker å snu seg i sengen, eller hvordan han vil bli støttet på en bestemt måte i mobiliseringen. Kunnskap om slike ting gjør hverdagen enklere for pasienten, da han slipper å bruke krefter på å formidle slike ønsker, gjentatte ganger.

Flere fremhever videre at det er viktig å vise interesse for pasienten som menneske; å finne ut hvem personen bak pasientetiketten er. Som en sa:

*”Jeg tenker at man må fjerne masken litt. Vise at jeg er interessert i hva pasienten er opptatt av. Ikke det at jeg har med meg pasienten i tankene hele tiden. Det tror jeg ingen forventer heller, men det at en viser at en også kan være personlig. Disse pasientene er utlevert til oss, det er de svakeste pasienter som finnes. De ligger lenket fast til sengen, og de har ikke mulighet for noen ting. Vi vasker dem nedentil, og det er veldig personlig. Det blir veldig rart dersom vi ikke også prøver å være personlige når vi snakker med pasienten”.*

De samme informantene nevner at de ofte prøver å få kjennskap til pasientens interesser, hobbyer, verv eller lignende. Det kan eksempelvis være om pasienten har kjæledyr, liker å lese aviser, se på tv, høre på lydbok, ”surfe” på internett eller lignende.

Flere nevner også at det er viktig å vite noe om hvordan pasienten har fungert før han ble lagt inn på intensivavdelingen. Er dette en personen som er vant til å takle alt, eller er det en som er mer forsiktig og lar andre ta avgjørelser. Vedkommendes sterke og svake sider, psykiske status, samt hvordan han har taklet kriser tidligere, fremheves også av flere som viktig å vite noe om. En informant sa: *”Det fysiske har vi på en måte kontroll på, det styrer vi og det er det en jobber mot. Det psykiske kan vi på en måte velge å ikke bry oss om hvis vi ikke vil, men det gjør vi jo”.*

Selv om alle informantene i utgangspunktet mente at kjennskap til pasienten er viktig, synes det å være betydelige ulikheter i forhold til hvor mye tid de bruker på kartlegging av pasientens ønsker, interesser og ståsted. Flere nevner at bemanningssituasjonen ikke tillater å bruke mye tid på dette. En sa også at:

*”Jeg bruker ikke masse energi på å vinke inn pårørende på rommet. Er de der så kan jeg spørre om det er noen gode sider pasienten bruker å ligge på, om det er noe spesielt han liker å drikke og spise. Jeg spør jo om det hvis de er der, men setter ikke nødvendigvis hummer og kanari i bevegelse for å få det til”.*

Forskjellene mellom informantene kan tyde på at sykepleierne har forskjellig oppfatning av hvor viktig kunnskap om pasientens ressurser er i pleien.

På spørsmål om informantene behandlet pasientene forskjellig i forhold til kunnskap om pasientenes bakgrunn var det en som sa:

*"Jeg vet det er viktig hva pasienten har vært igjennom før, for hvordan han takler å være innlagt her. (...) men i hverdagen blir det gjerne ganske likt. For ting skjer så fort, og ting skal skje litt etter våre timeplaner (...), selv om en tilstreber jo at det skal være pasientvennlig. (...) vi må ha det innenfor visse grenser".*

En annen nevnte i denne forbindelse at sykepleierne ikke tar for gitt at en person som for eksempel har høy utdannelse, eller som har helsefaglig bakgrunn, vil takle oppholdet på intensivavdelingen bedre. Selv om de kanskje har større forutsetning for å skjønne hva som skjer.

Carroll (2004) hevder at sykepleiere som kjenner pasientene godt gir mer individuell omsorg. Hun hevder videre at når en kjenner pasienten godt, er det lettere å forstå hva han vil formidle. Dette vil igjen sannsynligvis øke pasientenes autonomi, og han vil bli en mer aktiv deltaker i sin egen helse.

Etter min mening vil en annen viktig virkning være at kjennskap til pasientene gjerne leder til mer meningsfylt kommunikasjon, noe også sykepleierne vil oppleve positivt.

Fra et salutogenetisk perspektiv er det viktig å prioritere kjennskap til pasienten og hans ressurser i omsorgen. Selv små ting kan på en intensivavdeling gjøre at pasienten orker å stå på litt ekstra i rehabiliteringsfasen, noe som igjen kan være avgjørende for pasientenes fremgang. Når pasientene opplever at de mestrer situasjoner, vil dette igjen redusere problemer relatert til både over- og underbelastning, som kan gi lavere grad av helse og opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Dersom kartleggingen avdekker at det er et gap mellom pasientens ressurser og det han har til rådighet, vil målrettet sykepleie kunne være å tilrettelegge, bistå eller støtte han på dette området kanskje i noe større grad enn pasienter som har bedre forutsetninger for egen håndterbarhet. Ressursbruken på dette området kan derfor også lettere avpasses behovet.

En informant hadde et godt forslag til hvordan denne del av pleien kunne innledes:

*"Kanskje vi burde ha et eget skjema, som pårørende kunne fylle ut når pasientene legges inn, med informasjon om pasientens interesser, arbeid, hva han liker å spise og lignende".*

### 5.3.3 Pårørende som medspillere

Som tidligere nevnt opplever informantene pårørende som viktige kilder til informasjon om pasientens ressurser (indre og ytre, egne og potensielle). Flere påpeker at de ofte får god kontakt, og kjenner pårørende bedre enn pasienten. Dette nevnes hovedsakelig i forhold til pasienter som blir liggende lenge i avdelingen, og hvor det har vært mye kontakt med pårørende. En sa noe som gikk igjen blant flere informanter:

*”Når det gjelder ressurser utenfra, så tenker jeg primært pårørende. Det er mulig at man kan tenke seg situasjoner hvor man kan spille på pasientens egne ressurser, tidligere sykehus, sykdomserfaring eller lignende, men primært så dreier det seg om pårørende tror jeg. Det må derfor tas hensyn til at pårørende er en del av pasientens psykosomatiske bilde”.*

Ofte vil pårørende forstå bedre enn sykepleierne hva pasienten prøver å formidle. Dette spesielt hvor pårørende er nær familie, og hvor det dreier seg om emner som sykepleierne ikke har forutsetning for å vite noe om, eksempelvis private forhold som hushold, familie, venner og jobb, interesser og hobbyer. Pårørende kan også tilføre viktig kunnskap til sykepleieren om pasientens generelle helse eller behov som må ivaretas. En informant sa: *”Pårørende hjelper oss i å forstå pasienten bedre. Så det å inkludere dem er for meg veldig viktig. Dette for at jeg skal kunne hjelpe pasientene til å ha det godt mens de er her, enten de skal hjem, eller de får den siste tiden av livet sitt her”.*

Flere nevner at det er viktig å prøve å la pasienten få ta del i sitt ordinære liv, også på intensivavdelingen. En del av dette kan være at de får se sine kjære, og ha de nær seg og høre kjente stemmer som snakker om hverdagslige ting. Pårørende er vanligvis det eneste kjente pasienten kan forholde seg til, i tilværelsen på intensivavdelingen, med fremmede sykepleiere og ukjent utstyr tilkoblet kroppen. Informantene oppfordrer derfor pårørende til å være hos pasienten, og det er få restriksjoner i forhold til dette. Som en sa: *”Det er ikke vår jobb å begrense kontakten med omverden”.*

Nære pårørende, annen familie og venner er derfor i stor grad til stede på intensivavdelingen i dag. Tidligere var det ikke så mye fokus på pasientens psykiske behov. Avdelingene var mer lukket, hvor pårørende i kun korte øyeblikk fikk være inne hos pasienten, og hvor de nærmest måtte stå utenfor en glassdør og å se inn til pasienten.



Mange nevner imidlertid at ubegrenset besøkstid innebærer økt risiko for at pårørende kan bli fullstendig utslitte. Det er derfor viktig å ivareta og støtte pårørende slik at man i størst mulig grad unngår dette, eksempelvis ved å gi forståelig informasjon, legge en omsorgsfull hånd på armen deres, be dem gå i kantina for å spise, dra hjem for å sove, gå ut i parken for å få frisk luft og lignende. Pårørende er gjerne svært bekymret for pasienten, og synes det er vanskelig å forholde seg til alt utstyret, diagnoser og usikkerheten i forhold til om ens kjære skal leve eller dø. Som en sa: *"De ser mer smerte og lidelse hos pasienten enn det sykepleierne gjør"*.

Moesmand og Kjøllesdal () viser til Cobb (1976), hvor det fremkommer at støtte fra pårørende rett etter innleggelsen kan være avgjørende for om pasienten overlever. Derfor bør en også tilstrebe at pasient og pårørende hurtig får kontakt med hverandre også om det blir et kortvarig møte. Pårørende kan bidra til at pasienten opplever tilhørighet og føler seg verdifull og elsket. De kan formidle sosial støtte til pasienten ved å oppmuntre ham, og fortelle om den hverdag han for en kortere eller lengre tid ikke er en aktiv del av. De kan stimulere pasientens håp, motivasjon og vilje på en helt annen måte enn helsepersonell kan, de kan dermed fremme hans mulighet til hensiktsmessig mestring. Dette er også i overensstemmelse med forskning gjort av Hupcey (2000).

Det er ikke vanskelig å dra paralleller mellom Cobbs forskning og læren om salutogenese, i forhold til at sosial støtte er en viktig mestringsressurs. Selv om jeg her har tatt inn et avsnittet om pårørende under OAS komponenten "håndterbarhet", ser vi av uttalelsene til informantene nevnt ovenfor, og ikke minst av funnene til Cobbs, at slik støtte også vil kunne ha stor betydning for opplevelse av forståelighet og meningsfullhet. Ressursen er også for sykepleieren ofte relativt lett tilgjengelig, og tilrettelegging av kontakt mellom pasient og pårørende er derfor en viktig del av omsorgen.

