

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2013:31

”Det är som att lägga ett pussel”  
Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt  
sederade, respiratorvårdade patienter

Lisa Korsar  
Marie Lindqvist



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: ”Det är som att lägga ett pussel” - Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt sederade respiratorvårdade patienter

Författare: Lisa Korsar/Marie Lindqvist

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Examensarbete med inriktning mot intensivvård

Handledare: Maria Henricson

Examinator: Susanne Knutsson

## Sammanfattning

Att vårdas i respirator innebär att den verbala kommunikationsförmågan förloras, vilket kan medföra känslor av frustration och maktlöshet hos patienter. För att uppnå en vårdande relation är samtalet av stor betydelse, vilket försvåras om kommunikationsförmågan är nedsatt. Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt sederade, respiratorbehandlade patienter. En kvalitativ ansats har använts. Halvstrukturerade forskningsintervjuer utfördes med åtta intensivvårdssjuksköterskor från två sjukhus. En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet, vilket resulterade i två kategorier med tre subkategorier vardera. Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt sederade respiratorbehandlade patienter beskrivs som att finnas där och att nå fram. Genom att finnas där bjuder intensivvårdssjuksköterskor in patienter, erhåller känslomässiga gensvar samt förmedlar budskap genom sitt kroppsspråk och sin personlighet. För att nå fram måste intensivvårdssjuksköterskor skapa gynnsamma förhållanden för kommunikation och hitta ett gemensamt språk med patienter, vilket är beroende av både intensivvårdssjuksköterskans och patientens bagage. Intensivvårdssjuksköterskors egna kroppar är centrala i kommunikationen med dessa patienter. Kroppsspråk och beröring används för att bekräfta intensivvårdssjuksköterskors närvaro, förmedla närhet och trygghet samt för att utveckla en vårdande relation till patienter. Att lära sig läsa patienter, då de responderar ljudlöst, är en annan stor del av kommunikationen. Även här är kroppen central, då intensivvårdssjuksköterskors förmåga att läsa patienters kroppar och dess signaler är väsentligt för att nå fram, vilket underlättas av att lära känna patienten. Erfarenhet och utbildning kan medföra att intensivvårdssjuksköterskor känner trygghet i sig själva, vilket bidrar till att de har modet att finnas där hos patienter och därmed utveckla en vårdande relation.

Nyckelord: *communication, mechanical ventilation, light sedation, intensive care nursing, experiences*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Kommunikation</b>	<b>1</b>
<b>Sedering</b>	<b>2</b>
Att vårdas lätt sederad i respirator	2
Nedsatt kommunikationsförmåga i samband med respiratorvård	3
En vårdande relation	3
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>5</b>
<b>Ansats</b>	<b>5</b>
<b>Urval</b>	<b>5</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>6</b>
<b>Förförståelse</b>	<b>6</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>Att finnas där</b>	<b>9</b>
Att bjuda in	9
Att få ett känslomässigt gensvar	10
Att förmedla ett budskap	11
<b>Att nå fram</b>	<b>11</b>
Att hitta ett gemensamt språk	11
Att skapa gynnsamma förhållanden	12
Att ha olika bagage	13
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>15</b>
Att prata via den egna kroppen	16
Att lära sig läsa	16
Att våga finnas där och nå fram	17
<b>Vidare forskning</b>	<b>19</b>
<b>Kliniska implikationer</b>	<b>19</b>
<b>Slutsats</b>	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>20</b>

**Bilaga 1-5**

## **INLEDNING**

Att förlora den verbala kommunikationsförmågan innebär en reducerad möjlighet att förmedla önskemål, frågor, behov, smärta och lidande. Kommunikation används även för att knyta an till andra människor. Om samtal inte kan föras, kan det påverka möjligheten för både intensivvårdssjuksköterskor och patienter att knyta an till varandra och därmed påverka vårdandet negativt. Inom intensivvården påverkas patienters förmåga till kommunikation negativt, bland annat genom kritisk sjukdom, läkemedelsbehandling, sömnbrist och sängläge. Respiratorvård är en stor del av intensivvården och medför att den verbala kommunikationsförmågan förloras tillfälligt. I samband med respiratorvård behandlas patienter ofta med sederande läkemedel, för att bland annat öka toleransen av övrig behandling. Idag är patienter som vårdas i respirator lättare sederade än förr, vilket medför att de får ett ökat behov av att kommunicera. Verktyg så som papper och penna eller elektroniska kommunikationsverktyg kan användas, men en svårt sjuk människa klarar inte alltid av att hålla dessa verktyg eller att fokusera tillräcklig länge för att exempelvis kunna skriva ner behov eller funderingar.

Kommunikation spelar likaså en stor roll i utvecklingen av en vårdande relation mellan sjuksköterska och patient. För det vårdande som syftar till att främja hälsa och lindra lidande är en vårdande relation en nödvändighet. När kommunikationsförmågan är nedsatt ställs således krav på vårdarens kreativitet för att ändå hitta en väg till kommunikation. Det är därför av värde att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter, då främja hälsa och lindra lidande är två av sjuksköterskeprofessionens grundpelare.

## **BAKGRUND**

### **Kommunikation**

Kommunikation, både verbal och icke verbal, är en pågående cyklisk process. Den vanligaste formen av kommunikation är den verbala. Verbal kommunikation kan vara komplex och kan förmedla olika innebörd, beroende av hur personen uttrycker sig, artikulerar samt av tonfall och volym. Det beror även på hur språket används och det vokabulär personen besitter (Albarran 1991).

En stor del av kommunikationen sker utan att ord utväxlas. Icke verbal kommunikation kan vara mer mångsidig och mer dominant vid överföring av känslor, attityder och övertygelser, än verbal kommunikation. Att uttrycka känslor kan ibland till och med vara lättare med hjälp av gester och icke verbal kommunikation kan användas för att förmedla känslor, som är svåra att sätta ord på (Albarran 1991; Dahlberg & Segesten 2011). Kroppsspråk, ansiktsuttryck, ögonrörelser och ögonkontakt är viktiga aspekter av den icke verbala kommunikationen mellan intensivvårdssjuksköterska och patient (Albarran 1991; Sundin, Jansson & Norberg 2000). I den här studien avser kommunikationsförlust, förlusten av verbal kommunikativ förmåga.

## Sedering

Inom intensivvården är sedering ofta nödvändig och syftar bland annat till att öka toleransen och följsamheten till respiratorbehandling, reducera ångest och oro samt minska smärta och stress hos patienter (Feeley & Gardner 2006; Fuchs & Von Rueden 2008; Sessler & Varney 2008). Sederingsnivåer inom intensivvården har förändrats de senaste åren och patienter är idag lättare sederade än tidigare (Burchardi 2004; Samuelsson, Larsson, Lundberg & Fridlund 2003; Samuelsson, Lundberg & Fridlund 2008). På Richmond agitation-sedation scale (RASS) innebär lätt sedering nivå 0 till -2 och djup sedering innebär -4 (Sessler, Gosnell, Grap, Brophy, O'Neal, Keane, Tesoro & Elswick 2002). I samband med respiratorvård finns flera medicinska fördelar med lättare sedering jämfört med djup, så som förkortad vårdtid i såväl respirator som på IVA (Strøm, Martinussen & Toft 2010; Treggiari, Romand, Yanez, Deem, Goldberg, Hudson, Heidegger & Weiss 2009). Djup sedering vid respiratorvård kan medföra hallucinationer, mardrömmar, panikkänslor samt depression och förvirring (Capuzzo, Pinamonti, Cingolani, Grassi, Bianconi & Contu 2001).

För att bedöma sederingsnivå hos intensivvårdspatienter finns ett flertal olika instrument att tillgå. Ett exempel är Motor activity assessment scale (MAAS). MAAS är ett validerat instrument för bedömning av sedering hos vuxna patienter inom intensivvården. Skalan består av sju nivåer (0 – 6), där nivå noll motsvarar avsaknad av reaktion, nivå tre motsvarar ett vaket och lugnt tillstånd och nivå sex motsvarar farligt agiterad och samarbetsovillig (De Jonghe, Cook, Appere-De-Vecch, Guyatt & Outin 2000; Devlin, Boleski, Mlynarek, Nerenz, Peterson, Jankowski, Horst & Zarowitz 1999). Ett annat instrument, som även det består av sju nivåer från 0 – 6, är Addenbrook´s sedation scale. Här motsvarar nivå noll ett agiterat tillstånd och nivå sex motsvarar djup sömn (Westcott 1994). RASS är även det ett validerat instrument för vuxna patienter inom intensivvården. RASS baseras på sedering och agitation och är en tiogradig skala, som sträcker sig mellan -5 och +4. De positiva nivåerna motsvarar olika grad av oro och agitation, nivå noll motsvarar ett lugnt och vaket tillstånd och de negativa nivåerna motsvara olika grad av sedering (Sessler et.al. 2002). Med lätt sedering avses i denna studie en sederingsnivå motsvarande MAAS 2 eller högre.

