

Kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten

En kvantitativ studie med kartlegging av kommunikasjonshjelpemidler på norske intensivavdelinger

Linn Therese Stølen og Sanna Dahle

VEILEDER

Berit Johannessen

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap





UNIVERSITETET I AGDER

Kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten

- en kvantitativ studie med kartlegging av kommunikasjonshjelpemidler på norske intensivavdelinger

Linn Therese Stølen og Sanna Dahle

Veileder

Berit Johannessen

Universitetet i Agder, 2018

Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 17 761

Sammendrag

Bakgrunn: Trenden de senere år er en lettere sedert og mer våken respiratorpasient. Dette gir utfordringer i forhold til kommunikasjon med pasienten da mekanisk ventilering fjerner pasientens mulighet til å prate. Det er forbundet med stor frustrasjon hos pasientene og det er et misforhold mellom hvilke kommunikasjonsmetoder intensivsykepleieren og pasienten foretrekker. Samtidig viser forskning at kommunikasjonshjelpemidler blir lite brukt til tross for at det er positive funn ved bruk av disse.

Hensikt: 1. Undersøke hvilke kommunikasjonshjelpemidler norske intensivavdelinger har tilgjengelige til den våkne respiratorpasienten. 2. Undersøke hva som er årsaken til at de ulike hjelpemidlene blir brukt/ikke brukt.

Metode: En kvantitativ studie med tverrsnittsdesign. Vi utviklet vårt eget spørreskjema og dette ble sendt ut elektronisk via SurveyXact. Utvalget består av alle intensivavdelinger i Norge som har pasienter med langvarig (over 24 timer) respiratorbehandling. Det ble gjennomført en deskriptiv analyse.

Resultater: Svarrespons 62 %. Verbale kommunikasjonsmetoder var den vanligste kommunikasjonsmåten. Det er flest ikke-elektroniske hjelpemidler, mens det er betydelig færre elektroniske hjelpemidler tilgjengelig. Den viktigste årsaken til hyppig bruk av kommunikasjonshjelpemidler var at de var lett tilgjengelig.

Konklusjon: Det er begrenset med hjelpemidler på norske intensivavdelinger. Reelt sett er det kun bokstav- og bildetavle som er bredt tilgjengelig. Den viktigste årsaken til bruk av kommunikasjonshjelpemidler er fordi de er lett tilgjengelige. Det er varierende tilbakemeldinger i årsakene til lite bruk av ikke-elektroniske og elektroniske hjelpemidler.

Nøkkelord: intensivsykepleie, den våkne respiratorpasienten, kommunikasjon, kommunikasjonshjelpemidler

Abstract

Background: There has been a trend in intensive care units towards lighter sedation during mechanical ventilation. This makes communication difficult, and not being able to communicate is associated with great frustrations for mechanically ventilated patients. Studies have also shown a mismatch between the communication methods preferred by nurses and patients. There is little use of communication aids although there are positive findings with use of these aids.

Aim: 1. Explore which communication aids Norwegian intensive care units have available for use towards the mechanically ventilated patient. 2. Explore what might be the cause of use.

Method: Quantitative survey with a cross-sectional design. We developed our own questionnaire, which was distributed electronically. All nurse-managers in Norwegian intensive care units, which offers mechanical ventilation, were recruited. The data was analyzed with descriptive statistics.

Results: Reply response 62 %. Verbal communication methods were the most common way of communicating. Non-electronic communication aids are the most available, while there is fewer electronic aids available. The most common cause of use was easy access to the communication aids.

Conclusions: There is limited access of communication aids in Norwegian intensive care units. Picture- and letterboard are the only communication aid that is widely available. Communication aids are mainly used because of availability. The reasons for not using non-electronic and electronic aids are varied.

Keywords: intensive care nurse, mechanically ventilated patient, communication, communication aids

Forord

Det har vært et spennende og sammensatt år vi har vært gjennom i arbeidet med masteroppgaven, og det har vært godt å være to både når det ser mørkt ut, men også når solen har tittet frem. Men. Det er flere personer som har bidratt og produktet ville ikke vært der det er i dag uten deres hjelp. Vi vil takke vår veileder førsteamanuensis Berit Johannessen for god og kyndig veiledning gjennom arbeidet med masteroppgaven, takk for at du holdt ut med oss. Vi setter pris på det gode samarbeidet vi har hatt, og er takknemlige for alle tilbakemeldinger. Vi vil også takke Tommy Haugen og AK for gode innspill og hjelp i utarbeidelsen av spørreskjemaet. Det har vært en krevende men lærerik prosess og hele opplevelsen har tidvis vært noe bipolar. Vi har hatt noen få maniske episoder med heving i stemningsleie og sterkt selvbilde, som når de første svarene på undersøkelsen tikket inn. Det har dog vært flere depressive episoder med mangel på initiativ og økt søvnbehov når vi har stilt oss kritisk til om dette kom til å gå. Heldigvis har vi hatt lengre gode perioder mellom disse ytterkantene. Det har hjulpet å være to så vi har kunnet trekke hverandre opp, og Berit sine vennlige ord har alltid vært velkomne. Det er nå godt å være ferdige med prosjektet og ikke skulle gå rundt og reflektere rundt framstilling av resultater eller metodediskusjon.

Vi tror vi har ferdigstilt et godt produkt og vi håper resultatene kan gjøre en forskjell for framtidige pasienter.

En stor takk til familie og venner for støtte og tålmodighet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Formål og problemstilling.....	2
2.0 Teoretisk referanseramme	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Intensivsykepleie	4
2.2.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar.....	4
2.3 Kommunikasjon	5
2.3.1 Den våkne respiratorpasienten og kommunikasjon	7
2.3.2 Utfordringer i kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten.....	9
2.3.3 Kommunikasjonsstrategier	10
2.4 Kommunikasjonshjelpemidler.....	12
2.4.1 Verbale kommunikasjonsmetoder	12
2.4.2 Ikke-elektroniske hjelpemidler	13
2.4.3 Elektroniske hjelpemidler.....	14
3.0 Metode.....	18
3.1 Kvantitativ metode	18
3.1.1 Utvikling av spørreskjemaet.....	19
3.1.2 Utvalg og rekruttering.....	21
3.1.3 Innhenting av data.....	21
3.2 Analyse/statistikk.....	22
3.3 Etiske overveielser.....	23
4.0 Resultater.....	24
4.1 Kommunikasjonshjelpemidler.....	25
4.2 Verbale kommunikasjonsmetoder	27
4.3 Ikke-elektroniske kommunikasjonshjelpemidler	28

4.4 Elektroniske kommunikasjonshjelpemidler	31
5.0 Diskusjon	33
5.1 Verbale kommunikasjonsmetoder	33
5.2 Ikke-elektroniske kommunikasjonshjelpemidler	35
5.3 Elektroniske kommunikasjonshjelpemidler	39
5.4 Utfordringer.....	42
5.5 Metodediskusjon.....	44
6.0 Oppsummering og konklusjon	48
6.1 Konklusjon	50
6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning	51
Litteraturliste	52
Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD	
Vedlegg 2 Godkjenning fra FEK	
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	
Vedlegg 4 Spørreskjema	
Vedlegg 5 Kommunikasjonsalgoritme	

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På intensivavdelinger vil ofte den livreddende behandlingen man gir intensivpasienten føre til en svekkelse av deres mulighet til å kommunisere (Stubberud, 2015c, s. 94). Selv om sedering og pasientens sykdomsforløp kan påvirke evnen til å kommunisere er det oral intubasjon som er det mest hemmende for pasientens kommunikasjon da man fratras muligheten til å kommunisere verbalt. Det har tidligere vært tradisjon for å holde mekanisk ventilerte pasienter dypt sedert da man tenkte at dette var mer gunstig på grunn av ubehaget det medførte. Dyp sedasjon har imidlertid vist seg å føre til flere liggedøgn. Samtidig har respiratorene i de senere år blitt bedre og lettere å puste igjennom. Dette har gjort at man i større grad har gått mot mindre sedering og mer bevisste intensivpasienter (Gulbrandsen, 2015, s. 204; Holm & Dreyer, 2015).

På intensivavdelingen har vi begge opplevd utfordringer i kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten. Individualisering og tilpassing av hjelpemiddel samt tidsaspekt og prioritering opplever vi er vanskelig og utfordrende. Samtidig har vi sett få hjelpemidler i bruk selv når kommunikasjonen har vist seg vanskelig. Når intensivpasienten i større grad skal være mindre sedert gir dette intensivsykepleieren en større utfordring i forhold til å tilrettelegge for pasientmedbestemmelse og pasientens autonomi. Som intensivsykepleier har man en lindrende funksjon som skal gi økt mestring av pasientens livssituasjon. En viktig funksjon er å ivareta den kritisk sykes autonomi og integritet under innleggelsen på intensivavdelingen (NSF, 2002). Vi mener dette best kan legges til rette for ved god kommunikasjon og forståelse mellom intensivpasienten og intensivsykepleieren. I tillegg har pasienter en lovbestemt rett til å medvirke til behandling og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom pasienten ikke klarer å formidle det han/hun ønsker ved konvensjonelle metoder, bør derfor sykepleieren tilstrebe å finne andre metoder for å hjelpe pasienten. Det er her nærliggende å tenke at kommunikasjonshjelpemidler vil være aktuelt.

I følge Leonardsen, Berger & Willadsens (2016) artikkel kan det være avvik i intensivpasienten og sykepleierens opplevelse av kommunikasjon. Eksempelvis benyttes ofte leppelesing som kommunikasjonsmetode av sykepleierne men dette foretrekkes sjelden av

pasientene. Å bli kjent med pasienten, individualisering, kan gjøre det enklere å forstå pasientens uttrykk og behov, og gjøre kommunikasjonen lettere (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray, 2013). Selv om det finnes et utvalg forskjellige hjelpemidler som kan hjelpe i kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten, både elektroniske og ikke-elektroniske, blir disse lite brukt (Ten Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016, s. 2). Dette til tross for at flere studier viser positive funn ved bruk av alternative kommunikasjonsmetoder og at det er sammenheng mellom kommunikasjons hjelpemidler og hvor effektiv kommunikasjonen er (Carruthers, Astin & Munro, 2017).

Vi synes sykepleieres tilnærming til kommunikasjon med våkne respiratorpasienter er interessant og ønsker å finne ut av hvorfor kommunikasjons hjelpemidler ikke tar en større del i kommunikasjonsarbeidet. På bakgrunn av overnevnte utfordringer ønsker vi å se nærmere på kommunikasjons hjelpemidler på norske intensivavdelinger.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med masteroppgaven er å kartlegge hvilke kommunikasjons hjelpemidler norske intensivavdelinger har tilgjengelig og bruken av disse hjelpemidlene. Vi ønsker å sette fokus på hjelpemidler som kommunikasjonsmetode.

Vår problemstilling er todelt:

Problemstilling 1: Hvilke kommunikasjons hjelpemidler har norske intensivavdelinger tilgjengelige til den våkne respiratorpasienten?

Problemstilling 2: Hva er årsaken til at de ulike hjelpemidlene blir brukt/ikke brukt?

Vi ønsker å inkludere spørsmål om leppelesing og ja/nei spørsmål i spørreskjemaet. Disse kommunikasjonsmetodene er ikke et fysisk hjelpemiddel, men likevel anser vi det som både interessant og hensiktsmessig å se på hvor ofte dette brukes i forhold til fysiske hjelpemidler.

2.0 Teoretisk referanseramme

Vi vil her gjøre rede for teori, litteratur og tidligere forskning som kan hjelpe oss å belyse problemstillingen vår. Først vil vi gi en rask oversikt over søkestrategi som ble brukt for å finne relevant forskning. Så vil vi vise til hvilke rammer som ligger til grunn for intensivsykepleierens arbeid. Deretter gjør vi rede for kommunikasjon og utfordringene som ligger i det å kommunisere med den våkne respiratorpasient. Til slutt vil vi gjøre rede for de ulike kommunikasjonsmåtene og hjelpemidlene som er tilgjengelig og hva forskningen viser om dem.

2.1 Litteratursøk

PICO ble brukt for å forberede og systematisere søk etter aktuell litteratur. Det PICO-strukturerte søket i databasene bidro til å identifisere aktuelle forskningsartikler som belyste den valgte problemstillingen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33).

Hvilke tilgjengelige kommunikasjonshjelpemidler har norske intensivavdelinger til den våkne respiratorpasienten?

Patient	Den våkne respiratorpasienten
Intervention	Kommunikasjonshjelpemidler
Comparison	Ikke aktuelt
Outcome	Tilgjengelighet og bruk

Vi har i hovedsak søkt etter artikler i EBSCO host for å få tilgang til databasene Cinahl og Medline og brukt både Cinahl Headings og frittstående søkeord. Søkeord som ble brukt var: "Intensive Care Units", "Critical Care", "Critical Care Nursing", "Communication", "Alternative and Augmentative Communication", "Nonverbal Communication", "Mechanical Ventilation", "Mechanically Ventilated Patients" "Intubation". Vi fikk til å begynne med få treff på søket, men ved å endre hovedfokuset på søket og ekskludere mekanisk ventilasjon eller intubasjon fra selve søkeordene fikk vi flere treff. "Intensive Care Units", "Critical Care", "Critical Care Nursing", «Communication Aids», «Communication Methods» med endring i årstall til 2005-2017, engelsk- og norskspråklig samt fagfelleurdert ble resultatet 82 treff. Vi leste gjennom alle overskriftene og deretter gjennom abstraktene på de artiklene som

virket relevante. I det første søket identifiserte vi tre relevante artikler. Vi har flere ganger gjennom arbeidet med oppgaven gjennomført søket i databasene og da funnet nye artikler som er blitt lagt til. I tillegg har vi funnet flere artikler via litteraturlistene i bøker og forskningsartikler.

2.2 Intensivsykepleie

Intensivsykepleiere arbeider hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten. I avdelinger hvor intensivsykepleiere arbeider, hovedsakelig intensivavdelinger, blir intensivpasienter kontinuerlig overvåket og behandlet som akutt og/eller kritisk syke pasienter. Det er en høyt spesialisert avdeling med avansert medisinsk utstyr og et høyt arbeidstempo.

Intensivavdelinger kan være kun kirurgisk eller medisinsk avdeling men flere sykehus kombinerer avdelingen med medisinske og kirurgiske diagnoser. Det finnes visse kriterier en pasient må ha for å bli innlagt/overflyttet en intensivavdeling. Kriteriene for innleggelse er at pasienten har eller er i risiko for akutt svikt i vitale organsystemer med en potensielt reversibel tilstand. Intensivpasienter har ofte en krevende og ustabil tilstand som krever ressurser i tillegg til ivaretagelse av pårørende. Disse pasientsituasjonen gjør at det ofte er en eller flere intensivsykepleiere per intensivpasient (Stubberud, 2015b, s. 37-38).

2.2.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

Intensivsykepleiere er autoriserte sykepleiere med en spesialisert kompetanse i klinisk sykepleie. Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere definerer intensivsykepleie slik:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak (NSF, 2004).

Intensivsykepleiere har ansvaret for å gi helsehjelp til pasienter som er akutt og/eller kritisk syke. Det er et stort og omfattende område som innebærer pasienter i krise på grunn av sykdom eller skade, lindring av smerter og ubehag etter kirurgi og anestesi samt stabilisering av sirkulasjon og respirasjon. Ansvaret kan også gjelde pasienter med kroniske lidelser i en forverring av grunnsykdom. Intensivsykepleiere har også ansvaret for pårørende, og deres behov under pasientens opphold på en intensivavdeling (Stubberud, 2015b, s. 29). En viktig funksjon er å ivareta den kritisk sykes autonomi og integritet under innleggelsen på intensivavdelingen (NSF, 2002). Intensivsykepleieren skal hjelpe intensivpasienten med mestring av sin situasjon, og bidra til å redusere eller eliminere stress, smerter og ubehag. En viktig oppgave kan være å hjelpe intensivpasienten med opplevelsene sykdom, skade og behandling medfører, og gi støtte i en vanskelig situasjon (NSF, 2002). Intensivsykepleieren skal fortløpende observere og vurdere intensivpasientens behov for sykepleie og behandling. Ved forverringer i helsetilstanden eller ved nyoppståtte problemer skal intensivsykepleieren tidlig identifisere helsesvikt og sette inn tiltak. Et annet viktig ansvarsområde er forebygging av komplikasjoner og skader intensivpasienten kan påføres under intensivmedisinsk behandling. I en intensivavdeling er det kritisk syke pasienter og overgangen mellom liv og død kan være marginal. I situasjoner hvor pasienten ikke vil få et meningsfullt liv og intensivmedisinsk behandling avsluttes må intensivsykepleieren legge til rette for en verdig død (NSF, 2002; Stubberud, 2015a).

Intensivsykepleiere jobber med både teknologi og menneskelighet for å utøve faglig forsvarlig og god intensivsykepleie. Arbeidet på en intensivavdeling er svært teknisk og utviklingen innenfor medisinsk behandling krever mye av intensivsykepleiere. Å holde seg oppdatert på medisinsk teknisk utstyr og legemiddelbehandling står derfor sentralt (NSF, 2002; Stubberud, 2015a, s. 43-44).

2.3 Kommunikasjon

«Kommunikasjon er i sin enkleste form definert som utvekslingen av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2010, s. 17).

Et kommunikasjonsforhold består av minst to deltakere der deltakerne har et felles påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre. Et kommunikasjonsforhold består ikke kun av ord, men av tegn og signaler som utveksles mellom deltakerne. Sykepleierne er derfor avhengig av å bruke sansene for å gjøre gode observasjoner og for å se pasienten (Grasaas,

Stordalen & Sjørnsen, 2014, s. 127-130). Evnen til kommunikasjon står sterkt hos mennesker og når kommunikasjonen blir forstyrret av sedasjon, opiater, endotrakeal- og trakeostomituber, bevissthetstap eller redsel, må sykepleiere erkjenne at kommunikasjon blir problematisk på intensivavdelingen (Adam & Osborne, 2005, s. 38).

Som intensivsykepleiere er vi vant med profesjonell kommunikasjon fordi vi kommuniserer som yrkesutøvere. Kommunikasjonen skal være hjelpende for pasient og pårørende, og intensivsykepleieren må derfor evaluere kommunikasjonsformen og språket slik at forventningene fra andre blir møtt (Adam & Osborne, 2005; Eide & Eide, 2010, s. 17-19). Pasienter har rett til medbestemmelse og skal få beholde innflytelsen han eller hun har i sin egen situasjon. Kommunikasjon gjør det mulig for pasienter å bevare makt og kontroll, delta i beslutninger og utøve myndighet, derfor er det en viktig del av helsefag (Eide & Eide, 2010, s. 17-19). Kommunikasjon kan være et viktig verktøy når man skal tilrettelegge hverdagen og pleien for pasienten. For å sikre kvaliteten i pleien er det viktig at pasienten er delaktig, det må tas hensyn til pasientens autonomi. Kommunikasjon innebærer informasjon og dialog og er en viktig verdi i møte med pasienter (Grasaas et al., 2014, s. 65-68). I følge Adam & Osborne (2005) er gode kommunikasjonsferdigheter særdeles viktig for en intensivsykepleier å ha. Kommunikasjonsformen må individualiseres og sykepleieren må sørge for et passende nivå for forståelse og respons. Sykepleiere må informeres om at det finnes et bredt utvalg av alternative metoder og hjelpemidler som kan hjelpe pasienter når den verbale kommunikasjonen er utfordrende (Adam & Osborne, 2005, s. 38-39).