Selv om pårørende som hovedregel ble oppfattet som en viktig ressurs, var det informantenes oppfatning at man også må være oppmerksom på at det av og til er unntak, og at det kan være anstrengte forhold mellom pårørende som følge av skilsmisser, nye forhold, egne og felles barn m.m. En informant sa spøkefullt: *"(...) og jeg som trodde familien min var rar (...)"*. Noen av informantene mente at de måtte ha en slags oversikt over ulike familiekonstellasjoner, mens andre så dette som noe som lå utenfor deres naturlige arbeidsoppgaver. En informant sa det på denne måten: *"Jeg er veldig"*

*imøtekommende på at dette er en del av jobben min også. (...) men det er jo sykepleiere som mener at sånne ting får pårørende ordne opp i utenfor avdelingen”.*

Flere nevner at det er variabelt hvor godt samspillet med pårørende er, og at det av og til kan ”skjære” seg. En hevdet at dette kan skje dersom man ikke klarer å etablere trygghet mellom sykepleier og pårørende. Hun sa videre at: *”Det er viktig at vi kan våre ting og greier å formidle den roen og tryggheten som trengs (...). Pårørende er våre medspillere. Vi er der for å gjøre vårt beste for pasient og pårørende. Vi er der som et serviceorgan, og må gjøre ting lettest mulig for dem”.*

Pårørende er tillitsgivere og har overlatt sine kjære til behandlingsapparatet. De fleste har en formening om helsevesenet, både i forhold til egne erfaringer eller holdninger de har ervervet fra ulike medier, og har derfor mer eller mindre tillit til at ens kjære vil bli godt ivaretatt. Hvis pårørende opplever at pasienten ikke får den behandlingen eller omsorgen de forventer og har krav på, eller at de blir tatt hensyn til, vil det i følge Grimen (2008) kunne resultere i at de ikke stoler på at den skjønnsbaserte beslutningsmakten de har gitt til helsepersonellet er god nok. Det må i denne sammenheng også tas hensyn til at pårørende er i en krise, og ikke nødvendigvis får med seg alt som skjer. De er sårbare og har først og fremst behov for å bli tatt på alvor og sett.

Moesmand og Kjøllesdal () viser til at kritisk sykdom innebærer psykologisk stress for pasientens nære pårørende og at dette truer deres stabilitet, ressurser og mestringssevne. Både av hensyn til pasienten og de pårørende selv, er det derfor viktig at pårørende blir ivaretatt på en god måte sammen med pasienten. I Rammeplan for intensivsykepleie (2005) er pårørende inkludert i beskrivelse av målgruppen. De er derfor både en ressurs for pasienten og helsepersonell, men også en målgruppe for sykepleierne.

Det er ikke vanskelig å se at sykepleiernes kontakt med pårørende kan bli svært ressurskrevende dersom det optimale gjøres til en målsetting, og sykepleierne må derfor i praksis prioritere hvor mye tid som anvendes på kontakten med pårørende. Mitt inntrykk er likevel at informantene generelt hadde god kjennskap og forståelse for pårørende som ressurs, og at dette også ble prioritert.

### 5.3.4 Kontinuitet i omsorgen

Informantene fremhever at det er en stor fordel for pasientene å ha fast personale rundt seg. Pasientene føler trygghet ved at de ser kjente ansikter, og det innebærer også at noen har hovedansvaret og driver ting fremover. Selv om ingen av informantene nevner begrepet tillit i denne forbindelse, legger de vekt på at pasientene opplever trygghet i forhold til de ansatte på avdelingen, under daglige gjøremål og undersøkelser, og ikke minst i forhold til miljøet, apparatene og behandlingen.

Dette er i tråd med Moesmand og Kjøllesdal (), som anbefaler kontinuitet i sykepleien ved at et begrenset antall personale følger opp pasienten og hans pårørende. De må slippe å bruke energi på å hele tiden bli kjent med nye sykepleiere. Ved manglende kontinuitet, kan det være fare for at det oppleves som om ingen er forpliktet til å følge opp pasienten og ta vare på ham. For å bli møtt som en person, er pasienten og pårørende avhengig av at helsepersonell kjenner til dem og deres situasjon, og at det utvikles et tillitsforhold som følges opp. Pasientens opplevelse av at noen kjenner ham, kan øke hans følelse av sikkerhet og velvære.

Ved siden av den trygghetsvirkningen slik kontinuitet har for pasienten, vil det etter min mening også bidra til at sykepleieren får bedre tid til å avdekke pasientens ressurser og behov, samtidig som kunnskapen samles på færre hoder. Dette kan gi grunnlag for mer helhetlig omsorg.

Informantene ved avdeling B har organisert pasientomsorgen etter prinsippet om pasientansvarlig sykepleier (PAS)<sup>10</sup>. En uttrykte det slik: *"Poenget er at pasientene skal ha en fast stab rundt seg. Pasienten og pårørende skal ikke måtte forholde seg til 110 mennesker. Kontinuitet og oppfølging er derfor veldig viktig. (...) vi har jo PAS, men det er nok slik at det ikke alltid fungerer optimalt"*.

Avdeling A har ikke noe organisert system i forhold til dette, men informantene mener at de prøver å skape kontinuitet så langt det lar seg gjøre. De er også en relativt liten avdeling, med stabil arbeidskraft, og hvor det nok er lettere å oppnå kontinuitet bare på

---

<sup>10</sup> Intensjonen med en slik ordning er at pasienten i størst mulig grad må ha en bestemt sykepleier å forholde seg til som sitt faste kontaktpunkt. Pasientansvarlig sykepleier vil ha en koordinerende funksjon i forhold til de tjenester pasienten får under et opphold på en sengepost (NOU 1997:2 Pasienten først!).

grunn av dette. Ved begge avdelingene fremkommer det at kontinuitet hos langtidsliggerne er det som har størst prioritet, og at kontinuitet er vanskelig å få til for de som er innlagt for en kortere periode.

Informantene påpeker at det er et mangfold av yrkesgrupper som deltar i pasientbehandlingen i tillegg til dem selv, eksempelvis anestesileger, kirurger, infeksjonsmedisinere, fysioterapeuter, sosionomer og ergoterapeuter. Siden mange personer er involvert i behandlingen, er flere av informantene opptatt av at det er særlig viktig med kontinuitet hos sykepleierne, som er nærmest pasienten. Som en sa:

*"Hverdagen i helsevesenet er lagt opp slik at pasienten møter veldig mange mennesker, vi må derfor sørge for å skape rolige forhold og trygghet for pasientene".*

Ved begge avdelinger holdes det tverrfaglige møter hvor alle som har befattning med pasienten kan delta og komme med innspill i forhold til løsninger og mål. Mitt inntrykk var likevel at avdelingen med PAS (avdeling B) hadde slike møter mer regelmessig, og at de hadde et mer organisert opplegg rundt dette. En informant ved avdeling B sa om slike møter: *"Det er lettere å dele erfaringer når en sitter sammen i en gruppe. Det kan være greit å diskutere med andre når det dukker opp utfordringer (...). Det er jo for å sikre kontinuitet, og for at alle skal bidra for å gjøre det best mulig for pasienten".* Det ble videre uttalt at møtene handler om å plukke opp hvor langt pasienten har kommet, og hva han gir uttrykk for; orker han mer trening eller er det for mye belastning, vil han ut en tur eller ikke. Innspillene er med på å fremme pasientens medvirkning, og det er pasienten som er i fokus. Personalet følger også opp hverandre, og man støtter behandlingsopplegget til man er overbevist om at det ikke fungerer, og det eventuelt er hensiktsmessig med en endring.

Ved avdeling B, er noen av informantene likevel litt tilbakeholdne i forhold til nytteeffekten av møtene. Det hevdes at det av og til kan gå lang tid mellom hvert møte. Når PAS gruppene blir store, kan dette også gjøre det vanskeligere å delta aktivt og ta ansvar. Det nevnes videre at slike grupper ikke nødvendigvis fungerer så godt, men at i de tilfellene hvor de fungerer, så er det et gode for pasientene.

Selv om informantene ser på kontinuitet hos personalet som viktig, er det også flere ved begge avdelingene som nevner at dette tidvis kan være belastende for sykepleieren dersom

pasienten er innlagt over lengre tid. Kontinuerlig kontakt med en pasient over lang tid er givende, men det er også psykisk krevende, og man kan kjenne seg utbrent etter en stund. Noen ganger er det derfor nødvendig å skifte på å ha ansvaret for pasienten, eller å få avløsning i kortere perioder. Som en sa:

*”Det er klart det kan være krevende å ha samme pasient over lang tid. Jeg tror likevel de fleste synes det er givende, eller at de i hvert fall ser viktigheten av å ha pasientene over tid. Selv foretrekker jeg å ha pasientene mest i starten, da de er mer sårbare og heller be om avløsning etter hvert, hvis det er veldig krevende”.*

Informantene ved begge avdelingene synes å tilstrebe kontinuitet i forhold til hvilke sykepleiere som har ansvar for pasienten. Etter min mening fremstår likevel avdeling B som mer systematisk og målrettet i forhold til dette. Selv om avdeling A organisasjonsmessig kan ha gode forutsetninger for at ikke for mange sykepleiere har samme pasient, så tror jeg at den manglende fordeling av et formelt ansvar for pasienten, gjør at fokuset på kontinuitet og kunnskapsdeling vil være større der dette er formalisert, for eksempel gjennom PAS. De kritiske innspillene til de tverrfaglige møtene som enkelte informanter hadde, samt at det synes å være vanskelig å få PAS til å omfatte de som er innlagt i avdelingen for en kortere periode, kan imidlertid tyde på at slike ordninger byr på organisatoriske utfordringer. En informant uttrykte dette slik:

*”Hvis pasienten ligger inne under en uke, blir det vanskelig å ha PAS-gruppe på denne pasienten. Dette fordi det er så mange ulike sykepleiere ut og inn da. (...) og så har vi fleksiturnus. Det er jo ikke alltid det gir en jevn kontinuitet heller. PAS-gruppene blir derfor gjerne store, fordi det alltid skal være noen som skal kjenne pasienten”.*

Jeg tror heller ikke man skal undervurdere den tillitsfremmende virkning systemer som PAS kan ha overfor pasient og pårørende. Konkret når det gjelder PAS, vil både innholdet og formålet være lett forståelig, og i den innledende kontakten med avdelingen vil dette kunne være et viktig element for å bygge nødvendig tillit til behandlingsapparatet. Dette ikke minst ved intensivavdelinger, hvor pasientenes tilstand kan endre seg radikalt på få minutter og hvor det er særlig viktig at pasienten og pårørende har tro på at behandlingsapparatet holder høy profesjonell standard.