### **Att vårdas lätt sederad i respirator**

Det har påvisats att högre vakenhetsgrad vid respiratorvård troligtvis medför högre frekvens av stressfyllda minnen från vårdtiden (Samuelsson, Lundberg & Fridlund 2007). Andra studier har dock påvisat att lätt sedering vid respiratorvård inte har fler negativa psykologiska effekter för patienter, jämfört med djup sedering (Strøm, Stylsvig & Toft 2011; Treggiari, et. al. 2009). En framträdande negativ upplevelse i samband med lätt sedering vid respiratorvård, som påvisats i ett flertal studier, är dock patienters förlust av verbal kommunikativ förmåga (Hafsteindottir 1996; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012; Khalaila, Zbidat, Anwar, Bayya, Linton, & Svirii 2011; Menzel 1998; Patak, Gawlinski, Fung, Doering, & Berg 2004; Samuelsson, Lundberg & Fridlund 2007; Wang, Zhang, Li, & Wang 2008). Vidare kan lätt känslor av hjälplöshet, maktlöshet, frustration och övergivenhet upplevas av patienter (Karlsson, Bergbom &

Forsberg 2012). Att få kontinuerlig information kan reducera negativa upplevelser från vårdtiden (Hafsteindottir 1996; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson 2002). Även att bli bekräftad genom information om det sociala livet utanför sjukhuset upplevs betydelsefullt av patienter (Karlsson & Forsberg 2008).

## **Nedsatt kommunikationsförmåga i samband med respiratorvård**

Att inte bli förstådd är vad som karaktäriserar patienters upplevelser av kommunikation vid respiratorvård (Carroll 2004). Eftersom intuberade eller trachestomerade patienter har svårt att kommunicera, och intensivvårdssjuksköterskor upplever svårigheter med att kommunicera med dem, tenderar kommunikationen att reduceras till att vara strikt relaterad till vårdåtgärder, vilket kan leda till nedstämdhet och försämrad återhämtningsförmåga hos patienter (Happ 2001; Magnus & Turkington 2006). På grund av svårigheterna till kommunikation kan intensivvårdssjuksköterskor ibland välja att vara upptagna med dokumentation och vända ryggen mot patienter och går då miste om både den verbala och den icke verbala kommunikationen (Albarran 1991). Det har även påvisats att intensivvårdssjuksköterskor kommunicerar mindre med sederade än med vakna patienter (Albarran 1991; Happ 2001; Nilsen, Sereika & Happ 2013).

I samband med respiratorvård är kroppsspråk, beröring, ja och nej-frågor, papper och penna, läsa på läppar, ögonkontakt och blinkningar vanliga kommunikationsstrategier (Happ 2001). En fungerande kommunikationsmetod är avgörande för hur patienter upplever förlusten av verbal kommunikativ förmåga vid respiratorvård (Albarran 1991; Grossbach, Stranberg & Chlan 2011; Hemsley, Sigafos, Balandin, Forbes, Taylor & Green 2001; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012). Intensivvårdssjuksköterskors kommunikationsstrategier gentemot respiratorvårdade patienter kan vara vårdande eller icke vårdande. Vårdande kommunikation förmedlas av intensivvårdssjuksköterskor som är närvarande hos patienter, är observanta och lyhörda för patienters önskingar och uttryck samt vakar över patienter. Intensivvårdssjuksköterskor som är negligerande, fysiskt frånvarande och som inte ger patienter tid att respondera, förmedlar en icke vårdande kommunikation och signalerar att patienten inte är värdefull (Karlsson, Forsberg & Bergbom 2012). Att som patient inte känna sig betydelsefull bidrar till otrygghet, vilket är förknippat med känslor av osäkerhet, ångest och rädsla (McKinley et.al. 2002).

## **En vårdande relation**

En fungerande mellanmänsklig kontakt, mellan vårdare och patient, är en förutsättning för det vårdande som syftar till att främja välbefinnande och lindra lidande. För att vårdaren ska kunna förstå och möta patienten där denne befinner sig, måste mötet utgå ifrån patientens livsvärld. Livsvärlden är individens personliga, subjektivt upplevda värld (Dahlberg & Segesten 2011). Utan vårdrelationen kan vårdandet bli till ett utförande av arbetsuppgifter på en teknologisk nivå och den vårdande aspekten försvinner (Wiklund 2003). Det är i dagliga rutiner som relationen mellan sjuksköterskor och patienter utvecklas, utifrån deras ömsesidiga engagemang, respekt och ansvar i att nå ut till varandra (Berg, Skott & Danielsson 2007).

För att uppnå en vårdande relation är samtalet av stor betydelse. Men om

kommunikationsförmågan är påverkad av sedering och grumlat medvetande försvåras detta. Ansvarvaret ligger då hos vårdaren att med hjälp av sin fantasi ändå hitta ett sätt för en dialog att uppstå. Här förutsätts en öppenhet och följsamhet gentemot patientens erfarenheter och subjektiva värld, för att vårdaren ska kunna förstå de signaler patienten sänder ut och svara an på, trots svårigheter i att uttrycka ord och budskap (Dahlberg & Segesten 2011). När den verbala kommunikationsförmågan förloras i samband med respiratorvård upplevs en förändring av den egna identiteten (Carroll 2007; Wojnicki-Johansson 2001). För att svara an på patienters vårdbehov vid avsaknad av verbal kommunikativ förmåga, är sjuksköterskors förmåga att tyda de signaler patienter sänder ut av vikt. Detta är förutsättningar för att kunna stödja patienter i deras hälsoprocesser, stärka deras identitet och bidra till utvecklingen av en vårdande relation (Dahlberg & Segesten 2011).

För att vårdrelationen ska utvecklas måste den vara både inbjudande och berörande (Dahlberg & Segesten 2011). Beröringen har både fysiska och psykiska aspekter, eftersom den kan vara både kroppslig och själslig (Wiklund 2003). Det har påvisats att starka relationer utvecklas mellan intensivvårdssjuksköterskor och patienter inom intensivvården, trots de begränsade kommunikationsmöjligheter som ofta råder inom denna kontext. Relationen uppstår inte huvudsakligen genom verbal kontakt, utan baseras istället på intensivvårdssjuksköterskors återkommande kontakt med patienters kroppar. Avsaknad av kommunikativ förmåga gör kroppen till det verktyg genom vilket patienter kan uttrycka sig själva och sin person (Vouzavali, Papathanassoglou, Karanikola, Koutroubas, Patiraki & Papadatou, 2011).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Idag saknas till stor del kunskap om hur kommunikationen med lätt sederade, respiratorvårdade patienter upplevs av intensivvårdssjuksköterskor. All kommunikation ger någon form av respons hos den mottagande parten och kommunikationen kan vara både verbal och icke verbal. I samband med respiratorvård förloras dock tillfälligt den verbala kommunikationsförmågan. Studier visar att det är fördelaktigt att patienter är lätt sederade i samband med respiratorvård och det finns idag flertalet studier om hur patienter upplever dessa situationer. Här påvisas att förlusten av den verbala kommunikationsförmågan innebär en framträdande negativ upplevelse för patienter. Huruvida en fungerande kommunikationsmetod används är dock avgörande för hur patienter upplever kommunikationsförlusten. Kommunikation spelar likaså en avgörande roll i utvecklingen av en vårdande relation mellan intensivvårdssjuksköterska och patient. Trots att det på alla plan inom intensivvården sker en konstant utveckling, visar studier att respiratorvårdade intensivvårdpatienter upplever samma typer av problem idag som för 20 år sedan. Idag är dessutom patienter lättare sederade än tidigare, vilket ställer andra krav på intensivvårdssjuksköterskors förmåga att kommunicera med patienter, för att en vårdande relation ska kunna utvecklas. Således är det av värde att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med dessa patienter, då en vårdande relation är en grundförutsättning för det vårdande vars mål är att främja hälsa och lindra lidande.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter.

## **METOD**

### **Ansats**

Då denna studie syftar till att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av ett fenomen, inom ett område där en begränsad mängd forskning finns, har en kvalitativ ansats valts. Kvalitativ forskning innebär att söka förståelse av fenomen, utifrån individers upplevelser (Kvale & Brinkmann 2012). Detta kan jämföras med kvantitativ forskning, som innebär att fynden är förankrade i verkligheten och är mätbara, de är baserade på fakta och oftast är informationen numerisk och analyserad statistiskt (Polit & Beck 2012).