Aktiv lytting er en av de viktigste og mest komplekse ferdighetene i profesjonell, hjelpende kommunikasjon og kan hjelpe intensivsykepleieren til å forstå intensivpasienten. Aktiv lytting deles opp i verbale og nonverbale ferdigheter og eksempler på dette er å være oppmerksom (berøring, stillhet), verbale oppmuntringer, være henvendt pasienten, utdypende spørsmål, parafasere for å undersøke at man har hørt riktig, speile følelser, ansiktsuttrykk og kroppsholdning og til slutt sammenfatte følelser og innhold for å tydeliggjøre. Aktiv lytting kan være med å gi sykepleieren en dypere forståelse av hva pasienten vil formidle. Det fordrer at sykepleieren gir pasienten oppmerksomhet og «lytter» med hele kroppen, sykepleieren (Eide & Eide, 2010, s. 23-24; Grasaas et al., 2014, s. 145-151).

Nonverbal kommunikasjon blir sentralt i kommunikasjonsarbeidet med den våkne respiratorpasienten. Det kan være avgjørende for relasjonen å skape tillit. En tillit som kommer til syne ved at sykepleieren er oppmerksom på pasientens kropp og ansikt. Å skape en positiv kontakt med øyekontakt og berøring kan gi pasienten en følelse av at sykepleieren

ønsker å ivareta pasientens behov. Sykepleierens nonverbale framtoning er også viktig å merke seg. Det er stor forskjell på en bekreftende eller avvisende respons (Holm & Dreyer, 2016, s. 149-150). Eide & Eide (2010) sammenfatter seks hovedpunkter i nonverbal kommunikasjon:

- å ha øyekontakt uten å stirre
- å innta en mottagende, åpen kroppsholdning (og unngå kryssede armer/bein)
- å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning (og unngå å henge likegyldig tilbakelent)
- å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende ”mm”, eller også beroligende berøring
- å være avslappet, naturlig og vennlig i stemme og bevegelser (og ikke spent, urolig og rastløs)
- å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (lukket munn, glatt panne, senkede øyenbryn, osv.) (Eide & Eide, 2010, s. 198-199).

2.3.1 Den våkne respiratorpasienten og kommunikasjon

Tradisjonelt har den mekanisk ventilerte intensivpatienten vært dypt sedert. Dette ble ansett som gunstig psykologisk da man ikke vil huske smertefulle og ubehagelige hendelser fra intensivoppholdet (Holm & Dreyer, 2015, s. 82; Leonardsen et al., 2016, s. 5). I de senere år har forskning på sedasjon og sedasjonsnivå endret praksis og i dag er det større enighet blant profesjonene om å holde intensivpatienten lettest mulig sedert. Det kan da være enklere for intensivpatienten å ha kontroll over tilværelsen i tillegg til at våkenhet simulerer sentralnervesystemet mer naturlig (Gulbrandsen, 2015, s. 204). Dette gjør også at man i større grad må ta hensyn til pasientens egen opplevelse. I følge Patak et al. (2004, s. 315-316) opplevdes det svært frustrerende for pasienter og ikke kunne kommunisere effektivt under behandling med mekanisk ventilasjon. Å gi den våkne respiratorpasienten en sjanse til kommunikasjon kan derfor øke pasienttilfredsheten (Kopeck, Connolly & Irwin, 2008).

Studier har vist at pasienter med endotrakeal intubering opplever et moderat til ekstremt ubehag i forbindelse med tuben ved lett sedering. Dette ubehaget er mindre ved trakeostomi, men trakeostomi fører med seg andre risikofaktorer. I tillegg til det rent fysiske ubehaget pasienten kan oppleve, virker det å være en sammenheng med bortfallet av muligheten til å snakke og følelsesmessige utfall som stress, angst og depresjon (Ten Hoorn et al., 2016). Den

våkne respiratorpasientens manglende mulighet til kommunikasjon kan gi uønskede følelser og tanker. Det er vanlig å oppleve smerte og usikkerhet under behandling med mekanisk ventilasjon (Holm & Dreyer, 2015, s. 82; Kopec et al., 2008, s. 719). Det er en fellesnevner i flere studier at pasientene opplever det svært frustrerende og ikke kunne kommunisere verbalt på grunn av intubasjonen (Dithole, Sibanda, Moleki & Thupayagale-Tshweneagae, 2016; Engström et al., 2013, s. 91; Patak et al., 2004, s. 315).

Å miste muligheten til kommunikasjon med omverdenen kan for mange våkne respiratorpasienter oppleves som å være fanget i en “lydløs verden”. Formidling av behov og følelser kan bli umulig (Holm & Dreyer, 2016). I følge Flinterud & Andershed (2015, s. 2298-2299) erfarer imidlertid de fleste våkne respiratorpasientene at kommunikasjonen gradvis bedres i løpet av oppholdet på intensiv. Grunnen til dette kan være at de blir tilbudt kommunikasjonshjelpemidler, lærer mestringsstrategier eller fordi sykepleierne blir bedre på å tolke og forstå pasientens nonverbale kommunikasjon.

Hvis den våkne respiratorpasienten ikke opplever at kommunikasjonen blir bedre og frustrasjonsnivået øker, kan dette føre til at pasienten gir opp, går inn i seg selv eller blir mer og mer apatisk. Frustrasjon kan også komme til uttrykk som agitasjon. Dette kan gjøre at pasienten får unødvendig mye beroligende medisin (Holm & Dreyer, 2016, s. 138-139). En studie som ble gjennomført viste at de pasientene som fikk tilgang til et tilrettelagt teknisk hjelpemiddel, eksempelvis iPad, opplevde mindre frustrasjon og mer suksess i sin kommunikasjon med sykepleieren (Rodriguez et al., 2016). Ifølge Carrutherts, Astin & Munro (2017, s. 94) ser man en sammenheng mellom bruken av kommunikasjonshjelpemidler og pasientens tilfredshet med kommunikasjonen.

Den våkne respiratorpasienten har i flere studier rapportert opplevelser av at sykepleieren hemmet kommunikasjonen ved å være lite “til stede”, ikke forsøke nok å forstå eller de opplevdes mekaniske og setter sin egen agenda før pasientens ønsker (Patak et al., 2004, s. 317). Flere studier presenteres også pasienter som opplever at sykepleierne jobber for å hjelpe dem med å uttrykke seg og at de med dette fikk tilbake litt kontroll i livet. Et eksempel på dette var når pasienten holdt hånden på sykepleieren under en prosedyre og kunne selv skyve den vekk om ubehaget ble for stort. Et annet eksempel var å stille konkrete ja/nei spørsmål hvor sykepleieren hjalp pasienten med å formidle hva de tenkte på (Holm & Dreyer, 2015; Patak et al., 2004).

2.3.2 utfordringer i kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten

I en rekke sammenhenger er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient særdeles viktig, men på intensiv får i mange tilfeller sykepleiere spesielle kommunikasjonsutfordringer (Holm & Dreyer, 2016, s. 133). Det er en del medvirkende faktorer som kan utfordre kommunikasjonen til våkne respiratorpasienter. Overveldende tretthet kan være et hinder og kan skyldes både pasientens kritiske tilstand og medisinsk behandling med analgetika og sedativa som kan redusere pasientens bevissthet. Tretthet kan i tillegg til å gjøre selve kommunikasjonen utfordrende også gjøre det vanskelig for pasienten å bruke kommunikasjonshjelpemidler. Det kan være krevende å bruke mye av pasientens energi på å holde en blyant og skrive enkelte ord. Dette kan resultere i at pasienten må gi opp, ta mange pauser og kan vanskeliggjøre fokus og konsentrasjon (Rodriguez, Spring & Rowe, 2015). Svekket konsentrasjon og kognisjon grunnet en delirisk tilstand kan vanskeliggjøre kommunikasjonen med sykepleieren. Delir kan komme til uttrykk svært forskjellig og pasienter vil ha forskjellige behov. Det er umulig å standardisere kommunikasjonen mellom den våkne respiratorpasienten og sykepleieren (Holm & Dreyer, 2016, s. 136). Hvis pasienten har svekket eller nedsatt krefter i overekstremitetene utfordres kommunikasjonen ytterligere, og kan begrense eller umuliggjøre bruken av kommunikasjonshjelpemidler (Rodriguez et al., 2015).

Å legge til rette for kommunikasjon kan være tidkrevende og krever stor tålmodighet av sykepleierne. Kommunikasjon skal prioriteres samtidig som akutte og livsviktige oppgaver må gjennomføres (Holm & Dreyer, 2016, s. 140). I tillegg er det hensiktsmessig for den våkne respiratorpasienten at sykepleierne tar seg tid og at det er ro fordi mangel på dette kan føre til at pasienten undertrykker eller utsetter behovet for informasjon og kommunikasjon. Det er nødvendig at sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med pasienten fordi pasienten kan oppleve angst, stress og frustrasjon hvis sykepleier-pasient-kommunikasjonen er dårlig. Hvis sykepleier-pasient-kommunikasjonen er dårlig kan også sykepleierne kjenne frustrasjon som igjen kan føre til en følelse av utilstrekkelighet. Dette kan uttrykkes ved at sykepleieren unngår kommunikasjon med pasienten (Rodriguez et al., 2015).

Mangel på undervisning blant sykepleierne er en av en rekke barrierer i sykepleieres kommunikasjon med pasienter som får mekanisk ventilasjon. Det er derfor viktig at sykepleierne får riktig og systematisk opplæring i bruk av strategier og hjelpemidler for å optimalisere kommunikasjonen med våkne respiratorpasienter (Khalaila et al., 2011). Dette kan gi sykepleierne et repertoar og et godt grunnlag for refleksjon rundt kommunikasjon med

den våkne respiratorpasienten (Finke, Light & Kitko, 2008). En rekke studier peker på at manglende opplæring og kunnskap blant sykepleierne kan være en viktig årsak til at alternative kommunikasjonsmåter i liten grad blir brukt (Carruthers et al., 2017; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson, 2013).

2.3.3 Kommunikasjonsstrategier

Å skape god kommunikasjon kan være utfordrende fordi hver enkelt kommunikasjonsituasjon er unik. Det finnes derfor enkelte strategier som kan være med å forbedre og støtte kommunikasjonen. Eksempler på strategier kan være et kommunikasjonsvennlig miljø på avdelingen, spørreteknikk, veiledning og inkludering av pårørende (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011).

En intensivavdeling med støy og uro kan gi et dårlig grunnlag for god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Holm & Dreyer, 2016, s. 142). Et viktig tiltak for å forbedre kommunikasjonen kan derfor være å redusere støy i tillegg til at pasientens seng og leie er tilrettelagt. Pasienten må kunne se sykepleieren og eventuelt sitte i en posisjon som gjør det lettere å nytte seg av et kommunikasjonshjelpemiddel. For å skape et godt miljø der kommunikasjon blir i fokus må sykepleieren være tilstede, og kontinuitet legger et grunnlag for at sykepleieren kan bli kjent med pasientens ønsker og behov og tolke nonverbal kommunikasjon (Grasaas et al., 2014; Grossbach et al., 2011, s. 132-134).

Det kan være svært utfordrende for både pasient og sykepleier hvis sykepleieren skal gjette hva pasienten vil formidle nonverbalt. Det krever erfaring om respiratorpasienters behov og kjennskap til pasienten. Hvis sykepleieren har erfaring med kommunikasjon til våkne respiratorpasienter kan det være enklere å vite hva en skal spørre om, for eksempel "Har du smerter?" eller "Er du tørst?" (Rodriguez et al., 2015). Likevel kan det være hensiktsmessig at sykepleieren forklarer for pasienten at det nå vil stilles en rekke spørsmål og at pasienten får fortalt hvordan svare på spørsmålene. Nye eller uerfarne sykepleiere kan ha vanskeligheter med kommunikasjon fordi de ikke har like god kjennskap til behov hos våkne respiratorpasienter. Det kan derfor være en fordel å systematisere kommunikasjonen. Å starte bredt ved å ta utgangspunkt i større emner for deretter å snevre inn spørsmålet ytterligere. Man kan lage over- og underspørsmål sykepleieren kan ta utgangspunkt i. En slik strategi for kommunikasjon kan være gjenkjennelig for pasienten og gi nye eller uerfarne sykepleiere et utgangspunkt. Når sykepleieren vet at pasienten kun kan svare ja eller nei må spørsmålene

være lukkede og sykepleieren må kun spørre ett spørsmål om gangen. Hvis pasienten derimot tar i bruk et kommunikasjonshjelpemiddel kan sykepleieren spørre mer åpne spørsmål. Det er viktig å gi pasienten god tid til å svare fordi pasientens bevissthet og kognisjon kan være svekket (Holm & Dreyer, 2016, s. 143-145). Kommunikasjonen kan forbedres hvis sykepleieren bruker bekreftende kommunikasjon. Sykepleieren må altså gjenta pasientens budskap for å unngå forvirring og fortolkning (Finke et al., 2008).

Kommunikasjonen og kommunikasjonsstrategien endrer seg etter som pasientens tilstand og behov endrer seg. Behovet for kommunikasjon og informasjon er forskjellig i akutte og stabile faser (Holm & Dreyer, 2016, s. 145). En viktig strategi er å inkludere pårørende i kommunikasjonen. Pårørende kjenner pasienten best og kan derfor hjelpe sykepleieren å tolke pasienten fordi de kjenner til pasientens nonverbale kommunikasjon (Finke et al., 2008; Grossbach et al., 2011).

De siste årene er det publisert oversiktsstudier om kommunikasjonshjelpemidler i bruk med den våkne respiratorpasienten (Carruthers et al., 2017; Ten Hoorn et al., 2016). Disse oversiktsstudiene belyser hvilken forskning som er tilgjengelig på kommunikasjonshjelpemidler hos den våkne respiratorpasienten og i hvilken grad disse er effektive. De viser at det er sammenheng mellom kommunikasjonshjelpemidler og hvor effektiv kommunikasjonen med den intuberte intensivpatienten er. I situasjonene der alternative kommunikasjonsmetoder blir brukt er det flere interaksjoner mellom sykepleieren og pasienten. Pasienter og sykepleiere opplever en lettere kommunikasjon og pasientene rapporterer bedre tilfredshet med kommunikasjonen (Carruthers et al., 2017; Ten Hoorn et al., 2016). Det som hindret bruk av alternative metoder og hjelpemidler var at sykepleierne hadde begrenset tid og lite kjennskap til utstyret. I tillegg var ikke alle hjelpemidlene tilpasset intensivpleien og det kunne være vanskelig å posisjonere de slik at det var hensiktsmessig for intensivpatienten å bruke (Carruthers et al., 2017).

Et av hovedpunktene i oversiktsstudien til Ten Hoorn et al. (2016) er deres utforming av en algoritme for valg av alternative kommunikasjonsmetoder til intuberte pasienter (se vedlegg 5). Algoritmen er vist som et flytdiagram som skal være veiledende for hvilken kommunikasjonsmetode som passer pasienten best. Algoritmen skal hjelpe sykepleierne å strukturere og individualisere kommunikasjonen med våkne respiratorpasienter.

2.4 Kommunikasjonshjelpemidler

Før intensivsykepleieren skal samtale med intensivpasienten kan det være nødvendig å vite at nødvendig utstyr er på plass og fungerer. Spesielt i de tilfeller hvor intensivpasienten er avhengig av høreapparat eller briller (Holm & Dreyer, 2016, s. 137). Vi har valgt å kategorisere kommunikasjonsmetodene og hjelpemidlene i verbale kommunikasjonsmetoder, ikke-elektroniske kommunikasjonshjelpemidler og elektroniske kommunikasjonshjelpemidler.

2.4.1 Verbale kommunikasjonsmetoder

Leppelesing er en av kommunikasjonsmetodene til våkne respiratorpasienter som blir hyppigst brukt (Leonardsen et al., 2016; Ten Hoorn et al., 2016). Når intensivpasienten er oralintubert kan det være svært utfordrende å lese på lepper grunnet tuben. Trakealtuben gjør det vanskelig for pasienten å forme ordene riktig. I tillegg kan intensivpasienten fort glemme ord og glemme hvor i setningen han eller hun er. Mimikk kan være til hjelp for intensivsykepleieren i kommunikasjonssituasjonen. Ved å se på ansiktsuttrykket til pasienten kan intensivsykepleieren tolke om han eller hun er uenig eller enig (Grossbach et al., 2011; Stubberud, 2015c, s. 95). Våkne respiratorpasienter har rapportert at de i ulik grad opplever å bli forstått av sykepleieren når leppelesing ble brukt som kommunikasjonsmetode (Flinterud & Andershed, 2015). Grossbach et al. (2011) skriver at dette er fordi enkelte personer er bedre til å tolke leppelesing i tillegg til at det tar lang tid å bli flink på leppelesing. Det er dokumentert situasjoner der pasienter har opplevd at sykepleieren instinktivt oppfatter pasientens behov, uten forsøk på kommunikasjon fra pasientens side (Flinterud & Andershed, 2015). Sykepleierne som ble intervjuet i Leonardsen et al. (2016) sin studie oppga at leppelesing ble benyttet oftest og at det var denne metoden sykepleierne hadde god erfaring med. Likevel blir denne metoden sjelden foretrukket av pasientene. Pasientene opplever at det i mange tilfeller er vanskelig å forme ord med munnen (Leonardsen et al., 2016). Leonardsen et al. (2016) skriver at det er mer hensiktsmessig for pasienten om han bruker enstavelsesord og formulerer ett ord av gangen for at leppelesing skal bli vellykket. Annen forskning framhever viktigheten av å forme ord med leppene i fulle setninger for kontekst og anbefaler ikke å isolere ord (Grossbach et al., 2011). Leppelesing kan være vanskelig og en artikkel tydeliggjør at sykepleiere ikke alltid har evne til å bruke eller forstå leppelesing, noe som kan gjøre det vanskelig å forstå pasientene (Magnus & Turkington, 2006).

Våkne respiratorpasienter har rapportert at ja/nei spørsmål som kommunikasjonsmetode er en av metodene som foretrekkes (Leonardsen et al., 2016). Likevel er bruk av lukkede spørsmål som ja/nei spørsmål begrensende for pasienten og bør kun brukes midlertidig. Hvis intensivsykepleieren velger å bruke ja/nei spørsmål må de være korte og konsise, og det må kun stilles ett spørsmål av gangen. Så snart pasienten er lettere sedert og kan ta imot instruksjoner bør sykepleieren legge til rette for at pasienten kan ta i bruk et mer passende kommunikasjonsmiddel (Adam & Osborne, 2005, s. 105). Litteraturen viser at det er mangelfull opplæring i bruk av hjelpemidler og kommunikasjonsstrategier. Kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten kan være ekstremt frustrerende, ineffektiv og unøydaktig hvis sykepleierne bruker ulike kommunikasjonsstrategier. Kommunikasjonen må derfor individualiseres noe som fordrer at valg av hjelpemiddel er forskjellig fra pasient til pasient. Uoverensstemmelser rundt dette kan sterkt påvirke selv enkle bevegelser og bekreftelser for ja/nei spørsmål. Det kan fort oppstå misforståelser og studien trekker fram misforståelser der sykepleierne avtaler ulike strategier for å svare på ja/nei spørsmål. En sykepleier avtaler med pasienten at han skal blunke en gang for ja og to ganger for nei, mens en annen sykepleier sier blunk en gang for nei og to ganger for ja. Kommunikasjonsstrategier må derfor individualiseres og det er viktig at sykepleierne er enige om hvilke strategier og hjelpemidler den enkelte pasienten tar i bruk (Grossbach et al., 2011).