### 5.3.5 Pasienten medvirker i begrenset grad

Informantene er alle opptatt av at pasienten gjennom kommunikasjonen også skal gis mulighet til å medvirke. Pasienters rett til medvirkning og informasjon har både et juridisk og moralsk fundament. Lov om pasientrettigheter § 3-1 tar for seg denne retten. Overfor den akutt kritisk syke har helsepersonell en stor forpliktelse til å handle til pasientens beste, og så langt som mulig, hensyn ta pasientens ønske. For sykepleierne innebærer dette at medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å få og gi informasjon. Å gi rom for pasientens medbestemmelse når han tilsynelatende ikke kan bidra med så mye, understreker respekten for pasienten. Eksempler på medvirkning i de ”små” ting kan være i hvilken grad pasientens ønsker og behov blir avgjørende for tidspunkt for stell, bruk av utstyr, musikk, hvem som får komme på besøk og hvor lenge ().

Dette samsvarer godt med følgende uttalelse fra en av informantene:

*”Det er viktig at pasienten kan påvirke det han har muligheter til. Vi har jo stort sett tatt fra dem alt som er, integritet og påvirkningsmulighet over eget liv. Så det er klart at hvis pasienten kan ønske eller foreslår noe, og det er mulig gjennomføre, så gjør vi jo det. Det er en seier det!”.*

I følge Carroll (2004) ønsker pasientene å ha mer kontroll over sin situasjon. Tap av kontroll fører til at pasientene ikke får tilfredsstilt sine behov, og de opplever en følelse av avhengighet og umenneskeliggjøring.

Jeg ser det også slik at medvirkning er en måte å oppleve kontroll over egne ressurser, og at dette således er en del av OAS komponenten ”håndterbarhet”. Når andre bestemmer alt for oss – når de bestemmer oppgavene, formulerer reglene og oppnår resultatene – og vi selv ikke har noe å si, da reduseres vi til et objekt (Antonovsky, 2000).

Selv om informantene sier de tilstreber medvirkning, er det flere som påpeker at dette ikke er så lett i praksis. Pasientenes hverdag styres i større eller mindre grad av sykepleiernes ”timeplan”. En sa at: *”Jeg tror nok at vi i stor grad planlegger dagen, og den planleggingen er pasienten prisgitt på en måte, i hvert fall i noen grad”*. Det kan også oppleves tungvint å spørre pasienten. En annen sa om dette: *”(...) ofte tar vi kluten, vasker pasienten og så er vi ferdige med det. Det går veldig mye kjappere”*.

Noen informanter nevner at de lager "dagsplaner" for pasientene. Dette er oversikter over når ting skal skje. Hensikten er å lage en arbeidsplan for sykepleierne samtidig som det gir en viss grad av forutsigbarhet for pasientene. Der slike dagsplaner benyttes, innlemmes pasientene underveis og man spør om det som skal skje høres greit ut. En beskrev dette slik: *"Mange ganger lager vi en dagsplan, fordi vi har faste tider når ting skal skje. Det informerer vi om. Ofte må den justeres i løpet av dagen, da spør vi nok helst etter at vi har sett at det ikke fungerer"*.

Informantene er videre opptatt av at de er forskjellige, og at det er mange måter å gjøre ting på. De fleste prøver likevel å la pasientene medvirke i den grad de har tid og ressurser til det i avdelingen. Tilgjengelig tid er den faktoren som nevnes oftest som avgjørende for hvor mye pasienten får medvirke. En sa: *"Jo mer stressende dag, desto mindre spør jeg. For spør jeg pasientene, og jeg ikke har tid, da blir det bare feil. Da er det litt lett for at jeg overkjører dem"*. En del informanter tror at pasientene gjerne kunne tenke seg å delta i større grad i egen omsorg og behandling.

Flere påstår at de prøver å samarbeide med pasientene, og lar de få prøve seg inntil de merker at pasientene er slitne, eller ikke klarer det så bra. En sa: *"Kan de holde tannbørsten, så får de prøve å pusse tennene. (...) og dersom de kan holde en klut får de prøve å vaske hendene, men vi kan sikkert bli flinkere"*. Det nevnes i denne forbindelse at de tar veldig mange avgjørelser på vegne av pasientene uten nødvendigvis å spørre om de vil eller ikke. Som et eksempel fortalte en informant: *"Av og til må vi være paternalistiske. For å komme videre i systemet, må de ofte presses litt. Men da må vi kompensere, og gi dem valg i forhold til noe annet igjen, slik at de har en viss grad av mestring"*.

Etter min mening kan dagsplaner ha positive sider ved at struktur og forutsigbarhet er viktige elementer for trygghetsfølelsen til pasienten i en ellers vanskelig tilværelse. På den annen side, er det nok fare for at pasienten kan ha liten reell mulighet til å påvirke innholdet. Denne mulige negative siden må imidlertid avveies i forhold til at pasienter i ulik grad vil være i stand til å ivareta sin rett til medvirkning. For pasienter som er i stand til dette, bør det være et mål å innlemme pasienten i dagsplanen så tidlig som mulig. Det er uansett også slik at alle mennesker setter pris på å bli forespurt om noe er greit, selv om det reelt sett ikke er alternativer tilgjengelig.

Avslutningsvis hevder flere at dette med medvirkning kan gjøres bedre, selv i en hektisk hverdag. Som en informant sa: *"En må gi og ta litt begge to hvis pasienten er så våken at han har innspill"*.

I følge Carroll (2007) er de som jobber med rehabilitering utdannet til å assistere pasientene til å gjenvinne et maksimalt funksjonsnivå, samtidig som de skal minimalisere handikap så mye som mulig, eksempelvis nedsatt kommunikasjonsevne. Teoretisk sett skal et rehabiliterende miljø myndiggjøre pasientene. Resultatene i hennes studie viste imidlertid at pasientene likevel opplevde sin ikke-verbale tilstand som stressende, til tross for at de var i et slikt rehabiliterende miljø. Pasientene mente at de burde få mer tid, mulighet og hjelpemidler til å formidle seg.

I følge Vik (2007) er det overordnede målet med myndiggjøring å sette den hjelpetrevende bedre i stand til å hjelpe seg selv. En får makt, gir bort makt eller deler makt. Han nevner individuell myndiggjøring som en opplevelse av personlig følelse av økt makt eller kontroll, uten en reell endring av strukturen rundt individet. Brukermedvirkning er et relevant begrep i denne forbindelse, fordi det skal stimulere pasienten til å ta personlig ansvar for problemløsning, og til å gjøre en aktiv innsats for å forbedre sin egen situasjon. Det kan ha en motivasjonsskapende og aktiviserende effekt som igjen kan bidra til mer bevisstgjøring og frigjøring av krefter.

Etter min mening kan våkne respiratorpasienter i stor grad dra nytte av en slik tilnærings- og arbeidsmåte i rehabiliteringen, som gjerne er både fysisk og psykisk utmattende.

### **5.3.6 Kompetanseutvikling hos sykepleierne**

Alle informantene opplever at de greier seg bra i jobben, men de mener også at intensivyrket er krevende hvor det hele tiden er noe nytt å lære. Denne oppfatningen understrekes særlig av de som har lang erfaring ved at de fremhever at de ikke føler seg utlært. En sa om dette: *"Hadde jeg trodd jeg kunne alt, da hadde jeg sluttet"*.

En fremtredende forskjell mellom de to avdelingene er i hvilken grad informantene trekker frem ledelsen ved avdelingen som viktig for den jobben de gjør. Mens informantene ved avdeling B omtaler ledelsen ofte, og på en svært positiv måte, nevnes ledelsen i liten grad av informantene ved avdeling A. En sa følgende: *"Det har skjedd veldig mange ting med*



*avdelingen vår etter at vi ble helseforetak, som ikke nødvendigvis er positivt (...). Og ikke når det gjelder fagutvikling. Vi har nesten ikke kursmidler”.*

Informantene fra avdeling B nevner særlig at ledelsen har fokus på PAS og langtidsligge, og at de er positivt innstilt til å bidra med ekstra ressurser hvis det skulle være behov for det i den direkte pasientomsorgen, for eksempel ved å hente inn ekstra personale. En informant sa: *”Det er viktig fra ledelsen sin side, selv i disse innsparingstider, å være klare på hvor mange vi må ha på vakt for at det skal gå rundt på en fornuftig måte. Det er kanskje det viktigste tror jeg. At ledelsen tørr å bemanne opp. Det er det dyreste vi driver med”.*

Noen nevner imidlertid at det strammes inn økonomisk også på dette området, og at det tidligere var lettere å få aksept for å ta inn vikarer som bemanningshjelp i arbeidskrevende perioder.

Videre nevnes det som viktig at ledelsen legger til rett for kunnskaps- og kompetanseoppbygging, eksempelvis i form av kurs, klinisk stige<sup>11</sup> og annen høyere utdanning. Av de informantene som jobber ved denne avdelingen, er to kliniske spesialister, en er i løp og en har ikke begynt. En informant sa: *”Det er et pluss at folk har mulighet til å hente og søke kunnskap, og at man får studiefri til å kunne grave seg ned i spesielle interessefelt”.* Av en annen nevnes det at ledelsen legger frem en liste over aktuelle kurs, når de ansatte setter opp turnusen sin, og la til litt spøkefullt at: *”Og da kan vi legge inn så mye kurs vi vil i den perioden, men det er jo ikke sikkert vi får godkjent alt da”.* Det legges også tilrette for fri innenfor rimelighetens grenser. Videre nevnes det også som positivt at de har fleksiturnus, der de har mulighet til å jobbe mye i perioder, hvor overtiden avspaseres senere. Flere nevner at det er en lav terskel for å gi innspill til ledelsen, og at deres innspill også blir lyttet til. Det er videre en positiv stemning på avdelingen, med mye latter og humor. En informant sa: *”Dette er den beste avdelingen, når det gjelder arbeidsmiljø, som jeg har jobbet ved”.*

---

<sup>11</sup> Klinisk stige er et kompetanseprogram som går over fem år, som skal bidra til systematisk faglig utvikling og kompetanseoppbygging i direkte pasientarbeid i sykehus. Det endelige målet er å bli klinisk spesialist (Rikshospitalet, senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning).

