



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

High tech & high touch

En kvalitativ observationsstudie om mötet
mellan sjuksköterska och patient på
intensivvårdsavdelning

Författare: Marie Bogren & Gudrun Gunnhallsdottir

Handledare: Stinne Glasdam

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Box 157, 221 00 LUND

High tech & high touch

En kvalitativ observationsstudie om mötet
mellan sjuksköterska och patient på
intensivvårdsavdelning

Författare: Marie Bogren & Gudrun Gunnhallsdottir

Handledare: Stinne Glasdam

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Inom intensivvården har den medicinska vetenskapen och den medicinska tekniken utvecklats vilket har gynnat patientens överlevnad. Men däremot verkar den humanistiska synen på patienten inte utvecklats i samma utsträckning. Övervakningen och utrustningen kan för patienten upplevas som mer prioriterande än att bli sedd som en individ men samtidigt skulle den tekniska utvecklingen kunna underlätta kontrollen över patienten och därför ge ökad tid för möte mellan sjuksköterska och patient. Syftet med denna studie var att belysa mötet mellan sjuksköterska och patient på en intensivvårdsavdelning. En observationsstudie med följande åtta observationer av sjuksköterska och patient genomfördes på intensivvårdsavdelning i södra Sverige. Därefter analyserades materialet genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar på en obalans i mötet och flera strategier eller försök till minskad obalans uppmärksammades. Två teman konstruerades; *Att nå varandra i en ojämlig relation* och *Att samspela med varandra*.

Nyckelord

Kommunikation, Möte, Relation, Interaktion, Intensivvårdspatient

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Problembeskrivning	4
Bakgrund	4
Teoretisk anknytning	4
Intensivvårdspatientens upplevelser	6
Kommunikation mellan sjuksköterska och intensivvårdspatient	6
Mötets betydelse	7
Syfte	8
Metod	8
Kontext	9
Urval	9
Instrument	9
Datainsamling	10
Databearbetning	11
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Att nå varandra i en ojämlik relation	13
Att närma sig gemensam verklighet	14
Olika roller i mötet	15
Värna integritet i mötet	17
Att samspela med varandra	18
Mellan auktoritet och medverkan	18
Tolkande möte	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28
Schelling, G., Richter, M., Roozendaal, B., Rothenhäusler, H-B., Krauseneck, T., Stoll, C... Kapfhammer, H. P. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. Critical care Medicine, 31(7), 1971-1979.	32
Bilaga 1 (2)	34
Bilaga 2 (2)	35

Problembeskrivning

Inom intensivvården har den medicinska vetenskapen och den medicinska tekniken utvecklats vilket har gynnat patientens överlevnad. Men däremot verkar den humanistiska synen på patienten inte utvecklats i samma utsträckning (Pereira, Germano & Camara, 2014).

Övervakningen och utrustningen kan för patienten upplevas som mer prioriterad än att bli sedd som en individ men samtidigt skulle den tekniska utvecklingen kunna underlätta kontrollen över patienten och därför ge ökad tid för möte mellan sjuksköterska och patient. (Gulbrandsen & Stubberud, 2009). Patientens sänkta medvetandenivå pga. sedering och smärtstillande läkemedel samt vård i respirator kan försvåra för sjuksköterskan att tolka patientens behov och även försvåra för patienten att uttrycka sina. Denna asymmetri i förhållandet kan också ge patienten en känsla av objektivering (ibid.).

Patienter som har vårdats på en intensivvårdsavdelning identifierar miljön som obehaglig t.ex. genom hög samtalsnivå, brist på basala behov, brist på integritet och att vårdpersonalen inte ombesörjer integritet och välbefinnande (Pereira et al., 2014). Dessutom kan den ofta svåra vårdtiden för patienten leda till psykisk ohälsa i efterhand (Myhren, Ekeberg, Tøien, Karlsson & Stokland, 2010). Den mänskliga aspekten i mötet är svår att implementera inom intensivvården där dagliga rutiner och komplexiteten i miljön, både fysiska och funktionella, gör att personalen glömmer betydelsen av beröring och kommunikation med personen intill sig (Pereira et al, 2014). Därför finns det intresse att se vad som händer i det specifika mötet mellan sjuksköterska och patient på en intensivvårdsavdelning. Forskningsfältet skulle behöva belysa detta ytterligare, ur båda parternas perspektiv, för att få ökad kunskap som kan leda till ett mer gynnsamt möte mellan sjuksköterska och intensivvårdspatient.

Bakgrund

Teoretisk anknytning

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) uppges att "vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet" (2§). Detta kräver att

vården ska byggas på respekt för patientens autonomi och integritet samt ”främja goda kontakter mellan patient och hälso-och sjukvårdspersonal” (2a§). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, kap.6, 1§).

Sjuksköterskan bör beakta och reflektera över den etiska dimensionen i mötet med patient och bidra med ett professionellt värderingsätt såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Närvarande studie har inspirerats av ett socialkonstruktivistiskt perspektiv där individens mentala processer och handlingar betraktas som resultatet av mänskliga samspel (Aspers, 2007). Det är människornas samverkan mellan varandra som konstruerar helheten eller delar av ett samhälle. Vårdpersonalens betraktelse av patienten kan därför variera mellan olika samhällen och ändras över tid (ibid.).

I mötet i vården, enligt Edvardsson (2010), kan patienten reduceras till en diagnos, symtom eller ett beteende så att personen kan känna sig förminskad. Det är då viktigt att synliggöra personen "bakom" sjukdomen för att bästa möjliga vård kan ges, både utifrån medicinsk vetenskap och utifrån personens egna förutsättningar, upplevelser och behov (ibid.).

Kolcaba (2003) eftersträvar att förbättra patientens välbefinnande genom komfort genom att tillmötesgå patientens behov av lindring, tröst, att stärka och initiera patienten att åstadkomma mer. Dessa behov kan finnas på olika nivåer, t.ex. genom fysiskt, psykiskt och andligt välbefinnande och genom miljön omkring patienten (ibid.). Edvardsson (2010) menar att en öppenhet och mottaglighet efterfrågas hos sjuksköterskan för att kunna förstå patientens verklighet.

Studier visar att den ökande användningen av teknisk apparatur ger intensivvårds-sjuksköterskan ett viktigt redskap som kan ge mer tid åt omvårdnaden och större möjligheter att tillgodose patientens psykosociala behov. När detta inte sker kan det bero på sjuksköterskans erfarenhet av att kontrollera tekniken (Stubberud, 2009; Wikström, Cederberg & Johansson, 2007). Vidare beskriver Stubberud (2009) intensivvårdens balanserande motpoler, teknologi och mänsklighet, där sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete ska förena high tech med high touch.