### **Urval**

Ett ändamålsenligt urval gjordes för att säkerställa kunskap om fenomenet hos intervjupersonerna samt för att få en maximal variation i intervjupersonernas bakgrund (Polit & Beck 2012). Tillstånd för att genomföra intervjuer söktes av verksamhetschefer på intensivvårdsavdelningar vid två sjukhus i södra Sverige (Bilaga 1 och 2). En avdelning återfinns på ett Regionssjukhus och en avdelning på ett Länssjukhus, och består av sex respektive åtta vårdplatser. Två sjukhus valdes för att få en större variation av deltagare och valdes ut utifrån geografi.

Vårdenhetschefer på respektive IVA ombads välja ut intervjupersoner, fyra per avdelning. Inklusionskriterier för intervjupersoner var specialistsjuksköterskor med arbetslivserfarenhet inom intensivvård, erfarenhet av att vårda lätt sederade respiratorbehandlade patienter och vara av varierande ålder och kön. De intensivvårdssjuksköterskor som var positiva till att medverka fick skriftlig information om studien i samband med att de blev tillfrågade (Bilaga 3). Urvalet resulterade i åtta intervjupersoner av tio tillfrågade. Orsaken till bortfallen var att en av de tillfrågade avböjde deltagande och en var ej tillgänglig inom tidsramen för studien. Tillgängligheten till intervjupersoner resulterade i att fem intervjupersoner var hemmahörande på Regionssjukhuset och tre på Länssjukhuset. Fördelningen var sju kvinnor och en man, mellan 35-60, med arbetslivserfarenhet inom intensivvård mellan 2,5 - 37 år. Sederingskalan som användes på Regionssjukhuset var Addenbrook's sedation scale och på Länssjukhuset användes RASS. Kontakt med intervjupersonerna togs via telefon och mail, för praktisk planering av intervjuer, där intervjupersonerna ombads välja en tid för intervjun inom en angiven tidsram av en vecka. I samband med detta ombads intervjupersonerna att tänka ut en situation de varit med om, som berörde kommunikation med en lätt sederad, respiratorbehandlad patient, att ta med till intervjutillfället.



## **Datainsamling**

För att svara på studiens syfte valdes halvstrukturerade forskningsintervjuer som datainsamlingmetod, då målet var att erhålla beskrivningar av ett fenomen, i syfte att analysera dess innehåll (Polit & Beck 2012). Alla intervjuerna genomfördes på respektive intervjupersons arbetsplats, i en lokal vald av intervjupersonen själv och varade mellan 17-65 minuter (medellängd 39 min).

Då nyanserade beskrivningar av fenomenet söktes, användes en öppen inledande fråga; ”Vad är kommunikation för dig, i relation till ditt arbete?”. Som vidare stöd för intervjun användes intervjupersonernas i förväg uttänkta situation, samt en intervjuguide (Bilaga 4). Följdfrågor ställdes under intervjuerna för att förtydliga och förstå det som sades och intervjupersonerna gavs tid att svara genom kortare pauser. Enligt Polit och Beck (2012) kan frågor repeteras och medvetna pauser användas, för att locka fram ytterligare information från intervjupersoner och ge dem möjlighet att tänka efter. Vardera författares första provintervju sågs som en provintervju. Efter genomförande transkriberades intervjun och skickades till handledaren, för att få återkoppling på intervjutekniken. Ingen förändring av intervjuguiden gjordes efter detta. Båda provintervjuerna inkluderades i datainsamlingen, då de bedömdes vara av god kvalitet. Av intervjuerna utförde författarna fem respektive tre var och samtliga bandades. I samband med intervjuerna efterfrågades tillstånd från intervjupersonerna om att få återkomma vid eventuella oklarheter under transkriberingen, vilket godkändes av samtliga. Ingen av intervjuerna behövde dock följas upp. I direkt anslutning till intervjuerna avslutats skrevs reflektioner och en utvärdering av den egna insatsen ner av den som utfört intervjun. Detta gjordes dels för att tydliggöra positiva och negativa aspekter av intervjutekniken för att utveckla denna inför följande intervju och dels för att uppmärksamma utmärkande och intressanta fynd under intervjun. Ordagrann transkribering av intervjuer utfördes i nära anslutning till respektive intervju.

## **Förförståelse**

För att minimera förförståelsens inverkan på datainsamling och analys i denna studie, skrevs den ner individuellt innan datainsamlingen påbörjades. På så vis medvetandegjordes förförståelsen och blev explicit. Förförståelsen, samt dess eventuella inverkan, diskuterades kontinuerligt under arbetets gång. Lundman och Hällgren Granheim (2008) menar att förförståelsen inverkan på en studies resultat minskas genom att den skrivs ner och diskuteras, även om dess inverkan inte utesluts helt. Då förförståelsen medvetandegjordes framkom att resultatet antogs visa att kommunikationen var procedurbunden och tidskrävande. Intensivvårdssjuksköterskorna förväntades uppleva kommunikationen som svår, obekvä, stressande, frustrerande och energikrävande. Mer erfarna intensivvårdssjuksköterskor misstänktes uppleva kommunikationen mindre svår än oerfarna, samtidigt som oerfarna intensivvårdssjuksköterskor förväntades uppfatta kommunikationen som mindre betydelsefull än erfarna. Intensivvårdssjuksköterskorna antogs undvika kommunikation med dessa patienter, vilket dock inte förväntades delges författarna.

## Dataanalys

Analysen i den här studien skedde enligt en konventionell kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Hsieh och Shannon (2005). Efter att intervjuerna transkriberats ordagrant inleddes analysen med två av intervjuerna, på var sitt håll. Initialt lästes varje intervju igenom i en följd så som en novell, upprepade gånger, för att få en bild av helheten. Sedan lästes varje intervju återigen, då med fokus på varje ord. De ord som verkade fånga nyckelkoncept och svara mot studiens syfte markerades. Samtidigt gjordes noteringar av tankar och en initial analys i marginalen. Enligt Hsieh och Shannon (2005) är första steget i kodning av en text att markera ord som fångar nyckelkoncept, så som de står. Vidare menar de att etiketter för koder, som speglar mer än ett nyckelkoncept, framkommer under den initiala analysen samt att dessa etiketter ofta kommer direkt från orden i texten.

Efter detta steg lades intervjutext, nyckelkoncept och initial analys in i en mall, som bestod av rubrikerna; text, nyckelkoncept, initial analys, kod och subkategori, för att få en struktur på fortsatt analys och för att säkerställa att alla intervjuer behandlades på samma sätt. Nyckelkoncept och initial analys diskuterades sedan och kompletterades från båda författares material. Hsieh och Shannon (2005) menar att svårigheten med denna analysmetod är att inte lyckas identifiera samtliga nyckelkoncept. Diskussion fördes även kring huruvida markerade nyckelkoncept svarade mot studiens syfte samt vad den initiala analysen stod för. Koder valdes därefter gemensamt och skrevs in i mallen. Sedan upprepades processen med resterande sex intervjuer.

Alla intervjuer gick sedan igenom en och en, på samma sätt som de första två, för att utvärdera de koder nyckelkoncepten fått, med fokus på att identifiera huruvida koderna stämde med nyckelkonceptens innebörd, samt huruvida de svarade mot studiens syfte. Därefter utvärderas alla nyckelkoncept under varje kod, en kod i taget. När således allt material var kodat, lades korrekta koder in i mallen och nästa steg inleddes. Här sammanfogades koder som bedömdes representera likheter och skillnader av samma underliggande innebörd, för att bilda subkategorier. Enligt Hsieh och Shannon (2005) sammanfogas koder utifrån hur de relaterar till varandra, för att organisera dem i meningsfulla enheter. Elva subkategorier skapades och namngavs.

Alla koder i varje subkategori utvärderades, en subkategori i taget, för att bedöma huruvida de svarade mot subkategorins titel och studiens syfte. Här sammanfogades vissa subkategorier och slutresultatet blev sex stycken. Analysprocessen fortsatte sedan under resultatskrivandet, vilket föranledde att vissa koder återigen bytte subkategorier. Under denna process identifierades även två områden av underliggande innebörd hos subkategorierna, vilka sammanfogades till kategorier (tabell 1). Hsieh och Shannon (2005) menar att ett större antal subkategorier delas upp i ett mindre antal kategorier, utifrån hur subkategorierna relaterar till varandra. I föreliggande studie bildades två kategorier, med tre subkategorier vardera.

**Tabell 1:** Exempel från analysprocess

<b>Nyckelkoncept</b>	<b>Initial analys</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
<i>"...inte försvåra, eller säga massa konstiga ord som dom inte förstår, man måste göra det så enkelt som det bara går."</i>	Förenkla information, vardagligt språk, anpassa språk efter situationen	Tydlighet	Att bjuda in	Att finnas där
<i>"..och det är ju liksom viktigt att man väntar... och att man inte kommer med 20 frågor samtidigt, utan att man säger, frågar en fråga, inväntar svar, nästa fråga, inväntar svar..."</i>	Vänta in, känna av patienten, vänta på svar	Vänta in		

### **Forskningsetiska överväganden**

I denna studie identifierades sociala och emotionella risker för intervjupersonerna i form av att de var tvungna att avsätta arbetstid för studien samt risken för att deras identitet skulle röjas. Dessa aspekter vägdes mot studiens syfte och design, som båda ansågs vara till fördel för deltagarna. Detta då studiens syfte inte enbart har ett vetenskapligt värde utan även är av värde för deltagarna i studien, samt då studiens design främjar konfidentialiteten under hela processen. På basis av detta bedömdes riskerna som mindre än nyttan med studien (Kjellström 2012).

