



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kommunikationsmetoder med intuberade patienter på en intensivvårdsavdelning.

Kvantitativ observationsstudie

Författare: Lisa Johansson & Ujkan Kuqi

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Kommunikationsmetoder med intuberade patienter på en intensivvårdsavdelning.

## Kvantitativ observationsstudie

Författare: Lisa Johansson & Ujkan Kuqi

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2014

## Abstrakt

Mekanisk ventilation utgör ett hinder för kommunikation, som är ett av intensivsjuksköterskans omvårdnadsansvar och en viktig del för den kritisk sjuke patienten. Syftet med studien var att beskriva vilka kommunikationsmetoder som används av personalen för att kommunicera med intuberade patienter på en allmän intensivvårdsavdelning. Under totalt 40 timmar observerades de olika kommunikationsmetoderna på intensivvårdssalar. Resultatet visade att de vanligaste kommunikationsmetoderna som användes på intensivvårdsavdelningen var ja/nej och envägskommunikation. Dessa två metoder utgjorde tillsammans för mer än hälften av all kommunikation på en intensivvårdsavdelning med 30% vardera av all registrerad kommunikation. Sjuksköterskor använde sig i genomsnitt av 3,5 olika kommunikationsmetoder under en och samma observation. Undersköterskor använde sig i genomsnitt av 2,25 olika metoder. Sjuksköterskor använde sig oftare av metoden kroppsspråk och hålla handen jämfört med undersköterskor.

## Nyckelord

Kommunikationsmetoder, intuberade patienter, intensivvård

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Innehållsförteckning .....                      | 2  |
| Problembeskrivning.....                         | 3  |
| Bakgrund .....                                  | 4  |
| Kommunikation.....                              | 4  |
| Intensivvård .....                              | 5  |
| Mekanisk ventilation .....                      | 6  |
| Sedering .....                                  | 7  |
| Kommunikationsmetoder .....                     | 8  |
| Syfte.....                                      | 8  |
| Specifika frågeställningar .....                | 8  |
| Metod.....                                      | 9  |
| Urval .....                                     | 9  |
| Instrument.....                                 | 10 |
| Datainsamling.....                              | 10 |
| Databearbetning.....                            | 11 |
| Etisk avvägning .....                           | 11 |
| Resultat .....                                  | 12 |
| Vanligaste kommunikationsmetoderna.....         | 12 |
| Användande av flera kommunikationsmetoder ..... | 13 |
| Skillnad i yrkeskategorier .....                | 15 |
| Diskussion .....                                | 16 |
| Metoddiskussion.....                            | 16 |
| Resultatdiskussion .....                        | 18 |
| Konklusion och implikationer .....              | 21 |
| Referenser.....                                 | 23 |
| Observationsprotokoll .....                     | 25 |
| Bilaga 1 (1) .....                              | 25 |

## Problembeskrivning

Intuberade patienter kan inte göra sig förstådda verbalt och måste därför förlita sig på alternativa kommunikationsmetoder och att intensivvårdssjuksköterskor (IVA sjuksköterskor) uppmärksammar och förstår deras behov (Barnato et al. 2014). Sjuksköterskor behöver utveckla kommunikationsmetoder och visa empati för att tillmötesgå patienterna (Andersson, Bexell, Henricson & Tingsvik, 2013). En IVA sjuksköterska som omvårdnadsansvarig har en viktig roll för den kritiskt sjuke patienten. Hon uppmärksammar och tillgodoser dennes behov samt initierar kommunikation. Mekanisk ventilation hos intuberade patienter utgör ett stort hinder för kommunikation. Speciellt gäller det för patienter som kräver en oral intubation, eftersom deras naturligaste sätt att kommunicera fråntas dem (Barnato et al. 2014). Enligt Karlsson (2012) kräver respiratorbehandling i regel någon form av sedering. Lätt sedering av intuberade patienter har ökat på senaste tiden i Europa och Skandinavien. Det innebär en mer vaken patient som lättare kan extuberas så fort sjukdomstillståndet tillåter (Bergholm, Karlsson & Lindahl, 2012). Fysiologiska komplikationer minskar, intensivvårdstiden förkortas och det medicinska tillståndet förbättras (Monger 1995; Bergbom, Forsberg & Karlsson, 2012). Att behandla en lättsederad patient är tidkrävande, svårt och ställer höga krav på sjuksköterskan.

Forskning om kommunikation med intuberade patienter har genomförts på senare tid och det finns ett flertal studier om patienters upplevelse av att vara vakna eller lätt sederade vid denna behandling. Endast ett fåtal studier har fokuserat på metoder för att kommunicera med intuberade och mekaniskt ventilerade patienter och enligt författarna till föreliggande studies kännedom saknas det forskning inom det området. Enligt en studie av John, Johnson och Moyle (2006) behövs det vidare forskning om kommunikationsmetoder mellan vårdare och mekaniskt ventilerade patienter så att intensivvårdssjuksköterskan får ökad möjlighet att kunna upprätthålla en nära och stödjande relation med patienten och minimera obehagliga upplevelser. Mer kännedom om olika kommunikationsmetoder kan ge personalen mer kompetens och därmed hjälpa patienten att göra sig förstådd under respiratorbehandling. Får patienter hjälp att hitta en mening i det kritiska sjukdomstillstånd de befinner sig i och förstår vad som händer under tiden minskar deras lidande. (John et al, 2006).