Intensivvårdspatientens upplevelser

Utifrån ett patientperspektiv visar studier att det mesta som sker med patienten och runt omkring patienten under vårdtiden på intensivvårdsavdelning påverkar henne/honom på ett eller annat sätt. Obehag såsom smärta, att vara kall, att känna törst, brist på kontroll eller oförmåga att uttrycka sina behov var förekommande symtom som kunde leda till obehagliga, överkliga och surrealistiska känslor. Dessa negativa erfarenheter kunde leda till psykisk påfrestning både under vårdtiden och en kort tid efter utskrivning (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2013; Myren et al., 2010; Puntillo, Arai, Cohen, Gropper, Neuhaus, Paul et al, 2010).

Denna psykiska ohälsa kunde förvärras under året som följde efter vårdtiden och ett flertal patienter utvecklade symtom på post traumatiskt stress syndrom (PTSD) (Myhren et al., 2010; Schelling, Richter, Roozendaal, Rothenhäusler, Krauseneck, Stoll, et al., 2003).

Patienters attityder och individuella faktorer för att kunna hantera sin situation spelade roll för risken att utveckla psykisk ohälsa. De patienter som hade en pessimistisk syn på livet hade svårare att klara av sin krissituation och var därmed mer sårbara för att drabbas av depressiva symtom och post traumatiskt stress syndrom (PTSD) jämfört med dem med en mer optimistisk syn på livet (Gulbrandsen & Stubberud, 2009; Myhren et al., 2010).

Kommunikation mellan sjuksköterska och intensivvårdspatient

Studier visar att enkel och återkommande information kan lindra oro och ångest samt orientera patienten till tid och rum. Men när sjuksköterskan tar sig tid att prata, förklara och informera patienten om dennes tillstånd skapades trygghetskänslor och rädslan minskade. Men om informationen var ofullständig, obegriplig eller negativ skapade det istället förvirring och ökad rädsla (Bizek & Fontaine, 2013; Waasenaar, Schouten & Schoonhoven, 2014). Brist på eller avsaknad av information fick patienter att känna sig svaga, försvarslösa, sårbara eller oroliga men det försämrade även förutsättningarna för att återhämta sig efter vårdtiden från sjukhuset. (Meriläinen et al., 2013; Russell, 1999). Trots denna kunskap glöms det bort att ge information till de patienter som inte kunde kommunicera verbalt eftersom sjuksköterskor, som intervjuades i studien, tyckte det kändes frustrerande att inte förstå vad patienten ville

och att hålla envägskommunikation (Alasad & Ahmad, 2005). Karlsson (2012) beskriver i sin studie att patientens kritiska situation i en oförståelig miljö kan öka behovet av information men samtidigt försvåra för patienten i sitt kritiska tillstånd att kommunicera i mötet med sjuksköterska. Att vårdas vaken i respirator visar sig vara en traumatisk upplevelse där det jobbigaste var, näst efter känslan av att inte kunna andas, att inte kunna prata (ibid.).

Denna begränsade verbala kommunikation mellan sjuksköterska och patient innebär att intuberade patienter kommunicerade med sjuksköterskor med hjälp av olika ansiktsuttryck, att vända huvudet mot ljud, lyfta huvudet, nicka och skaka med huvudet samt röra armar och ben (Karlsson, 2012; Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2013). I Görling och Petterson (2010) studie tyckte sjuksköterskorna inte att den icke-verbala kommunikationen upplevdes begränsad för att skapa en relation med patienten. De tolkade istället patienternas behov med hjälp av kroppsspråk, ögonkontakt och beröring (ibid.).

Hur kommunikationen var mellan sjuksköterska och patient påverkade sjuksköterskans tolkning av den icke-verbala patientens symtom och därmed behandling. Sjuksköterskan litade på patientens fysiologiska symtom eller/och beteende och det medförde att symtomen blev felaktigt bedömda och obehandlade (Campbell & Happ, 2010).

Enligt Puntillo et al. (2010) har kritiskt sjuka som vårdas i respirator fler symtom än smärta och lufthunger. Dessa symtom kan vara mycket svåra att identifiera.

Om sjuksköterskan har kunskap om dessa vanliga symtom såsom smärta, lufthunger, törst, att vara kall osv kan hon lättare förstå patienten och kunna lindra patientens obehag (Campbell & Happ, 2010).

Mötets betydelse

När sjuksköterskan fanns tillgänglig vid patientens sida och uppmärksammade patientens behov av hjälp, upplevde patienten mindre obehag (Karlsson, 2012).

Vidare beskriver Gulbrandsen & Stubberud (2009) att känslor som oro och ångest kan upplevas när patienten inte ser sjuksköterskan eller när patienten kommer i kontakt med okända sjuksköterskor och därmed upplever osäkerhet om dess behov kan tillgodoses.

När intensivvårdssjuksköterskan var kompetent och gav patienten stöd, uppmärksamhet och sympati upplevde patienter välbefinnande och trygghet. Genom att höra en lugnande röst och att känna värmen av sjuksköterskans beröring ledde till känslomässig trygghet och kan spela en viktig roll för att underlätta bearbetning av traumatiska minnen (Samuelsson, 2011; Waasenaar et al., 2014).

Men om bemötandet var opersonligt kände patienter otrygghet, rädsla och ångest. Om patienten dessutom led av sömnbrist kunde dessa negativa känslor förvärras ännu mer (Waasenaar et al., 2014). Meriläinen et al. (2012) upptäckte i deras studie att korta möten med sjuksköterskan var ofta förekommande. Under ett dygn fick patienterna en sammanhängande ostörd tid mellan 5 och 40 minuter (ibid.).

Mötet mellan patient och sjuksköterska på intensivvårdsavdelning visar sig vara komplext på flera sätt. Att förena den teknikkrävande intensivvården med den mänskliga aspekten verkar vara problematisk.

Syfte

Denna studies fokus var att genom observation belysa det specifika mötet mellan sjuksköterska och intensivvårdspatient.

Metod

Vi har valt att göra en iakttagande observationsstudie med kvalitativ ansats. Kvalitativ metod var relevant för vår studie då mänskliga händelser, relationer och processer beskrevs och frambringade fördjupad förståelse (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Eftersom forskningsfrågan avsåg vad som händer i mötet mellan sjuksköterska och patient är kvalitativ observation inspirerat av antropologiskt fältarbete tillämplig för syftet, då vi önskade undersöka vad som händer i människors liv (Wind, 2011). Antropologiskt fältarbete är motiverat för att få veta vad som händer i relationer mellan människor och hur dessa

interagerar med varandra. Att studenterna är sjuksköterskor och har kunskap om fältet är en fördel då tillitsfulla relationer skapades och deltagarna blev en begriplig och accepterad del av fältet (ibid.).

Kontext

Observationerna utfördes på intensivvårdsavdelning med patienter som akut eller planerat skulle genomgå hjärtkirurgi. Miljön kring patienten var högteknologisk och de var anslutna till omfattande utrustning såsom respirator, EKG, blodtrycksmätning, artärnål, CVK mm. Alla sjuksköterskor som arbetade på intensivvårdsavdelningen var specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor.