Intervjupersonerna erhöll i samband med urvalet ett informationsbrev (Bilaga 3). De informerades även om på vilket sätt deras identitet skulle skyddas under analysprocessen och handhavandet av data. Denna information upprepades vid telefonkontakt samt innan intervjuerna påbörjades, för att säkerställa att deltagarna förstått informationen. Sedan fick intervjupersonerna skriva under ett informerat samtycke (Bilaga 5). Vid transkribering av materialet uteslöts intervjupersonernas identitet och arbetsplats, så att varken person, arbetsplats eller sjukhus kunde identifieras. Allt detta i enlighet med de forskningsetiska riktlinjer som fastslås i Helsingforsdeklarationen (2008).

## RESULTAT

Resultatet beskriver intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av kommunikation med lätt sederade, respiratorbehandlade patienter i två kategorier; att finnas där och att nå fram (tabell 2).

**Tabell 2:** Resultat

Subkategori	Kategori
Att bjuda in	Att finnas där
Att få ett känslomässigt gensvar	
Att förmedla ett budskap	
Att skapa gynnsamma förhållanden	Att nå fram
Att hitta ett gemensamt språk	
Att ha olika bagage	

### **Att finnas där**

Genom att vara tydlig och finnas där, även när tiden är knapp, bjuder intensivvårdssjuksköterskan in patienten. Att finnas där leder till positiva känslomässiga gensvar, så som delaktighet och gemenskap, men även till negativa, så som osäkerhet och otillräcklighet. Om intensivvårdssjuksköterskan finns där kan dennes kroppsspråk och förhållningssätt förmedla budskap till patienten, i form av trygghet, närhet och tillit.

### **Att bjuda in**

Vikten av att vara öppen och att bjuda in, för att nå en kommunikation med patienten lyfts av intensivvårdssjuksköterskorna. Att göra sig förstådd genom tydlighet, enkelhet samt ett rakt språk framkommer som betydelsefullt för att underlätta kommunikationen. Även att använda sig av enkla frågor som patienten kan svara ja eller nej på, eller att förenkla ord, underlättar.

Det påtalas att kommunikationen med dessa patienter är tidskrävande, men att ge kommunikationen tid framkommer som en viktig aspekt

*”...man ska inte liksom skynda på med en fråga utan de ska få en möjlighet att tänka efter, för ibland är de ju så dimmiga så när du kommer till fråga tre så ligger dom fortfarande och tänker på fråga ett...”*

Genom att vänta in patienterna ges de möjlighet att tänka efter och att respondera. Det framkommer även att den tid som krävs inte alltid finns och att kommunikationen då måste bortprioriteras, om ändock motvilligt. Tålamod samt att prioritera kommunikationen upplevs dock betydelsefullt.

Att inte överge patienten när kommunikationen är svår, genom att stanna kvar hos patienten eller att återkomma senare, framkommer som viktigt. Att intensivvårdssjuksköterskan inte förstår patienten kan likväl leda till att kommunikationsförsöken ges upp från intensivvårdssjuksköterskan, som då lämnar patienten. När patienter inte vill vara delaktiga i kommunikationen och skärmar av sig, upplevs detta ha en negativ inverkan på kommunikationen, eftersom patienten då inte går att nå. Intensivvårdssjuksköterskorna påtalar emellertid vikten av att här respektera patienternas vilja, genom att backa undan och ge dem utrymme.

### **Att få ett känslomässigt gensvar**

Kommunikationen med lätt sederade patienter kan leda till känslomässiga gensvar hos intensivvårdssjuksköterskorna. Samspelet mellan intensivvårdssjuksköterska och patient handlar om att nå patienten och få ett svar tillbaka, för att skapa en kontakt. I samspelet är ögonkontakt viktigt, då det är via denna som intensivvårdssjuksköterskorna bekräftar kontakten med patienten. Genom att informera och inkludera patienterna försöker intensivvårdssjuksköterskorna uppnå en delaktighet. De läser av patienten och situationen för att svara an till detta för därmed möta patienternas individuella behov. Att inge förtroende och tillit genom gemenskap upplevs även som viktiga aspekter för att få ett känslomässigt gensvar.

Glädje och tillfredsställelse upplevs då intensivvårdssjuksköterskorna når fram till patienterna och uppnår en ömsesidig förståelse. De upplever det även som spännande att försöka hitta en fungerande kommunikationsstrategi med patienten, samt att en lyckad kommunikation är ett mått på en tillfredsställande arbetsinsats, då den medför återkoppling från patienten. Däremot upplevs frustration, stress och otillräcklighet när kommunikationen inte fungerar, eller måste bortprioriteras.

*”...men det är enormt frustrerande innan man är där, är det, så att det är inte helt enkelt, det är det inte.”*

Att inte tiden räcker till kan leda till att intensivvårdssjuksköterskorna känner sig splittrade. Kommunikation med en patient som är svår att förstå upplevs krävande och kan leda till tappat fokus. Även osäkerhet är en känsla som beskrivs i relation till kommunikationen. Osäkerheten grundas i rädsla för missförstånd och feltolkningar samt

i huruvida kommunikationen verkligen är av värde för patienten, då få patienter minns vårdtiden.

### **Att förmedla ett budskap**

Intensivvårdssjuksköterskor förmedlar sitt budskap med hjälp av sitt kroppsspråk och sin personlighet. Genom fysisk kontakt i form av beröring förmedlas närhet genom kroppen, för att inge en känsla av trygghet hos patienterna. Beröring används även som ett sätt att upprätthålla kontakt och förmedla närvaro, som ett komplement när språket inte räcker till.

*” ...när jag höll i armen eller jag la bara en hand mot armen,  
att, nu är det vi, vi som kommunicerar, ja, jag tittar inte  
åt nåt annat håll, utan nu är jag här och, vi är här och vi,  
nu gör vi det här tillsammans. ”*

För att förmedla förtroende och trygghet till patienterna visar intensivvårdssjuksköterskorna med sin hållning och inställning att allt är lugnt och att de har läget under kontroll. Genom att prata med och inte över patienterna samt att inte visa osäkerhet förmedlar de ett professionellt förhållningssätt. Även att förmedla trygghet genom att visa empati till patienterna, upplevs som centralt i kommunikationen.

Genom att skapa en miljö där de för naturliga samtal om vardagliga ämnen med patienterna, förmedlar intensivvårdssjuksköterskorna trygghet. På liknande sätt förmedlas trygghet via kommunikationen till övrig personal, då intensivvårdssjuksköterskorna gör patienterna delaktiga i denna. Trygghet förmedlas även indirekt via den yttre miljön, när intensivvårdssjuksköterskorna exempelvis spelar musik patienterna känner igen och uppskattar. De förmedlar likaså trygghet och lugn till patienterna via deras anhöriga, genom att säkerställa att anhöriga är välinformerade och lugna.

### **Att nå fram**

För att nå fram till patienter som svarar utan ljud, beskriver intensivvårdssjuksköterskorna vikten av att hitta ett gemensamt språk. Kroppen är central i denna process, då intensivvårdssjuksköterskorna använder sig av gester för att tala till patienterna samtidigt som de använder sig av patienternas kroppar, för att tyda och tolka dess signaler. Hur väl intensivvårdssjuksköterskan når fram till patienten är beroende av vilka förhållanden som råder, samt dennes och patientens bagage.

### **Att hitta ett gemensamt språk**

Kommunikationen med dessa patienter upplevs speciell, på så sätt att patienten svarar utan röst. Ett flertal olika sätt beskrivs dock för att hitta ett gemensamt språk med patienterna, för att ändå kunna kommunicera. Att hitta en kommunikationsstrategi som är anpassad till patienten, beskrivs som ett detektivarbete som innebär att

intensivvårdssjuksköterskorna provar sig fram tillsammans med patienten. Olika möjligheter till kommunikation kan råda med samma patient och variera under vårdtiden. Att en fungerande strategi inte uppnås upplevs som att kommunikationen reduceras till att vara enkelriktad.

En annan aspekt av detektivarbetet är att försöka hitta vilket område patienterna försöker prata om. Att inte hitta rätt område innebär att intensivvårdssjuksköterskan inte kan förstå patienten och det upplevs svårare att hitta om denne inte vet var patienten befinner sig i sina tankar.