## Bakgrund

### *Kommunikation*

Kommunikation betyder att ha förbindelse med, att göra någon delaktig och göra någonting gemensamt. För kommunikation behövs minst två parter som utbyter olika typer av signaler och tecken. För att kommunikation ska ske behövs det en som förmedlar och en som tar emot informationen (Eide & Eide, 2009). Enligt Fossum (2007) används kommunikation i många olika sammanhang bland annat för att överleva, samarbeta och tillgodose tillfälliga och varaktiga behov. Kommunikation behövs för att vårdare och vårdtagare ska kunna bilda en relation och förstå varandra. Relationen är en förutsättning för att kunna vårda patienten. Det är sjuksköterskan som har ansvaret för att relationen är vårdande (Karlsson, 2012). Icke verbal kommunikation förekommer också på ett omedvetet och medvetet plan, genom kroppshållning, minspel och gester. Till den icke verbala kommunikationen räknas också pauser, betoningar, tonlägen och vårt sätt att framföra det verbala språket. (Harge & Dicksson, 2003, refererad i Nilsson & Waldermansson, 2007). Kommunikationssvårigheter är ett vanligt förekommande problem för ventilatorbehandlade patienter på intensivvårdsavdelning vilket lätt leder till stress, frustration och rädsla (Demirci, 2014). I en studie gjord av Samuelson (2011b) betonas vikten av icke verbal kommunikation. Patienten beskriver känslan av att inte kunna kommunicera enligt följande.

*"I couldn't speak...terrible... I wanted to explain that I felt like I was dying and I didn't get any air, but I couldn't"* (Samuelson, 2011b sid.78).

Det är en utmaning för IVA sjuksköterskor som har liten eller ingen utbildning i kommunikation eller alternativa kommunikationsmetoder (Demirci, 2014). Samuelson (2011) skriver i sin studie att fastän respiratorn är en livräddande behandling, är det ett signifikant stressfullt moment för patienten. Oförmågan att kommunicera är en stark bidragande orsak till att patienten upplever stress och obehag. Studiens resultat visade att generellt obehag och oförmåga till att kommunicera var de två mest stressande och ihåggkomna upplevelsorna. Anderssons och Bexells studie (2013) visar att kommunikation är en viktig del i omvårdnaden. Då patienterna är lätt sederade har sjuksköterskan möjlighet att kommunicera, etablera en relation med patienten samt utföra individualiserad vård. Det kan leda till att patienten upplever en mindre traumatisk intensivvårdstid (a.a).

Vi utgår ifrån att patient och sjuksköterska ses som subjekt där intensivvårdspatientens behov av omvårdnad måste anpassas till den enskilde personen. Kompetensbeskrivning för intensivvårdssjuksköterskor (2012) beskriver att en intensivvårdssjuksköterska ska kunna identifiera patientens individuella behov, samt informera och undervisa patienten. Hon ska även visa respekt för patientens integritet och verka för patientens rätt till självbestämmande.

Kommunikation kan belysas utifrån Travelbees omvårdnadsteori 1972 där kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap. Travelbees huvudtes utgår från att människors sjukdom och lidande är en personlig upplevelse, som upplevs meningslöst, men kan vara meningsfullt och ge möjlighet till personlig utveckling. För att hjälpa patienten övervinna sjukdom och lidande är kommunikation en förutsättning. Interaktionen mellan patienten och sjuksköterska sker i första hand genom kommunikation som gör det möjligt att etablera en mellanmänsklig relation. När två människor möts pågår kommunikation kontinuerligt såväl verbalt som icke verbalt. Kommunikation syftar till att tillgodose den sjukes behov och lindra dennes isolering och ensamhet. Enligt Travelbee är kommunikation en komplicerad process som kräver kunskap, färdighet, sensitivitet samt behärskande av kommunikationstekniker. Travelbee varnar för att felaktig kommunikation kan förstärka och förlänga den sjukes lidande. Hon beskriver en omvårdnadsprocess som omfattar att observera och identifiera om patienten har behov av omvårdnad, att genom samtal med patienten själv kontrollera att behovet uppfattats rätt, att bedöma om man klarar tillgodose patientens behov eller hänvisa till annan vårdgivare och att planera hur man skall tillgodose omvårdnadsbehoven (Travelbee, 1972). Sammanfattningsvis menar Travelbee att sjuksköterskan måste ha kunskap och insikt för att tillgodose den sjukes behov(a.a). Enligt författarna till föreliggande studie kan ökad insikt om kommunikationsmetoder medverka till bättre individuellt anpassad omvårdnad för patienterna.