Urval

Kriterierna för urval av patienter var att de skulle genomgå planerad operation med postoperativ vård på intensivvårdsavdelning och vara över 18 år. De sjuksköterskor som skulle ansvara för dessa patienter inkluderades i observationen. Övriga personalkategorier som deltog i omvårdnaden av patienten exkluderades i studien.

Instrument

Under observationerna fördes kontinuerliga anteckningar om vad som föregick på salen och vad som hände i mötet mellan sjuksköterska och patient. Dialoger, miljö, atmosfär och reaktioner skrevs ner. Wind (2011) beskriver att anteckningarnas detaljrikedom är av vikt och att man ska kunna sätta sig in i materialet en lång tid efter. Fyllig och rik beskrivning är avgörande för kvalitén av materialet (ibid.). En av oss valde att skriva på Ipad och den andra skrev för hand. Materialet sammanställdes sedan efterhand i Word-dokument. Vi var klädda i sedvanliga personalkläder och satt på en stol i nära anslutning till patienten, uppskattningsvis 1,5 meter ifrån patientsängen. Vi deltog inte på något sätt i omvårdnaden av patienten utan

satt tysta under hela observationstiden. Målet var att uppfattas diskreta och personalen uppmuntrades att säga till om observatören på något sätt försvårade deras arbete.

Datainsamling

Skriftlig kontakt togs med verksamhetsansvarig för vald intensivvårdsavdelning. Efter godkännande kontaktades en av enhetscheferna på intensivvårdsavdelningen för detaljerad beskrivning av tänkt tillvägagångssätt. Vi valde att kontakta patienter dagen före deras hjärtoperation. Alla patienterna som skulle opereras på observationsdagen kontaktades på vårdavdelningen kvällen före för muntlig och skriftlig information. I denna information framgick syftet med studien och kontaktuppgifter till studenterna och handledare. Patienterna lämnade därefter skriftligt samtycke. Ansvariga sjuksköterskor för berörda patienter, informerades muntligt och skriftligt inför varje observationstillfälle och skriftligt samtycke lämnades.

Ett par veckor inför ordinarie observationsvecka genomfördes en pilotobservation. Denna genomfördes med mål att vara förberedda och eventuellt justera planerat genomförande. Dessutom kunde detta material granskas av handledare och utveckla vår observationsteknik. Enligt Bell (2008) krävs noggranna förberedelser (pilotstudie) vid observationsstudier för att få ut så mycket som möjligt av den, genom att t.ex. prova sin förmåga och justera tekniken utifrån detta.

Sammanlagt genomfördes åtta observationer under fyra dagar, på sammanlagt 40 timmar. Fem manliga och två kvinnliga patienter deltog i studien. Alla sju deltagande sjuksköterskor var kvinnor. Alla sjuksköterskor som tillfrågades om deltagande svarade ja med undantag för en, som avböjde att delta i studien. Därför fick vi båda observera samma patient och sjuksköterska under en dag.

Databearbetning

Analysmetoden är inspirerad av Graneheims och Lundmans kvalitativa innehållsanalys (2004). Allt sammanställt material lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Helhetsbilden i en observation diskuterades tillsammans och organiserades i en matris. Meningsenheter utifrån studiens syfte, såsom all beskrivning av mötet och miljön runt omkring lyftes ut. Detta underlättade för att kunna urskilja likheter som återkom i observationen. Tillsammans gick vi sedan igenom alla åtta matriser och konstruerade meningsenheter som belyste mötet i observationerna. Vidare kondenseras de meningsbärande enheterna och texten kortades ned till en mer hanterlig text med ett bibehållet innehåll. Meningsenheterna formades till subteman (se *bild 2* i resultatdelen) genom kodning och gruppering efter flera omgångar av analysbearbetning. Slutligen kunde den röda tråden konstrueras, teman formuleras och textens latenta innehåll, det ej uttalade budskapet konstrueras (Graneheim & Lundman, 2004). Mötet mellan två personer är unikt och kan vara variationsrikt och därför kan innehållsanalys vara lämpligt att använda för att systematiskt identifiera likheter och skillnader i texten (ibid.). Varje tema och subtema analyserades och tolkades genom att se från både sjuksköterskans och patientens perspektiv och samtidigt försökte vi ha med den konkreta kontexten som mötet utspelade sig i. Följande tabell (*bild 1*) visar analysprocessen som konstruerade det ena temat; *Att nå varandra i en ojämlik relation*.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
Ser du klockan på väggen, utan glasögon? Det är eftermiddag, samma dag som du har blivit opererad..	Ser du klockan? Det är eftermiddag samma dag du opererats..	Upplys patienten om tid.		<i>Att nå varandra i en ojämlig relation</i>
Var är jag, Du ligger på uppvaket på Thiva, Hur mycket är klockan, kvart i sex på kvällen samma dag som du är opererad, och så ska jag hälsa från dotter och allt gick bra på operationen, åh vad kul att höra..	Var är jag, På Thiva och klockan är kvart i sex samma dag du opererats, jag ska hälsa från din dotter och allt har gått bra, åh vad kul..	Du är på Thiva, samma dag du opererats och allt har gått bra. Din dotter hälsar.	Att närma sig gemensam verklighet	
Jag ser ingenting, Du får öppna ögonen, Får jag det?.. Jag lever väl?.. Jag kanske måste hosta lite, vågar jag hosta?.. Får man lov att själv spotta ut?.. Är jag besvärlig?..	Jag ser ingenting, får jag öppna ögonen?.. Lever jag?.. Vågar jag hosta?.. Får man spotta själv?	Får jag öppna ögonen?.. Lever jag?.. Vågar jag hosta?.. Får man spotta?	Olika roller i mötet	
Du har underbyxor på dig och ett örngott på överkroppen och ett lakan över benen. Tycker du att det känns naket.. sjuksköterskan drar för draperiet till den andra sängplatsen.	Du har underbyxor, örngott och lakan på dig, känns det naket? Draperi dras för.	Du är sparsamt klädd och skyddad från insyn.	Värna integritet i mötet	

Bild 1: Analysprocessen.