2.4.2 Ikke-elektroniske hjelpemidler

I en studie ble det rapportert fra sykepleiere at leppelesing og penn og papir ble brukt hyppigst fordi erfaringene var at hjelpemidlene hjalp sykepleierne å forstå pasientens behov (Leonardsen et al., 2016). Det er nødvendig å kartlegge intensivpasientens funksjon. Bruk av penn og papir avhenger av at intensivpasienten har nok kraft og funksjon i armene og overkroppen, det kan være avgjørende om intensivpasienten klarer å sitte oppreist (Stubberud, 2015c). I en studie oppga alle pasientene at fysiske hindringer som muskelsvakhet og tremor bidro til å vanskeliggjøre kommunikasjon. Særlig var det vanskelig å bruke skriftlige hjelpemidler som penn og papir (Flinterud & Andershed, 2015, s. 2299). Penn og papir som kommunikasjonsmiddel kan være svært energikrevende men anses som en god teknikk dersom pasienten mestrer det. Ved bruk av dette hjelpemiddelet kan det være nødvendig å avklare bruken før kommunikasjonen begynner. Sykepleierne kan oppfordre pasientene til å komprimere budskapet til færrest mulig ord fordi lange setninger kan være vanskelig for sykepleierne å tyde (Leonardsen et al., 2016).

I de situasjonene hvor pasienten kan skrive beskjeder kan whiteboard brukes som kommunikasjons hjelpemiddel. Det finnes lite forskning på bruken av whiteboard men det trekkes fram viktige punkter som sykepleieren må vurdere før whiteboard tas i bruk. Kommunikasjon med våkne respiratorpasienter bør være effektiv og det kan være problematisk fordi ord eller bokstaver viskes ut etter hvert som pasienten skriver på en whiteboard (Grossbach et al., 2011). Happ et al. (2011) sin observasjonsstudie nevnte kort at pårørende i noen tilfeller hadde tatt med whiteboard til pasienten men dette ble ikke utdypet. Ved redusert muskelkraft i overkropp og fingre kan pictogram være enkleste hjelpemiddel hvis intensivpatienten kan peke selv eller intensivsykepleieren kan peke for pasienten (Stubberud, 2015c, s. 94-96).

Bruk av bokstav- og bildetavle til våkne respiratorpasienter har visse fordeler. Hjelpemidlene kan øke pasienttilfredsheten og redusere frustrasjonsnivået samt gi en raskere kommunikasjon som igjen øker effektiviteten. Pasienter kan raskere gi uttrykk for sine behov. Dette fordrer at hjelpemidlene som blir brukt er oppdaterte og tilpasset pasientens behov. I en studie rapporterte 70 % av pasientene at bokstav- og bildetavlen ikke inneholdt deres behov og måtte spørre etter ting som ikke var angitt på tavlen (Ten Hoorn et al., 2016). En viktig faktor for bruk av bokstav- og bildetavle er pasientens kognitive og mentale tilstand. For optimal bruk og gjennomføring av kommunikasjonen bør pasienten være orientert uten endringer i mental tilstand, ha godt nok syn til å lese/se tavlen og ikke ha språklige problemer. Problemer som er rapportert ved bruken av bokstav- og bildetavle er at tavlen inneholdt for mye informasjon eller ikke den riktige informasjonen (Ten Hoorn et al., 2016). En annen faktor som spilte inn var optimal posisjon og plassering av tavlen (Finke et al., 2008; Ten Hoorn et al., 2016). Det kan være vanskelig for pasienten å bruke bokstav- og bildetavle. Pasienter har rapportert at trøtthet, muskelsvakhet og skjelvinger er framtrepende faktorer som gjør kommunikasjonen vanskelig og gir følelse av fatigue (Flinterud & Andershed, 2015). Happ et al. (2011) gjennomførte en studie der kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ble observert. Det var ikke fokus på kommunikasjons hjelpemidler, men observasjonene fanget opp at bokstav- og bildetavler ikke ble brukt (Happ et al., 2011).

2.4.3 Elektroniske hjelpemidler

Forventninger om et langt forløp med mekanisk ventilasjon bør også innvirke på hvilket kommunikasjons hjelpemiddel som velges. Det kan være mer aktuelt med elektroniske

hjelpemidler hvis behandlingen er langvarig fordi opplæring og bruk av apparatet kan være komplekst (Kopec et al., 2008, s. 719-720). Det finnes en del elektroniske hjelpemidler, noe som fordrer at intensivpasienten har blitt godt forklart hvordan apparatet fungerer og intensivsykepleieren kan håndtere apparatet. Det finnes utallige forskjellige elektroniske kommunikasjonshjelpemidler (Stubberud, 2015c, s. 94-96). Elektrolarynx, elektronisk tastatur og høyteknologisk alternativ som øyestyrt enheter er eksempler på elektroniske kommunikasjonshjelpemidler (Grossbach et al., 2011; Ten Hoorn et al., 2016).

Elektrolarynx er et håndholdt apparat. Når apparatet presses mot det myke vevet i halsen blir en vibrasjonslyd generert gjennom munnen som ledes av lepper, tunge og gane (Kopec et al., 2008, s. 720). Elektrolarynx har i studier blitt valgt som kommunikasjonshjelpemiddel framfor eksempelvis penn og papir, leppelesing og tegnspråk (Grossbach et al., 2011; Ten Hoorn et al., 2016). Det kan likevel være utfordrende for intensivpasienten å bruke elektrolarynx selvstendig fordi apparatet må manøvreres til halsen og intensivpasienten må være i stand til å koordinere av/på moduler under kommunikasjonen. I disse situasjonene kan intensivsykepleieren være behjelpelig med manøvrering av apparatet (Grossbach et al., 2011, s. 54). Bruk av elektrolarynx på intensivavdelingen er beskrevet i syv studier. De fleste pasientene (72 %) hadde trakeostomi mens en studie tok for seg bruk av elektrolarynx til pasienter med nasotrakeal tube. I fem av studiene klarte pasientene som brukte hjelpemiddelet med stor suksess å kommunisere (Ten Hoorn et al., 2016). I to rapporter ble det også fastslått at bruk av elektrolarynx produserte forståelig språk. Det var 60 % av pasientene som produserte klart og forståelig språk etter kun 15-30 minutter med instruksjon og 40 % trengte en til to timer. Sykepleierne foretrakk elektrolarynx over verbale- og ikke-elektroniske hjelpemidler (Ten Hoorn et al., 2016).

Elektronisk tastatur blir beskrevet som intelligent keyboard. En studie viser til funn der hjelpemiddelet skåret høyt på brukervennlighet (63 %) og tilfredshet (88 %) sammenlignet med bokstavgavle (Ten Hoorn et al., 2016). Happ et al. (2011) sin observasjonsstudie tok ikke for seg elektronisk tastatur men nevnte kort at pårørende i enkelte situasjoner hadde tatt med dette hjelpemiddelet til pasienten.

iPad og/eller touchskjerm er godt implementert blant enkeltpersoner og blir hyppig brukt. Det er likevel spredte funn blant forskning om bruk av kommunikasjonshjelpemiddelet til våkne respiratorpasienter. Kort tid etter sedasjonstopp eller overgang til lettere sedasjon rapporterer pasientene at hjelpemiddelet kan være vanskelig å bruke. Pasientene opplevde likevel at etter som tiden gikk og de fikk tilbake kontrollen over kroppen ble det lettere å bruke

hjelpemiddelet (Flinterud & Andershed, 2015). Når kommunikasjonshjelpemiddelet ble enklere å bruke økte også forståelsen av kommunikasjonen og frustrasjonsnivået til pasientene ble lavere (Rodriguez et al., 2016). Tidligere forskning viser til spredte funn om hvorvidt iPad/touchskjerm er et egnet kommunikasjonshjelpemiddel til våkne respiratorpasienten (Flinterud & Andershed, 2015; Ten Hoorn et al., 2016). Bruk av dette hjelpemiddelet kan kreve opplæring og god forståelse hos både sykepleier og pasient for at kommunikasjonen skal fungere. I følge Flinterud & Andershed (2015) opplevde de fleste pasientene vanskelige og negative opplevelser relatert til kommunikasjon i tiden etter at sedasjonen ble stoppet og pasientene våknet fra anestesi. Mange pasienter var sikre på at de ville klare å bruke iPad (eller penn og papir) og ble derfor svært skuffet når de ikke klarte å håndtere disse. Det ble rapportert at det var vanskelig å bruke hjelpemidler i begynnelsen. Likevel opplevde flere pasienter at det ble enklere å bruke kommunikasjonshjelpemidler etter som tiden gikk og de fikk tilbake kontrollen over kroppen. To pasienter klarte å beherske iPad som kommunikasjonshjelpemiddel (Flinterud & Andershed, 2015).

Pasienter som brukte touchskjerm som kommunikasjonshjelpemiddel rapporterte at kommunikasjonsmetoden var tilfredsstillende og hadde lavere frustrasjonsnivå. Pasientene oppga også at kommunikasjonshjelpemiddelet ble enklere å bruke og bidro til å øke forståelsen av kommunikasjonen. Pasientene som ikke hadde tilgang på touchskjerm måtte bruke flere non-verbale kommunikasjonsmetoder for å uttrykke sine behov (Rodriguez et al., 2016).

Flere av artiklene i Ten Hoorn et al. (2016) sin oversiktsstudie viser til funn hvor pasienten var fornøyd med bruk av iPad og/eller touchskjerm for å formidle deres behov. En studie kan vise til resultater der 91 % av pasienten var fornøyd med touchskjerm og kunne bruke dette fra dag en. To artikler framhever at i de tilfellene pasientene husket å bruke hjelpemiddelet var det 16 % som suksessfullt klarte å produsere nok ord til samtaler. I denne studien var det også 44 % av sykepleierne som rapporterte at det elektroniske hjelpemiddelet hjalp pasientene i behandlingen. En pilotstudie gjennomført i 2015 så på bruken av touchskjerm og 95 % av pasientene synes dette hjelpemiddelet hjalp i kommunikasjonen og ga lavere frustrasjonsnivå. I en rekke artikler ble også sykepleierne spurt om hvorvidt de synes hjelpemiddelet forbedret pasientbehandlingen, og en pilotstudie rapporterte at 96 % av sykepleierne mente hjelpemiddelet forbedret behandlingen men presiserte ikke hvorfor (Ten Hoorn et al., 2016).

Ten Hoorn et al. (2016) sin oversiktsstudie så på bruk av øyestyrte enheter og iPad og/eller touchskjermer til våkne respiratorpasienter. Det ble presentert at 90 % av pasientene oppga at

hjelpemidlene var til hjelp slik at pasientene kunne formidle behov om smertebehandling, hygiene, komfort og angst. Resultatene i to artikler viser til at pasienter som brukte øyestyrt enheter fikk formidlet sine grunnleggende behov og nødvendigheter. Pasientopplevelsen var positiv og en artikkel framhever resultatet der bruk av øyestyrt enhet var signifikant. Bruk av øyestyrt enhet som kommunikasjons hjelpemiddel kan redusere angst og gi en positiv psykososial effekt blant våkne respiratorpasienter (Ten Hoorn et al., 2016).

Det finnes enkle og tidsbesparende kommunikasjons hjelpemidler tilgjengelig for bruk på intensivavdelinger, men ifølge Grossbach et al. (2011) er det ikke overraskende at kommunikasjons hjelpemidler sjelden blir brukt. Forutsetningen for en god kommunikasjon med hjelpemidler, både enkle og mer avanserte teknologiske hjelpemidler, er opplæring i bruk og tolkning av ordene som produseres (Grossbach et al., 2011, s. 59). Hvis det er forespeilet at pasienten må ha mekanisk ventilasjon over lengre tid bør sykepleieren tidlig kontakte helsepersonell med spesialisert kompetanse i tale og språk, for eksempel ergoterapeut eller logoped (Adam & Osborne, 2005, s. 105).

3.0 Metode

Forskning er beskrevet som en systematisk undersøkelse som ved hjelp av anerkjente metoder bidrar til å løse problemstillinger. Hovedmålet for forskning er å skaffe til veie informasjon som er nyttig for flere mennesker (Polit & Beck, 2014, s. 2). Det er to grunnleggende typer undersøkelsesdesign. Kvalitativ hvor man går i dybden for å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig og kvantitativ hvor man går bredt ut for å få frem hyppighet og variasjon. Den ene metoden er ikke bedre enn den andre, men de egner seg ulikt i forhold til å belyse ulike problemstillinger. Hvilken metode og design man bruker vil avhenge av problemstillingen (Jacobsen, 2015a, s. 51-64).

I vår undersøkelse vil vi kartlegge hvilke kommunikasjonshjelpemidler som per dags dato er tilgjengelig på intensivavdelinger i Norge - og bruken av disse. Vi vil gå bredt ut for å kunne si noe om tilgjengelighet og bruk av kommunikasjonshjelpemidler til våkne respiratorpasienter. Studien har et beskrivende tverrsnittdesign med en survey av et hensiktsmessig utvalg av informanter.

3.1 Kvantitativ metode

Ved kvantitativ metode samler forskeren empiri basert på en objektiv og systematisk måte (Polit & Beck, 2014, s. 8). Det kan være via direkte observasjon, spørreundersøkelser eller kontrollerte studier. Kvantitativ metode er gunstig å bruke om man ønsker å gå bredt ut og få data fra mange enheter slik som vi ønsker med vår kartlegging. Ved å gjøre dette kan vi i større grad generalisere dataene vi samler inn og dermed si noe om en større populasjon (Jacobsen, 2015a).

For å samle inn de kvantitative dataene mener vi i dette tilfellet det er mest hensiktsmessig å bruke en tverrsnittstudie. Denne studietypen er en av de tradisjonelle og vanligste formene for kvantitative studier (Jacobsen, 2015b, s. 108-109). Tverrsnittstudien gir oss mulighet til å samle data på ett gitt tidspunkt. Det er en passende metode for å beskrive et fenomen eller tilstand på et bestemt tidspunkt i tillegg til å undersøke hvilke fenomener som varierer sammen (Jacobsen, 2015b, s. 108-109; Polit & Beck, 2014, s. 162).

3.1.1 Utvikling av spørreskjemaet

For å kartlegge tilgjengeligheten og bruken av kommunikasjonshjelpemidler er spørreskjema et egnet verktøy. Etter en grundig gjennomgang av litteratur og strukturerte søk i forskningsdatabaser fant vi ingen lignende studier eller spørreskjema med hovedfokus på kartlegging av kommunikasjonshjelpemidler til den våkne respiratorpasienten. Vi valgte derfor å ta fatt på prosessen med å utvikle et eget spørreskjema. Dette var et tidkrevende og mer omfattende arbeid enn forventet. Inspirasjon til utvikling av skjemaet er hentet fra tidligere forskning og spørreskjema brukt i undersøkelser om andre relevante problemstillinger på intensivavdelinger i Norden.

Det første vi begynte å jobbe med var å finne riktige spørsmål å stille. Det mest krevende med å utforme et spørreskjema er å stille de riktige spørsmålene og gi de rette svaralternativene. Vi kan risikere å gå glipp av viktig informasjon hvis spørsmål eller svaralternativ ikke er inkludert i skjemaet (Polit & Beck, 2014, s. 184-186). Spørsmålene er utformet med tanke på problemstillingen og vi har gått flere runder for å finne de spørsmålene og formuleringene som var mest hensiktsmessige. Vi har ved flere anledninger fått tilbakemelding fra to ansatte ved fakultetet som har veiledet oss i formuleringen av spørsmålene. Dette har vært til stor hjelp for å avgrense spørsmålene og tilse at de blir oppfattet likt. Dette er viktig for å begrense en eventuell «undersøkelseeffekt» noe som kan påvirke den undersøktes adferd og svarene vi får kan bli en konsekvens av selve undersøkelsen (Jacobsen, 2015a, s. 19). Det er viktig å ha enkle spørsmål, som forstås likt av de som skal svare. Å lage gode lukkede spørsmål med svaralternativer har derfor vært krevende. Samtidig er det enklere å analysere denne type spørsmål. Lukkede spørsmål er tidsbesparende fordi respondentene kan svare på mange spørsmål på kort tid (Polit & Beck, 2014, s. 184-186).

Etter at spørsmålene var formulert gikk vi i gang med å finne gode svaralternativer. Det ble brukt lang tid på å finne aktuelle og best beskrivende svaralternativer til spørsmålene. En grundig gjennomgang av ny og eldre litteratur bidro også til utformingen av svaralternativer. Jacobsen (2015a) beskriver to grunnleggende krav til svaralternativer i spørreskjemaer:

1. svaralternativ må være utfyllende, slik at man ikke risikerer at respondenten sitter inne med informasjon som de ikke får delt fordi svaralternativene er for snevre. Dette har vi forsøkt å unngå ved at det siste svaralternativet i enkelte spørsmål vil være «annet». Da vil respondenten kunne skrive inn svaret selv. For eksempel om deltakeren kjenner til og har tilgjengelig andre kommunikasjonshjelpemidler som vi ikke har nevnt.

2. Spørsmålene må være gjensidig utelukkende, slik at respondenten ikke kan falle innenfor to ulike svaralternativer.

I spørreskjemaet har vi valgt å bruke nominale og ordinale svaralternativer. Nominale svar kan brukes for å gruppere de ulike enhetene. Ett eksempel fra spørreskjemaet er kategoriseringen av sykehusene til lokalsykehus/sentralsykehus og universitetssykehus. Dette gjør det mulig å se om det er ulikheter i svarene mellom disse variablene. De ordinale svarene kan gi oss et bedre bilde av nyanser. Om alle avdelingene for eksempel sier de har piktogram tilgjengelig på avdelingen, sier det egentlig ingenting om bruken. Derfor vil det være hensiktsmessig å ha et rangordnet svaralternativ som sier noe om mengde av bruk, noe som kan si oss noe om hvor forskjellig enhetene er (Jacobsen, 2015a, s. 167-169).

For å kvalitetssikre spørreskjemaet så godt som mulig, uten å gjøre en pilotstudie, satte vi sammen en gruppe ressurspersoner som kunne se på skjemaet og gi tilbakemelding. I tillegg til vår veileder kontaktet vi en ansatt på fakultetet, som har kompetanse i statistikk.

Vedkommende hjalp til med spørsmålsformulering og svaralternativer. Vi kontaktet også en intensivsykepleier med flere års erfaring fra intensivavdeling. Disse ressurspersonene så over spørreskjemaet individuelt og kom med tilbakemeldinger. Dette førte til at vi fjernet noen spørsmål, omformulerte andre og la til noen nye svaralternativer. Gode og konstruktive tilbakemeldinger var viktig i prosessen for å spesifisere og ferdigstille spørreskjemaet.

Det å gjøre spørreskjemaet kort og lite tidkrevende kan sammen med opplevelsen av at tema er interessant, vekke respondentens interesse for undersøkelsen og føre til større sannsynlighet for høy svarprosent (Jacobsen, 2015a, s. 208-209). Vi har derfor i spørreskjemaet gjort flere aktiveringer som gjør at respondentene ikke får opp spørsmål som ikke er aktuelle for dem. Eksempelvis fikk respondentene kun opp oppfølgingsspørsmål om hjelpemidler de selv har krysset av for at de har. På denne måten har vi forsøkt å holde skjemaet så kort som mulig, samtidig som vi ønsker å få mest mulig informasjon ut av det.

Etter at utformingen av spørreskjemaet var ferdig ble det opprettet en testutsending i SurveyXact som ble sendt til testpersoner for å teste at systemet og det tekniske fungerte som det skulle. Det ble oppdaget tekniske feil med spørreskjemaet og vanskeligheter med å koble tekst og svaralternativer. I denne prosessen ble bibliotekets ressursperson i SurveyXact kontaktet og en endring i spørreskjemaets oppsett fikset problemet. Etter endringen ble det sendt ut ny testutsending av spørreskjemaet til flere testpersoner, to sykepleiere, en

medstudent og en lærer ved fakultetet. Først etter denne prosessen var det klart for å sende ut det ferdigstilte spørreskjemaet.

3.1.2 Utvalg og rekruttering

I kvantitativt forskningsarbeid ønsker man i stor grad å få et representativt bilde av en populasjon slik at man kan generalisere funnene (Jacobsen, 2015a).