*”...om man har svårt att tyda, att man ändå vet i vilket område, är det patienten, är det mat, dryck, är det så att man behöver gå på toaletten eller vad är det vi pratar om, för det är ju inte heller, det behöver ju inte vara det vi tror att dom frågar.”*

Att se patienten, läsa av dennes kropp och tolka dess signaler är en stor del av kommunikationen. Genom att tolka patienternas kroppsspråk och tyda deras ögon kan intensivvårdssjuksköterskorna samla information, som patienterna inte kan uttrycka på annat sätt. Det beskrivs att informationen från patientens språk inte alltid stämmer överens med informationen från patientens kropp, vilket leder till ett behov av att tolka patientens hela situation. Att tyda och tolka patienten upplevs vara av ännu större värde vid avsaknad av gemensamt verbalt språk. Lättare sedermera upplevs kunna ha en positiv inverkan på kommunikationen, då detta medför att patienten får ett tydligare språk med mer mimik och de får lättare att respondera.

Den egna kroppen beskrivs ha stor betydelse, då intensivvårdssjuksköterskorna använder sig av gester för att kommunicera med patienterna. Att gestikulera, göra grimaser eller att peka på den egna kroppen för att betona eller beskriva, är strategier som används av intensivvårdssjuksköterskorna. Detta upplevs extra viktigt vid avsaknad av gemensamt verbalt språk. Även genom att använda hjälpmedel kan kommunikationen med patienten främjas. Papper och penna, pektavla och bildbok är några hjälpmedel som används. Även anhöriga eller andra närstående påtalas vara till stor hjälp för att tyda patienters signaler och på så vis underlätta kommunikationen.

### **Att skapa gynnsamma förhållanden**

Olika faktorer kan påverkas, för att skapa gynnsamma förhållanden för kommunikationen. Störande moment i miljön, så som undersökningar och höga ljud, upplevs ha en negativ inverkan på kommunikationen, genom att rubba dess rytm. En lugn miljö utan andra patienter beskrivs däremot ha en positiv inverkan på kommunikationen.

Även fysiska hinder beskrivs ha inverkan på kommunikationen. Att ha åtstramande fixeringstejp runt endotrachealtuben och munnen samt ha sår i ansiktet påtalas ha en negativ inverkan på kommunikationen, genom att försvåra patientens mimik. Intuberade patienter beskrivs som svåra att kommunicera med, i jämförelse med tracheostomerade patienter, exempelvis genom att tuben försvårar läppläsning. Intubation upplevs ha en större negativ inverkan på patienternas välbefinnande än tracheostomi, vilket i sin tur

upplevs påverkar kommunikationen negativt.

Att patienter är tillfreds med situationen underlättar kommunikationen då detta medför att den blir tydligare från patientens sida. Det påtalas att goda förhållanden för kommunikation råder, av samma anledning, om patienter är lugna, utvilade och trygga samt förstår sin situation. Även att patienter är samarbetsvilliga och lättare sederade upplevs ha positiv inverkan på kommunikationen, då det medför att de upplevs lättare att förstå.

Det framkommer även att intensivvårdssjuksköterskorna ibland minimerar information till patienten för att minimera mängden följdfrågor patienten kan tänkas ha, och på så sätt försöka undvika otrygghet hos patienterna.

*”...alltså så man kanske inte kan berätta att det här har tillstött du har fått den här sjukdomen alltså den kanske har jättemycket frågor sen har den ingen chans att göra sig förstådd.”*

### **Att ha olika bagage**

Förutsättningar för kommunikation påverkas av både patienters och intensivvårdssjuksköterskors bagage. Olika patienter upplevs olika lätta att förstå utifrån deras personligheter och deras sätt att uttrycka sig. Att återkommande vårda samma patient har en positiv inverkan på kommunikationen, genom att intensivvårdssjuksköterskan då lär känna patienten och dennes uttrycksätt.

Erfarenhet upplevs kunna medföra att kommunikationen sker oreflekterat och kan sitta i ryggraden. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver även hur erfarenhet bidrar till utveckling av deras kommunikativa kompetens. Att vara trygg i sig själv och sin profession är positivt för kommunikationen, då detta innebär att intensivvårdssjuksköterskorna vågar lita på sina tolkningar av patienten.

*”...när man har arbetat ett tag och man får lite erfarenhet utav å jobba med dom här patienterna, så märker, man får ju en sån här konstig, eller konstig är den väl inte, man får en känsla för om det jag gör är rätt.”*



# DISKUSSION

## Metoddiskussion

För urvalet i föreliggande studie ombads vårdenhetschefer på respektive avdelning välja intervjupersoner utifrån angivna kriterier. Målet var här att säkerställa att intervjupersonerna hade erfarenhet av fenomenet samt för att få variation i berättelserna. Risker med att använda vårdenhetschefer för att välja intervjupersoner identifierades som eventuella missförstånd av angivna kriterier samt ett vinklat urval. Således kan detta påverka studiens trovärdighet. Dessa risker bedömdes dock som små och ett försök att minimera riskerna gjordes genom tydligt angivna inklusionskriterier. För att erhålla maximal variation i urvalet bör det bestå av intervjupersoner med olika bakgrund, för att därmed stärka resultatets trovärdighet (Polit & Beck 2012). I erhållet urval återfinns en lägre variation i könsfördelning samt i erfarenhet av intensivvård hos intervjupersonerna än önskat, vilket kan påverka studiens trovärdighet. Däremot inkluderades intervjupersoner av varierande åldrar samt från två olika sjukhus. Ingen skillnad i intervjuernas innehåll noterades mellan de intensivvårdssjuksköterskor som hade kort jämfört med lång arbetslivserfarenhet. Någon skillnad noterades heller ej i intervjun med en manlig intervjuperson, jämfört med övriga intervjuer.

För datainsamling valdes halvstrukturerade forskningsintervjuer, då denna metod söker beskrivningar av fenomen. Den inledande frågan utformades för att intitera reflektion hos intervjupersonerna. Den första intervjun av varje författare var en provintervju. Den transkriberades och skickades till handledaren, för att få återkoppling på intervjutekniken, innan övriga intervjuer genomfördes. Detta, tillsammans med den reflektion kring intervjutekniken som utfördes efter varje intervju, gjordes för att stärka studiens trovärdighet genom att utveckla författarnas intervjuteknik. Forskningsintervju som datainsamlingsmetod kan beskrivas som ett hantverk och för att lära sig detta behöver många intervjuer genomföras (Kvale & Brinkman 2012). Intervjutekniken kunde ha utvecklats och ytterligare data hade haft möjlighet att framkomma, om fler intervjuer utförts. Detta bedömdes dock ej som genomförbart på grund av den begränsade tid som fanns för studien, men det kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. Intervjuerna i denna studie utfördes på var sitt håll av författarna. Genom intervjuguiden säkerställdes att författarna ändå berörde samma områden. En av intervjuerna i studien är markant kortare än övriga intervjuer, vilket kan påverka studiens trovärdighet. Den bedömdes dock ändå som aktuell då den innehåller ett flertal koder, som svarade mot studiens syfte. Enligt Lincoln och Guba (1985) kan trovärdigheten styrkas ytterligare om intervjupersonerna får möjlighet att läsa igenom transkriberade intervjuer innan analysen påbörjas. Inom angiven tidsram för föreliggandes studie bedömdes detta ej möjligt. Det kan dock ha påverkat studiens trovärdighet.

Genom att förförståelsen diskuterades inför datainsamling och dataanalys medvetandegjordes den. Datainsamlingen bidrog till en förändring av förförståelsen, som även den diskuterades och tydliggjordes. Denna medvetenhet bidrog till reflektion kring den egna förförståelsen. Under datainsamlingen resulterade reflektionen i att författarna aktivt försökte undvika att styra intervjupersonen och intervjuens innehåll. I analysen resulterade reflektionen i en aktiv problematisering av hur och när förförståelsen påverkade analysen, för att minimera dess inverkan, vilket stärker

studiens tillförlitlighet enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008). Om reflektion kring förståelsen inte utförts, hade den kanske haft en större påverkan på intervjuerna och analysen, genom att styra dess innehåll och riktning.

Hsieh och Shannons (2005) metod valdes som inspiration för innehållsanalysen, då denna metod upplevdes tydligt beskriven och enkel att följa, samt passande för studiens syfte och datainsamlingsmetod. Analysprocessen utfördes både på var sitt håll och gemensamt, för att säkerställa att nyckelkoncept fångades upp i så stor utsträckning som möjligt, vilket stärker studiens tillförlitlighet. Utmaningen med vald analysmetod var att erhålla en fullständig förståelse för innehållet och inte gå miste om viktiga nyckelkoncept. Om detta inte görs, riskerar resultatet att inte vara en korrekt återspeglning av datan (Hsieh & Shannon 2005). Analysen innefattade diskussion med handledare, för att erhålla ytterligare infallsvinklar. Enligt Lincoln och Guba (1985) stärks en studies trovärdighet av att låta kritiskt hållna kollegor läsa och granska tolkningen av data.