Etisk avvägning

Vi säkerställde att involverade informerades om studiens utformning, syfte och frivilligt deltagande. Detta gällde även för pilotobservationen. Patienterna kontaktades kvällen före planerad operation för skriftligt medgivande och utrymme för eventuella frågor gavs. De sjuksköterskor som skulle vårda de patienter som givit medgivande kontaktades före varje observationstillfälle för ett skriftligt samtycke. Nyberg (2000) beskriver vikten av respekt och integritet mot dem som undersöks. Detta görs genom att t.ex. utvärdera att den forskning som önskas bedriva är etisk försvarbar, att risker bedöms för involverade i studien och att deltagarna fått information samt att de frivilligt deltar (ibid.). Individuella gränser kan överskridas, för vad informanten vill dela med sig eller har lust till (Wind, 2011). Detta beaktades under observationerna med att observatörerna försökte känna av stämningen för att inte vara i vägen eller påverka sjuksköterskans arbete med patienten. Våra etiska ramar

överensstämmer i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WHO, 2001) för etiska principer för medicinsk forskning. Det samlade materialet förvarades konfidentiellt, varken namn eller personuppgifter behandlades. Materialet kommer att förstöras efter godkänd examination. Ett rådgivande och godkännande erhöles före studiens genomförande av Lunds universitets lokala Vetenskapliga etiknämnd. Sak-nummer: VEN 108-14.

Resultat

Resultatet är uppbyggt på vad som sker i mötet mellan sjuksköterska och patient på en intensivvårdsavdelning. Utifrån våra åtta observationer konstruerades dessa två teman; *Att nå varandra i en ojämlik relation* och *Att samspela i mötet*.

Subtema	Tema
Att närma sig gemensam verklighet	<i>Att nå varandra i en ojämlik relation</i>
Olika roller i mötet	
Värna integritet i mötet	
Mellan auktoritet och medverkan	<i>Att samspela i mötet</i>
Tolkande möte	

Bild 2: Analysprocessen

Att nå varandra i en ojämlik relation

Temat *Att nå varandra i en ojämlik relation* belyste hur sjuksköterska och patient, genom olika strategier möttes och vilka möjligheter och svårigheter som präglade mötet.

Att närma sig gemensam verklighet

Under de första timmarna efter operationen kunde vanligtvis patienterna inte kommunicera verbalt eftersom de blev vårdade i respirator. Patientens begränsade kommunikation kunde vara att nicka, skaka på huvudet, visa uttryck i blicken, blunda, grimasera eller lyfta på armarna. Patienten kunde nicka med huvudet men detta ja alternativt nej skulle kunna stå för något annat. Det är oklart hur införstådd patienten var om sin situation, beroende på påfrestningen operationen medfört och eventuella läkemedel som patienten kunde vara påverkad av. Patienten var omtöcknad och var bortom tid, plats och med bristande kroppskänedom. Sjuksköterskan sökte bekräftelse på att patienten började orientera sig genom att ge saklig och förenklad information. Ibland kunde sjuksköterskans uttalade information om tid, plats och händelse återberättas högt av patienten som om informationen, som patienten tidigare hade fått, hade bearbetats och innebörden så småningom sjunkit in.

”Kan man resa sig upp, kan man det? Säger patienten rakt ut i luften, harklar sig och blundar. Så vaknar patienten upp och säger för sig själv; Åh, jag har ont men operationen har gått bra.”

Sjuksköterskan informerade patienten fortlöpande och hjälpte patienten tillbaka till nuet och skapade medvetenhet om den egna kroppen. Detta gjordes oavsett om patienten var synligt vaken eller inte. Sjuksköterskan som befann sig i tid och plats försökte genom fortlöpande information medvetandegöra patienten om nuet. Den rådande obalansen i form av ofullständigt/bristande samspel mellan sjuksköterska och patient minskade efterhand som patienten kunde orientera sig.

*” X är du vaken? Operationen är färdig, klockan är två på eftermiddagen och du ska vakna. Kan du titta på mig? Försök att lägga ner dina armar och slappna av! (Sjuksköterskan)
Patienten skruvar på sig i sängen, blundar och rynkar pannan. Benen är spända och uppdragna”*

”Har du förstått var du är någonstans, frågar sjuksköterskan men patienten skakar på huvudet och ser orolig ut. Sjuksköterskan fortsätter tilltala patienten; - Du kan prata med oss om en liten stund när vi tagit bort tuben.”

I tidigt skede gav sjuksköterskan praktisk information till patienten som t.ex. han/hon hade lungdränage som utgick från bröstkorgen eller var intuberad med en tub i halsen. Denna verbala information kompletterades med beröring för att förankra patienten till omständigheten. Detta visade sig kunna skapa ökad medvetenheten hos patienten om den egna kroppen och hur patientens belägenhet var här och nu. När patienten närmade sig sjuksköterskans verklighet verkade de mötas i ett ökat samförstånd.

”Sjuksköterskan säger; - Operationen är klar och allt har gått bra. Patienten frågar; – Vilken operation blev det?

Det blev en X-operation berättar sjuksköterskan. – Inte via bröstkorgen då? svarar patienten! Nej, försätter sjuksköterskan; du har fått ett lungdränage som du blir av med inom kort. Sjuksköterskan tar patientens hand och för den upp mot hans bröstkorg så att patienten får känna att huden är hel.”

Olika roller i mötet

Patienten var periodvis sårbar och osäker i mötet med sjuksköterskan. Patientens frågeställningar till sjuksköterskan blottade en osäkerhet och dessa frågor behövde bekräftas av sjuksköterskan före till synes vanliga handlingar. Patienten försatte sig i en undergiven roll och behövde bli uppmuntrad av sjuksköterskan. Patienten visade sig osäker om basala behov som t.ex. att röra sig, spotta, hosta och dricka. Sjuksköterskan bekräftade genom att lugna, trösta, beröra och berömma.

”Vi har full koll på dig och finns hos dig hela tiden säger sjuksköterskan.

– Jag ser ingenting! (patienten)

- Du får öppna ögonen (sjuksköterskan)

– Får jag det?(patienten)

- Ja, självklart! Du får gärna vila en stund till. (sjuksköterskan)”

”Sjuksköterskan talar om vad klockan är och frågar patienten om han har ont.

Patienten svarar nej och säger; Jag lever väl? Sjuksköterskan svarar; Absolut!”

”Får jag lov att torka mig kring munnen själv? frågar patienten

- Javisst! Säger sjuksköterskan. Patienten vilar sen.”

I denna relation till varandra kunde ibland patienten visa uttryck av otålighet. Då försökte sjuksköterskan hålla patienten vid gott mod genom att hon bekräftade verbalt det hon uppfattade att patienten eventuellt behövde. Men sjuksköterskan kunde också uttrycka förringande ord i förhållande till en viss omständighet och detta kanske inte alls stämde överens med vad patienten egentligen kände. När patienten betedde sig undergiven sågs sjuksköterskan falla in i en modersroll. Relationen i mötet blev präglad av en mor-barnrelation. I denna specifika situation var det tillåtande att falla in i dessa roller både av sjuksköterska och patient, genom att sjuksköterskan bemötte patientens naiva frågor och otålighet på ett respektfullt sätt.

”Du är jätteduktig X, roligt att se att du är med oss här..(Sjuksköterskan)”

”Usch ja, det blir lite irriterat i halsen, nu ska du över till andra sidan. Har du ont?