Vi tok kontakt med intensivavdelinger ved alle offentlige sykehus i Norge som tilbyr respiratorbehandling. Barn- og nyfødtintensivavdelinger er ekskludert, men både intensivavdelinger, medisinske overvåkingsavdelinger, blandede avdelinger og spesifiserte intensivavdelinger som brannskade, koronar, nevrontensiv og traume er inkludert. Disse avdelingene utgjør den teoretiske populasjonen ettersom alle aktuelle intensivavdelinger med respiratorpasienter i Norge inkluderes (Jacobsen, 2015a, s. 193). Vår teoretiske populasjon kan, under forutsetning at vi identifiserer og har tilgang til fullstendige populasjonslister, derfor være den faktiske populasjonen (Jacobsen, 2015a, s. 195-197). På regjeringens hjemmeside (Helsedepartementet) er det oversikt over de regionale helseforetakene i Norge. Identifiseringen av intensivavdelingene ble gjort ved å søke opp alle helseforetakene. Deretter fant vi intensivavdelingene ved å søke i sykehusenes offentlige hjemmesider.

Vi identifiserte 39 offentlige sykehus hvor 46 intensivavdelinger ble inkludert på bakgrunn av inklusjons og eksklusjonskriteriene. De fleste sykehusene har intensivavdeling, men enkelte tilbyr ikke respiratorbehandling, eller hadde kun ansvar for respiratorpasienter i påvente av overflytting til større sykehus, og ble derfor ekskludert. Det er totalt 45 intensivavdelinger som er inkludert i studien, 20 avdelinger fra universitetssykehus samt 25 fra lokal/sentralsykehus, da en avdeling aldri ga tilbakemelding selv etter flere forsøk på kontakt. Spørreskjemaet ble derfor distribuert til 45 intensivavdelinger. Etter distribusjonen var det en avdeling som trakk seg uten å gi tilbakemelding på hvorfor. Det var i hovedsak avdelingssykepleier/enhetsleder som svarte på spørreskjemaet med et par unntak der oppgaven ble delegert videre til fagsykepleier ved avdelingen.

3.1.3 Innhenting av data

Programmet SurveyXact ble brukt til å innhente data fra respondentene. SurveyXact er en internettbasert programvare som gjør det enkelt å distribuere et spørreskjema til flere

respondenter per e-post. Det er oversiktlig å følge med på innsamling, status og oppfølging. SurveyXact gjør det mulig å eksportere datasettet direkte til SPSS og Excel (Rambøll Management Consulting).

Før spørreskjemaet ble distribuert til intensivavdelingene ble søknader sendt til hvert enkelt foretak/sykehus. For å få godkjenning til å sende ut spørreskjema har vi hatt e-post-korrespondanse med avdelingssjefer, seksjonsledere, professorer, avdelingsrådgivere, enhetsledere, forskningsavdeling/ledere, utdanningsledere og rådgivere. Enkelte sykehus hadde ikke behov for dokumentasjon for å bli med på kartleggingen. De fleste sykehus hadde egne retningslinjer for gjennomføring av forskningsarbeid og vi har derfor sendt både forskningsprotokoller, etiske godkjenninger, prosjektbeskrivelser og helseforetaks-individuelle søknadsskjema der det har vært nødvendig. Dette har vært en omfattende prosess som har krevd mye oppfølging og arbeid.

Vi sendte ut spørreskjemaene fortløpende når vi fikk godkjenningene fra de ulike sykehusene. Purring er vist å kunne øke svarprosent med 3-10 % (Jacobsen, 2015a, s. 208). Vi purret totalt tre ganger, den første purringen mobiliserte tolv svar, den andre fire mens den siste ikke førte til flere svar. Av populasjonen på 45 svarte 28 intensivavdelinger noe som utgjør 62 % svar.

3.2 Analyse/statistikk

På bakgrunn av innsamlet data har vi gjennomført en deskriptiv analyse. I den første delen av analysen ble frekvenstabeller tatt ut fra SurveyXact og alle dataene ble overført til Excel for analyse. Dataene ble så analysert og det ble vurdert presentasjonsform. Noen av dataene er presentert i figurer, noen i tabeller mens noe data kun er beskrevet i tekst. Basert på undersøkelsesdesign og funn ser vi det mest hensiktsmessig å presentere dataene som frekvensfordeling med antall og prosent. Da vi i hovedsak har nominale data vil det eneste målet for sentraltendens være modus (Bjørndal & Hofoss, 2004). Vi presenterer kun modus der vi ser det hensiktsmessig for å vise en trend i svarene. I tillegg vil vi presentere en krystabell for å vise om det er noe variasjon i tilgjengeligheten av hjelpemidler på universitetssykehus versus lokal/sentralsykehus.

3.3 Etiske overveielser

Samfunnsvitenskapelige undersøkelser kan påvirke og få konsekvenser for de som blir undersøkt. Det er derfor grunnleggende at forskeren har tenkt gjennom hvordan forskningen og resultatene kan bli oppfattet og brukt i etterkant av forskningsarbeidet. Undersøkelsens hensikt bør komme godt fram i en eventuell presentasjon og bli presentert for de som deltar i undersøkelsen (Polit & Beck, 2014, s. 184-186). Hensikten med vår studie er å kartlegge hvilke kommunikasjonshjelpemidler som finnes tilgjengelig på intensivavdelinger i Norge og i hvilken grad de brukes. Vi må være åpne for at en slik kartlegging kan bli sett på som et kritisk blikk med lite implikasjoner for praksis. Derfor er det viktig for oss å formidle til utvalget hva som er hensikten med studien. Vi kan ikke nødvendigvis si at det er feil om det finnes lite hjelpemidler ved intensivavdelingene, eller at det bedrer pleien om det finnes mye. Det vi kan gjøre er å se på resultatene i lys av tidligere forskning og legge grunnlaget for videre forskning på området. Vi følger de etiske retningslinjene for sykepleieforskning i Norden (Sykepleierenes samarbeid i Norden, 2003). Og baserer oss på de ulike etiske prinsippene om autonomi, å gjøre godt, ikke skade og rettferdighet.

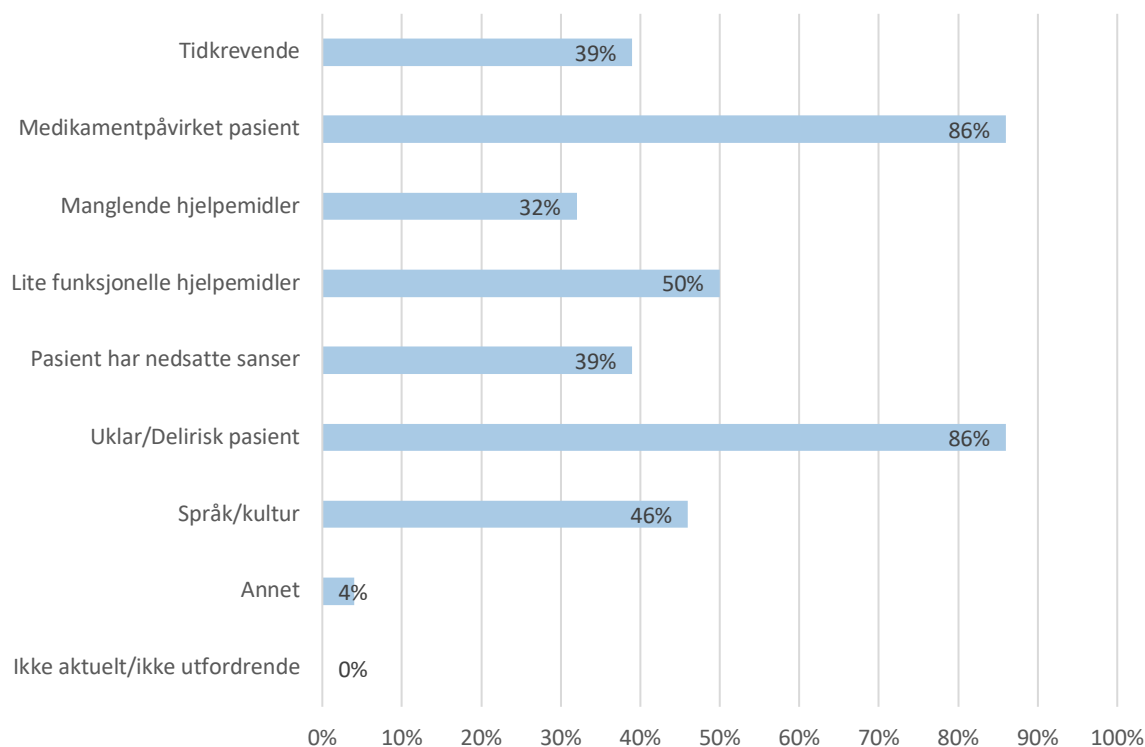
Vi utformet et informasjonsskriv med en beskrivelse av undersøkelsen, og presiserte at deltakerne kunne trekke seg når som helst. Informasjonsskrivet ble sendt på e-post til alle involverte i undersøkelsen. Spørreskjemaet ble sendt per e-post via SurveyXact og det ble derfor ikke brukt skriftlig samtykke. Vi tok i bruk underforstått samtykke som vil si at et ferdig utfylt og sendt spørreskjema gjenspeiler deltakernes frivillig samtykke til å delta i spørreundersøkelsen (NSD).

Fordi vi oppbevarer deltakernes navn og e-post adresse mens forskningsarbeidet pågår må kartleggingen godkjennes av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (Jacobsen, 2015a, s. 211-212). Det er søkt og innvilget godkjenning fra fakultetets etiske komite (FEK) og NSD (ref. Nr. 55950). Når masteroppgaven er ferdig levert og godkjent vil all e-post med navn og opplysninger slettes. Vi har aktivert anonym undersøkelse i SurveyXact, noe som gjør at programmet ikke lagrer IP-adresser fra respondentene. UiA og Rambøll Management/SurveyXact har en databehandleravtale i henhold til personopplysningsloven og personopplysningsforskriften (Universitetet i Agder).

4.0 Resultater

Av utvalget på 45 avdelinger svarte 28 (62 %) på spørreskjemaet. Totalt var det 21 (75 %) som svarte at de tilhørte blandet medisinsk/kirurgisk avdeling, mens fem (18 %) var spesialiserte avdelinger som nevrokirurgisk eller thorax. De resterende avdelingene var kun medisinsk eller kirurgisk. På spørsmål om hvor stor andel av de faste ansatte som var intensivsykepleiere svarte 25 (89 %) respondenter at det var mellom 75-100 %. Kun tre (11 %) svarte at det var under 75 % av de fast ansatte som var intensivsykepleiere.

I figur 1.1 er det oversikt over hvilke faktorer som gjør kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten utfordrende, og fordelingen mellom respondentene. Flest respondenter, 24 (86 %), oppga at det var fordi “pasienten er medikamentpåvirket” eller “uklar/delirisk”. Det er elleve (39 %) av respondentene som oppgir at kommunikasjon med våkne respiratorpasienter er utfordrende fordi pasientene har nedsatte sanser og kommunikasjonen er tidkrevende. Ni (32 %) respondenter mener manglende hjelpemidler er en faktor som gjør kommunikasjonen utfordrende, mens 14 (50 %) oppga at hjelpemidler er lite funksjonelle. Ingen respondenter krysset av for “ikke aktuelt/ikke utfordrende”. En respondent skrev “psyk pasient, uro” på alternativet “annet”.



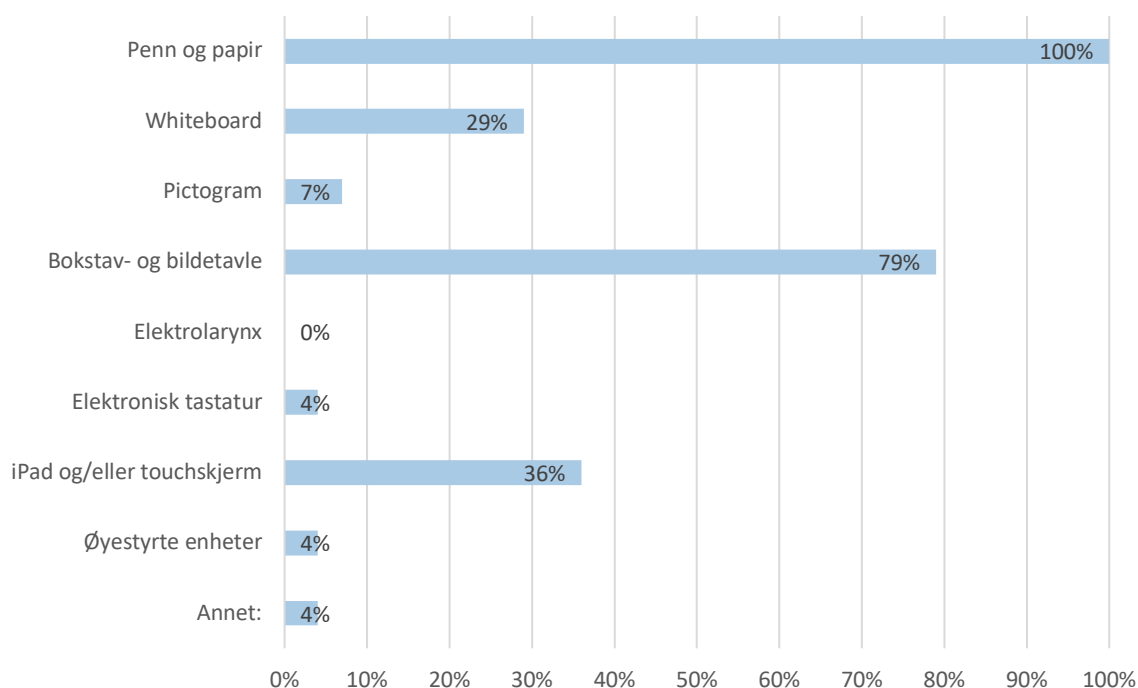
Figur 1.1 Faktorer som gjør kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten utfordrende. Prosentvis oversikt over svar fra 28 avdelinger.

Ved spørsmål om avdelingen har mottatt finansiering til kommunikasjonshjelpemidler svarer kun en (4 %) respondent “ja”, 18 (64 %) svarer “nei” og ni (32 %) “vet ikke”.

En stor andel av respondentene 24 (86 %) oppgir ikke å ha hatt undervisning om bruken av kommunikasjonshjelpemidler på sin avdeling. En (4 %) vet ikke, mens tre (11 %) har hatt undervisning.

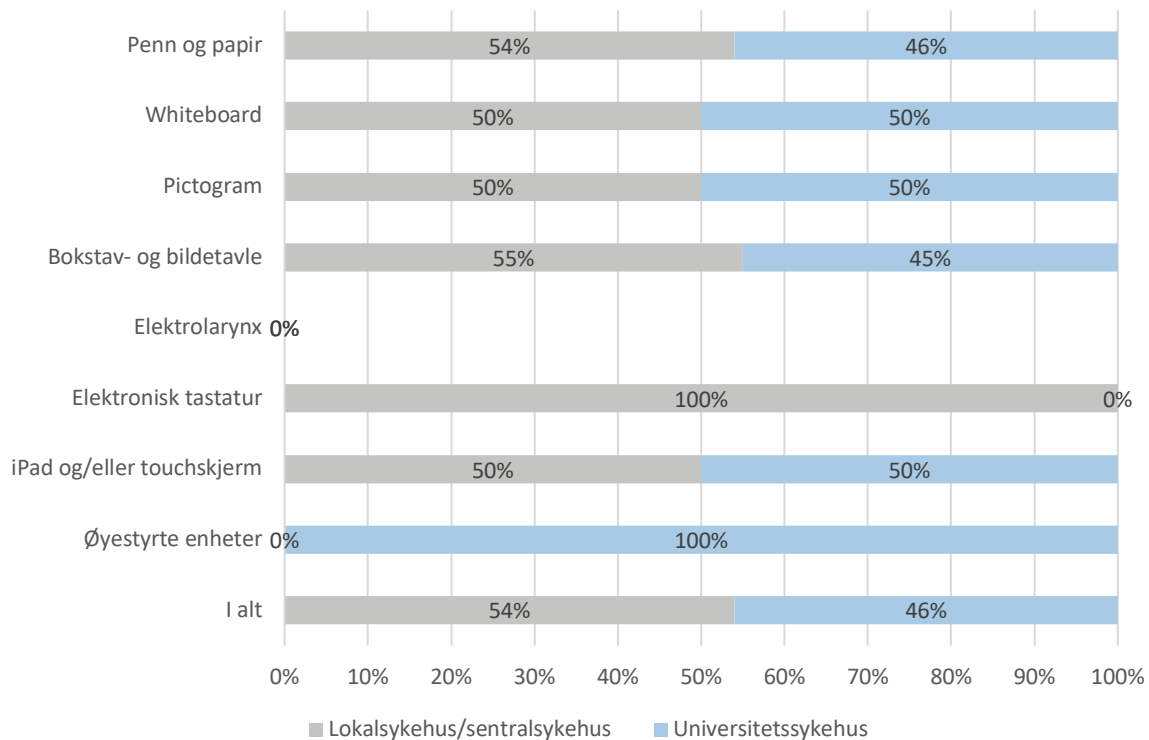
4.1 Kommunikasjonshjelpemidler

Alle avdelingene hadde penn og papir tilgjengelig og 22 (79 %) hadde bokstav og bildetavle. Det var en (4 %) respondent som oppga å ha elektronisk tastatur tilgjengelig og en (4 %) respondent som oppga å ha øyestyrte enheter. En (4 %) har krysset av for “annet” og skrevet at avdelingen hadde bestilt en øyestyrte enhet, men at pasienten denne var tenkt til hadde reist før de fikk den. Resterende oversikt over tilgjengelige hjelpemidler finnes i figur 2.1.



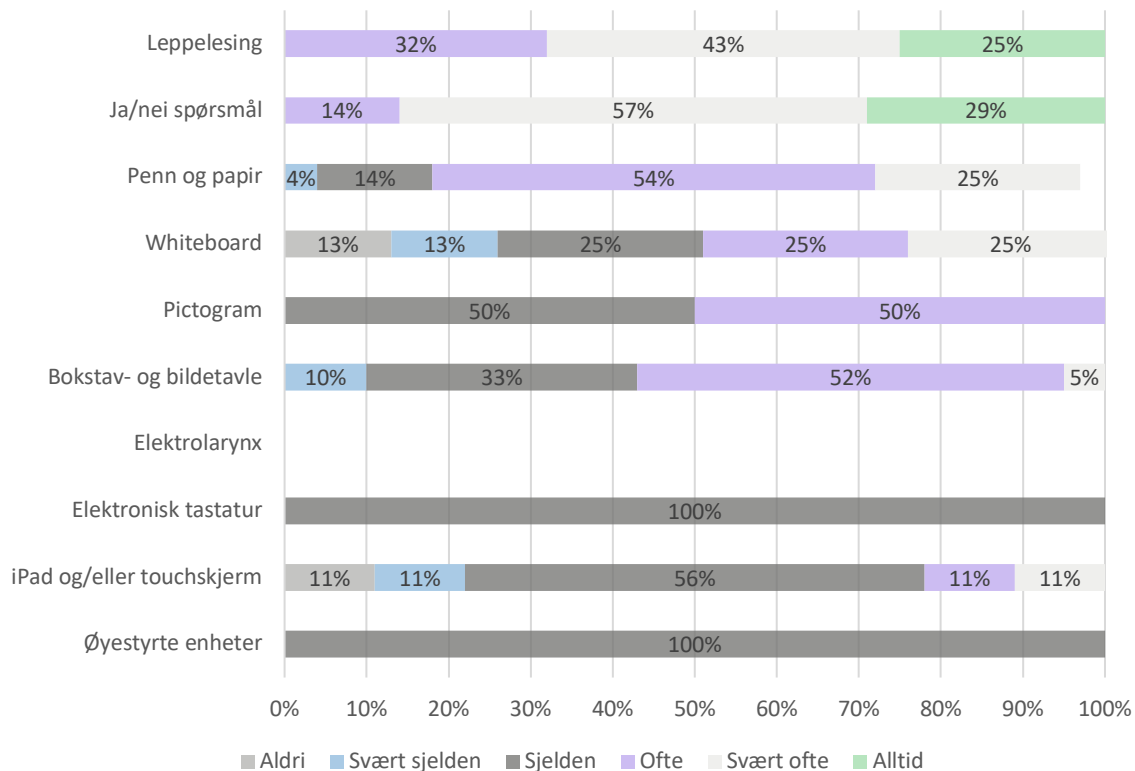
Figur 2.1 Hvilke kommunikasjonshjelpemidler som er tilgjengelig på de ulike avdelingene. Prosentvis oversikt over svar fra totalt 28 avdelinger.