Informantene anser seg som heldige, men det påpekes at satsningen på personalet er en avdelingspolitikk, og ikke nødvendigvis en sykehuspolitikk. Personalpolitikken oppleves å ha positive virkninger for rekruttering, for å beholde erfarne sykepleiere og ikke minst for å forbedre praksis.

Informantene på avdeling A har en mer nøktern fremstilling av kurstilbudet. En sa: *"Fagutvikling og kursing er et gode, som det er for lite av"*. Informanten uttalte videre at: *"Man har lett for å gå i mønster, og ting blir gjerne litt standardisert. Det å få delta på kurs ville kunne forhindre en slik utvikling, og kanskje resultere i "friskere" ansatte med nye ideer og visjoner"*. Flere informanter ved denne avdelingen fremhever at det er viktig å ta personlig initiativ og være en pådriver i avdelingen. I perioder hvor det er stille, har de en del tid til egenstudier, selv om dette ikke er organisert. Ikke alle sykepleiere utnytter den tiden like godt. Avdelingen har en intensivgruppe som arbeider med fagutvikling, men tidsbruken må i hovedsak skje på fritiden. Gruppen består også av svært forskjellige personer, som har ulike prioriteringer og interesser. Det er derfor varierende oppslutning.

Begge avdelingene har undervisningssykepleiere som legger til rette og organiserer det praktiske rundt internundervisning og lignende. Det er også satt av tid til faglig utvikling. Avdeling B har "faglig minutt" som varer i underkant av en halvtime, to ganger i uken. De ansatte må på rundgang ta for seg et valgfritt tema, eksempelvis referat fra et kurs, temaer fra utdanningen til å bli klinisk spesialist, nye behandlingsformer, nye medisiner og pasientcaseoppgaver. Disse halvtimene benyttes også av ledelsen, undervisningssykepleier, hygiesykepleier eller medisinskteknisk ansvarlig til å gi praktisk informasjon, samt å redegjøre for prosedyrer og nytt utstyr.

Ved avdeling A har de pasientmøter hver dag som varer ca. ett kvarter. Disse møtene brukes i hovedsak til å gi praktisk informasjon. De har også avdelingsmøte annenhver uke som følger en undervisningsplan. Ved begge avdelingene er flere av informantene opptatt av at fagutviklingstilbudet internt på avdelingen for ofte blir av praktisk eller teknisk art, og at en burde bli flinkere til å initiere og ta opp sykepleierrelaterte tema selv. En bemerket litt sarkastisk i forhold til dette: *"Det blir veldig mye i forhold til teknisk utstyr og patofysiologi, og da gjerne hjerte, hjerte, hjerte"*.

Kompetanseutvikling er nødvendig for å opprettholde høy faglig standard, som er en forutsetning for at pasienten og pårørende skal ha tillit til sykepleierne.

Når det gjelder ulikhetene ved de to avdelingene i forhold til hvordan dette praktiseres, tror jeg nok at avdeling B som del av et universitetssykehus er prioritert ressursmessig, og at forskjellene ikke kun skriver seg fra annerledes prioritering av avdelingsledelse. Når en av informantene likevel nevner at det dreier seg om avdelingspolitikk, og ikke nødvendigvis sykehuspolitikk, samtidig som flere trekker frem at det er mye humor og godt miljø ved avdelingen, taler dette likevel i retning av at avdeling B har funnet en særlig vellykket modell for organiseringen av arbeidet på avdelingen. Jeg ser ikke bort fra at dette kan fungere som en økt mestringsressurs for sykepleierne, og at dette reflekteres i pasientomsorgen.

## 5.4 Meningsfullhet

### 5.4.1 Innledning

Sykdommer og skader som leder til opphold på en intensivavdeling er stressende livsbegivenheter som det for de fleste, også de med sterk OAS, er vanskelig å finne mening i. Meningsfullhet vil, når slike ting skjer, forutsette at pasienten evner å sette hendelsen i en større sammenheng, som gjør at han likevel har motivasjon til å gjøre det beste ut av situasjonen. En informant uttrykte det slik: *”I starten tror jeg nok ikke det virker spesielt meningsfylt for pasientene, men etter hvert som de skjønner hvorfor de havnet her, at de er her for å bli bedre, og at målet er å komme ut her fra, vil de kanskje oppleve det mer meningsfylt”*.

### 5.4.2 Å vekke livsgnisten

Til spørsmålet om hva en informant la i uttrykket ”mening for pasienten” i intensivsammenheng, svarte vedkommende følgende:

*”Dette er et kjempe spennende område, og der har vi en viktig rolle å spille. Enten det er en pasient som kommer til å bli helt frisk, eller det er en pasient som kommer til å få varige mén, eller det er en pasient som skal dø, så har vi ansvar for å gi tiden på intensivavdelingen en mening. Det kan eksempelvis være å gjøre dagen ”allright” for pasienten, at dagen skal være smertefri, eller at natten skal være slik at han får mulighet til å sove fire timer sammenhengende. Det vil selvfølgelig variere avhengig av i hvilken fase og hvilken intensivpasient det er vi snakker om,*

*men mening for meg er å hjelpe til slik at de små tingene får en mening. Jeg har ikke fokus kun på de store eksistensielle spørsmålene”.*

For å gjøre tilværelsen på avdelingen mindre belastende, er det flere som fremhever at de prøver å gjøre det så koselig og familiært som mulig rundt pasientene. Selv om miljøet i utgangspunktet fremstår sterilt og teknologisk, kan dette mykes opp ved å henge opp bilder av familiemedlemmer, tegninger fra barnebarn, kort fra venner m.m. En informant påpekte likevel at: *”Selv med disse forsøkene på å gjøre det privat rundt pasienten, vil det alltid være en utfordring å være her. Livet her vil jo alltid være en del av mitt dagligliv, men aldri av pasienten sitt dagligliv. Det er en utfordring for oss sykepleiere å få det til å bli et levelig liv”.*

Det fremkommer flere eksempler på pasientsituasjoner, hvor informantene selv eller andre sykepleiere har bidratt til at pasienter opplevde noe meningsfullt i tilværelsen. Eksempelvis ble det nevnt en våken respiratorpasient som satt oppe i stol med sitt strikkesøy. Flere av informantene nevner også at de gjerne tar med pasientene ut i friluft, mens de enda er tilkoblet respirator. Det nevnes i denne forbindelse at siden pasientene ligger store deler av dagen i sengen og ser i taket, er det fint at de av og til kan få andre impulser, som for eksempel å kjenne frisk luft og sol i ansiktet. Dette fremheves spesielt som viktig for langtidsliggerne. En bemerkning til dette var at: *”Pasientene blir jo utslitt etterpå, men de blir som nye mennesker”.*

Flere av informantene sier de er opptatt av å finne spesielle behov og interesser hos pasientene. Dette for å bidra til at de skal ha det bra ved avdelingen. En omtaler dette ved å si: *”Det er en like stor del av jobben det som å gjøre det daglige stellet”.* Hun påpekte videre at hvis det er noe som er viktig for pasientene, blir dette prioritert gjennomført. Flere nevner at de i noe grad bruker musikk, radio og tv hvis pasienten orker det. En hevder at slike tiltak koster lite å iverksette, likevel fremkommer det at dette ikke er aspekter vedkommende er veldig oppmerksom på. Den samme informanten avslutter med følgende uttalelse: *”Jeg tror egentlig ikke vi er så innovative på dette feltet”.* Også andre informanter hevder at det å skape mening for pasientene ikke er noe de er veldig oppmerksomme på, eller prioriterer. En sa at: *”Min erfaring er at vi ikke er særlig flinke til å tenke på ting som kan være viktig for pasienten, bortsett fra familien da som vi er flinke til å dra inn som støtte”.*

I følge (Hawley & Jensen, 2007) er det viktig å oppmuntre og tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter, som for eksempel bursdagsfeiring, og hvis det er passende, ulike hellige eller religiøse ritualer. Ved å være åpen for slike aktiviteter, som kan opprettholde kontakt med den familiære verden, samt viktige og støttende andre, kan intensivsykepleieren hjelpe pasienten å opprettholde eller finne mening med oppholdet.

Noen nevnte også at de av og til får informasjon fra pasienter og pårørende som oppleves som et "halmstrå" som de kan spille på for å understøtte pasientens egne ressurser, og gi ham motivasjon under oppholdet.

Informantene gir også uttrykk for at de som er rundt pasientene har en viktig funksjon i forhold til å vekke livsgnisten hos pasientene hvis det trengs, og at sykepleierne i slike situasjoner kanskje bør strekke litt på reglene, og la pasientene få oppleve noe positivt. En informant nevnte ett eksempel om en ung pasient som, etter sterkt ønske, fikk besøk av hunden sin, som ble ført inn på intensivavdelingen og opp i sengen ved flere anledninger, før vedkommende døde. Hun sa videre: *"Vi prøver å gjøre slike ting, for det betyr så mye for pasientene. For denne pasienten var det stort"*. Som en tilleggs kommentar sa hun:

*"Jeg var klar over at vi sannsynligvis brøt alle hygieniske regler på sykehuset, men det må man kanskje tåle av og til hvis det kan vekke livsgnisten igjen hos pasientene. Vi bør kanskje være flinkere til å tenke alternativt, og spørre pårørende hva denne personen var opptatt av før han ble syk"*.

Informanten som tidligere nevnte pasienten som satt oppe og strikket, mente at vedkommende opplevde respiratorbehandlingen meningsfull. Dette fordi hun veldig sliten på grunn av langvarige pusteproblemer, og at det var en lettelse for henne å få hjelp. Informanten påpekte at pasienten også taklet respiratorbehandlingen bra, fordi hun var positiv og utadvent. Videre ble KOLS pasienter nevnt som eksempel på andre som kan oppleve respiratorbehandling meningsfylt. Flere informanter påpeker at det er et stort fortrinn å være forberedt, fremfor å havne akutt eller mot sin vilje på respirator. En sa: *"Jeg synes det er veldig mange som takler å "ligge på respirator". Det er helt ufattelig"*.

Flere nevner imidlertid at mange av de dårligste pasientene kan ha vanskelig for å se oppholdet som meningsfylt, eller å se for seg en meningsfylt fremtid. Flere nevner i denne

forbindelse at det også er viktig å gi rom for håpløshet. En sa følgende: *"Da er det viktig å kjenne pasienten, at en har noe å snakke om, og kanskje lage små målsetninger og lignende"*.