(Sjuksköterskan) Patienten blir orolig och försöker vända sig i sängen.”

”Nu börjar det kännas obehagligt i halsen, det gjorde du bra X. Sjuksköterskan fortsätter säga; Det brukar vara det värsta att bli av med respiratorn och sen brukar det kännas ok.

Patienten blundar och är lugn. Orkar inte prata...”

Värna integritet i mötet

I sjuksköterskans möte nära patienten, värnade hon om patientens fysiska exponering genom att skylla kroppen. Sjuksköterskan försökte skylla patienten så mycket som möjligt men ändå skapa tillgång att lätt se över patientens kropp. Patienten sågs inte reagera när t.ex. lakan lyftes av och föreföll omedveten om den skyddande integriteten som sjuksköterskan utförde. Sjuksköterskan berättade ändå för patienten när hon klädde på eller klädde av henne/honom oavsett om patienten var vaken eller ej. Sjuksköterskan värnade om patientens integritet då patienten för tillfället befann sig i en utsatt situation och inte själv var benägen att göra något åt det.

” Du har underbyxor på dig och ett örngott på överkroppen och ett lakan över benen. Tycker du att det känns naket?. Sjuksköterskan drar för draperiet till den andra sängplatsen...”

Patientens möte med sjuksköterskan kunde vara begränsad till en liten sfär runt sängen. Ofta behövde sjuksköterskan komma fysiskt nära för att få kontakt. Utifrån patientens perspektiv var synfältet begränsat därför att patienten var i ett omtöcknat tillstånd och hämmad av sin position i sängen. I sitt nära arbete med patienten arbetade sjuksköterskan ofta tyst, troligen med syfte av att inte vilja störa patienten. När sjuksköterskan var en bit bort ifrån sängplatsen, utanför mötets sfär, kunde samtal föras utan tanke på ljudnivån. Sjuksköterskan verkade ändå kunna bredda mötessfären t.ex. genom att observera patienten från andra delar av rummet. Patientens värld sågs vara begränsad till en liten sfär och där sjuksköterskan gick in i den lilla sfären för att kunna nå patienten i ett möte.

”Sjuksköterskan berättar för patienten att det kommer in en till patient på rummet, - Så du vet att det inte är något fel på dig, allt ser bra ut, men det kommer bli lite folk och prat här. Patienten nickar och tittar upp lite... Sjuksköterskan tittar över draperiet och på patienten flera gånger medan hon arbetar med annan patient”

Att samspela med varandra

Temat *Att samspela med varandra* belyste sjuksköterskas och patientens delaktighet och samspel i mötet med varandra.

Mellan auktoritet och medverkan

Sjuksköterskan kunde tillrättalägga egna handlingar genom att formulera sig optimistiskt och uppmuntrande, trots att handlingen möjligen kunde vara plågsam för patienten. Detta kunde eventuellt göras i lugnande syfte för att mildra eventuella åtgärder och undersökningar. Om sjuksköterskan fick med sig patienten gynnades mötet genom att patienten istället för motstånd samverkade. Oavsett om patienten gjorde motstånd eller inte utfördes handlingen. Samspelet i mötet bestod av att sjuksköterskan gjorde och patienten mottog oavsett deras sätt att vara.

” – X, jag ska sänka huvudänden en lite stund för att ta ett mätvärde, du är jätteduktig säger sjuksköterskan..”

” Nu ska jag ta lite blodprover, jag sticks inte. Du har en liten nål här som de satte tidigare förklarar sjuksköterskan...”

”Så, det ser bra ut, blodproverna ser jättebra ut. Sjuksköterskan fortsätter säga; Så nu ska vi ta bort tuben, ta ett djupt andetag. Tuben dras ut. Patienten grinar illa och tittar sig omtöcknat omkring.”

I andra fall då sjuksköterskan med ord inte kunde få med sig patienten före eller under handlingen kunde sjuksköterskan komplettera med läkemedel för att få patienten lugn. Vid dessa situationer fick sjuksköterskan ett övertag i mötet och patienten agerade passivt.

”Sjuksköterskan; Vi ska byta lakan därför att du har varit lite orolig och rört dig i sängen så vi måste byta här. Du får ligga stilla så ska vi hjälpa dig.

Patienten blundar och blir lagd på vänster sida. Patienten börjar röra sig oroligt.

– Det blir så jobbigt när du är orolig i sängen. Sjuksköterskan trycker på en läkemedelspump bredvid sängen och säger; nu ska du få sova lite till...”

Patientens delaktighet i mötet bestod i att svara och göra så gott han/hon kunde utifrån den miljön patienten befann sig i. Patienten var begränsad i sin rörlighet då slangar löpte till och från t.ex. mun, näsa, hals, bröstorg, underliv, armar, hand och lår samt omständigheterna kunde krävde att patienten låg på rygg i sängen. Vissa patienter föreföll inte besvärade av sitt fysiska begränsade tillstånd och vilade rofullt medan andra patienter rörde sig oroligt fram och tillbaka i sängen. Denna skillnad skulle kunna grunda sig i patientens egna strategier att hantera sin situation, en påverkan av läkemedel eller ett trygghetsbehov. När patienten inte kunde vara delaktig t.ex. vid oro blev det en utmaning för sjuksköterskan att möta patienten och få till ett samarbete. I mötet då patienten var motoriskt orolig blev sjuksköterskan tvungen att gripa in och skydda patienten så att t.ex. dränage inte drogs ut. Sjuksköterskan fick bruka makt för att säkerhetsställa situation för patientens bästa.

”Är du med på att operationen är klar? frågar sjuksköterskan. Patienten nickar.

Sjuksköterskan säger; Kan du slappna av i munnen, bra, detta är obehagligt men det är snart över. Lägg ner dina händer och försök att slappna av. Patienten tar upp händerna och försöker ta bort tuben i munnen. Sjuksköterskan håller försiktigt på patientens händer, ter sig stressad och säger till patienten att lägga ner händerna flera gånger.”

Sjuksköterska till patienten; ”X är du vaken? Lyssna på mig, du måste ta det lugnt, hör du vad jag säger X? Vi ska hjälpa dig, du kan inte dra i den, du håller på att vakna, hör du vad jag säger?”

Sjuksköterskan kunde i vissa fall försöka dra nytta av miljön, som t.ex. apparatur, för att medvetandegöra patienten att kunna delta och vända det till något positivt. Genom att t.ex. upplysa patienten om syftet med att det larmar från apparatur och detta kunde få patienten att medverka och förstå sin situation.

”Respiratorn larmar säger sjuksköterskan; det är för att du känner dig trött. Den låter som en väckarklocka, så om du hör larmet så kan du bara ta ett andetag...”