Figur 2.2 viser til at det er en tilnærmet lik fordeling mellom hvilke hjelpemidler det finnes på universitetssykehus og lokalsykehus. Unntaket er de mer sjeldne hjelpemidlene som øyestyrte enhet og elektronisk tastatur hvor det kun er registrert ett av hver. Ett befinner seg på et lokalsykehus, mens det andre er på et universitetssykehus.



Figur 2.2 Krysstabell med prosentvis oversikt over fordelingen av de ulike hjelpemidlene mellom universitetssykehus og lokal/sentralsykehus. Prosentvis oversikt over svar fra 28 avdelinger.

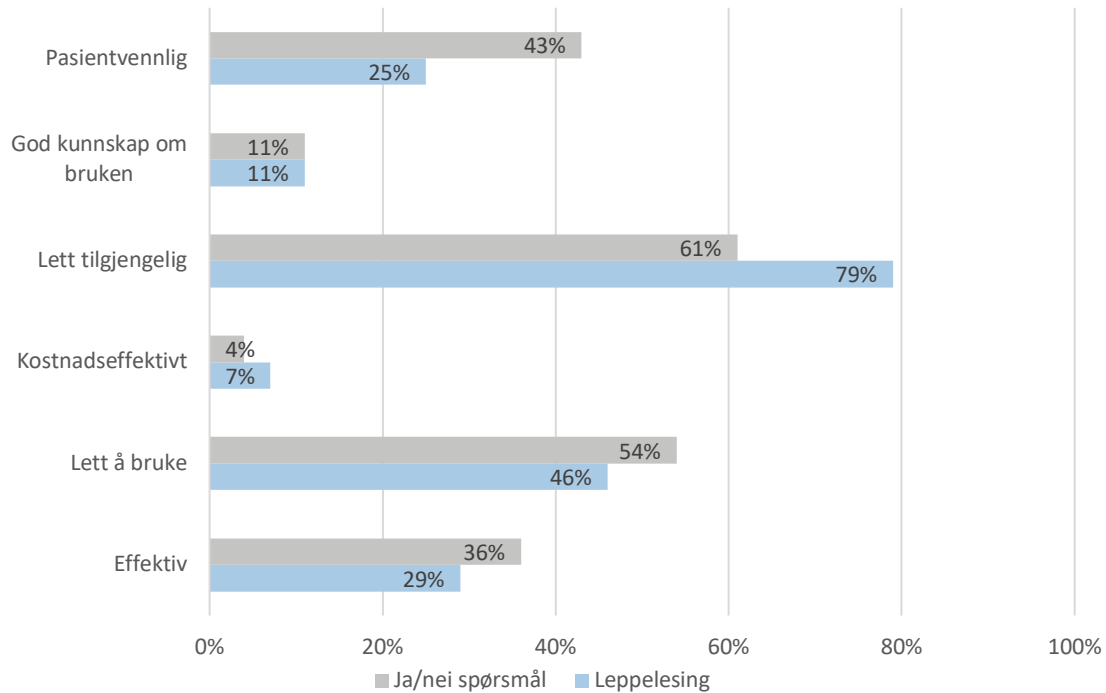
Figur 2.3 viser hvor mange prosent som har valgt de ulike svaralternativene på spørsmål om hvor ofte de ulike hjelpemidlene blir brukt. Kun to (22 %) respondenter svarer at de brukte iPad og/eller touchskjerm ofte eller svært ofte, ellers svarte de som hadde ulike elektroniske hjelpemidler at disse ble brukt sjelden. Kurven er mer jevnt fordelt når det kommer til whiteboard, pictogram og bokstav- og bildetavle, her sier rundt halvparten at de bruker det ofte eller mer og de resterende sjelden, svært sjelden eller aldri. Det er 23 (83 %) som sier de bruker penn og papir ofte eller svært ofte, mens alle respondenter bruker verbale kommunikasjonsmetoder ofte/svært ofte eller alltid.



Figur 2.3 I hvilken grad de ulike hjelpemidlene blir brukt. Tallene viser i prosent hvor mange som har svart de ulike alternativene.

4.2 Verbale kommunikasjonsmetoder

Å ta i bruk kommunikasjonsmetoder som leppelesing eller ja/nei spørsmål til pasienten er de kommunikasjonsmåten som blir brukt desidert mest. Alle (N=28) respondentene svarer at de bruker disse metodene ofte, svært ofte eller alltid. Henholdsvis 7 (25 %) og 12 (43 %) mener det er pasientvennlig, men kun 8 (29 %) og 10 (36 %) mener det er effektivt. I figur 3.1 ses det tydelig at det er lite variasjon i oppfatningen om bruken av disse hjelpemidlene. Under «annet» svarer tre (11 %) respondenter at leppelesing blir ofte brukt fordi «naturlig å gjøre det i og med at man ser at pas. prøver å si noe», «vet ikke» og «jeg har god trening med å lese på leppene». Under ja/nei spørsmål svarer en (4 %) respondent i «annet» feltet: «Da må du blir helt sikkert at pasienter er orientert og klar».



Figur 3.1 Årsaken til at ja/nei spørsmål og leppelesing ofte blir brukt. Prosentvis oversikt over svar fra 28 avdelinger.

4.3 Ikke-elektroniske kommunikasjons hjelpemidler

Penn og papir er det hjelpemiddelet som blir brukt oftest og 23 (83 %) sier de bruker det ofte eller svært ofte mens fem (18 %) sier de bruker det sjelden eller svært sjeldent, se figur 2.3. At det er lett tilgjengelig 19 (83 %), lett å bruke 12 (52 %) og kostnadseffektivt tre (13 %) blir oppgitt som de viktigste årsakene til at penn og papir blir brukt ofte. Kun to (9 %) mener det er pasientvennlig, mens en (4 %) mener det er effektivt. En (4 %) har krysset av for “annet” og sier at penn og papir blir brukt ofte fordi “det er noe man er vant til å bruke”.

Det var tre (60 %) respondenter som oppga at penn og papir ble lite brukt fordi det var lite pasientvennlig og to (40 %) fordi hjelpemiddelet var vanskelig å bruke. I “annet” feltet ble det beskrevet at årsaken til at penn og papir blir lite brukt er at pasientene ikke klarer å holde tusj, klarer kun å begynne å skrive, og at dette er på grunn av mental og motorisk tilstand.

Whiteboard er det åtte (29 %) av respondentene som har oppgitt at de har. Det er en tilnærmet lik fordeling mellom de som oppgir at det blir brukt ofte og sjelden. Av de som bruker det ofte eller svært ofte svarte tre (75 %) at det er lett tilgjengelig, to (50 %) kostnadseffektivt og to (50 %) lett å bruke. En (25 %) respondent har sagt det er pasientvennlig, effektivt og at det er

god kunnskap om bruken. Av de som oppgir at det blir brukt lite svarer to (50 %) at dette er fordi det er lite pasientvennlig, en (25 %) sier det er vanskelig å bruke og en (25 %) at det er utilgjengelig.

Pictogram er det kun to (7 %) respondenter som oppgir at de har. En av de to som har pictogram oppgir å bruke dette ofte den andre at de bruker det sjeldent. At det er vanskelig å bruke er satt som grunnen til at det er lite brukt, mens den som oppgir at det blir brukt ofte oppgir at dette er fordi det er lett tilgjengelig og kostnadseffektivt.

Bokstav og bildetavle er det hjelpemiddelet etter penn og papir som flest (n=22) har tilgjengelig på avdelingen. Tolv (57 %) oppgir å bruke dette ofte eller svært ofte mens ni (43 %) svarer at de bruker det sjelden eller svært sjelden. Av de som oppgir at det blir ofte brukt sier 7 (58 %) at det er fordi det er lett tilgjengelig, mens fire (33 %) svarer at det er lett å bruke. En (8 %) respondent har svart “annet” og skriver “Ikke så ofte brukt. Fungerer til får ord, når pasienten er våken og klar nok. Papiret har fast underlag, og får skrive med tusj”. Seks (67 %) sier det blir brukt sjelden fordi det er vanskelig å bruke, fire (44 %) oppgir at det er lite pasientvennlig og tidkrevende mens en (11 %) oppgir at det er begrenset antall. To (22 %) respondenter som krysset av for “annet” har oppgitt årsaken til å være “ikke oppdatert”, “uklar og deliriske pasienter klarer ikke å benytte hjelpemidlet” og “pas. forvirret og klarer ikke anvende den av og til”.

Legg merke til at modus for alle ikke-elektroniske hjelpemidler som blir brukt ofte eller svært ofte er «lett tilgjengelig»

Tabell 1. Oversikt over årsakene til at hjelpemidlene blir lite brukt.

	Respondenter*	Lite pasientvennlig n (%)	Manglende kompetanse n (%)	Utilgjengelig n (%)	Dyrt n (%)	Begrenset antall n (%)	Vanskelig å bruke n (%)	Tidkrevende n (%)	Annet n (%)
Penn og papir	n= 5	3 (60)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (40)	0 (0)	1 (20)
Whiteboard	n= 4	2 (50)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Pictogram	n= 1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Bokstav- og bildetavle	n= 9	4 (44)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (11)	6 (67)	4 (44)	2 (22)

*Antall respondenter som har svart.

Tabell 2. Oversikt over årsakene til at hjelpemidlene blir ofte brukt.

	Respondenter*	Pasientvennlig n (%)	God kunnskap om bruken n (%)	Lett tilgjengelig n (%)	Kostnadseffektivt n (%)	Lett å bruke n (%)	Effektiv n (%)	Annet n (%)
Penn og papir	n=23	2 (9)	1 (4)	19 (83)	3 (13)	12 (52)	1 (4)	1 (4)
Whiteboard	n=4	1 (25)	1 (25)	3 (75)	2 (50)	2 (50)	1 (25)	0 (0)
Pictogram	n=1	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bokstav- og bildetavle	n=12	1 (8)	2 (17)	7 (58)	1 (8)	4 (33)	1 (8)	1 (8)

*Antall respondenter som har svart.

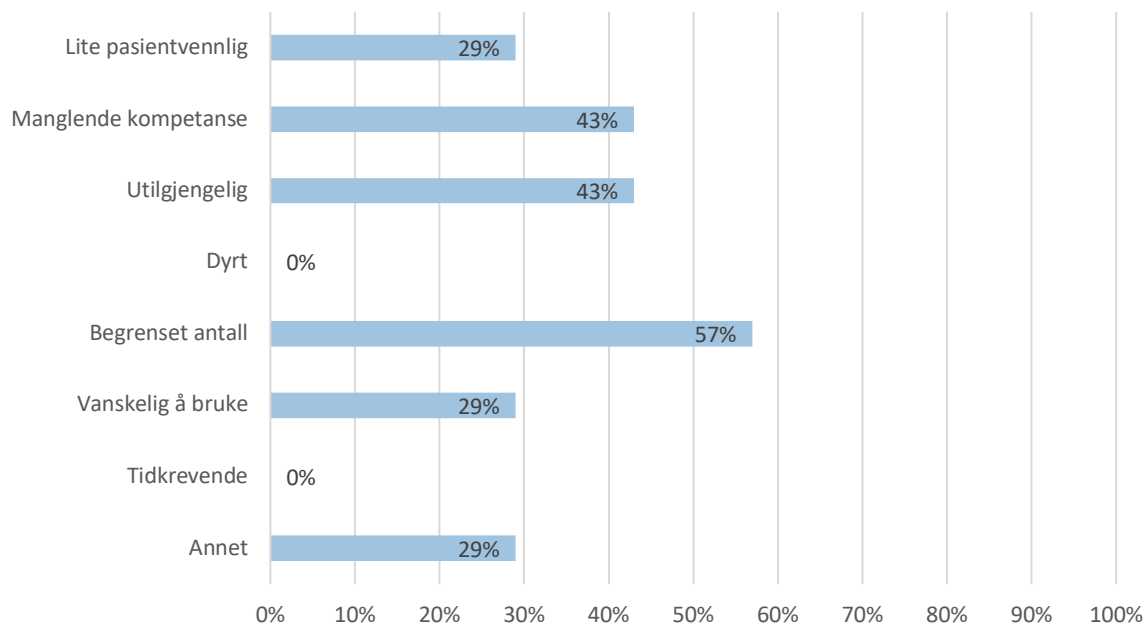
4.4 Elektroniske kommunikasjons hjelpemidler

Ingen har oppgitt å ha elektrolarynx tilgjengelig som et hjelpemiddel.

Kun en (4 %) respondent har oppgitt å ha elektronisk tastatur og svarer at de bruker det sjelden. Som årsak oppgir de at dette er på grunn av begrenset antall.

iPad og/eller touchskjerm er det elektroniske hjelpemiddelet som flest, ni, avdelinger har tilgjengelig. To (22 %) oppgir å bruke det ofte (11 %) eller svært ofte (11 %), mens syv (78 %) oppgir å bruke det sjeldent (56 %), svært sjeldent (11 %) eller aldri (11 %). Samtlige som bruker iPad og/eller touchskjerm ofte oppgir at hjelpemiddelet er pasientvennlig og lett tilgjengelig. En (50 %) sier det er god kunnskap om bruken og en (50 %) mener det er lett å bruke.

Det er fire (57 %) respondenter som oppgir å bruke iPad og/eller touchskjerm sjeldent på grunn av begrenset antall. Manglende kompetanse og utilgjengelighet er også nevnt som en årsak. Se detaljert oversikt i figur 4.1. To (29 %) respondenter benyttet seg av “annet” alternativet og beskrev årsakene som “pasienten har fysiske begrensninger som nedsatt kraft i armene el. nedsatt finmotorikk i hender” og “bruker gjerne pasienten sin egen dersom han har. Har lite kompetanse i bruk av dette til pasienter – dvs spesialtilpasset”.



Figur 4.1 Årsaken til at iPad og/eller touchskjerm blir lite brukt. Prosentvis oversikt over svar fra syv avdelinger.

Kun en respondent har svart at øyestyrte enheter er tilgjengelig på avdelingen. Manglende kompetanse og tidkrevende er oppgitt som årsaker til at dette hjelpemiddelet blir lite brukt.

Vi avsluttet spørreskjemaet med å be respondentene oppgi i hvilken grad de var enige i påstanden "På vår avdeling har vi behov for flere kommunikasjonshjelpemidler". Hele 23 (82 %) svarer da at de er "helt enig" eller "enig". Det er fem (18 %) som svarer "hverken eller". Ingen er uenig i denne påstanden.

5.0 Diskusjon

Gjennom dette masterprosjektet har vi gjort en kartlegging av kommunikasjonshjelpemidler på norske intensivavdelinger. Kartleggingen fokuserte også på i hvilken grad hjelpemidlene ble brukt og årsakene til dette. I lys av resultatene fra datainnsamlingen vil vi her trekke frem det viktigste og drøfte dette opp mot tidligere presentert teori, litteratur og forskning. Vi presenterer og drøfter alle kommunikasjonshjelpemidlene bortsett fra pictogram. Årsaken til dette er at et mindretall av intensivavdelinger i Norge har hjelpemiddelet tilgjengelig i tillegg til at det finnes begrenset med litteratur og forskning om bruken. Til slutt presenteres metodediskusjonen.

5.1 Verbale kommunikasjonsmetoder

Samtlige av respondentene i vår studie bruker verbale kommunikasjonsmetoder ofte, svært ofte eller alltid. Dette samsvarer med tidligere forskning som viste at de mest brukte kommunikasjonsmetodene blant mekanisk ventilerte pasienter var leppelesing, nikking, eliminasjonsmetoden og ja/nei-spørsmål. Samtidig viser forskning at pasientene sjelden foretrekker disse metodene (Leonardsen et al., 2016). Vi ser også at et mindretall av respondentene oppgir at de bruker verbale kommunikasjonsmetoder fordi det er pasientvennlig. Det er et paradoks at sykepleiere ikke mener det er pasientvennlig samtidig som dette er den metoden som er mest brukt.

Det er hele 25 % som alltid bruker leppelesing. Respondentenes svar reflekteres tilbake på funn i tidligere forskning der leppelesing er en av metodene som blir mest brukt til våkne respiratorpasienter (Leonardsen et al., 2016; Ten Hoorn et al., 2016). Det er stor enighet blant respondentene om at leppelesing er en lett tilgjengelig (79 %) kommunikasjonsmetode. Det er derimot en større spredning blant svarene på de resterende svaralternativene. En respondent begrunner årsaken med at det er naturlig å bruke leppelesing fordi sykepleieren observerer at pasienten prøver å si noe. I tillegg svarer 46 % at leppelesing er lett å bruke. Det er oppsiktsvekkende at alle respondentene svarer at leppelesing blir ofte, svært ofte og alltid brukt men kun 25 % mener kommunikasjonsmetoden er pasientvennlig og kun 29 % mener det er effektivt. Det finnes individuelle forskjeller og vi vet hvor vanskelig det kan være for pasienter å forme ord med leppene ved oralintubasjon og hvor utfordrende det kan være for sykepleiere å tolke pasientens forsøk på kommunikasjon (Grossbach et al., 2011). Likevel opplever pasienter, i ulik grad, å bli forstått når leppelesing brukes som

kommunikasjonsmetode (Flinterud & Andershed, 2015). Grunnen til dette kan være så enkelt som at enkelte personer tolker leppelesing bedre enn andre. Det krever mye øvelse å bli god på leppelesing (Grossbach et al., 2011). Samtidig viser forskning til situasjoner der pasienter opplever at sykepleierne instinktivt oppfatter pasientens behov, selv uten forsøk på kommunikasjon (Flinterud & Andershed, 2015). Forskningen er ikke entydig når det kommer til utøvelse og tolkning av leppelesing. På en side oppfordres pasientene til å mime eller forme ord med leppene i fulle setninger for å gi dem kontekst, ikke isolere ord (Grossbach et al., 2011), og på en annen side opplevdes leppelesing mer vellykket hvis pasientene brukte enstavellesord og formulerte ett ord av gangen (Leonardsen et al., 2016). Det er også viktig å nevne at sykepleiere kan ha problemer med å forstå pasienten fordi de ikke har evne til å bruke leppelesing som metode (Magnus & Turkington, 2006). På bakgrunn av overnevnte utfordringer er funnene i vår kartlegging tydeligere å forstå. Der og da, når pasienten trenger å formidle sine behov er leppelesing en metode som er lett å bruke. Metoden oppleves ikke som den mest effektive eller mest pasientvennlige av respondentene men kan hjelpe sykepleier og pasient i øyeblikket hvor det haster mest.

Kartleggingen vår viser at samtlige av respondentene bruker ja/nei spørsmål ofte, svært ofte eller alltid. Ja/nei spørsmål kan være svært begrensende for pasienten (Adam & Osborne, 2005, s. 105), og det er kun 11 % av intensivavdelingene i undersøkelsen som oppgir å ha god kunnskap om bruken. Behandling med mekanisk ventilasjon, hvor man tar over en helt vital funksjon som pasientens respirasjon, er en livreddende behandling. Samtidig er en bivirkning av denne behandlingen at pasienten mister stemmen. Akkurat derfor er det viktig å tilrettelegge for god kommunikasjon. Det er i så måte nedslående at respondentene i vår undersøkelse oppgir å bruke denne metoden mer enn noen andre. I situasjoner der intensivsykepleieren leder samtalen kan man risikere å gå glipp av viktig informasjon fra pasienten, og pasienten kan miste muligheten for medbestemmelse. Det blir tilfeldig om pasienten får formidlet sine ønsker og behov.