I følge (Hawley & Jensen, 2007) er det å oppleve en mening og en hensikt med livet viktig. Hvis pasientene derimot opplever håpløshet, kan de bli passive, tilbaketrukne, slutte å kjempe, spesielt hvis de føler at livet deres er lite verdt og fremtiden usikker. Sykepleieren kan gjennom slike handlinger nevnt ovenfor gjøre en forskjell. Dette ved å gjøre det som er ulevelige så levelig som mulig, og ved å fremme normalitet og skape håp.

Sykepleieren kan også hjelpe pasientene å finne mening ved for eksempel å gjenopprette pasientens kontakt med sin egen kropp. Dette ved å legge til rette for ulike aktiviteter som for eksempel; å komme seg ut av sengen, sitte oppe i stol, gå noen skritt, eller ved å la de prøve å gjennomføre enkle oppgaver. Dette kan bidra til å bedre pasientens fysiske styrke, utholdenhet og smidighet, og det kan ha en positiv effekt på pasientens selvtillit og vitalitet. Videre hevdes det at dette kan gi en form for stolthet, eller opplevelse av å prestere noe, som kan være en sterk motivator for pasienten i opptreningen. I studien til Hawley og Jensen fremkommer det også at det er viktig å fjerne teknologien når den er overflødig, samt sette realistiske mål som kan bidra til at pasienten opplever smaken av suksess.

Sykepleierne må minne pasienten på at det er viktige ting i livet det er meningsfullt å sikte mot, og som det er verdt å leve for. For pasienter som det ikke er noe håp for, ingen helbredelse eller kur, så kan omsorg fra familie og sykepleiere, samt palliativ behandling bety mye (ibid.).

Mange av informantene mener at det å kunne yte helhetlig omsorg til pasientene kommer gradvis, gjerne etter flere år i praksis. Det fremkommer at en først må bli trygg på det medisinske tekniske apparaturet. En informant sa: *"Nå kan jeg maskinene, og ser at det bare er et hjelpemiddel"*. Flere betegner denne prosessen med å bli trygg som en "glidende overgang", og at ulike faktorer som videreutdanning, kurs, kontinuitet, gode rollemodeller og lignende er viktig. Det nevnes også at det må være rom for å kunne spørre om hjelp når en skulle trenge det. Når tryggheten er på plass, er det flere som mener at det er lettere å "se" pasienten i den overveldende massen av maskiner. En sa: *"Det tok lang tid før jeg*

*klarte å ta på alvor den pasienten som lå der*". Jo mer automatisert de praktiske tingene er, jo større mulighet har en sykepleier til å ta utgangspunkt i pasientens opplevelser.

I følge Antonovsky er meningsfullhet den viktigste komponenten for opplevelse av sammenheng. Siden noen av informantene trekker frem at dette er et område hvor man kanskje kunne gjort mer for pasienten, er det kanskje forbedringspotensiale på dette området.

### **5.4.3 Humor virker!**

Informanter fra begge avdelingene nevner at bruk av humor er viktig for å avdramatisere og ufarliggjøre situasjonen, men også for å prøve å la pasienten tenke på noe annet enn alvorret i situasjonen. Det brukes i utgangspunktet en uskyldig form for humor, likevel ser de an pasientene litt først, slik at de vet om de kan spøke med vedkommende eller ikke. En av informantene ga følgende eksempel: *"Hvis pasienten ligger halvnaken under dynen, så kan jeg si at (det er mange menn på avdelingen og du kan ikke ligge her med rumpen bar). Det blir gjerne slike enkle kommentarer, men oftest synes de det er litt morsomt da. Det er sjelden vi får noen negative tilbakemeldinger"*.

Ved avdeling B er det flere som nevner at de har en spøkefull tone på jobb, dette mellom kollegene, men også overfor pasientene. De har fått tilbakemelding fra pasienter og pårørende, at spøk og god stemning virker avslappende i en ellers så anstrengende situasjon. En informant kommenterte at: *"Jeg tror humor er veldig bra. Stort sett opplever jeg at pasientene er med på litt humor"*. Noen av informantene fra avdeling A nevner også at de kan spøke med pasientene. En sa om det samme at: *"Jeg pleier å spøke litt for at pasienten skal få fri fra sykdom, prognoser og informasjon, men jeg tilpasser dette ut i fra hvilken situasjonen pasienten er i"*.

Av studien til Hawley & Jensen (2007) fremgår det at bruk av humor kan gi pasientene en sjanse til å distansere seg selv fra skremmende situasjoner som oppleves som en byrde og veier tungt på deres skuldre. Humor gjør at pasientene for en stund kan glemme frykt og byrder, og gi nødvendig hvile til å bygge opp styrken igjen.

Pasientens tilstand, og dermed også følelseslivet deres, går gjerne i bølgedaler. I en norsk undersøkelse av pasienter med alvorlig nyresvikt, ble det bekreftet at humoristisk sans

bidrar til mestring og beskytter mot negative virkninger av sykdomstilknyttede belastninger (Svebak, Kristoffersen, & Aasarød, 2006). De viser også til at det er vel anerkjent i de fleste kulturer at humoristisk sans hjelper mennesker å holde seg friske og bli gamle.

Flere av informantene fremhever at det er en fordel for pasientene om de er utstyrt med et lyst sinn og godt humør. Det å ikke se svart på enhver situasjon er et stort fortrinn. En informant sa i denne sammenheng: *"Personlighet spiller også en viktig rolle. Enkelte pasienter gir opp veldig lett. Andre derimot tenker at dette ikke skal ta knekken på dem"*.

Han uttrykte med dette også mye av kjernen i salutogenese.



## 6 Oppsummerende betraktninger

### 6.1 Innledning

Etter læren om salutogenese vil reaksjon på motgang og sykdom være individuell og avhengig av tidligere erfaringer (barndom og oppvekst). Disse danner grunnlaget for den enkeltes motstandsressurser og grunnholdning. Dette vil gjelde fra alminnelige lidelser, som for eksempel ryggsmarter, til alvorlig sykdom og skader der pasienten blir innlagt på intensivavdeling, og hvor livet står på spill. Noen pasienter vil være passive og tilbakeholdne med å bidra selv, mens andre utviser aktivitet der de kan, og prøver å opprettholde flest mulig av dagliglivets funksjoner (Walseth & Malterud, 2004).

Selv om en voksen persons grunnholdning og opplevelse av sammenheng i tilværelsen er stabil, vil kritisk sykdom eller et alvorlig traume som gir grunnlag for innleggelse på en intensivavdeling, i hvert fall på kort sikt, ha en negativ innvirkning på personens opplevelse av sammenheng (OAS).

Med utgangspunkt i læren om salutogenese, kan et teoretisk utgangspunkt for sykepleieomsorgen av intensivpasienter derfor være; for det første å stimulere eller tilrettelegge for at pasienten selv bruker sine motstandsressurser som virkemiddel til å mestre begivenheten som har rammet ham (hjelp til selvhjelp), og for det andre ved mer direkte å rette fokus mot de faktorene som negativt innvirker på pasientens OAS (stressfaktorene). Jeg tenker da særlig på de faktorene som har relasjon til traumet/sykdommen eller behandlingen, da disse naturlig vil falle innenfor helsepersonellens kompetanse- og kontrollsfære. En kan se dette som å yte omsorg fra to forskjellige ender, som begge leder inn til samme mål – å oppnå en bedret OAS.

Selv om jeg her har skilt mellom motstandsressursene og OAS, er det viktig å være oppmerksom på at relasjonen mellom de to, er det Langeland (2007) beskriver som en feedback-løkke mekanisme. Med dette mener hun at selv om motstandsressursene gir forutsetninger for en bedret OAS, så vil en sterk OAS gjøre det mulig å mobilisere og

nyttiggjøre seg tilgjengelige ressurser. Tiltak som understøtter det ene, vil derfor også kunne ha en kumulativ effekt for det andre.

I Sullivan (1989) er det uttalt at sykepleiere som benytter salutogenese som en plattform i sitt arbeid ikke vil opptre vesentlig annerledes enn andre sykepleiere. Forskjellen vil ligge i at en sykepleier som både har en patogenetisk og salutogenetisk tilnærming, vil anse det sykepleiefaglige ansvarsområdet til også å inkludere et fokus på den enkelte pasients motstandsressurser, samt en forståelse av at opplevelse av sammenheng er en viktig helsefremmende faktor. Sykepleieren vil også legge til grunn at regulære tiltak for å motvirke patogene faktorer, bare er en delvis løsning i omsorgen for pasienten.

Som det også fremgår av funn og drøftingskapittelet, er mye av den sykepleieomsorgen som gis, i tråd med hva som hevdes er viktig i teori om salutogenese, kommunikasjon og tillit. Med henblikk på likevel å fremheve noen områder jeg tror det kan være interessant å forske nærmere på, eller som kan danne grunnlag for diskusjoner blant helsepersonell, vil jeg nedenfor redegjøre for noen av de funn jeg mener kan gi størst grunnlag for videre refleksjoner opp mot slik teori, og gi mine vurderinger av disse.

## **6.2 Hjelp til selvhjelp**

### **6.2.1 Hva benytter sykepleierne kunnskap om pasienten til?**

I min studie mente alle informantene at det er viktig å bli kjent med pasientene, selv om det syntes å være betydelige ulikheter i forhold til hvor mye tid de bruker på kartlegging av pasientens ønsker, interesser og ståsted. Flere nevnte likefullt at det er viktig å vite noe om hvordan pasienten har fungert før han ble lagt inn på intensivavdelingen. Informantene opplyste at de da kunne stille seg slike spørsmål: Er dette en personen som er vant til å takle alt, eller er det en som er mer forsiktig og lar andre ta avgjørelser, hva er hans sterke og svake sider, psykisk status, samt erfaring med kriser tidligere.

Svarene på disse spørsmålene kan si mye om en persons motstandsressurser og OAS, og således kunne gi grunnlag for tiltak knyttet til både det jeg kaller ”hjelp til selvhjelp” og ”stressfaktorene”.