Forskningsetik innebär att ta hänsyn till individers lika värde och autonomi samt att integriteten bevaras (Kjellström 2012). I föreliggande studies har etiken bearbetats och applicerats huvudsakligen utifrån två etiska principer. Autonomiprincipen anammades under intervjuerna då intervjupersonerna erbjöds rätten att avbryta intervjuerna samt genom att intervjupersonerna erhöll information om studien innan intervjuer påbörjades. Ingen av intervjupersonerna kände dock behov av att avbryta. Kjellström (2012) påtalar att autonomiprincipen gör gällande att alla människor ska betraktas som självbestämmande samt att informerat samtycke speglar rätten till självbestämmande. Studien bidrog till göra-gott-principen genom att studien i sig bidrar till att främja intensivvårdssjuksköterskor i deras framtida arbete samt genom att konfidentialiteten diskuterades utifrån huruvida deltagarnas identitet på något sätt kunde röjas under och efter arbetets gång. Denna risk bedömdes dock som minimal. Enligt Kjellström (2012) appliceras göra-gott-principen på forskning genom att risker med studier vägs mot deras nytta samt genom att forskare lever upp till förpliktelsen att bevara medverkandes identitet.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet framkommer tre huvudfynd som var särskilt intressanta. Ett av fynden kom författarna fram till gemensamt och de andra två fynden kom författarna fram till var för sig. Det första fyndet är hur intensivvårdssjuksköterskor använder den egna kroppen för att kommunicera med lätt sederade patienter. Kroppen används både för att via gester betona och beskriva kommunikationen, samt för att med kroppsspråk och beröring förmedla budskap till patienten. Det andra fyndet är hur kommunikationen är beroende av att intensivvårdssjuksköterskan lär sig läsa patienten, då denne responderar ljudlöst. Det är via kroppen patienterna kommunicerar och intensivvårdssjuksköterskans förmåga att tyda dess signaler är således väsentlig för att nå fram. Det tredje fyndet är intensivvårdssjuksköterskornas mod i mötet med patienterna. Genom att vara trygga i sig själva vågar de möta patienten, finnas där och nå fram.

## **Att prata via den egna kroppen**

I föreliggande studie upplever intensivvårdssjuksköterskorna sin kropp som ett viktigt verktyg för kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter. Intensivvårdssjuksköterskorna förmedlar förtroende och trygghet till patienterna genom sitt kroppsspråk. Kroppen används likaså för att via gester hitta ett gemensamt språk med patienten, vilket inte tidigare forskning behandlat. Genom beröring används kroppen för att bekräfta intensivvårdssjuksköterskornas närvaro, förmedla närhet och trygghet samt för att upprätthålla kontakten med patienterna. Även Sundin, Jansson och Norberg (2009) har påvisat att beröring stärker banden mellan sjuksköterskor och patienter och på så vis understödjer kommunikationen. I deras studie framkommer dock att beröring används för att överföra känslor mellan sjuksköterskor och patienter, för att vägleda kommunikationen, vilket ej framkommer i denna studie. Tidigare studier har påvisat hur patienter upplever beröring i samband med respiratorvård. Johnson (2004) har påvisat att intensivvårdssjuksköterskors beröring och närvaro har en avgörande betydelse för patienter för att inte hopp och stöd. Enligt Wojnicki-Johansson (2001) upplever respiratorvårdade patienter med nedsatt kommunikationsförmåga beröring som en av kommunikationens mest framträdande delar. Hon menar även att beröring är ett kraftfullt sätt för att bekräfta en annan människas existens. Vouzavali et.al. (2011) menar att beröring dessutom är avgörande för utvecklingen av en vårdande relation mellan intensivvårdssjuksköterska och patient, då det är genom kontinuerlig beröring av patienters kroppar som relationen uppstår. Det är i närheten mellan kroppar som kommunikation förmedlas och här är inte bara verbal utan även icke verbal kommunikationen viktig för budskapen som sänds. I vårdande möten måste sjuksköterskor vara medvetna om de budskap som sänds till patienter genom kroppsspråket (Dahlberg & Segesten 2011). Genom beröring bekräftar således intensivvårdssjuksköterskorna både sin egen närvaro och patienternas existens. Beröringen stärker banden dem emellan och bidrar till utvecklingen av en vårdande relation, som förstärks genom att intensivvårdssjuksköterskorna finns där hos patienten. Om intensivvårdssjuksköterskorna lämnar patienter när de inte når fram, försvinner tillfället för beröring och för att förmedla budskap. Som en följd av detta minskas möjligheten att utveckla en vårdande relation.

## **Att lära sig läsa**

Kommunikation där responsen sker ljudlöst innebär att intensivvårdssjuksköterskor behöver läsa, istället för att lyssna på, patienter. Tolkningar av patienters kropp är här en framträdande strategi för att hitta ett gemensamt språk, som underlättas av att känna patienten och att ha erfarenhet inom professionen. Intensivvårdssjuksköterskorna lär sig läsa både specifikt för patienten och generellt för sin yrkesroll. Förmågan att läsa patienten blir särskilt viktigt när intensivvårdssjuksköterska och patient har olika verbalt språk. Även Bergbom-Engberg och Haljamäe (1993) har påvisat att erfarenhet är en viktig faktor för att lära sig förstå patienter. Johnson (2004) menar att en fungerande kommunikation ger patienter kontroll över sin situation och är avgörande för återhämtningsprocessen. För att främja kommunikationen har utbildning inom kommunikation och kommunikationshjälpmedel visats vara värdefullt då det ökar möjligheten att förstå patienter, genom att tillhandahålla verktyg till intensivvårdssjuksköterskorna (Magnus & Turkington 2006; Radtke, Tate & Happ 2012). Detta har dock ej påvisats i föreliggande studie. När en patient har svårigheter att

uttrycka sig är sjuksköterskans kreativitet avgörande för vårdande samtal, som har en väsentlig roll i vårdrelationen. Svårigheten med vårdande samtal är att tala *med* patienten och inte *till* densamma (Dahlberg & Segesten 2011). Erfarenhet och utbildning är således faktorer som bör ha en positiv inverkan på intensivvårdssjuksköterskors kreativitet i kommunikationen med dessa patienter, genom att förse dem med verktyg. Att kunna tyda patienten är en förutsättning för ett samtal där intensivvårdssjuksköterskan talar *med* patienten, istället för *till*. Utbildning kan tänkas ersätta avsaknaden av erfarenhet hos nya intensivvårdssjuksköterskor, samtidigt som den kan tänkas stärka och motivera intensivvårdssjuksköterskor med lång erfarenhet. Detta bör även ha en positiv inverkan på vårdandet, genom att främja utvecklingen av en vårdande relation, då denna process är beroende av de vårdande samtalen.

I föreliggande studie påvisas likaså att kontinuitet i vårdandet har en positiv inverkan på kommunikationen, då det medför att intensivvårdssjuksköterskorna lär känna patienterna och deras uttryckssätt. Detta styrks av andras studier, som har påvisat att kontinuitet och närvaro är grundförutsättningar för att kunna tolka patienter korrekt. När intensivvårdssjuksköterskor lär känna patienter kan kommunikationen underlättas, vilket leder till att dess kvalitet och duration ökar (Happ 2000; Magnus & Turkington 2006; Nilsen, Sereika & Happ 2013). Happ (2001) påtalar dock att kontinuitet inte alltid främjar kommunikationen. Tingsvik, Bexell, Andersson och Henricson (2013) har påvisat att lätt sedering medför att patienter har en ökad förmåga att kommunicera. Detta främjar utvecklingen av en relation och intensivvårdssjuksköterskans förmåga att anpassa vården efter patientens behov, då det medför att intensivvårdssjuksköterskorna har möjlighet att lära känna patienterna, vilket även styrks av den här studien. För att patienter ska uppleva vården som god behöver intensivvårdssjuksköterskor möta deras individuella behov (Attree 2001). Dahlberg och Segesten (2011) påpekar att förmågan att tyda patienters signaler är en förutsättning för att utveckla en vårdande relation, där intensivvårdssjuksköterskan svarar an på patientens behov. Vårdandet bör utgå ifrån patientens livsvärld, som nås genom öppenhet för patientens förståelse av sin omvärld. Intensivvårdssjuksköterskans närvaro kan således ha en positiv inverkan på huruvida hon når fram till patienten, då förmågan att tyda patienten ökar i takt med att hon lär känna densamma. Att lyckas kommunicera ger möjlighet till individanpassad vård, då det medför att intensivvårdssjuksköterskan kan nå patientens livsvärld.