I vår undersøkelse svarer 36 % av respondentene at ja/nei spørsmål er effektivt og 43 % svarer at det er pasientvennlig i kommunikasjon med våkne respiratorpasienter. Fordi det blir stilt ett og ett kort spørsmål kan sykepleieren raskt identifisere pasientens behov. Derimot kan det være vanskelig for sykepleieren å finne riktig spørsmål å spørre pasienten (Adam & Osborne, 2005). Vi har tidligere vist at spørreteknikk og identifisering av hensiktsmessige spørsmål kan gjenspeiles i sykepleierens tidligere erfaring (Rodriguez et al., 2015) og at med erfaring øker også kunnskapen om våkne respiratorpasienters behov (Holm & Dreyer, 2016).

Vi mener derfor at det er risiko for at ja/nei spørsmål kan være ineffektivt og unøyaktig hvis sykepleieren ikke avklarer med pasienten i forkant eller ikke har hatt opplæring/erfaring med bruk av kommunikasjonsstrategier. Det kan fort oppstå misforståelser mellom pasient og sykepleier (Grossbach et al., 2011). Samtidig rapporterer hele 54 % av intensivavdelingene i vår undersøkelse at ja/nei spørsmål er lett å bruke. Dette samsvarer med tidligere funn hvor våkne respiratorpasienter foretrekker ja/nei spørsmål som kommunikasjonsmetode (Leonardsen et al., 2016).

Vi mener likevel det er positivt at dataene viser at sykepleiere initierer til verbal kontakt, dette kan tolkes som at sykepleierne forsøker å skape en relasjon til pasienten gjennom tilstedeværelse. Det kan være avgjørende for relasjonen å skape tillit (Holm & Dreyer, 2016). Aktiv lytting er en av de viktigste ferdighetene i profesjonell kommunikasjon og kan hjelpe sykepleieren å forstå pasienten. I tillegg til nonverbale ferdigheter innebærer det også verbale henvendelser som parafrasering, verbale oppmuntringer og utdypende spørsmål (Eide & Eide, 2010; Grasaas et al., 2014). Det er essensielt at sykepleierne forsøker å forstå den våkne respiratorpasienten ved å vise interesse og oppmerksomhet. Det er utfordrende og frustrerende for pasienten hvis det han forsøker å formidle overses eller ikke registreres. Det er derfor viktig for sykepleierne at pasienten blir sett og anerkjent. Vi mener at det i enkelte situasjoner kan være at sykepleieren ikke klarer å tolke hva pasienten forsøker å formidle og i disse situasjonene kan det være nok for pasienten at sykepleieren er tilstede og erkjenner pasientens frustrasjon.

Vår undersøkelse viser at verbale kommunikasjonsmetoder som leppelesing og ja/nei spørsmål blir brukt desidert mest. Likevel oppgir mindre enn 50 % av intensivavdelingene at det er pasientvennlig og effektivt. Hva er årsaken til at hjelpemidlene brukes ofte men skårer lavere enn forventet på pasientvennlighet og effektivitet? Vår undersøkelse gir ikke svar på dette. En kvalitativ studie med intervju av sykepleiere ville kunne utforske dette dypere. Det er naturlig å snakke med pasienten, skape et bånd, tillit. Samtidig opplever pasientene dette som en lite hensiktsmessig og vanskelig måte å kommunisere på.

5.2 Ikke-elektroniske kommunikasjons hjelpemidler

At alle har tilgang til penn og papir er ganske selvsagt da dette er utstyr man trenger og bruker i hverdagen på en intensivavdeling uavhengig av kommunikasjonen med pasienten. Dette er også det hjelpemiddelet som blir brukt desidert oftest med over 80 % som bruker det ofte eller

svært ofte. Vi vet at bruk av penn og papir avhenger av at intensivpasienten har nok kraft og funksjon i armene og overkroppen (Stubberud, 2015c). I en studie oppga alle pasientene at fysiske hindringer som muskelsvakhet og tremor bidro til at det var vanskelig å bruke hjelpemidler som penn og papir (Flinterud & Andershed, 2015). Vi vet at muskelatrofi kan være en konsekvens av intensivbehandling. Det er interessant at det hjelpemiddelet som brukes mest også er et av de som krever mest kraft, styrke og finmotorikk av intensivpasienten. Når vi vet at intensivpasientene ofte er medikamentpåvirket og har nedsatt motorikk kan man se for seg at dette også kan være et av hjelpemidlene som det vil være fysisk mest problematisk for pasienten å benytte seg av. Av respondentene som svarer at de bruker penn og papir ofte er det kun 9 % som mener det er pasientvennlig og 4 % som mener det er effektivt. På bakgrunn av dette stiller vi spørsmål ved om det er til fordel for pasienten at dette hjelpemiddelet brukes eller om det er hendig for intensivsykepleieren da det alltid er i nærheten.

De viktigste årsakene til at penn og papir blir brukt er at det er lett tilgjengelig, lett å bruke og kostnadseffektivt. Dette samsvarer med at penn og papir er noe man alltid har i umiddelbar nærhet på en intensivavdeling. I en studie ble det rapportert fra sykepleiere at penn og papir ble brukt hyppig fordi erfaringene var at hjelpemidlene hjalp sykepleierne å forstå pasientens behov (Leonardsen et al., 2016). I tillegg kan de aller fleste skrive og det er kanskje derfor lav terskel for å introdusere penn og papir som hjelpemiddel i motsetning til et elektronisk hjelpemiddel som kanskje vil være helt nytt for pasienten. I så måte kan man se at det er helt naturlig at dette er det mest brukte hjelpemiddelet da det hverken krever opplæring av intensivsykepleieren eller pasienten samtidig som det ikke fører til ekstra kostnader for avdelingen. Likevel må man spørre seg om det er naturlig å bruke et hjelpemiddel som påvirkes av såpass mange faktorer som igjen vil vanskeliggjøre bruken. De som oppga å bruke penn og papir sjelden sa akkurat dette, at det er lite pasientvennlig og lite effektivt. Skal man bruke så mye tid på noe som virker å være så lite hensiktsmessig?

Whiteboard er det hjelpemiddelet hvor det er mest spredning blant respondentenes bruk av hjelpemiddelet men tilnærmet lik fordeling mellom ofte og sjeldent brukt. Det er 29 % av respondentene som har dette hjelpemiddelet men det er uenighet om hvorfor whiteboard blir eller ikke blir brukt. Intensivavdelingene som bruker hjelpemiddelet ofte skriver at det er fordi det blant annet er lett tilgjengelig, pasientvennlig og effektivt. I motsetning beskriver respondentene som bruker hjelpemiddelet lite at det er fordi det er lite pasientvennlig, lite effektivt og utilgjengelig. Under disse omstendighetene kan det være vanskelig å få et godt

svar på om dette er et hjelpemiddel som er lett anvendelig på en intensivavdeling. Hvis pasienten er i stand til å kommunisere via skrift er det ifølge Grossbach et al. (2011) viktig å spare på beskjedene pasientene skriver. Dette er viktig fordi det sparer tid og gjør kommunikasjonen med pasienten mer effektiv. Det kan derfor være u hensiktsmessig å bruke whiteboard fordi beskjedene pasienten skriver blir visket ut etter hver samtale, setning eller ord (Grossbach et al., 2011). Femti prosent av respondentene som bruker whiteboard ofte gjør det fordi det er kostnadseffektivt og lett å bruke. Det kan være enklere for pasientene å holde en tusj i motsetning til penn eller blyant fordi den er tykkere og det er mer hensiktsmessig med tanke på pasientens finmotorikk (Stubberud, 2015c). Det trengs heller ingen opplæring i bruken av en whiteboard fordi det er et enkelt hjelpemiddel som de fleste sykepleierne har god kjennskap til og kan bruke (25 %).

Hele 79 % av respondentene oppga å ha bokstav- og bildetavle tilgjengelig på deres intensivavdeling. Mer enn halvparten (57 %) av intensivavdelingene bruker hjelpemiddelet ofte eller svært ofte og oppgir at dette er fordi bokstav- og bildetavle er lett tilgjengelig (58 %) og lett å bruke (33 %). Det som er overraskende, men samsvarer med flere av de andre hjelpemidlene, er at de resterende svaralternativene pasientvennlig (8 %), god kunnskap om bruken (17 %), kostnadseffektivt (8 %) og effektivt (8 %) har alle fått lav svarprosent til tross for at hjelpemiddelet ofte blir brukt. Ut fra svarresponsen kan det virke som om bokstav- og bildetavle i de fleste situasjoner kun blir brukt fordi hjelpemiddelet er lett tilgjengelig og ikke fordi hjelpemiddelet hjelper sykepleieren å kommunisere med pasienter. Samtidig kan det være nødvendig at hjelpemiddelet er tilgjengelig fordi sykepleieren ikke kan forlate pasienten og forskning har vist at det er viktig at hjelpemiddelet er nært pasienten og kan tas i bruk raskt slik at pasienten får formidlet sine behov (Ten Hoorn et al., 2016).

En av respondentene som svarte at bokstav- og bildetavle ble brukt ofte skrev i «annet» feltet at det ikke blir så ofte brukt, at det fungerer til få ord og at pasienten må være våken og klar nok til å bruke hjelpemiddelet. Det er vanskelig å tyde om respondenten her har krysset av feil. Det oppleves logisk at denne respondenten ville krysset av for lite brukt. Uansett er det forskning som understøtter respondentens meninger. Det er rapportert at bokstav- og bildetavle ikke viser ønsket innhold eller har for mye informasjon. Det er særdeles utfordrende å bruke hjelpemiddelet hvis pasienten ikke er orientert eller det er endringer i mental tilstand fordi hjelpemiddelet krever at pasienten er i en tilstand hvor han kan peke på ord eller bilder (Ten Hoorn et al., 2016). Respondenten utdyper også at plassering av hjelpemiddelet er viktig. Det er viktig at underlaget er riktig og dette understøttes av tidligere

forskning (Finke et al., 2008; Ten Hoorn et al., 2016). Blant respondentene som krysset av for at bokstav- og bildetavle blir lite brukt er det mer enighet rundt årsakene til dette.

Svarresponsen er samlet rundt lite pasientvennlig (44 %), vanskelig å bruke (67 %) og tidkrevende (44 %). Holm & Dreyer (2016) har også vist at det kan være tidkrevende å legge til rette for kommunikasjon. Det er viktig å ta seg tid til kommunikasjon også i en hektisk hverdag, fordi mangel på interaksjon igjen kan føre til at pasienten undertrykker eller utsetter behovet for kommunikasjon (Rodriguez et al., 2015). En av respondentene som krysset av for «annet» har nevnt at bokstav- og bildetavlene som er tilgjengelig på avdelingen ikke er oppdaterte. Dette er vist i tidligere forskning der 70 % av pasientene i et forskningsprosjekt oppga at bokstav- og bildetavlen som ble brukt ikke inneholdt ønsket informasjon og pasienten måtte spørre etter ting som ikke var angitt på hjelpemiddelet (Ten Hoorn et al., 2016). En annen årsak som står sterkt og som vi selv har opplevd i arbeidssammenheng er pasientens muskelkraft og finmotorikk. Ingen respondenter har nevnt denne problemstillingen spesifikt men kan være en av årsakene til at hjelpemiddelet er lite pasientvennlig og vanskelig å bruke. I følge Flinterud & Andershed (2015) har pasienter rapportert at muskelsvakheter og skjjelvinger gjør kommunikasjonen vanskelig. Også følelsen av fatigue er framtrødende blant pasientene og denne problemstillingen kan gjøre det vanskelig for pasienten å bruke kommunikasjonshjelpemiddelet samt begrense eller umuliggjøre bruken av kommunikasjonshjelpemidler (Flinterud & Andershed, 2015; Rodriguez et al., 2015).

En faktor som er framtrødende i arbeidet med våkne respiratorpasienter og intensivpasienter generelt er grad av våkenhet og mental tilstand. Alle respondentene som har krysset av for «annet» nevner at pasientens mentale tilstand må tas med i planlegging og gjennomføring av kommunikasjon med hjelpemidler. Bokstav- og bildetavle kan brukes når pasienten er klar og våken nok, ikke er delirisk eller forvirret. En delirisk tilstand gir svekket konsentrasjon og kognisjon og det kan derfor være svært utfordrende å ta i bruk slike kommunikasjonshjelpemidler når pasienten ikke samarbeider eller forstår hva som foregår (Holm & Dreyer, 2016). I vår kartlegging blir respondentene spurt om faktorer som gjør kommunikasjon med våkne respiratorpasienter utfordrende. Det er hele 86 % av respondentene som krysset av for at kommunikasjon var utfordrende på grunn av medikamentpåvirket og uklar/delirisk pasient. Tidligere forskning trekker fram viktigheten av å evaluere pasientens mentale tilstand. For at kommunikasjon med bokstav- og bildetavle skal gjennomføres optimalt bør pasienten være orientert uten endringer i mental tilstand og godt nok syn til å lese eller se tavlen som blir brukt (Ten Hoorn et al., 2016). Det er tydelig at det

er delte meninger om hvorvidt bokstav- og bildetavle egner seg til bruk som kommunikasjonshjelpemiddel. Vi har funnet at mange har det tilgjengelig, men at det brukes i varierende grad samtidig som årsakene til bruk er varierte. De som bruker hjelpemiddelet lite virker å være mer samstemte om hvorfor, mens meningene er mer delte hos de som bruker hjelpemiddelet ofte.

5.3 Elektroniske kommunikasjonshjelpemidler

Gjennom vår kartlegging har vi funnet at det er få elektroniske hjelpemidler tilgjengelig på norske intensivavdelinger. Det eneste hjelpemiddelet som flere enn en avdeling har tilgang til er iPad og/eller touchskjerm. Flere artikler viser til at elektroniske hjelpemidler kan bedre kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten (Rodriguez et al., 2016; Ten Hoorn et al., 2016). Det er viktig å tilrettelegge for god kommunikasjon, da kommunikasjon gjør det mulig for pasienter å bevare makt og kontroll, delta i beslutninger og utøve myndighet (Eide & Eide, 2010, s. 17-19). Kommunikasjon er et viktig verktøy når pasientens hverdag og pleie skal planlegges og tilrettelegges. For å sikre kvaliteten i pleien er det viktig at pasienten er delaktig, det må tas hensyn til pasientens autonomi (Grasaas et al., 2014, s. 65-68). Dette er stadig blitt mer aktuelt da praksis rundt behandling av respiratorpasienter de senere årene har vært i endring og det er mer konsensus for å holde intensivpatienten lettere sedert (Gulbrandsen, 2015, s. 204). Når kartleggingen rapporterer at det er lite hjelpemidler tilgjengelig, særlig elektroniske hjelpemidler, kan vi stille spørsmål om intensivavdelingene ikke har tatt innover seg denne endringen. Når intensivpatienten er mer våken vil han i større grad ha behov for tilrettelagt informasjon, men også muligheten for å være mer delaktig i beslutninger som tas angående behandlingsalternativer og organisering av dagens rutiner. Vi mener derfor det er synd det ikke er flere som har elektroniske hjelpemidler tilgjengelig tross positive studier og mer våkne respiratorpasienter.

iPad/touchskjerm er et elektronisk hjelpemiddel de fleste mennesker har kjennskap til og det er det eneste elektroniske hjelpemiddelet som flere av avdelingene i vår kartlegging har tilgjengelig. I en studie oppga pasienter som brukte touchskjerm som kommunikasjonshjelpemiddel at kommunikasjonsmetoden var tilfredsstillende og pasientene hadde lavere frustrasjonsnivå. Pasientene oppga også at kommunikasjonshjelpemiddelet ble enklere å bruke og bidro til å øke forståelsen av kommunikasjonen (Rodriguez et al., 2016). De som bruker dette hjelpemiddelet ofte i vår studie oppgir at det er pasientvennlig noe som

samsvarer med tidligere funn. I en rekke artikler ble også sykepleierne spurt om hvorvidt de synes hjelpemiddelet forbedret pasientbehandlingen, og en pilotstudie rapporterte at 96 % av sykepleierne mente hjelpemiddelet forbedret behandlingen, men presiserte ikke hvorfor (Ten Hoorn et al., 2016). Det er vanskelig for oss å dra noen entydige slutninger da kun 22% oppga at de brukte det ofte. Allikevel kan vi se at det kun var 29 % av de som brukte hjelpemiddelet sjelden som mente det var “lite pasientvennlig”. Det er altså 70 % som ikke identifiserte det som en årsak til lite bruk, noe som igjen kan styrke tidligere funn om at hjelpemiddelet er hensiktsmessig i kommunikasjonen med den våkne intensivpatienten.

Samtidig er ikke forskningen entydig og en studie viste til at bruken av dette hjelpemiddelet kan kreve god opplæring og forståelse både hos sykepleieren og pasienten (Flinterud & Andershed, 2015). Når vi ser at 43 % i vår studie også oppga å bruke iPad sjeldent på grunn av manglende kompetanse er det nærliggende å tenke at dette er et reelt problem. En skrev “har lite kompetanse i bruk av dette til pasienter – dvs spesialtilpasset”. Det kan være at flere som har iPad tilgjengelig ikke har installert kommunikasjonsprogrammer på enheten eller at dette finnes, men at personalet ikke har fått opplæring i bruken av dette. Det kan føre til at man vegrer seg for å ta i bruk hjelpemiddelet, men det kan også føre til at bruken ikke blir optimal fordi man selv ikke har god nok kunnskap om bruken og derfor ikke vil kunne veilede pasienten på en hensiktsmessig måte. Samtidig er det nødvendigvis ikke bare kunnskapen som virker inn på hvor god kommunikasjonen blir. I studien til Flinterud & Andershed (2015) hadde pasientene vanskeligheter med bruken av hjelpemidlene i tiden rett etter vekkingen. Likevel opplevde flere pasienter det ble enklere å bruke kommunikasjonshjelpemidler etter som tiden gikk og de fikk tilbake kontrollen over kroppen. I kartleggingen vår spesifiseres ikke antall respiratordøgn til pasientene slik at det er umulig å forutse gjennomsnittlig respiratordøgn og når bruken av kommunikasjonshjelpemidlene foregår. Det kan derfor være stor forskjell på om pasienten og sykepleieren får bruke iPad og /eller touchskjerm i ett døgn i forhold til en uke.

Flertallet (57 %) av de som svarer at de bruker iPad og/eller touchskjerm sjelden sier det er på grunn av begrenset antall. Om det er så få iPader på hver avdeling at de ikke er nok til de pasientene som kan nytte seg av det kan man trekke en slutning om at de iPadene som er på avdelingene blir brukt hyppig. Hvis dette var reelt hadde det vært nærliggende å svare at de brukes ofte eller svært ofte, likevel svarer de at det blir brukt sjeldent. Det er derfor vanskelig å tolke hva som faktisk er tilfellet.