Tolkande möte

Sjuksköterskan kunde ställa frågor till patienten om hans/hennes välbefinnande utifrån patientens uttryck och kroppsspråk. Hon kunde även beröra patienten och utifrån detta ställa frågor. Trots att patienten t.ex. nekade verkade detta vara otillräckligt för sjuksköterskan eftersom fler följdfrågor framfördes. Patientens kroppsspråk verkade vara av mer värde för sjuksköterskans tolkning av patientens välbefinnande än patientens verbala svar.

I dessa tolkande möten påkallade inte patienten sjuksköterskans uppmärksamhet aktivt utan sjuksköterskan tog initiativ i mötet. Patienten var omtöcknad och verkade inte kunna tolka sina behov och blev därför inte så delaktig i samspelet. Sjuksköterskan såg patientens behov och ifrågasatte patientens svar och tillfredsställde patientens behov utifrån sin egen erfarenhet.

”Sjuksköterskan frågar; Du känns varm, är du varm, är det hemskt att vara varm? Patienten slickar sina torra läppar. Vill du skölja munnen ett tag undrar sjuksköterskan?”

”Patienten blir lite plockig och tar av sig syrgasmasken. Sjuksköterskan undrar; har du ont? har du ont? Patienten förnekar. Sjuksköterskan säger; men du tar dig på bröstet, ja det gör lite ont säger sjuksköterskan till sig själv”

”Patienten grimaserar och ser ut att tycka det är obehagligt. Då frågar sjuksköterskan; Har du ont? Säkert? Lite? Patienten visar med handen (kanske-tecken) men skakar sedan på huvudet. Men sjuksköterskan säger; Vi tar och ger dig lite smärtstillande”

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att genom observation belysa det specifika mötet mellan sjuksköterska och intensivvårdspatient. Syftet formulerades brett utan specifika frågeställningar för att möjliggöra en öppenhet inför vad som skulle kunna ske.

Vi önskade studera vad som hände i själva mötets stund, deras beteende mot varandra, interaktionen dem emellan, förändringar som skedde och eventuell påverkan av omgivande miljö (Wind, 2011). Utifrån detta valdes observation som metod för att kunna belysa det konkreta som sker i mötet (Bell, 2008). Nedan följer diskussion om vald metod och faktorer som kan ha inverkat på genomförandet av studien.

Genomförandet av en pilotobservation upplevdes stärka vårt förfarande inför ordinarie observationer, genom att öva på att få med så mycket material som möjligt och kunna utvärdera och justera vår teknik (Bell, 2008). Denna pilotobservation exkluderades därför i studien. De sjuksköterskor som medverkade i pilotstudien deltog inte i den ordinarie studien. Vår ringa erfarenhet av att föra anteckningar under pågående observation kan ha påverkat materialets tyngd och fler än en pilotstudie hade kunna förbättra tekniken ytterligare. Under pilotstudien förflyttade sig observatörerna runt på observationssalen för att känna efter var det gick att ha god sikt över mötet utan att vara i vägen för personalen. Vi fick i god tid beträda observationsfältet och bekanta oss med detta. Wind (2011) beskriver fördelen med att skapa tillitsfulla relationer för att möjliggöra att deltagarna vill dela med sig av sitt liv. Med pilotstudien gavs möjlighet att tidigt kunna presentera oss för flera sjuksköterskor och kunde påbörja arbetet med att bli en accepterad del av fältet (ibid.).

Till följd av pilotstudien uppmärksammades vår förförståelse genom observationsmaterialet och förstod att denna skulle kunna spela roll under studiens gång. En forskares förförståelse inkluderar bland annat tidigare erfarenheter (Lundman & Graneheim, 2012). Detta har lyfts med varandra och med handledare och sedan fortlöpande försökt beakta detta under hela studiens gång. Detta har medfört vissa svårigheter då förförståelsen är svår att sätta ord på.

Resultatet kan vara speglat utifrån egna erfarenheter som sjuksköterskor och förförståelsen har varit svår att sätta åt sidan, därför att den bakomliggande orsaken till tolkningen oftast är omedveten (ibid.). Vi har försökt i både tal och skrift diskutera detta med varandra under studiens gång. Trots tidigare erfarenheter av möte mellan sjuksköterska och patient är just miljön och vården som intensivvården innebär någorlunda ny då vi endast praktiserat i detta fält som studenter. Vidare är det som observeras individuellt och därför färgat av observatörens privata tolkningar (Bell, 2008). Trots dagliga diskussioner före och efter varje observation och trots att materialet innehöll liknande händelser, blev det olika för att vi beskrev vad som sågs på olika sätt. Det som observatören lägger märke till antecknas och kommer med i analysen, till skillnad från det som inte skrivs ned (Wind, 2011). Detta kan innebära att vi har förbisett vissa händelser och att allt inte har antecknats ned, och därmed inte kunnat tillfalla analysen. Bell (2008) påtalar vikten av att observatören bör försöka vara medveten om sina förutfattade meningar och arbeta aktivt att vara öppen mot det som sker i observationen. Men det är en balans för forskaren att komma nära in på det som ska observeras men samtidigt kunna behålla en analytisk distans till fältet för att kunna analysera och tolka (Wind, 2011).

Latent innehållsanalys användes enligt Graneheim och Lundman (2004) för bearbetning av insamlat material. Denna process innebar att lyfta det synliga i resultatet och efter detta komma åt det latent, det ej uttalade budskapets innehåll.

Analysprocessen startades två dagar efter sista observationen. Detta upplevde vi som positivt när allt samlat material lästes igenom för att skapa en helhetsbild. Båda deltog i analysarbetet, vilket skapade olika tolkningar som kunde diskuteras. I detta skede fick vi aktivt arbeta med att lyfta och diskutera vår förförståelse. Vårt öppna syfte medförde att vårt material till en början kändes svårövergripligt. Tolkning och analys av materialet behövde bearbetas tillsammans i flera omgångar före slutliga subteman och teman kunde skapas. Det upplevdes utmanande att få fram textens icke uttalade budskap bland annat baserat på liten erfarenhet av latent innehållsanalys. Samtidigt gav denna analysprocess en struktur genom hela förfarandet och möjliggjorde djupare analys av texten mot slutet. Materialets storlek och antalet observationer upplevdes tillräckliga utifrån erfarenhet och vår begränsade tid men enligt

Lundman & Graneheim (2012) hade större antal deltagare kunnat ge en större möjlighet till variation i de fenomen som studerades.

Resultatets tillförlitlighet stöds i att vi tillsammans diskuterat och reflekterat under hela processens gång. Materialet har lästs igenom gemensamt och i analysprocessen gått tillbaka till ursprungsmaterialet för att bekräfta att vi inte missat något av vikt i vår tolkning och reflektion. Enligt Lundman & Graneheim (2012) anses ett resultat giltigt om det kan fånga det representativa som var ämnat att beskrivas.