### **Att våga finnas där och nå fram**

När intensivvårdssjuksköterskor är trygga i sig själva och vågar finnas där hos patienter underlättas kommunikationen. Genom att finnas där gör sjuksköterskan sig till en del av en gemenskap med patienten. Därmed gör hon sig även till föremål för de känslomässiga gensvar relationen medför, vilka kan vara av både positiv och negativ karaktär. Att ha modet att finnas där gynnar dessutom försöken att nå fram till patienten. Även Karlsson, Bergbom och Forsberg (2012) har påvisat vikten av att finnas där, genom att stanna kvar hos patienten och menar att detta är en vårdande handling, som syftar till att hjälpa patienter hitta sin inre styrka. Tingsvik et.al. (2013) påtalar att självförtroende och mod hos intensivvårdssjuksköterskor dessutom är förutsättningar för att våga möta de utmaningar vård av lätt sederade patienter medför. Värdet av sjuksköterskors mod har även studerats av Thorup, Rundqvist, Roberts och Delmar

(2011), som påvisar att sjuksköterskors engagemang i vårdandet är beroende av deras mod och förmåga att lita på sig själva samt avgörande för huruvida de vågar möta patienters lidande. Enligt Alasad och Ahmad (2004) upplever intensivvårdssjuksköterskor kommunikation med patienter som betydelsefull, men de kan trots detta föredra att vårda djupt sederade patienter, då det upplevs mindre krävande när patienter inte kan kommunicera, vilket ej styrks av föreliggande studie. Däremot påvisas det i denna studie att om intensivvårdssjuksköterskorna inte förstår patienten kan kommunikationsförsöken ges upp. Krävande kommunikation kan även leda till tappat fokus, vilket således leder till att intensivvårdssjuksköterskorna inte kan nå fram till patienten. Tingsvik et.al. (2013) har påvisat att lätt sederad av patienter kan upplevas både som tillfredsställande och ansträngande för intensivvårdssjuksköterskorna, då det erbjuder återkoppling samtidigt som det ställer högre krav på dem. De påvisar även att intensivvårdssjuksköterskor upplever högre arbetstillfredsställelse när de vårdar lätt sederade patienter, vilket dock inte framkommit i föreliggande studie. Här påvisas att lyckad kommunikation upplevs glädjande och tillfredsställande av intensivvårdssjuksköterskorna, samtidigt som de upplever frustration och otillräcklighet när kommunikationen misslyckas. I den vårdande relationen är det vårdarens ansvar att svara an på patienten, vilket kräver öppenhet och följsamhet för dennes livsvärld (Dahlberg & Segesten 2011). Berg, Skott och Danielsson (2007) har påvisat att både intensivvårdssjuksköterskors och patienters engagemang är avgörande för huruvida vårdande relationer ska formos. Att finnas där leder således till både positiva och negativa känslor hos intensivvårdssjuksköterskor. Genom att vara trygga i sig själva ökar möjligheterna för att möta dessa gensvar och det ger även möjlighet till ett ökat engagemang, vilket är en förutsättning för utvecklingen av en vårdande relation.

Patienterna bjuds in till en relation genom att de ges tid av intensivvårdssjuksköterskorna och därmed uppnås ett samspel. Ibland kan dock kommunikationen behöva bortprioriteras, då tiden inte räcker till, vilket leder till att intensivvårdssjuksköterskorna känner sig splittrade. Att vårda lätt sederade patienter är mer tidskrävande än att vårda djupt sederade, då det kräver större ansträngning av intensivvårdssjuksköterskan (Tingsvik et.al. 2013). Hemsley, Balandin och Worrall (2011) har påvisat att tid kan upplevas ha en positiv inverkan på kommunikation med patienter med nedsatt kommunikativ förmåga, genom att ha tid att lära känna patienten, och en negativ inverkan, genom att inte räckta till, vilket även framkommer i denna studie. Däremot påtalar de att om kommunikationen anses ta för lång tid kan intensivvårdssjuksköterskor undvika den, vilket inte styrks av föreliggande studie. Patienter som blir ignorerade och inte ges tid av intensivvårdssjuksköterskor upplever enligt Attree (2001) vården som dålig. Hon påvisar även att en god relation mellan intensivvårdssjuksköterska och patient är avgörande för huruvida patienter upplever vården som god. Dahlberg och Segesten (2011) påtalar sjuksköterskans ansvar i att nå ut till patienten. Vidare menar de att hur relationen utvecklas är beroende av patientens gensvar. Att prioritera kommunikationen kan underlätta för intensivvårdssjuksköterskan att hitta en fungerande kommunikationsstrategi. Därmed kan intensivvårdssjuksköterskan vinna tid för kommunikationen i det långa loppet, lättare nå fram till patienten och därmed bjuda in denne till en vårdande relation.

## **Vidare forskning**

Förslag på vidare forskning är hur intensivvårdssjuksköterskors kroppsspråk påverkar patienter och deras upplevelser av kommunikationen. I denna studie har intensivvårdssjuksköterskors kroppsspråk framkommit som central. Tidigare studier finns rörande patienters upplevelser av beröringens innebörd, men här finns en bristande kunskap kring betydelsen av kroppsspråk. Även att ytterligare undersöka vilken effekt utbildning inom kommunikation och kommunikationsverktyg kan få för intensivvårdssjuksköterskor föreslås.

## **Kliniska implikationer**

Resultatet från denna studie medför ett antal kliniska implikationer för intensivvårdssjuksköterskor. För att lyckas kommunicera med lätt sederade, respiratorbehandlade patienter behövs en fungerande strategi. För att utveckla en sådan strategi kan intensivvårdssjuksköterskor:

- Utbilda sig inom kommunikation och kommunikationsverktyg, samt inom kommunikationens inverkan på patienters upplevelse av intensivvård
- Sträva efter kontinuitet i vårdandet, då detta främjar kommunikationen och underlättar förståelsen av patienten
- Bli medvetena om hur den egna kroppen används, och kan användas, som redskap för att främja kommunikation och en vårdande relation
- Stödjas av denna studies resultat i sina försök att prioritera kommunikationen

## **Slutsats**

Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskor upplever den egna kroppen som central i kommunikationen med lätt sederade, respiratorvårdade patienter, då de förmedlar budskap genom beröring och kroppsspråk samtidigt som de använder sig av gester för att hitta ett gemensamt språk. Kommunikation med dessa patienter innebär även att lära sig läsa, då patienters responser sker ljudlöst. Betydelsefulla faktorer för att nå fram till patienten är erfarenhet, kontinuitet, utbildning och fysisk närvaro. Avgörande för kommunikationen är således huruvida intensivvårdssjuksköterskan finns där för patienten eller ej, vilket underlättas av att hon är trygg i sig själv. Att finnas där innebär att få känslomässiga gensvar i form av glädje och tillfredsställelse, såväl som frustration och osäkerhet. För att uppnå en vårdande relation som stödjer patienten i dennes hälsoprocesser behöver en fungerande kommunikationsstrategi utvecklas. Utöver erfarenhet kan således även kunskap om kommunikationsstrategier och kontinuitet i vårdandet underlätta kommunikationen och därmed främja utvecklingen av en vårdande relation mellan intensivvårdssjuksköterska och patient.

## REFERENSER

- Alasad, J. & Ahmad, M. (2004). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, ss. 356-362.
- Albarran, J.W. (1991). A review of communication with intubated patients and those with tracheostomies within an intensive care environment. *Intensive Care Nursing*, vol. 7, ss. 179-186.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 33, ss. 456-466.
- Berg, L., Skott, C., Danielson, E. (2007). Caring relationship in a context: Fieldwork in a medical ward. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 13, ss. 100-106.
- Bergbom-Engberg, I. & Haljamäe, H. (1993). The communication process with ventillator patients in the ICU as perceived by the nursing staff. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 9, ss. 40-47.
- Burchardi, H. (2004). Aims of sedation/analgesia. *Minerva Anestesiologica*, vol. 70, ss. 137-143.
- Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani, E., Grassi, L., Bianconi, M. & Contu, P. (2001). Analgesia, sedation, and memory of intensive care. *Journal of Critical Care*, vol. 16, ss. 83-89.
- Carroll, S. (2004). Nonvocal ventilated patients' perceptions of being understood. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 26, ss. 85-103.
- Carroll, S.M. (2007). Silent, slow lifeworld: The communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qualitative Health Research*, vol. 17, ss. 1165-1177.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2011). *Hälsa & vårdande: i teori och praxis. 2. uppl.* Stockholm: Natur och kultur.
- De Jonghe, B., Cook, C., Appere-De-Vecch, g., Guyatt, M. & Outin, H. (2000). Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, vol. 26, ss. 275-285.
- Devlin, J.W., Boleski, G., Mlynarek, M., Nerenz, D.R., Peterson, E., Jankowski, M., Horst, H.M. & Zarowitz, B.J. (1999) Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, vol. 27, ss. 1271-1275.
- Feeley, K. & Gardner, A. (2006). Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: literature review, case study and recommendations for practice. *Australian Critical Care*, vol. 19, ss.73-77.