Det er mitt inntrykk av informantene at informasjonen som dette gir, hovedsakelig blir benyttet til å forbedre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten samt hans pårørende. Dette kan være positivt i seg selv for pasientens OAS, ved eksempelvis å gjøre situasjonen mer forståelig for pasienten og tilrettelegge for medvirkning mv. Det vil også kunne være viktig for å bygge nødvendig tillit til behandlingsapparatet, noe som er særlig viktig med tanke på pasientens kritiske situasjon.

Jeg fant i mindre grad at man gjør praktiske forskjeller i omsorgen for en pasient som eksempelvis gir inntrykket av å ha god mestringsevne, i forhold til en som gir det motsatte inntrykket. Det var også flere av informantene som understreket at de behandlet pasientene likt. Jeg forsto det slik at dette var begrunnet i en forståelse av at alle pasienter uavhengig av bakgrunn skulle få lik standard på omsorg, men at det også skyldtes at man praktisk sett ikke hadde tid og ressurser til å gjennomføre nevneverdige forskjeller i omsorgen for pasientene.

Med et salutogenetisk perspektiv, hvor pasientens forutsetninger settes i sentrum, vil en slik likhetspraksis neppe være godt egnet til å ivareta alle aspekter av den enkelte pasients omsorgsbehov. Et eksempel vil være i relasjon til opplevelse av meningsfullhet, som Antonovsky mente var den viktigste komponenten i OAS. Hva som er meningsfylt for én pasient trenger ikke være det for en annen. I min studie var det flere eksempler på at informantene hadde iverksatt individuelle tiltak for å gi en pasient meningsfulle øyeblikk, men det var også flere andre informanter som mente at de ikke var særlig flinke til å tenke på ting som er viktige for pasienten.

Slik jeg ser det, kan en for lite individualisert tilnærming til pasienten også tenkes å ha negative virkninger for pasientens mulighet til medvirkning. Av pasientrettighetsloven § 3-1 fremkommer det at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes *evne* til å gi og motta informasjon. Dette kan ikke tolkes så snevert som at det er den rene medisinske tilstand som definerer "evnen" til pasienten. Jeg oppfattet informantene slik at de er opptatt av retten til medvirkning, og de tilrettelegger for dette på ulike måter. Jeg synes likevel det var interessant at flere informanter nevnte at tidspress er en avgjørende faktor for hvor stor grad pasienten får anledning til å medvirke, og at noen også mente at pasientene gjerne kunne tenke seg å delta i større grad i egen omsorg og behandling på intensivavdelingen, enn det de fikk anledning til.

Informantenes utsagn illustrerer imidlertid at en rendyrket salutogenetisk tilnærming ikke er uproblematisk i forhold til et utgangspunkt om å gi pasientene lik standard på omsorg. Det er også en teoretisk modell, og i praksis vil det nok være betydelige utfordringer for helsepersonellet på en intensivavdeling å ha klare oppfatninger om forskjeller i individuelle forutsetninger, ikke minst fordi formidlingsevnen til pasienten kan være svært redusert. I motsetning til patogene faktorer, vil vurderingen av motstandsressursene også være utpreget subjektiv, og således i stor grad være avhengig av de øyne som ser. På den annen side kan det argumenteres med at siden psykologiske behov også er del av pasientens helse, så vil i hvert fall dette som et utgangspunkt, gi grunnlag for å gjøre forskjeller både i forhold til tilnærming og tiltak.

Det kan tenkes at etter hvert som salutogenese får større utbredelse innen allmennmedisin og forebyggende helsearbeid, så vil informasjon om noen relevante faktorer kunne fanges opp og registreres av for eksempel fastlege, og at dette blir en del av pasientens journal som også kan nyttiggjøres av intensivavdelinger på sykehus. Et interessant spørsmål i denne sammenheng, vil i så fall være hvor langt helsepersonell skal gå i å registrere opplysninger om pasientens mestringsressurser og grunnholdning. For det første kan slike opplysninger oppfattes som stigmatiserende, og for det andre vil det nok også rent praktisk oppleves som svært vanskelig for helsepersonell å ordlegge seg skriftlig om slike forhold, i hvert fall på et tilstrekkelig presist nivå.

Læren om salutogenese, som i utgangspunktet er en forklaringsmodell for hvorfor noen mennesker takler sykdom og belastninger bedre enn andre, er derfor ikke nødvendigvis enkel å omsette i klinisk praksis som en behandlingsmodell for å understøtte eller stimulere pasientens egne mestringsressurser.

### **6.2.2 Aktiv bruk av pårørende**

Av mestringsressursene som ikke direkte kontrolleres av personen selv, er det likevel ikke tvil om at sykepleierne er bevisst kanskje den viktigste av disse, ved siden av helsepersonellet selv, nemlig pårørende. Som en uttrykte det:

*”Når det gjelder ressurser utenfra, så tenker jeg primært pårørende. Det er mulig at man kan tenke seg situasjoner hvor man kan spille på pasientens egne ressurser,*

*tidligere sykehus, sykdomserfaring eller lignende, men primært så dreier det seg om pårørende tror jeg. Det må derfor tas hensyn til at pårørende er en del av pasientens psykosomatiske bilde”.*

Mitt inntrykk etter studien er at sykepleierne også i praksis tilrettelegger for utstrakt kontakt med pårørende, og at det er få restriksjoner i forhold til dette. Informantene ga uttrykk for at pårørende er en viktig kilde til informasjon om pasienten, samtidig som de ofte forstår pasienten bedre enn sykepleierne. Videre at de er et viktig element i å la pasienten få ta del i sitt ordinære liv, også på intensivavdelingen. De ga også uttrykk for at det er viktig å ta hensyn til at pårørende, vanligvis er det eneste kjente pasienten kan forholde seg til i tilværelsen på intensivavdelingen, med fremmede sykepleiere, og ukjent utstyr tilkoblet kroppen.

## **6.3 Stressfaktorene**

### **6.3.1 Organisatoriske løsninger for å skape kontinuitet**

Hensynet til å bevare stabilitet og kjente rammer for pasienten, gir seg utslag i at sykepleierne prøver å tilrettelegge for at pasienten har et fast personale rundt seg. Dette er i tråd med Moesmand og Kjøllesdal (), som anbefaler kontinuitet i sykepleien ved at et begrenset antall personale følger opp pasienten og hans pårørende. For å bli møtt som en person, er pasienten og pårørende avhengig av at helsepersonell kjenner til dem og deres situasjon, og at det utvikles et tillitsforhold som følges opp. Pasientens opplevelse av at noen kjenner ham, kan øke hans følelse av sikkerhet og velvære.

Ved siden av den trygghetsvirkningen slik kontinuitet har for pasienten, vil det etter min mening også bidra til at sykepleieren får bedre tid til å avdekke pasientens ressurser og behov, samtidig som kunnskapen samles på færre hoder. Dette kan gi grunnlag for mer helhetlig omsorg.

I denne studien hadde avdeling B organisert pasientomsorgen etter prinsippet om pasientansvarlig sykepleier (PAS). Avdeling A hadde ikke noe organisert system i forhold til dette, men informantene mente at de likevel prøvde å skape kontinuitet så langt det lot seg gjøre.

Det er vanskelig å vite om det i praksis er forskjeller mellom avdelingene når det gjelder kontinuitet. Generelt tror jeg likevel at fokuset på kontinuitet og kunnskapsdeling vil være større der fordelingen av ansvaret for pasienten er formalisert, for eksempel gjennom PAS. Slike ordninger kan også ha en tillitsfremmende virkning overfor pasient og pårørende. Konkret når det gjelder PAS, vil både innholdet og formålet være lett forståelig, og i den innledende kontakten med avdelingen vil dette kunne være et viktig element for å bygge nødvendig tillit til behandlingsapparatet.

### **6.3.2 Bruker sykepleierne de best egnede kommunikasjonsmetodene?**

Slik jeg tolket informantene, hadde de fleste kjennskap til de vanligste kommunikasjonsmetodene, som for eksempel ulike spørsmålsstillinger og bruk av pekeplater. I tillegg var det god kunnskap om bruk av talekanyle. Bruken av de ulike kommunikasjonsmetodene syntes likevel å være veldig personavhengig, og ikke nødvendigvis bare knyttet til pasientens tilstand. Informantene ga heller ikke inntrykk av at bruken av ulike metoder er gjenstand for særlig diskusjon på avdelingen.

Jeg synes dette er litt overraskende, siden kommunikasjonsmetodene er verktøyet sykepleierne benytter for å oppnå kontakt med pasienten og avhjelpe hans formidlingsvansker. Når det gjelder talekanyle spesielt, som kan være et svært godt egnet hjelpemiddel, fikk jeg også inntrykk av at dette, i hvert fall av noen informanter, ikke brukes så ofte som det medisinsk sett er grunnlag for. Mulighetene for bruk av talekanyle er økt som følge av at pasientene i dag er mer våkne, og et spørsmål kan være om praksis er blitt oppdatert tilstrekkelig som følge av denne utviklingen.

### **6.3.3 Er kvaliteten på informasjonen til pasienten god nok?**

I Carroll (2004) fremkommer det at våkne ikke-verbale respiratorpasienter er misfornøyde med den informasjonen de får på intensivavdelingen. De vil gjerne ha mer detaljert informasjon, og mener at det er bedre å få negativ informasjon, enn ingen informasjon.

Det samlede inntrykket jeg sitter igjen med, er at informantene gir mye informasjon til pasientene. Sammenholdt med forskningen som er gjengitt av Carroll, kan en forklaring muligens være at det er mer kvalitet enn kvantitet som er problemet, eventuelt måten informasjonen formidles på. Jeg viser i denne sammenheng til at flere av sykepleierne

trekker frem at i hvert fall deler av informasjonen som gis kan være standardisert og begrenset, og at det nok også er en fare for at informasjonen oppfattes som upersonlig.

Fra et salutogenetisk perspektiv, kan det også være slik at pasienter med i utgangspunktet sterk OAS har vanskeligheter, som følge av respiratorbehandlingen, med å formidle sine ønsker når det gjelder informasjon. Sykepleierens vurdering av hvilken informasjon som gis kan derfor bli for forsiktig og standardisert i forhold til slike pasienter, som vil oppleve at de får for lite relevant informasjon. En negativ konsekvens av å få for lite eller for forsiktig informasjon kan også være at pasienten opplever det som at det holdes tilbake informasjon, noe som kan kompromittere tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. I henhold til Ekeland (2007) er dette noe som kan være svært uheldig for pasientens mestringsevne.