I vår kartlegging var det ingen respondenter fra intensivavdelingene som krysset av for å ha elektrolarynx tilgjengelig. Det er gjort forskningsarbeid som har vist positive resultater og funn der sykepleiere foretrakk elektrolarynx fram for andre verbale og ikke-elektroniske hjelpemidler (Grossbach et al., 2011; Ten Hoorn et al., 2016). Det er overraskende at ingen tar i bruk dette hjelpemiddelet når tidligere forskning presenterer funn som dette. Det er få respondenter inkludert i studiene slik at det kan være vanskelig å generalisere funnene utover den enkelte avdeling eller sykehus, men når bruk av elektrolarynx hjelper pasientene til å få uttrykt sine behov er det verdt et forsøk. Bruk av elektrolarynx vil kreve opplæring av både pasient og sykepleier og kan derfor være en barriere og forklaring på hvorfor hjelpemiddelet ikke er implementert på intensivavdelinger i Norge. Tidligere forskning har undersøkt tiden pasienter trenger for å ta i bruk hjelpemiddelet. Etter 15-30 minutter med instruksjoner klarte 60 % av pasientene i en studie å produsere forståelig språk (Ten Hoorn et al., 2016). I vår kartlegging ble det rapportert at kommunikasjon kan være utfordrende fordi avdelingene uttrykker at det er tidkrevende (39 %). I en allerede hektisk hverdag kan 15-30 minutter til instruksjon være trøttende for pasienten og tidkrevende for sykepleieren å legge til rette for.

I følge vår undersøkelse er det kun 4 % av intensivavdelinger i Norge som har elektronisk tastatur. Hjelpemiddelet blir sjeldent brukt fordi det er begrenset antall, akkurat som ved iPad. Om det virkelig er sånn at det er lite antall som forhindrer at det blir brukt mer, kunne man snudd på dette og si det er i bruk ofte, men kun hos et begrenset antall pasienter. Man kan stille spørsmål ved om det faktisk er antall hjelpemidler som er grunnen til at det blir lite brukt eller om det er en svikt i hvordan vi oppfatter spørsmålet mot hvordan respondenten oppfatter spørsmålet. Vi har identifisert begrenset med forskning tilknyttet dette hjelpemiddelet. Det forskningsmaterialet som finnes viser til funn der elektronisk tastatur skårer høyt på brukervennlighet (63 %) og tilfredshet (88 %) (Ten Hoorn et al., 2016). Det at det er lite forskning kan si noe om at det kanskje er lite brukt også utenfor Norge i tillegg til at det kan være vanskelig å begrunne innkjøp av dette. I tillegg er det nærliggende å tenke at annen teknologi som iPad og/eller touchskjerm velges over elektronisk tastatur på grunn av at det er mer kunnskap om bruken blant helsepersonell og befolkningen generelt sett.

Det var 4 % som hadde øyestyrt enhet tilgjengelig i tillegg til at en avdeling hadde bestilt hjelpemiddelet til en pasient ved en tidligere anledning. Avdelingen som har øyestyrt enhet bruker dette hjelpemiddelet sjeldent. Årsaksforklaringen til dette er fordi kommunikasjonshjelpemiddelet er tidkrevende å bruke og sykepleiere mangler kompetanse om bruken. En pilotstudie tok for seg bruk av forskjellige elektroniske hjelpemidler som

øyestyrte enheter og iPad og/eller touchskjermer til våkne respiratorpasienter. Funnene viser at 90 % av pasientene rapporterte at systemet hjalp dem med å formidle deres behov når det kom til smertebehandling, hygiene, komfort og angst (Ten Hoorn et al., 2016). I denne situasjonen kan det være utfordrende å trekke konklusjoner om bruken av øyestyrte enheter fordi det i studien ble brukt flere forskjellige elektroniske hjelpemidler når funnene ble presentert. Det kan være vanskelig å skille bruken av øyestyrte enhet og touchskjerm i funnene som viser at 90 % av pasientene var fornøyd med hjelpemiddelet. I to artikler ble kun øyestyrte enheter undersøkt og i disse funnene ble det rapportert at pasientene fikk formidlet grunnleggende behov og nødvendigheter ved bruk av disse kommunikasjonshjelpemidlene. En av artiklene framhever at bruk av øyestyrte enhet signifikant økte evnen til å kommunisere pasientenes behov. Begge artiklene beskriver også at bruk av hjelpemidlet ga pasientene en positiv psykososial effekt, eksempelvis en reduksjon av angst (Ten Hoorn et al., 2016). Selv om noen studier viser positive funn ved bruk av øyestyrte enheter, mener vi det likevel kan være andre mer hensiktsmessige hjelpemidler. Selv om intensivpatienten kan ha svekket kraft og motorikk er en del av behandlingen å prøve å rehabilitere og bedre dette. Å bruke kroppen vil ikke bare være en del av rehabiliteringen, det vil også kunne gi mestring. Derimot ser vi at øyestyrte enheter kan være hensiktsmessige om pasienten grunnet sin tilstand ikke mestrer noen andre hjelpemidler eller ved skader som kan føre til pareser.

5.4 utfordringer

Samtlige av respondentene oppga at kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten var utfordrende. Hele 86 % oppga at det var utfordrende fordi den våkne respiratorpasienten er medikamentpåvirket eller uklar/delirisk. Vi har tidligere vist at tretthet relatert til sedasjon kan påvirke respiratorpasientens mulighet til kommunikasjon og å nytte seg av ulike hjelpemidler (Rodriguez et al., 2015). Annen litteratur viser til at delir som igjen fører til svekket konsentrasjon og kognisjon også vanskeliggjør kommunikasjonen (Holm & Dreyer, 2016). I tillegg viser våre funn at språk/kultur (46 %) og at pasienten har nedsatte sanser (39 %) også er faktorer som gjør kommunikasjonen utfordrende. Det som er tydelig er at det ikke kun er en faktor som gjør kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten utfordrende. Dette er sammensatt, slik som også intensivpatienten og hans eller hennes tilstand ofte er. I tillegg til at det er mange faktorer som kan påvirke den våkne respiratorpasientens mulighet til å kunne kommunisere på en hensiktsmessig måte kan det også være flere faktorer som påvirker intensivsykepleierens mulighet til å legge til rette for kommunikasjon. Vi vet at det kan være

tidkrevende og kreve stor tålmodighet av sykepleieren (Holm & Dreyer, 2016, s. 140). Samtidig har intensivsykepleieren en viktig funksjon der pasientens autonomi og integritet skal ivaretas under innleggelsen på intensivavdelingen (NSF, 2002). Denne funksjonen kan være vanskelig å gjennomføre når pasienten er under behandling med mekanisk ventilasjon fordi muligheten til kommunikasjon forsvinner. Selv om det kan være utfordrende og tidkrevende er det viktig å huske at pasienter har en lovbestemt rett til å medvirke til behandling og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Vi mener at hvis det blir mer fokus på kommunikasjon og sykepleierne blir tryggere på hjelpemidler kan det være lettere å legge til rette for pasientens medbestemmelse. Samtidig må man huske på at en respiratorpasient, selv om han/hun er våken fortsatt er kritisk syk og noen ganger kan konflikten stå mellom kommunikasjon og tidvis livsviktige oppgaver. Derfor må intensivsykepleieren hele tiden prioritere hva som er viktigst i den gitte situasjon.

Det var kun 32 % som nevnte manglende hjelpemidler som en årsak til at kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten var utfordrende, men 50 % oppga lite funksjonelle hjelpemidler som en årsak. Vi har tidligere vist at ikke alle hjelpemidler er tilpasset intensivpleien og det kan være vanskelig å posisjonere de slik at det er hensiktsmessig for intensivpasienten å bruke (Carruthers et al., 2017). Selv om vi flere ganger har vist til at ulike hjelpemidler har bedret kommunikasjonen med den våkne intensivpasienten er det også studier som har vist at det kan være vanskelig for intensivpasienten å bruke hjelpemidler. For eksempel har en studie vist at det var vanskelig å bruke skriftlige hjelpemidler som penn og papir, mens en annen påpekte at whiteboard ikke er optimalt fordi ord eller bokstaver viskes ut etter bruk (Flinterud & Andershed, 2015, s. 2299; Grossbach et al., 2011). Vi mener derfor vi har grunnlag for å påstå at årsak til manglende bruk av hjelpemidlene kan være akkurat dette - at intensivsykepleierne opplever at de er lite funksjonelle. Om man har erfaring med at et hjelpemiddel fungerer dårlig i praksis vil det være en større terskel for å ta det i bruk. I tillegg vil mislykkede forsøk på kommunikasjon kunne føre til en større opplevelse av frustrasjon og manglende mestring hos pasienten.

Det var ingen i vår studie som oppga at hjelpemiddelet er «dyrt» som grunn til at de brukes lite. Man kan lett trekke en konklusjon om at økonomi ikke spiller en stor rolle her. Samtidig har vi kun spurt om årsaken til at de ikke bruker hjelpemidler de allerede har. Det er nærliggende å tenke at det aspektet som er mest kostnadskreven ved ulike hjelpemidler er

innkjøp og at det ikke er store ekstra kostnader forbundet med bruken. Om kostnader ved innkjøp er en årsak til at det er lite elektroniske hjelpemidler vil kun være en spekulasjon fra vår side da vi ikke har spurt direkte om dette. Det vi har spurt om er om de ulike avdelingene har mottatt finansiering til kommunikasjonshjelpemidler, her svarer kun en respondent (4%) ja.

Et flertall av respondentene (82 %) svarte at de var enige i påstanden “Vi har behov for flere kommunikasjonshjelpemidler på vår avdeling”. Det er positivt at flere ser et behov for dette, men likevel ser vi at de hjelpemidlene avdelingene allerede har tilgjengelig blir brukt i svært varierende grad. Særlig elektroniske hjelpemidler blir brukt sjelden og man kan stille spørsmål ved om det er mangel på hjelpemidler som er problemet eller viljen til å bruke dem. Vi vet at manglende opplæring og kunnskap blant sykepleiere kan være en av årsakene til at alternative kommunikasjonsmetoder i liten grad blir brukt (Carruthers et al., 2017; Tingsvik et al., 2013). I vår undersøkelse var det hele 86 % av intensivavdelingene som ikke hadde hatt undervisning om bruk av kommunikasjonshjelpemidler. Kun et fåtall på 11 % hadde hatt undervisning samtidig som manglende kompetanse flere ganger ble nevnt som en grunn til at elektroniske hjelpemidler ikke blir brukt. Barrieren for å ta i bruk kommunikasjonshjelpemidler kan øke ved manglende undervisning, dette igjen kan gjøre at sykepleieren unnviker kommunikasjon (Khalaila et al., 2011). Også systematisk opplæring i strategier har vist seg å gi sykepleieren et bedre repertoar og grunnlag for kommunikasjon med våkne respiratorpasienter (Finke et al., 2008; Khalaila et al., 2011). I lys av dette mener vi å ha grunnlag for å påstå at mangel på undervisning kan være en medvirkende årsak til at enkelte kommunikasjonshjelpemidler blir lite brukt. Uten fokus på kommunikasjon og opplæring i bruk av strategier og hjelpemidler mener vi det er grunnlag for å hevde at terskelen for å ta i bruk tilgjengelige hjelpemidler fort kan bli høy.

5.5 Metodediskusjon

Evalueringen baserer seg på om metodene måler det de har til hensikt å måle (Polit & Beck, 2014, s. 72). Vi valgte å utvikle vårt eget spørreskjema for å svare på problemstillingene våre. Utviklingen av spørreskjemaet har vært en omfattende prosess og tidsbegrensningen har vært sentral. Det er ikke gjennomført en pilotstudie for å validere spørreskjemaet, noe som kunne styrket skjemaet. Svaralternativene er likevel forankret i aktuell litteratur og forskning. Samt at vi fikk tilbakemelding på både spørsmålsformuleringer og svaralternativer fra en

ressursgruppe med kjennskap til fagfeltet og fagområdet statistikk. Disse tilbakemeldingene har vært en viktig bidragsyter til det endelige spørreskjemaet. Vi mener dette styrker svaralternativene i spørreskjemaet. Vi kan ikke bekrefte at respondentene har forstått spørsmålene slik det var ment eller om vi har fått svar på det vi spurte om. Likevel mener vi det var riktig avgjørelse å utvikle vårt eget spørreskjema. Spørreskjemaet er i stor grad en kartlegging med konkrete spørsmål og vi har ikke ønsket å måle abstrakte begreper som hadde trengt operasjonisering (Jacobsen, 2015a). Det hadde vært vanskelig å gjennomføre hvis spørreskjemaet handlet om eksempelvis mestring eller temaer som er vanskelig å sette en klar definisjon på. Samtidig kan man være kritiske til spørsmålene som omhandler årsakssammenheng. I disse spørsmålene kan respondentene ha forstått svaralternativene forskjellig. Noen av svaralternativene har ganske lik betydning, som vil si at de ikke er totalt gjensidig utelukkende. Vi valgte å ha svaralternativet “annet” på slutten av spørsmålene slik at respondentene kunne beskrive med egne ord hvilke årsaker som gjorde kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten utfordrende. Dette ble et alternativ hvis respondentene mente svaralternativene ikke var dekkende nok.

Muligheten for generalisering kan trues hvis vi ikke identifiserer alle intensivavdelingene som fyller inklusjonskriteriene (Jacobsen, 2015a). Det kan være at sykehusene ikke har ført opp intensivavdelingen på sin hjemmeside eller har brukt et annet ord for avdelingen. En risiko ved denne situasjonen kan være at vi ikke får identifisert hele den teoretiske populasjonen (Jacobsen, 2015a). Det er mange intensivavdelinger i Norge og god oversikt over disse på sykehusenes egne nettsider og andre relevante nettsider, men det har vært vanskelig å identifisere hvilke avdelinger som tilbyr langvarig respiratorbehandling. Vi har sendt e-post og ringt til avdelinger hvor vi har vært usikre og mener derfor vi har god oversikt over den faktiske populasjonen.

Statistisk reliabilitet kan oppnås hvis et nytt utvalg oppnår de samme resultatene med forbehold om at resultatene reflekterer en bredere gruppe enn de spesifikke personene som deltok i studien (Polit & Beck, 2014, s. 72-75). En svarprosent på 62 kan være representativt, men med tanke på at dette kun representerer 28 respondenter totalt og gir få data må det tas hensyn til når det trekkes konklusjoner ut fra innsamlet data. Vi kunne valgt en annen måte å purre på, eksempelvis ringt til respondentene som ikke hadde svart, men dette kunne truet anonymiteten. Frafall i svarrespons vil påvirke det samlede bildet av populasjonen og muligheten for generalisering (Jacobsen, 2015a, s. 193-197). En annen mulighet til å øke svarprosenten kunne vært å ha spørreskjemaet aktivt noen uker til, men det er lite sannsynlig

at dette hadde generert flere svar da siste purring ikke økte svarprosenten. En annen faktor med tanke på svarprosent er at den kan være lav ved elektronisk spørreskjema. Det er en tendens til høyere svarprosent med intervju ansikt til ansikt fordi deltakeren ikke kan ignorere personen som stiller spørsmålene (Jacobsen, 2015a, s. 207). For å få høyest mulig svarprosent ønsket vi derfor at spørreskjemaet skulle ha kort gjennomføringstid. Dette løste vi ved å ha aktiveringer i det elektroniske spørreskjemaet. Dette gjorde at respondentene kun fikk oppfølgingsspørsmål koblet til hva de hadde svart tidligere. Dette gjorde at spørreskjemaet ikke ble lengre enn nødvendig og kan ha vært bidragsgivende til at vi har fått en svarprosent på 62.

Om respondentene velger å utelate spørsmål eller respondentene ikke svarer på spørreskjemaet kan dette resultere i at vi mister verdifull informasjon. Dette er ikke nødvendigvis problematisk, men usikkerheten om det er en fellesnevner mellom de avdelingene som ikke svarer vil være tilstede (Jacobsen, 2015a, s. 193-197). Det må vi vurdere når vi ser på resultatene. Likevel er fordelingen mellom respondentene som har svart og ikke svart jevnt fordelt. Eksempelvis er det omtrent like mange universitetssykehus og lokalsykehus/sentralsykehus som har svart og ikke svart. I tillegg til at tilgangen til kommunikasjonshjelpemidler, både ikke-elektroniske og elektroniske, er jevnt fordelt mellom universitetssykehus og lokalsykehus/sentralsykehus blant respondentene som har svart på spørreskjemaet. Dette gjør at vi igjen opplever svarene vi har fått som representative for utvalget.

Det er begrenset med forskning og litteratur som omhandler kommunikasjon med - og særlig kommunikasjonshjelpemidler til - den våkne respiratorpasienten. I tillegg er det et begrenset utvalg av kommunikasjonshjelpemidler tilgjengelig. Dette gjør at det kan være problematisk å komme frem til en entydig bastant konklusjon med tanke på årsakssammenheng og enkelte hjelpemidler.

Vi ser i etterkant av innsamlingen når vi har fått resultatene at det er flere ting som hadde vært hensiktsmessig å spørre om som kunne gitt oss bedre innsikt i problemstillingen og belyst flere sider av problemet. For eksempel sier skjemaet lite om årsaken til at det er få elektroniske hjelpemidler på avdelingene. Vi spør kun om hvorfor de hjelpemidlene de allerede har blir brukt mye eller lite, men vi har ikke kartlagt årsaken til at det ikke finnes flere hjelpemidler. For å få svar på dette ser vi i etterkant at det kunne vært hensiktsmessig å spurt om dette konkret. I tillegg ser vi at vi burde laget egne svaralternativer for verbale kommunikasjonsmetoder fordi ord som er beskrivende for ulike hjelpemidler ikke

nødvendigvis er beskrivende for verbale kommunikasjonsmetoder, som for eksempel “lett tilgjengelig”. Til tross for at vi gjorde en grundig gjennomgang av litteratur og forskning før svaralternativene ble ferdigstilt og i tillegg til at vi hadde ressurspersoner som så over spørreskjemaet ser vi likevel at det er enkelte svaralternativer som kunne vært lagt til. Eksempelvis hadde det vært hensiktsmessig å ha med motorikk og funksjon som et alternativ i spørsmålet om utfordringer og årsaker til at hjelpemidlene ble lite brukt. Men siden vi har valgt å ha et “annet” alternativ ser vi at enkelte respondenter har nevnt denne problemstillingen selv. Sånn sett ser vi at vår vurdering om å ha en “annet” alternativ var riktig.

Da datainnsamlingen var avsluttet og funnene ble presentert i SurveyXact oppdaget vi en feil i antall svarrespons blant bokstav- og bildetavle og iPad og/eller touchskjerm. Dataene viste at 22 intensivavdelinger hadde bokstav- og bildetavle og ti hadde iPad og/eller touchskjerm. Imidlertid ser vi senere at kun 21 har besvart oppfølgingsspørsmålene om bokstav- og bildetavle og kun ni på iPad og/eller touchskjerm. Sistnevnte er korrekt med tanke på videre svar i spørreskjemaet hvor årsaker blir oppgitt. Vi har ikke identifisert problemet og er usikre på hva som har skjedd men er sikre på at resultatene vi har fått i spørsmålene knyttet til årsaksforklaring er riktig.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Vi har gjennom dette prosjektet sett på hvilke kommunikasjonshjelpemidler som er tilgjengelige på norske intensivavdelinger, i hvilken grad de ulike hjelpemidlene blir brukt og hva årsaken til dette kan være.

Gjennom presentert teori og tidligere forskning har vi vist at intubasjon er en behandling som i mange tilfeller er nødvendig for å ivareta liv og helse, men at denne behandling samtidig tar fra intensivpasienten stemmen. Vi har også vist at respiratorpasienter i dag er mindre sedert enn for noen år siden og at dette igjen fører til nye utfordringer med tanke på informasjon, medbestemmelse og autonomi. Flere studier har pekt på at våkne respiratorpasienter opplever det svært frustrerende å ikke kunne prate og at dette igjen kan føre til stress (Dithole et al., 2016; Engström et al., 2013; Patak et al., 2004).