Resultatdiskussion

I detta avsnitt kommer vi att diskutera utvalda huvudfynd om obalansen i mötet mellan sjuksköterska och patient och hur försök till minskad obalans kunde eller inte kunde tillämpas, genom information, kommunikation och hur asymmetri i förhållande till varandra visade sig.

Resultatet från föreliggande studie uppmärksammade obalansen i mötet mellan sjuksköterska och patient. Detta synliggjordes bland annat genom patientens begränsade möjlighet att uttrycka sig som verkade leda till att patienten hade svårighet att förstå sin värld och därmed inte verkar vara förankrad i verkligheten. Även den stress för kroppen, som operationen medfört och att de befann sig i en ny främmande miljö med begränsade förutsättningar att röra sig gjorde det ofta svårt för patienten att förstå sin värld.

Intensivvårdspatienter beskrev i en studie att de hade en känsla av instängdhet och att de befann sig i ett slags limbo-tillstånd, ett tomrum mellan liv och död, omedvetna om tiden. Patienterna kände sig utanför den värld som tillhör det verkliga livet. När patienterna befann sig bortom verkligheten kunde de, förutom känsla av tidlöshet, även uppleva minnessvikt där patientens tankar kretsade kring hur han/hon hamnade i sin situation (Tembo, Parker & Higgins, 2012). Minnessvikt och den uttalade känslan av limbo-tillstånd för patienten kan förstärka behovet av information om sitt tillstånd och att kunna kommunicera på något sätt med sjuksköterskan för att lindra oro och förankra patienten till gemensam verklighet. I

föreliggande studie informerades sjuksköterskan och berättade återkommande för patienten hur verkligheten såg ut, men det var oklart hur införstådd patienten egentligen var med sin situation.

Happ, Garret, Divirgilio, Tate, George, Houze et al. (2011) visade i en studie att i 40 % av alla kommunikationstillfällen fann patienterna svårigheter att förstå vad sjuksköterskan sade under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen. När kommunikationssvårigheter hos intensivvårdspatienter har studerats så visar det sig att de har svårigheter i tankeprocessen och att det då tar längre tid att hitta rätt ord och formulera sig (Granberg, Engberg & Lundberg, 1999).

Om sjuksköterskans information skulle bli alltför medicinskt avancerad för patienten att förstå skulle informationen istället för att förankra, utesluta patienten från gemensamt möte och bli ett uttryck för makt för sjuksköterskan som vilket kan ge ökad sårbarhet hos patienten (Skau, 2001). Brist på information till patienter på intensivvårdsavdelning är en av de bidragande orsakerna till rädsla, oro och sårbarhet (Hofhuis, Spronk; van Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker, 2008; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002).

Kommunikation mellan sjuksköterska och patient på intensivvårdsavdelning är komplicerad eftersom patienterna har förlorat sin röst pga. oral intubation och kan dessutom ha fluktuerande kognitiv status eller delirium. För att sjuksköterskan ska kunna bedriva vård utifrån patienten behöver hon ha information om dennes symtom och är därför den som är i kontroll och oftast tar initiativ till att kommunicera med patienten (Happ et al., 2011; Tate, Sereika, Divirgilio, Nilsen, Demirci, Campbell et al. 2013). Patienterna i föreliggande studie påkallade oftast inte sjuksköterskans uppmärksamhet aktivt, utan det var sjuksköterskan som var initiativtagare i mötet.

Som vid brist på information sågs patientens begränsning i kommunikationen också kunna frambringa rädsla, oro och sårbarhet. Vid kommunikationsbrist blir patienten lämnad att hantera sina egna tankar, erfarenheter och känslor för sig själv och det tillsammans med att behöva ge upp sin integritet och oberoende skulle leda till känslan av otrygghet (Bergbom-Engberg & Haljamäe, 1988; Granberg et al., 1999; Tembo et al., 2012).

Det har också visat sig att en fungerande relation mellan patient ”utan röst” och sjuksköterska är den viktigaste faktorn för patienten för att känna trygghet. Att känna trygghet är en av de

positiva erfarenheter på intensivvårdsavdelning som kan minska oro och kan förhindra de negativa effekterna av att ha vårdats på en intensivavdelning (Granberg et al., 1999; Rattray, Crocker, Jones & Connaghan, 2010). I Carroll's studie (2007) beskriver intensivvårdspatienter, som har förlorat sin förmåga att tala, så som att vara fångad i en tyst och långsam värld. En värld som var begränsande och ofullständig och där patienterna kände sig frustrerade och maktlösa. I och med att rösten har försvunnit så försvann en integrerad del av sig själv. Talet och språket är grundläggande för människan och att förlora rösten kan innebära så mycket mer än att inte kunna prata (ibid.).

Enligt Antonovsky behöver inte stressorer bara vara av ondo utan kan befrämja hälsa om de blir hanterbara genom att patienten upplever given information som förståelig, att patienten känner att det är värt att ta itu med problem och krav som livet ställer och att det finns kapacitet, hos sig själv eller/och hos andra, till att lösa problemen (Lindqvist, 1997). Detta kan vara en av förklaringarna till varför patienterna i föreliggande studie hade olika beteende trots likartade omständigheter samt att sjuksköterska och patient kom olika nära varandra i mötet.

Människan befinner sig i en värld där talet ligger som grund för att skapa relationer och därmed ingå i ett sammanhang. Förlorar man detta sammanhang och hamnar i något nytt främmande sammanhang där man samtidigt har tappat förmågan att tala, tolkar vi det som om identiteten skulle kunna gå förlorad och självkänslan minskas. I Tembo et al. (2012) studie uttrycker patienter att de kämpar med att hitta tillbaka till sitt gamla jag.

Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv verifierar vi människor vår sinnevärld och det underförstådda genom samspråk med andra. Människan är i sin natur social och uppfattningen om ett "själv" skapas i meningsfullt samspel med andra (Alvesson & Sköldberg, 2009). En ökad kunskap om komplexiteten i att inte kunna prata i en ojämlik miljö kan öka sjuksköterskans förståelse för patienten så att denna medvetenhet hjälper dem att komma närmare varandra genom sjuksköterskans förmåga att hitta vägar till kommunikation.

De patienter som upplevdes någorlunda orienterade till tid, rum och plats och kunde förmedla sig med sjuksköterska, antingen verbalt eller genom kroppsspråk sågs mötet ske i samförstånd. Även i det mötet urskildes obalans i relationen på andra sätt. Patienten kunde underordna sig sjuksköterskan och var i behov av att bli bekräftad. Detta tolkade vi att det skulle kunna vara till följd av patientens känsla av sårbarhet och utsatthet. Men också hans/hennes sätt att bidra i mötet och att vara sjuksköterskan till lags, en rädsla att göra fel.