#### **6.3.4 Lite bruk av ettersamtaler og dagbok**

Forskning viser at ettersamtaler og pasientdagbok oppleves som verdifullt for pasientene og pårørende (Engström, 2008), og at det har en positiv virkning i forhold til å redusere risikoen for psykiske plager, herunder PTSD, i tiden etter oppholdet på intensivavdelingen (Bäckman & Walter, 2001; Storli, 2007). Storli viser til at selv ti år etter, så strever mange pasienter med å forstå kaotiske minner og reaksjoner fra tiden på intensiv. Formålet med både ettersamtaler og dagbok, er å hjelpe pasienten til å få frem minner som under samtalen blir til fortellinger fra intensivoppholdet. Med dagboken får pasienten også noen knagger å henge minnene på, slik at disse blir mer håndterlige.

I min studie hadde ingen av informantene erfaring med å gjennomføre organiserte ettersamtaler. Ved begge avdelingene skjer både oppfordringen og besøkene på en uformell og ustrukturert måte. Det er også informantenes inntrykk at det kun er et fåtall av pasientene som benytter seg av et slikt tilbud. Avdeling B er nå i ferd med å prøve ut et systematisert opplegg rundt ettersamtaler.

Når ettersamtaler foregår på en uorganisert måte, tror jeg dette vil innebære økt risiko for at gjensynet med avdelingen ikke blir en god og oppklarende opplevelse. Enkelte pasienter har kanskje helt eller delvis fortrenget tiden på sykehuset, og utsatt det å komme tilbake. Det bør være tilrettelagt slik at pasientene får møte sine "egne" sykepleiere, og fastere

rammer kan være et virkemiddel som kan bidra til at pasientene opplever trygghet i situasjonen.

Informantene ved avdeling A skriver dagbok til intensivpasientene, men de påpeker at det varierer i hvor stor grad dette gjennomføres, og at det avhenger veldig av den enkelte sykepleier. Ved avdeling B skrives det ikke dagbok. De fremhever derimot at de er veldig flinke til å oppfordre pårørende til å skrive dagbok.

Med bakgrunn i nyere forskning om risiko for psykiske plager i etterkant av oppholdet, og de positive virkninger bruk av ettersamtaler og dagbok har, tror jeg det vil kunne være hensiktsmessig å diskutere nærmere om ikke slik bruk burde gjøres til en rutine ved alle intensivavdelinger.

## **6.4 Veien videre**

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, vil ikke sykepleiere som benytter salutogenese som en plattform i sitt arbeid, opptre vesentlig annerledes enn andre sykepleiere. For min egen del har studiet av Antonovskys lære om salutogenese gjort at jeg i større grad enn før har fått øynene opp for viktigheten av å yte individualisert omsorg, og at jeg har fått bedre kjennskap til hvorfor noen pasienter takler sykdom og utfordringer bedre enn andre.

Selv om beskrivelsen av salutogenese fort kan bli meget teoretisk i form, så tror jeg like fullt at de fleste sykepleiere vil synes det er en spennende innfallsvinkel til sykepleieomsorg, og at kunnskap på dette området også vil reflektere seg i merkbare praktiske endringer i utøvelsen av yrket.



## Litteraturhenvisninger

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Axèll, A. G. (2001). *The Intensive care unit syndrome: delirium, patients' perspective and clinical signs*. Lund University, Lund.
- Bäckman, C. G., & Walter, S. M. (2001). Using of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Medicine* (27), 426-429.
- Carroll, S. M. (2004). Nonvocal Ventilated Patients' Perceptions of Being Understood. *Journal of Nursing Research*, 26(1), 85-103.
- Carroll, S. M. (2007). Silent, Slow Lifeworld: The Communication Experience of Nonvocal Ventilated Patients (Publication no. 10.1177/1049732307307334). Retrieved Downwaded from <http://qhr.sagepub.com> at Ebsco Electronic Journals Service (E JS) on October 31.2008, from SAGE:
- Casbolt, S. (2002). Communicating with the ventilated patient – a litterature rewiev. *Nursing in Critical Care*, 7(4).
- Combe, D. (2005). The use of patient diaries in an intensive care unit. *The journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 10 (1 ), 31-34.
- Corrigan, I., Samuelson, K. A. M., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing* 23(4), 206-215.
- Cuthbertson, B., H., Hull, A., Strachan, M., & Scott, J. (2004). Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine*(30), 450-455.
- Dybwik, K. (2000). *Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyer, I. (1995). Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient! Part 1. *Intensive & Critical Care Nursing*, 11(3), 130-139.
- Egerod, I. (2003). *Mechanical ventilator weaning in context of critical care nursing. A descriptive, comparative study of nurses' decisions and interventions related to mechanical ventilator weaning*. Universitetet i København, København.

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. In T.-j. E. o. K. Heggen (Ed.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (pp. 29-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engström, Å. (2008). *A wish to be near: experiences of close relatives within intensive care from the perspective of close relatives, formerly critically ill people and critical care nurses*: Luleå University of technology.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense Of Coherence Scale*. Turku: Åbo Akademis Tryckeri.
- Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 173-181
- forskningsdepartementet, U.-o. (2005). Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie.
- Gadamer, H.-G. (2009). *Sannhet og metode*: Pax.
- Gjengedal, E. (1994). *Understanding a world of critical illness: a phenomenological study of the experiences of respirator patients and their caregivers*. Department of Public Health and Primary Health Care, Division for Nursing Science, University of Bergen, Bergen.
- Gjengedal, E. (2000). *Understanding a world of critical illness*. Pensumtjeneste, Oslo.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life (Publication no. 10.1186/cc3026). from Critical Care: Online:
- Grennes, C. E. (1998). *Kommunikasjon i organisasjoner. Innføring i kommunikasjonsteori og kommunikasjonsteknikker*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit (pp. s. 197-215). Oslo: Universitetsforl.
- Happ, M. B. (2001). Communicating With Mechanically Ventilated Patients: State of the Science. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 247-258.
- Hawley, P. M., & Jensen, L. (2007). Making a Difference in Critical Care Nursing Practice. *Qualitative Health Research*, 17(5), 663-674.
- Hilberman, M. (1975). The evolution of intensive care units. *Critical Care Medicine*, 3(4), 159-165.
- Hopen, V. (2006). Læring og meistring ved sykdom og funksjonshemming In U. o. N. B. K. Knutstad (Ed.), *Teoretisk – metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* Oslo Akribe.

- Hupcey, J. E. (2000). Feeling Safe: The psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367.
- Hupcey, J. E., & Zimmerman, H. E. (2000). The need to Know: Experiences of critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 9(3), 192-198.
- Husserl, E. (1995). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.
- Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2006).
- Johansen, V. A. (1987). *Kommunikasjon med respiratorpasienter: forskning og empiri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Johansson, L. (2002). Pasientens minne om intensivvård. *Ventilen*(2), 15-17.
- Johns, C. (2005). Reflection on the relation between technology and caring. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 10(3).
- Jones, C., Griffiths, R., Humphris, G., & Skirrow, P. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 29(3), 573-580.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal Akademiske.
- Kvangarsnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. In T.-J. o. H. Ekeland, Kåre (Ed.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (pp. 184-201).
- Landmark Schou, J. (2007). Snakk med pasienten. *Sykepleien*(15).
- Langeland, E. (2003). Fra patogenese til salutogenese. In G. O. o. S. Hole, Tobba T (Ed.), *Vitenskapsteoretiske refleksjoner. Essaysamling*. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Department of Public Health and Primary Health Care, Section of Nursing Science, University of Bergen, Bergen.
- Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Åbo akademis förlag, Åbo.
- Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay-3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 154-166.
- Madssen, K.-A. (2007). Språk og kommunikasjon: Myndiggjering eller umyndiggjering? In T.-J. E. o. K. Heggen (Ed.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (pp. 165-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International journal of Nursing Practice*, 9, 202-209
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197-206.
- Muri, K., Brattebø, G., Sjøbø, B., & Aarland, I. C. (2002). Forbedret sedasjonspraksis ga kortere liggetid på respirator. *Fagoscopet*(3), 5-7.
- Nortvedt, P., Kvarstein, G., & Jønland, I. (2005). Sedation of patients in intensive care medicine and nursing: Ethical issues. *Nursing Ethics*, 12(5), 522-536.
- Nylenna, M., & Røyert, H. (2006). *Store medisinske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforl.
- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing. *Nursing in Critical Care* 13(3), 1362-1017
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: patients' view (Publication no. 10.1016/j.apnr.2005.09.006). from Applied nursing research [elektronisk ressurs] <http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?JournalID=113745>:
- Pattison, N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British journal of nursing*, 14 (13 ).
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D., & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit – Experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6).
- Roulin, M.-J., Hurst, S., & Spirig, R. (2007). Diaries Written for ICU Patients. 17(7), 893-901
- Schou, I. (1999). Dagbok til intensivpasienter. *Nye fagoscopet*(4), 7-10.
- Schou, L., & Egerod, I. J. (2008). A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive & critical care nursing*, 24 (3), 171-179
- Storli, S. L. (1999). *Den forunderlige reisen: et forsøk på å forstå mer av det forunderlige i intensivpasienters levde erfaring*. Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Storli, S. L. (2001). Dagbok og oppfølgingssamtale som kilder til forståelse av intensivtid (Vol. 2, pp. s. 394-405).
- Storli, S. L. (2006). Om å se bort fra eiendommeligheter ved fenomener: en drøfting av minnekategoriseringer relatert til intensivpasienters erfaringer (pp. S. 79-95). Kristiansand: Høyskoleforl.