- Fuchs, E. M. & Von Rueden, K. (2008). Sedation Management in the Mechanically Ventilated Critically Ill Patient. *AACN Advanced Critical Care*, vol. 19, ss. 421- 432.
- Grossbach, I., Stranberg, S. & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, vol. 3, ss. 46-61.
- Hafsteindóttir, T.B. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive & Critical Care Nursing*, vol. 12, ss. 261–271.
- Happ, M.B. (2000). Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science & Medicine*, vol. 50, ss. 1247-1255.
- Happ, M.B. (2001). Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science. *AACN Clinical Issues*, vol. 12, ss. 247-258.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *World medical association Declaration of Helsinki*. Tillgänglig <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [2013-01-23].
- Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2011). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, ss. 116.126.
- Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C. & Green, V.A (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, ss. 827-835.
- Hsieh, H.-F., Shannon S.-E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, vol. 15(9), ss. 1277-1288.
- Johnson, P. (2004) Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 20, ss. 190-199.
- Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 28, ss. 6-15.
- Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment – A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 28, ss. 197-207.
- Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning- Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 24, ss. 41-50.



- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D.M. & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, vol. 20, ss. 470-479.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielson, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 18, ss. 27-38.
- Magnus, S.M. & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU: Patient and staff experiences and perceptions *Intensive and Critical Nursing*, vol. 22, ss. 167-180
- Menzel, L.K. (1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, vol. 27, ss. 245–252.
- Nilsen, M.L., Sereika, S. & Happ, M.B. (2013). Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU. *Heart and Lung: the Journal of Acute and Critical Care*, vol. 42, ss.5-12.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N.I., Doering, L. & Berg, J. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 33, ss. 308–320.
- Polit, D. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. uppl. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Radtke, J.V., Tate, J.A. & Happ, M.B. (2012). Nurses perceptions of communication training in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 28, ss. 16-25.
- Samuelsson, K.A., Larsson, S., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2003). Intensive care sedation of mechanically ventilated patients: a national Swedish survey. *Intensive and critical care nursing*, vol. 19, 22. 350-362.

Samuelsson, K.A.M., Lundberg, D., Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, vol. 12, ss. 93-104.

Samuelsson, K.A.M., Lundberg, D., Fridlund, B. (2008). Light vs. heavy sedation during mechanical ventilation after oesophagectomy: a pilot experimental study focusing on memory. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 52, ss. 1116-1123.

Sessler, C.N., Gosnell, M.S., Grap, M.J., Brophy, G.M., O'Neal, P.V., Keane, K.A., Tesoro, E.P. & Elswick, R.K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 166, ss. 1338-1344.

Sessler, C.N. & Varney, K. (2008). Patient-Focused Sedation and Analgesia in the ICU. *Chest*, vol.133, ss. 552-565.

Strøm, T., Martinussen, T. & Toft, P. (2010) A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*, vol. 6, ss. 475-480.

Strøm, T., Stylsvig, M. & Toft, P. (2011). Long-term psychological effects of a no-sedation protocol in critically ill patients. *Critical Care*, vol. 15, R293

Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, ss. 481-488.

Thorup, C.B., Rundqvist, E., Roberts, C. & Delmar, C. (2011). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26, ss. 427-435.

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A.-C. & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, article in press <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005>

Treggiari, M.M., Romand, J.-A., Janez, N.D., Deem, S.A., Goldberg, J., Hudson, L., Heidegger, C.-P. & Weiss, N.S. (2009). Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine*, vol. 37, ss. 2527-2534.

Vouzavali, F.J., Papathanassoglou, E.D., Karanikola, M.N., Koutroubas, A., Patiraki, E.I., & Papadatou, D. (2011). The patient is my space: Hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. *Nursing in Critical Care*, vol. 16, ss. 140-151.

Wang, K., Zhang, B., Li, C. & Wang, C. (2008) Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, ss. 183–190.

Westcott, C. (1994). The sedation of patients in intensive care units: a nursing review. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 11, ss. 26-31.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

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

## Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

### Ansökan om tillstånd

Till: vårdenhetschef vid Operations- och intensivvårdskliniken

Härmed ansöks om tillstånd att utföra kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor från Intensivvårdsavdelningen. Intervjumaterialet är tänkt att användas i den magisteruppsats som skall vara klar i slutet på mars 2013.

Det finns flertalet studier som beskriver patienters upplevelser av kommunikation, eller avsaknad av kommunikation, i samband med respiratorvård, men idag saknas till stor del kunskap om hur denna del av intensivvården upplevs av sjuksköterskorna som utför vården. Därför är denna studies syfte att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter. Med lätt sederad menas en sederingsnivå motsvarande MAAS 2 eller högre.

Avsikten är att genomföra åtta bandinspelade intervjuer, fördelat på två sjukhus. Deltagandet är frivilligt och sjuksköterskan har rätt att avbryta deltagandet när som helst, utan att uppge orsak. Varje intervju är tänkt att vara mellan 30-60 minuter och kommer efter transkribering att bearbetas med en kvalitativ, konventionell innehållsanalys. Innehållet behandlas konfidentiellt och resultatet kommer att redovisas på ett sådant sätt att varken person, avdelning eller sjukhus kan identifieras. Endast vi och vår handledare Maria Henricson, universitetslektor vid Hälsohögskolan i Jönköping, kommer att ha tillgång till materialet.

Vi har önskemål om att Du som vårdenhetschef väljer ut fyra intensivvårdssjuksköterskor som intervjupersoner, utifrån följande kriterier:

- Specialistsjuksköterska inom intensivvård.
- Arbetslivserfarenhet inom intensivvård av varierande längd
- Erfarenhet av att vårda lätt sederade respiratorvårdade patienter
- Varierande ålder och kön.

Vi återkommer till er per telefon under slutet av vecka fyra angående intervjupersoner. Tack på förhand.

Student  
Lisa Korsar  
Mailadress  
Telefonnummer

Student  
Marie Lindqvist  
Mailadress  
Telefonnummer

Handledare  
Maria Henricson  
Mailadress  
Telefonnummer



**HÖGSKOLAN I BORÅS**  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

### **Godkännande**

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Lisa Korsar/Marie Lindqvist genomför datainsamling inom ramen av vad som ovan beskrivits, gällande intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter.

\_\_\_\_\_  
Stad

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Verksamhet



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

### Till dig som intensivvårdssjuksköterska.

Under januari-februari 2013 kommer vi att genomföra intervjuer med intensivvårdssjuksköterskor, som sedan kommer utgöra underlag för vår magisteruppsats. Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med lätt sederade, respiratorvårdade patienter. Med lätt sederad menas sedeingsgrad motsvarande MAAS 2 eller högre.

Intervjuerna beräknas ta 30-60 minuter. Deltagandet är frivilligt och Du har rätt att avbryta deltagandet när som helst, utan att uppge orsak. Intervjuerna bandas och transkriberas, för att sedan analyseras utifrån kvalitativ innehållsanalys. Materialet behandlas konfidentiellt och endast vi och vår handledare Maria Henricson, universitetslektor vid Hälsohögskolan i Jönköping, kommer att ha tillgång till materialet.

Ditt namn och telefonnummer har vi fått av din vårdenhetschef och vi kommer att kontakta Dig under vecka fyra eller fem för att bestämma tid och plats för intervjun. Vid frågor eller funderingar får du gärna ta kontakt med någon av oss.

Tack på förhand

Med vänliga hälsningar

Lisa Korsar

Marie/Lindqvist

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård.

Högskolan i Borås

Student

Lisa Korsar

Mailadress

Telefonnummer

Student

Marie Lindqvist

Mailadress

Telefonnummer

Handledare

Maria Henricson

Mailadress

Telefonnummer

### **Intervjuguide**

#### **Inledande fråga**

Vad är kommunikation för dig, i relation till ditt arbete?

#### **Teman**

1. Situation
2. Underlättar/Försvårar
3. Dig själv som redskap

#### **Följdfrågor**

1. Hur
2. Vad
3. Varför
4. Utveckla
5. Förtydliga



**HÖGSKOLAN I BORÅS**  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

**Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av kommunikation med lätt sederade, respiratovårdade patienter**

Jag har muntligen och skriftligen fått information om den aktuella studien och fått tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och ställa frågor om studien. Jag har också fått en kopia av den skriftliga informationen och samtyckesblanketten.

Jag är medveten om att jag har rätt att när som helst avsluta deltagandet i studien utan att uppge orsak, samt att deltagandet är frivilligt.

-----  
Intervjupersonens underskrift

-----  
Datum

-----  
Namnförtydligande

Jag har förklarat studiens syfte och upplägg för ovanstående person.

-----  
Lisa Korsar/Marie Lindqvist

-----  
Datum