I Tembo et al. (2012) intervjustudie uttryckte intensivvårdspatienter en känsla av att vara fångslad och utom kontroll och det ledde till en forcerad foglighet och passivitet för att vara sjuksköterskan till lags. Patienten tvingades till ett beroende av någon annan, de blev försörjda av någon annan och kontrollerade av personalen och apparatur runt omkring så att de helt enkelt kapitulerade som ett sätt för att överleva. Genom att stå utanför kontroll fick patienterna en känsla av att bli objektifierade och att vara isolerade från resten av världen (ibid.).

Då samarbetet inte löpte smidigt eller när sjuksköterskans tolkning av t.ex. patientens obehag eller besvär ledde till en handling som inte involverade patientens godkännande fick sjuksköterskan bruka makt över patienten. Enligt Skau (2001) kan all obalans i relationen ligga till grund för maktutövning. Sjuksköterskan har en roll med professionell makt och kontroll, en miljö som hon frivilligt har sökt sig till. Men däremot har patienten ofrivilligt hamnat i en främmande miljö och med ett behov att få hjälp (ibid.).

Enligt filosofen Foucault är inte den vetenskapliga utvecklingen bara välvillig utan kunskapen om kroppen, sjukdomar och folkhälsan stänger ute andra grupper i samhället. Kunskap och praktik inom det medicinska området används som ett medel att få social kontroll och disciplinering och där det inte finns utrymme för enskild person att motstå den makten (Lindqvist, 1997). Mötet sker i ett medicinskt sammanhang, styrt av medicinsk logik där diagnos och behandling är viktigast. Detta kan innebära att det blir svårare att mötas om världarna skiljer sig för mycket åt.

Konklusion och implikationer

I mötet mellan sjuksköterska och patient visade sig en obalans i relationen till varandra samt i den kontext där mötet utspelade sig.

Vid en ojämlig relation mellan sjuksköterska och patient skulle sjuksköterskan, som har kontroll i form av kunskap och som befinner sig i den friska världen, kunna närma sig patienten lättare vars marginaler till att mötas är mindre. För sjuksköterskan kan det vara en utmaning att förstå vad en intensivvårdspatient har för tankar och behov eftersom kommunikationen är begränsad. Eftersom sjuksköterskan har större makt har hon därför ett ansvar att inhämta kunskap om hur de skulle kunna nå till varandra så att patienten blir mer delaktig i mötet.

Det hade varit av intresse att komplettera liknande observationsstudier med intervjuer som skulle kunna fördjupa förståelsen för mötet ytterligare eller utifrån deras olika perspektiv.

Referenser

Alasad, J. & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4): 356-62.

Alvesson, M. & Sköldbörg, K. (2009). *Tolkning och reflektion-vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber.

Bell, J. (2008). Observationstudier. I J. Bell (Red.). *Introduktion till forskningsmetodik*. (s. 187-200). Malmö: Studentlitteratur

Bergbom-Engberg, I. & Haljamäe, H. (1988). A retrospective study of patients' recall of respirator treatment (2); Nursing care factors and feelings of security/insecurity. *Intensive care nursing*, 4: 95-101.

Bizek, K.S. & Fontaine, D.K. (2013). The patient's experience with critical illness. I D.K. Fontaine & P.G. Morton (Eds), *Critical Care Nursing* (s.15-25). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Campbell, G.B. & Happ, M.B. (2010). Symptom identification in the Chronically ill. *Advanced Critically Care*, 21(1): 64-79.

Carroll, S. M. (2007). Silent, slow lifeworld: The communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qualitative health research*, 17(9): 1165-1177.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J & Viriani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Health Services Research*, 8:29.

Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Granberg, A., Engberg, I.B. & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to ICU syndrome. Part II. *Intensive critical care nursing*, 15: 19-33.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.G. (2009). *Intensivvård*. Lund: Studentlitteratur.

Görling, I. & Petterson, K. (2010). *Sjuksköterskans kommunikation med patient som vårdas med respirator - möjligheter och hinder*. Examensarbete, Göteborgs universitet: Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/2278>

Happ, M.B., Garrett, K., DiVirgilio, D., Tate, J., George, E., Houze, M... Sereika, S. (2011). Nurse-Patient communication interactions in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 20(2): 28-40.

Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2008). Experience of critically ill patients in the ICU. *Intensive critical care nursing*, 24(5): 300-313.

Karlsson, V. (2012). *Att vårdas vaken med respirator- patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning*. (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa). Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/78823>.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practise-a vision for Holistic Health Care and research*. New York: Springer publishing company, Inc.

Lindqvist, R. (Red.). (1997). *Medikalisering, professionalisering och hälsa. Ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Graneskär & I B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad forskning inom hälso-och sjukvård*, (2 uppl.), (s.187-201). 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 critical care nursing*, 18(1): 27-36.

Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 78-87.

Myhren, H., Ekeberg, Ø., Tøien, K., Karlsson, S. & Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in ICU. *Critical Care*, 14(1):R14.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Pereira, M.M.M., Germano, R.M., & Camara, A.G. (2014). Aspects of nursing care in the intensive care units. *Journal of Nursing*, 8(3):545-54.

Puntillo, K.A., Arai, S., Cohen, N.H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S.M. & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by ICU patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*, 38(11): 2155-2160.

Rattray, J., Crocker, C., Jones, M. & Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in critical care*, 15(2): 86-93.

Russell, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experience of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4) 783-791.

Rose, L., Nonoyama, M., Rezaie, S. & Fraser, I. (2014). Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and specialized weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30:145-151.

Samuelsson, K. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27:76-84.

Schelling, G., Richter, M., Roozendaal, B., Rothenhäusler, H-B., Krauseneck, T., Stoll, C... Kapfhammer, H. P. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Critical care Medicine*, 31(7), 1971-1979.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patienssäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Skau, G-M. (2001). *Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Stubberud, D-G. (2009) Intensivvårdssjuksköterskans funktions- och ansvarsområden. (s. 25-34). I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.). *Intensivvård*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeföreningen. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 5 maj, 2014, från svensk sjuksköterskeförening, www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-etiska-kod-for-sjukskoterskor/

Tate, J. A., Sereika, S., Divirgilio, D., Nilsen, M., Demirci, J., Campbell G. & Happ, M. B. (2013). Symptom communication during critical illness: the impact of age, delirium, and delirium presentation. *Journal gerontol nursing*, 39(8): 28-38.

Tembo, C., Parker, V. & Higgins, I. (2012). Being in limbo: The experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open journal of nursing*, 2: 270-276.

Waasenaar, A., Schouten, J., Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systemic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 261-273.

Wikström, A.C., Cederberg, A.C., Johansson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit - an interview study. *Intensive Critically Care Nursing*, 23(4): 187-95.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wind, G. (2011). Antropologisk feltarbejde. I S. Glasdam (Red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*:(s.120-129). København: Nyt Nordisk Forlag.

World Health Organization. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (4): 373-374.

Bilaga 1 (2)

Bilaga 2 (2)