- Storli, S. L. (2007). *Living with experiences and memories from being in intensive care: a lifeworld perspective*. University of Tromsø, Faculty of Medicine, Department of Clinical Medicine, Section for Nursing and Health Sciences, [Tromsø].
- Sullivan, G. (1989). Evaluating Antonovskys salutogenic model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*(14), 336-342.
- Svebak, S., Kristoffersen, B., & Aasarød, K. (2006). Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: A two year prospective study. *International journal of psychiatry in medicine*, 36(3), 269-281.
- Svendsrud, A. (2004). *Sedering: intensivpasienters opplevelse av smertelindrende og bevissthetsreduserende behandling over lengre tid*. Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sørbø, J. I. (2007). Reparasjon eller kommunikasjon? In T.-J. E. o. K. Heggen (Ed.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (pp. 53-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese - hva er det? *Det norske medisinske selskab*(4), 144-149.
- Todres, L., & Wheeler, S. (2001). The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 1-8.
- Ursano, R. J., Bell, C., Spencer, E., & Friedman, M. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.*: American Psychiatric Assosiation Steering Committee on Practice Guidelines
- Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ont.: Althouse Press.
- Vik, L. J. (2007). Makt - og Myndiggjering - utfordringer for helse - og sosialarbeidarar. In T.-J. o. H. Ekeland, Kåre (Ed.), *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* (pp. 83-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wadel, C. (2008). *Jeg er mine sosiale relasjoner: å tenke sosiologisk om seg selv*. Flekkefjord: SEEK.
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den norske lægeforening*(1).
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Reitzel.
- Wikström, A.-C. (2007). *"Knowing in Practice - a Tool in the Production of Intensive Care*. Göteborgs Universitet., Göteborg.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59.

Wojnicki-Johansson, G. (2001). Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(1), 29-39

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til avdelingssykepleiere

Vedlegg 2: Informasjonsbrev til intensivsykepleiere

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Høgskolelærer Linda Thøring Øverberg  
Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Avdeling helsefag  
6803 FØRDE

Vedlegg 1

Førde, 13. november 2008

Seksjonsoversykepleier/avdelingssykepleier

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å INTERVJUE INTENSIVSYKEPLEIERE

Jeg heter Linda Thøring Øverberg, er intensivsykepleier, og arbeider som høgskolelærer ved sykepleierutdanningen i Førde. Jeg er for tiden masterstudent i helse og sosialfag – mestring og myndiggjøring ved Høgskolen i Volda. I forbindelse med studiet skal jeg skrive en masteroppgave hvor jeg har valgt å sette fokus på *intensivsykepleieres kunnskaper og erfaringer i møte med den våkne ikke-verbale respiratorpasient*. Særlig vil jeg vektlegge hvilken betydning det mellommenneskelige aspektet har for pasientenes opplevelse av mestring under oppholdet. Jeg ønsker å få innblikk i hvordan intensivsykepleiere opplever å jobbe med disse pasientene, samt hvilke utfordringer og krav som stilles til dem. Jeg vil også ha fokus på hvordan det organisatoriske/strukturelle på en intensivavdeling kan virke inn på intensivsykepleieres mulighet til å ivareta pasienten på en helhetlig måte.

Jeg planlegger å foreta kvalitative intervju, i form av en samtale, av intensivsykepleiere for å få mer kunnskap om deres erfaringer med denne pasientgruppen. Intervjuene vil bli foretatt på intensivavdelinger ved to sentralsykehus. Dersom det er mulig, ønsker jeg å gjøre fire intervjuer på ca. en time hver ved din avdeling. Jeg håper det vil være mulig å gjennomføre samtale på avdelingen, helst i arbeidstiden. Vi bør også ha et rom der vi kan samtale uforstyrret.

Etter en eventuell tillatelse, planlegger jeg å avlegge intensivavdelingen et besøk eller ta kontakt med deg på telefon, hvor jeg vil redegjøre nærmere for undersøkelsen. Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i desember og/eller tidlig i januar, og trenger navn og mobilnummer på eventuelle respondenter så snart som mulig.

Alle som blir intervjuet garanteres full anonymitet. Dataene blir konfidensielt behandlet, og slettes etter muntlig forsvaring av masteroppgaven i juni 2009. Resultatene av undersøkelsen vil være tilgjengelig i form av en masteroppgave. Skulle det være ønskelig, kan jeg presentere resultatene for personalet på avdelingen.

Min veileder på oppgaven er professor dr. polit. Kåre Heggen, Institutt for sosialfag ved Høgskulen i Volda. Mail adresse: [kare.heggen@hivolda.no](mailto:kare.heggen@hivolda.no)

Jeg ber etter dette om tillatelse til å gjennomføre nevnte undersøkelse ved din avdeling, og jeg vil sette stor pris på tilbakemelding så snart som mulig, gjerne til min e-post adresse: [linda.thoring.overberg@hisf.no](mailto:linda.thoring.overberg@hisf.no)

Vennlig hilsen

Linda Thøring Øverberg



Høgskolelærer Linda Thøring Øverberg  
Høgskolen i Sogn og Fjordane  
Avdeling for helsefag  
6803 Førde

Vedlegg 2

28. november 2008

Intensivsykepleiere

#### FORESPØRSEL OM DELTAKING I FORSKNINGSPROSJEKT (INTERVJU)

Jeg heter Linda T. Øverberg, er intensivsykepleier, og arbeider som høgskolelærer ved sykepleierutdanningen i Førde. Jeg er for tiden masterstudent i helse og sosialfag – mestring og myndiggjøring ved Høgskolen i Volda. I forbindelse med studiet skal jeg skrive en masteroppgave hvor jeg har valgt å sette fokus på *intensivsykepleieres kunnskaper og erfaringer i møte med den våkne ikke-verbale respiratorpasient*. Jeg har fått navnet ditt fra avdelingssykepleier på din avdeling, og håper du er interessert i å delta i mitt prosjekt:

**Pasienten uten stemme.** *"Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til mestring hos den akutt og kritisk syke pasient (i rehabiliteringsfasen)?"*

Jeg planlegger å foreta kvalitative intervju av intensivsykepleiere for å få mer kunnskap om deres erfaringer med denne pasientgruppen. Særlig vil jeg vektlegge hvilken betydning det mellommenneskelige aspektet har for pasientens opplevelse av mestring under oppholdet, samt hvilke krav dette stiller til deg som intensivsykepleier. Jeg vil også ha fokus på hvordan det organisatoriske/strukturelle på en intensivavdeling kan virke inn på din mulighet til å ivareta pasienten på en omsorgsfull og helhetlig måte.

Det er to spørsmål jeg gjerne vil at du skal reflektere litt rundt før vi skal samtale:

**Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde at pasienten mestret å være våken på respirator og ikke ha stemme, og hva var din rolle i dette?**

**Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde at pasienten ikke mestret å være på våken på respirator, og hva var din rolle i denne situasjonen? Kunne du gjort noe annerledes sett i ettertid?**

Intervjuet har form som en samtale og vil vare i ca. en time. Jeg har noen spørsmål om tema som jeg ønsker at du skal snakke fritt rundt. Samtalene vil bli tatt opp på bånd som senere skal skrives ut i full tekst. Jeg håper det er mulig å gjennomføre samtalene på intensivavdelingen, i din arbeidstid, eller et annet sted dersom du ønsker det. Vi bør også ha et rom der vi kan samtale uforstyrret.

Alle dataene som blir offentliggjort i den skriftlige oppgaven vil bli anonymisert, slik at ingen vil kunne identifisere person eller sted. Når prosjektet er ferdig og godkjent i juni 2009, vil alle opplysninger som kan knytte navnet ditt til informasjonen bli slettet. Lydbåndopptaket blir også destruert.

Det er selvsagt frivillig å delta og du kan trekke deg underveis. Veilederen min, som også har det overordnede ansvaret for dette prosjektet er professor dr. polit. Kåre Heggen ved Høgskulen i Volda.

Resultatene fra denne undersøkelsen vil bli presentert i en masteroppgave som etter planen skal være ferdig i løpet av juni 2009. Oppgaven vil være tilgjengelig for avdelingen. Dersom det er ønskelig, kan jeg presentere hovedtrekkene i oppgaven for personalet på avdelingen.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i desember og/eller tidlig i januar. Hvis du skulle ha noen spørsmål vedrørende undersøkelsen/intervjuet kan jeg treffes på mobil 975 40 920 eller på mail: [linda.thoring.overberg@hisf.no](mailto:linda.thoring.overberg@hisf.no). Dersom du vil delta i prosjektet håper jeg du vil ta kontakt på mail eller telefon så snart som mulig.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Linda Thøring Øverberg

## Intervjuguide

**Tema:**

**1) Hvilke kunnskaper (kompetanse) og erfaringer har du med den våkne-ikke verbale respiratorpasient sine reaksjoner og behov?**

- i forhold til pasientopplevelser
- i forhold til kommunikasjon og samhandling
- i forhold til behov for informasjon, bearbeiding og mestring av opplevelser
- i forhold til sosiale relasjoner som pårørende/venner
- annet

**2) Hvordan vil du beskrive din rolle i forhold til at pasienten skal oppleve oppholdet på intensivavdelingen som: (intensivsykepleiers rolle og kompetanse)**

- forståelig
- håndterbar
- meningsfull

**3) Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde at pasienten mestret å være våken på respirator og ikke ha stemme, og hva var din rolle i dette?**

**4) Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde at pasienten ikke mestret å være på våken på respirator, og hva var din rolle i denne situasjonen? Kunne du gjort noe annerledes sett i ettertid?**

**5) Hvordan vil du si at det organisatoriske/strukturelle på din avdeling kan virke inn på din mulighet/evne til å ivareta pasienten på en omsorgsfull og helhetlig måte? Hva kan/bør gjøres for å endre/få til dette?**

- i forhold til sykepleieledelsen
- i forhold til kollegaer
- i forhold til negative/begrensende sider (tid, sted, rom, ressurser)
- i forhold til positive sider (forskningsresultater, tilbakemeld fra pasienter)?
- i forhold til krav til deg og din kunnskap/ kompetanse

**6) Synes du videreutdanningen i stor nok grad hadde fokus på kommunikasjon og samhandling med våkne ikke-verbale respiratorpasienter i forhold til hva som møtte deg i praksis? Hva kunne eventuelt vært vektlagt mer?**

## Samtykkeerklæring

Navn

..... Adresse.....

Postnr./sted.....

---

Jeg har lest informasjonsskrivet om deltaking i forskingsprosjektet: **Pasienten uten stemme** ”Intensivsykepleieres kunnskaper og erfaring med den våkne ikke-verbale respiratorpasient sin opplevelse av mestring”. Jeg ønsker å delta i prosjektet og samtykker til at intervjuetekster kan publiseres i anonymisert form.

Sted.....Dato.....Underskrift.....