Gjennom vår kartlegging av norske intensivavdelinger har vi funnet at det er stor tilgang på hjelpemidlene penn og papir og bokstav- og bildetavle. Omtrent en tredjedel av avdelingene hadde whiteboard og iPad og/eller touchskjerm, mens det var svært få som hadde pictogram, elektronisk tastatur og øyestyrte enheter og ingen som hadde elektrolarynx. Vi har vist at hjelpemidler som penn og papir og bokstav- og bildetavle tidvis kan være nyttige, men at de i mange tilfeller kan være vanskelige å bruke for pasienten på grunn av muskelsvakhet, tremor og at bokstav- og bildetavlene ikke er oppdaterte. Og selv om forskning på kommunikasjonshjelpemidler til den våkne respiratorpasienten ikke er entydige, så har flere studier vist positive resultater ved bruk av særlig elektroniske hjelpemidler. Alternative kommunikasjonsmetoder har vist flere interaksjoner mellom sykepleier og pasient og at pasientene er mer tilfredse med kommunikasjonen. Sånn sett er det skuffende at vi ikke har funnet flere elektroniske hjelpemidler på norske intensivavdelinger. På bakgrunn av at penn og papir er tilgjengelig på intensivavdelingene, ikke kun for å brukes som hjelpemiddel, men fordi det brukes til dokumentasjon og i intensivsykepleierens arbeid mener vi reelt sett at vi kan konkludere med at det eneste hjelpemiddelet som er utbredt i norske intensivavdelinger er bokstav- og bildetavle.

I vår studie ser vi et skille mellom de verbale kommunikasjonsmetodene, de ikke-elektroniske hjelpemidlene og de elektroniske hjelpemidlene særlig med tanke på i hvilken grad de brukes. Det er en nedadgående kurve der verbale kommunikasjonsmetoder brukes ofte, svært ofte eller alltid, ikke-elektroniske hjelpemidler er mer jevnt fordelt i forhold til om det brukes ofte eller sjeldent, men elektroniske hjelpemidler i større grad brukes sjeldent.

Det var 50 % eller mer som brukte ikke-elektroniske hjelpemidler ofte eller svært ofte. Det som går igjen som den viktigste årsaken hos de som svarer at de ikke-elektroniske hjelpemidlene blir brukt ofte er at hjelpemiddelet er lett tilgjengelig. Det er 25 % eller mindre som sier de bruker det ofte fordi det er pasientvennlig eller effektivt. Dette gjenspeiles i svarene til de som bruker de ikke elektroniske hjelpemidlene sjelden. Her er hovedårsakene at hjelpemidlene oppleves lite pasientvennlig og er vanskelig å bruke. På en måte kan vi se at det er likheter mellom de som bruker hjelpemidlene sjelden og de som bruker dem ofte. Ut ifra resultatene vi har fått inn mener vi å kunne si at bruken av hjelpemidlene ikke nødvendigvis bestemmes ut fra hva som er mest hensiktsmessig for pasienten, men heller på bakgrunn av hva man har i nærheten.

De elektroniske hjelpemidlene ble, som tidligere nevnt, brukt i mye mindre grad enn de ikke elektroniske. iPad og/eller touchskjerm var det elektroniske hjelpemiddelet flest hadde, men kun 22 % brukte det ofte. Samtlige som svarte at de brukte det ofte, oppga at årsaken til dette var at hjelpemiddelet var pasientvennlig og lett tilgjengelig. For å sammenligne med ikke-elektroniske hjelpemidler svarer et flertall at også disse hjelpemidlene blir brukt fordi det er lett tilgjengelig, men i motsetning svarer et mindretall at hjelpemiddelet er pasientvennlig. Det er vanskelig å skulle konkludere med at dette faktisk er mer pasientvennlig da det er såpass få som bruker det ofte, men om man ser på svarene til de som bruker iPad og/eller touchskjerm sjelden kan vi faktisk se at det er færre som oppgir at de bruker det lite fordi det er lite pasientvennlig. Det er faktisk 15-31 % flere som oppgir at ikke-elektroniske hjelpemidler blir brukt lite fordi det er lite pasientvennlig i forhold til elektroniske hjelpemidler. Derfor mener vi ikke det er grunnlag for å si at elektroniske hjelpemidler er mindre pasientvennlige enn ikke-elektroniske hjelpemidler, kanskje heller omvendt. Vi fant også at begrenset antall, manglende kompetanse og at hjelpemiddelet er vanskelig å bruke var viktige årsaker til at elektroniske hjelpemidler blir brukt sjelden. Når flere av respondentene i større grad uttrykker varierende årsaker til lite bruk kan det si noe om at det er mer sammensatt. Vi har tidligere vist til at manglende opplæring flere ganger er pekt på som en grunn til at hjelpemidler blir lite brukt og ser vi dette i sammenheng med våre funn mener vi at det kan være en viktig årsak her. Selv om våre funn kan tyde på at elektroniske hjelpemidler oppleves mer pasientvennlige, så tyder de også på at elektroniske hjelpemidler kan kreve mer opplæring av ansatte for å kunne bruke de på en hensiktsmessig måte. Det hadde videre vært interessant å se på om de ulike avdelingene ville brukt hjelpemidlene mer om de hadde hatt mer opplæring og kompetanse på det.

Vi fant at færre mener kommunikasjonen med den våkne respiratorpasienten var utfordrende på grunn av manglende hjelpemidler, men heller at lite funksjonelle hjelpemidler var en faktor. Dette samsvarer med funnene våre om at de hjelpemidlene som blir mest brukt i liten grad ansees å være pasientvennlige og effektive og derfor kan ansees som lite funksjonelle. Trenden vi har sett i kartleggingen vår er at jo mer avanserte hjelpemidlene er, jo mindre finnes det av dem og jo sjeldnere blir de brukt på norske intensivavdelinger. Vi kan ikke si noe om årsaken til dette, men man kan spekulere i om anskaffelse av nyere hjelpemidler ikke er i prioritert, samtidig som det virker å være lite opplæring.

6.1 Konklusjon

Det er vanskelig å skulle trekke noen entydige og bastante konklusjoner basert på dette masterprosjektet. Til tross for at vi har en svarprosent på 62 %, så er den faktiske populasjonen såpass liten at det likevel er noe begrenset data. Det vi kan si er at det er begrenset med hjelpemidler på norske intensivavdelinger, med kun bokstav- og bildetavle som er bredt tilgjengelig. De hjelpemidlene som blir brukt hyppigst blir det fordi de er lett tilgjengelige, men et fåtall opplever at de er pasientvennlige og effektive. De hjelpemidlene som blir brukt mindre er i stor grad elektroniske, og selv om flere virker å synes at disse er mer pasientvennlige blir de brukt mindre på grunn av manglende kompetanse og begrenset antall. Den absolutt vanligste måten å kommunisere med våkne respiratorpasienter er ved verbale metoder som leppelesing og ja/nei spørsmål. Dette begrunnes med at det er lett å gjøre, men under 50 % sier de gjør det fordi det er pasientvennlig eller effektivt.

Vi mener på bakgrunn av våre funn at det er et misforhold mellom effekten hjelpemidlene virker å ha og bruken av dem. Samtidig har vi gjennom dette prosjektet fått tydeliggjort utfordringene som ligger til grunn når man skal kommunisere med den våkne respiratorpasienten. I tillegg til at pasienten ikke har stemme på grunn av respiratorbehandling kan nedsatt motorisk funksjon, delir og medikamentpåvirkning påvirke pasientens mulighet til å nytte seg av hjelpemidler. I tillegg kan intensivsykepleieren i visse tilfeller måtte prioritere livsviktige oppgaver. Til tross for dette mener vi det er en reel problemstilling at våkne respiratorpasienter ikke har god tilgang til potensielt gode kommunikasjonshjelpemidler.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått et bedre innblikk i viktigheten, men også utfordringene som ligger i å hjelpe den våkne respiratorpasienten med god kommunikasjon.

6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Vi mener det er begrenset hvilke implikasjoner denne masteroppgaven vil ha for praksis, men vi mener den belyser noen viktige momenter som norske intensivavdelinger kan ta med seg videre. Vi finner få kommunikasjonshjelpemidler samtidig som et flertall av avdelingene svarer at de har behov for flere hjelpemidler, dette bør tas på alvor og man bør vurdere å anskaffe flere hjelpemidler. Flere av hjelpemidlene som brukes mest virker å være lite funksjonelle, dette bør man ta hensyn til og vurdere andre typer ved anskaffelse av flere hjelpemidler. I tillegg hadde tilnærmet ingen avdelinger hatt undervisning om kommunikasjonshjelpemidler. Dette anser vi som svært viktig om man skal øke fokus på kommunikasjon og kompetansen på bruk av hjelpemidler.

I tillegg kan det være hensiktsmessig å gjøre videre forskning på emnet, for eksempel på de enkelte hjelpemidlene for å få et større datagrunnlag. Dette kan være viktig for å se hvilke hjelpemidler som er mest effektive og hva pasientene foretrekker. Samtidig kunne det vært interessant å gjennomføre en studie med intensivsykepleiere som jobber på de ulike avdelingene og bruker hjelpemidlene får å få en enda bedre forståelse av årsakene til bruk eller manglende bruk. Dette ville om gjennomført som en kvantitativ studie gitt et større datagrunnlag og da også grunnlag for å trekke mer sikre konklusjoner, men det kunne også vært hensiktsmessig å gjennomføre en kvalitativ studie for å få en dypere innsikt i hva intensivsykepleierens opplevelse rundt dette er.

Litteraturliste

- Adam, S. K. & Osborne, S. (2005). *Critical care nursing : science and practice* (2. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Carruthers, H., Astin, F. & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96. doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.003
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206. doi: 10.1111/wvn.12146
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 88-95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003
- Finke, E., Light, J. & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 17, s. 2102-2115).
- Flinterud, S. & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *J. Clin. Nurs.*, 24(15-16), 2295-2304. doi: 10.1111/jocn.12826
- Grasaas, K. K., Stordalen, J. & Sjursen, M. (2014). *Helsefagskolen : etikk og kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Grossbach, I., Stranberg, S. & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical care nurse*, 31(3), 46. doi: 10.4037/ccn2010728
- Gulbrandsen, T. (2015). Sedasjon. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 203-219). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., . . . Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit.(Report). *American Journal of Critical Care*, 20(2), e28. doi: 10.4037/ajcc2011433
- Helsedepartementet. *Organisering og ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/id445/>
- Holm, A. & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 81-88. doi: 10.1111/nicc.12200
- Holm, A. & Dreyer, P. (2016). Kommunikasjon og samarbejde. I P. Dreyer, B. Schmidt & L. Langhorn (Red.), *Sygepleje på intensiv* (s. 133-154). København: Munksgaard.
- Jacobsen, D. I. (2015a). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2015b). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M. & Svir, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 470-479. doi: 10.4037/ajcc2011989

- Kopec, S. E., Connolly, A. E. & Irwin, R. S. (2008). Respiratory Adjunct Therapy. I J. M. Rippe & R. S. Irwin (Red.), *Irwin and Rippe's intensive care medicine* (6. utg., s. 705-723). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Leonardsen, A.-C., Berger, L. & Willadsen, H. (2016). Den våkne intensivpasienten. *Inspira Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere* (04), 5-10.
- Magnus, V. S. & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU—Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(3), 167-180. doi: 10.1016/j.iccn.2005.09.009
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- NSD. *Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekter som skal behandle personopplysninger*. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeskjema
- NSF. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/17036/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>
- NSF. (2004). *Definisjon på intensivsykepleie*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/17036/Definisjoner>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- 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*, 33(5), 308-320. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.02.002
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rambøll Management Consulting. *SurveyXact by Ramboll*. Hentet fra <https://www.surveyxact.no>
- Rodriguez, C. S., Rowe, M., Thomas, L., Shuster, J., Koeppe, B. & Cairns, P. (2016). Enhancing the communication of suddenly speechless critical care patients. *American Journal of Critical Care*, 25(3), e40-e47. doi: 10.4037/ajcc2016217
- Rodriguez, C. S., Spring, H. & Rowe, M. (2015). Nurses' Experiences of Communicating With Hospitalized, Suddenly Speechless Patients. *Qualitative Health Research*, 25(2), 168-178. doi: 10.1177/1049732314550206
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 43-73). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 29-42). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015c). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 77-123). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sykepleierenes samarbeid i Norden. (2003). Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. *Vård i Norden*, 23(4).
- Ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R. & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: A systematic review. *Critical Care*, 20(1), 1-14. doi: 10.1186/s13054-016-1483-2
- Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A.-C. & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care: Official*

Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses, 26(3), 124-129.
doi: 10.1016/j.aucc.2012.12.005

Universitetet i Agder. *SurveyXact*. Hentet fra <https://www.uia.no/bibliotek/hjelp-og-veiledning/surveyxact>

Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD



Berit Johannessen
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 03.10.2017

Vår ref: 55950 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55950</i>	<i>Hvilke kommunikasjonshjelpemidler har norske intensivavdelinger tilgjengelig til den våkne respiratorpasienten?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Berit Johannessen</i>
<i>Student</i>	<i>Linn Therese Stølen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Agder sine retningslinjer for dataikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Agder er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 08.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!


Vennlig hilsen


Katrine Utaaker Segadal

Sri Tenden Myklebust


Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no


Vedlegg 2 Godkjenning FEK


>> fronter Rom ▾ Verktøy ▾ Linn Therese Stølen ▾ 


Dagens Fronter info Spesialsykepleie Mas... Etikkomite 2017 - Fa... 


Du er her: ... > Innlevering skjema > Innlevering 08 Fek frist 15.september Søk Mapper Skriv ut


 Rom


 Deltakere

 Dokumenter

 Innlevering skjema


 Regler for kildebruk

 Bibliotekets fagsider

 Emnebeskrivelsen

Innlevering skjema - Kommentar

Navn: Sanna Dahle
Linn Therese Stølen

Les kommentarer i besvarelsen din:  Søknad FEK Sanna og Linn Therese.doc

Kommentar: Godkjent fra FEK.

Karakter:

Evaluering: Godkjent

[Avbryt](#)

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Kommunikasjonshjelpemidler til den våkne respiratorpasienten”

Bakgrunn og formål

Respiratorpasienten er over de senere årene gått fra å være dypt sedert til å bli mindre sedert og mer våken. Dette gir intensivsykepleieren nye utfordringer i forhold til tilretteleggelse for pasienters autonomi og medbestemmelse. Kommunikasjon er viktig for å sikre kvalitet i pleien og gjør det enklere for pasienten å være delaktig. Derfor ønsker vi som ledd i masteroppgaven å gjennomføre en undersøkelse for å kartlegge hvilke kommunikasjonshjelpemidler norske intensivavdelinger har tilgjengelig til den våkne respiratorpasienten og bruken av disse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Undertegnede og veileder vil ha tilgang til innsamlede opplysninger. Prosjektet skal etter planen avsluttes 08.06.2018. Opplysningene oppbevares på en passord-beskyttet PC og vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne avdelingen ved en eventuell publisering. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Frivillig deltakelse

Vi ønsker kun en respondent fra hver avdeling. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, blir data slettet dersom de ikke allerede er inngått i analyser. Du samtykker til deltakelse ved å fylle ut og sende inn spørreskjemaet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudenter Linn Therese Stølen, 97 60 35 78, Sanna Dahle, 98 82 23 40 eller veileder Berit Johannessen, 38 14 18 69.

Det er også mulig å gi tilbakemelding ved å svare på denne e-posten.

På forhånd takk for svar!

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vedlegg 4 Spørreskjema

Kjære kollega!

Dette er en nasjonal spørreundersøkelse om kommunikasjonshjelpemidler til den våkne respiratorpasienten.

Det er frivillig å delta, men vi oppfordrer deg til å svare på undersøkelsen. Svarene du gir vil representere din avdeling.

Undersøkelsen er anonym og ingen informasjon om den enkelte avdeling vil bli rapportert. Data oppbevares med passordbeskyttelse og vil bli slettet ved fullføring av prosjektet senest 08.06.18.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke.

Alle spørsmål må besvares før man kan gå videre og det tar ca 5-10 minutter å svare på undersøkelsen.

Hva slags sykehus ligger avdelingen din i?

- (1) Lokalsykehus / Sentralsykehus
- (2) Universitetssykehus

Hvilken type intensivavdeling er dette?

- (1) Kirurgisk
- (2) Medisinsk
- (3) Blandet medisinsk/kirurgisk
- (4) Spesialisert intensiv (f.eks: traume, nevro, thorax)

Hvor mange av de faste ansatte på avdelingen er intensivsykepleiere?

- (1) 0-24 %
- (2) 25-49 %
- (3) 50-74 %
- (4) 75-100 %

På deres avdeling, hvilke faktorer er det som gjør kommunikasjon med den våkne respiratorpasienten utfordrende?

(Det er mulig å velge flere svaralternativer)

- (1) Tidkrevende
- (2) Medikamentpåvirket pasient
- (3) Manglende hjelpemidler
- (4) Lite funksjonelle hjelpemidler
- (5) Pasient har nedsatte sanser
- (6) Uklar/Delirisk pasient
- (7) Språk/kultur
- (8) Annet (oppgi gjerne flere faktorer) _____
- (9) Ikke aktuelt/ikke utfordrende

Hvilke kommunikasjonshjelpemidler har dere tilgjengelige på avdelingen?

(Det er mulig å velge flere svaralternativer)

- (1) Penn og papir
- (2) Whiteboard
- (3) Pictogram
- (4) Bokstav- og bildetavle
- (5) Elektrolarynx
- (6) Elektronisk tastatur
- (7) iPad og/eller touchskjerm
- (8) Øyestyrte enheter
- (9) Annet: _____

Når dere har våkne respiratorpasienter på avdelingen, i hvilken grad brukes da disse kommunikasjons hjelpemidlene?

	Aldri	Svært sjelden	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Alltid
Leppelesing	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Ja/nei spørsmål	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Penn og papir	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Whiteboard	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Pictogram	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bokstav- og bildetavle	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Elektrolarynx	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Elektronisk tastatur	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
iPad og/eller touchskjerm	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Øyestyrtede enheter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

(Det er mulig å velge flere svaralternativer)

	Lite pasientve nnlig	Manglende kompetan se	Utilgjenge lig	Dyrt	Begrenset antall	Vanskelig å bruke	Tidkrevende	Annet
Hva er årsaken til at leppelesing blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Hva er årsaken til at ja/nei spørsmål blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

(Det er mulig å velge flere svaralternativer)

	Lite pasientve nnlig	Manglend e kompetan se	Utilgjenge lig	Dyrt	Begrenset antall	Vanskelig å bruke	Tidkreven de	Annet
Hva er årsaken til at penn og papir blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at whiteboard blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at pictogram blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til bokstav- og bildetavle og blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at elektrolarynx blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at elektronisk tastatur blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at iPad og/eller touchscreen blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at øyestyrte enheter blir lite brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/> _____

	Pasientvennlig	God kunnskap om bruken	Lett tilgjengelig	Kostnadseffektivt	Lett å bruke	Effektiv	Annet
Hva er årsaken til at leppelesing blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at ja/nei spørsmål blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at penn og papir blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at whiteboard blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at pictogram blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at bokstav- og bildetavle blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at elektrolarynx blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at elektronisk tastatur blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____
Hva er årsaken til at iPad og/eller touchskjerm blir ofte brukt?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/> _____

	Pasientven	God	Lett	Kostnadsef	Lett å	Effektiv	Annet
	nlig	kunnskap	tilgjengelig	fektivt	bruke		
		om bruken					

Hva er årsaken til at øyestyrte enheter blir ofte brukt?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) _____

Har avdelingen mottatt finansiering til kommunikasjons hjelpemidler?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har dere hatt undervisning om bruken av kommunikasjons hjelpemidler på avdelingen?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

I hvilken grad er du enig med påstanden under?

På vår avdeling har vi behov for flere kommunikasjons hjelpemidler.

- (1) Helt uenig
- (2) Uenig
- (3) Hverken eller
- (4) Enig
- (5) Helt enig

Takk for at du svarte på spørreskjemaet.

Trykk "avslutt" og lukk fanen.



Vedlegg 5 Kommunikasjonsalgoritme