### *Intensivvård*

Redan under kriget för 150 år sedan tillämpades intensivvård. En särskild avdelning för de mest sjuka och skadade etablerades av Florence Nightingale för att kunna övervaka patienterna mera kontinuerligt. Till Europa uppkom intensivvårdsavdelningar i början av 1950-talet i samband med polioepidemin, och Skandinavien var framträdande. Året 1952 fick

Sverige sin första officiella intensivvårdsavdelning (IVA) som var placerad i Borås. Till en början var det bara en daguppvakningsavdelning som senare samma år blev en verksamhet med dygnetruntomvårdnad (Larsson & Rubertsson, 2007).

På en intensivvårdsavdelning läggs patienten in på grund av sjukdomens eller skadans svårighetsgrad d.v.s. det är inte sjukdomen eller skadan i sig som indikerar om patienten är i behov av intensivvård eller inte. Kriterierna för IVA vård är att patienten har eller riskerar att drabbas av manifest akut svikt i flera vitala organ och funktioner samt att tillståndet är potentiellt reversibelt. Patienterna är oftast kritiskt sjuka, gränsen är oftast liten mellan liv och död. Deras kristillstånd kan vara fysiskt, psykiskt, socialt eller stressutlöst. Tillståndet försvårar möjligheten till anpassning, uttryck och ansvar för sin situation (Gullbrandsen & Stubberud, 2009).

Vårdtiden för en IVA patient kan variera mellan timmar till dagar. Under denna tid är de beroende av avancerad omvårdnad och medicinsk behandling (Gullbrandsen & Stubberud, 2009). Patienten behöver övervakas kontinuerligt, vitala funktioner registreras och kan kräva omedelbar intervention av intensivvårdssjuksköterskan. För att de fysiologiska behoven skall tillgodoses, behöver vissa av patientens funktioner fullständigt eller delvis tillgodoses (a.a). Kompetensbeskrivningen för IVA sjuksköterskor (2012) beskriver även att deras uppgift bl.a. är att vårda patienter med svikt i ett eller flera organ och bevara patientens egen förmåga till välbefinnande. Intensivvård inkluderar patienter som behöver respiratorvård under en kortare eller längre tid. Mekanisk ventilation under 7 dagar eller mer är enligt John et al. (2006) en av de mest komplexa och utmanande aspekterna inom intensivvård. Omvårdnad av respiratorbehandlade patienter kan vara en vardagssyssla för IVA sjuksköterskor. Dybwik (1997) menar också att en del av de mest resurskrävande patienterna på en intensivvårdsavdelning är patienter som har respiratorbehandling.

### *Mekanisk ventilation*

Mekanisk ventilation innebär att patienten är intuberad med syfte att skapa en fri och säker luftväg genom en oral eller nasal endotrakealtub som ligger två till tre centimeter över carina och ligger mellan huvudbronkerna. Då intubationen är svår och patienten bedöms kräva en längre tids respiratorbehandling görs en trakeostomi. Trakealkanylen läggs med ett snitt

mellan andra och tredje ringbrosket (Dybwik, 1997). När patienten är intuberad är respiratorns uppgift att säkra en adekvat ventilation, genom att transportera syrgas till lungorna och vädra ut koldioxid. Syresättningen är en nödvändig förutsättning för att upprätthålla kroppens vitala funktioner (Gullbrandsen & Stubberud, 2009).

Respiratorn har tre huvudinställningar: Kontrollerad ventilation, spontan andning och kombinerad ventilation. Kontrollerad ventilation innebär att respiration helt har övertagit andningsarbetet. Vid spontan andning styrs respiratorn av patientens egna andetag.

Kombinerad ventilation innebär en blandning av de två ovanstående och används oftast då patienten ska extuberas (Dybwik, 1997; Chlan, Grossbach & Tracy, 2011). Intubation med oral trakealkanyl vid respiratorbehandling omöjliggör verbal kommunikation, luften kan inte passera stämbanden. Patienten behöver även hjälp med att suga upp slem eftersom patienterna har en nedsatt förmåga hosta att upp det (Barnato et al., 2014)

## *Sedering*

Respiratorbehandling kräver vanligtvis någon form av sedering, för att minska oro, öka komforten och för att patienten ska tolerera behandling. Patienten kan vara tungt sederad eller lätt sederad. Begreppen lätt sedering eller ingen sedering alls används av författarna synonymt. Enligt Monger (1995) möjliggör lätt sedering kommunikation med patienten och underlättar mobilisering. Lätt sederade patienter är medvetna om sin omgivning och kommer att komma ihåg upplevelsen. Det är bättre om upplevelsen är riktig och inte en överklig dröm. Tung sedering innebär att patienten är helt sövd och saknar förmåga att kommunicera och innebär stora risker för till exempel pneumoni, hypotension, minskad hjärtminutvolym, ökad puls samt ventromboser (Dybwik, 1997; Karlsson, 2012). På senare tid har det dock blivit allt vanligare att föredra lätt sedering för att undvika de komplikationer som tung sedering medför (Andersson et al., 2013). Enligt Monger (1995) innebär en lättare sedering att patienten kan kommunicera och mobiliseras. Risker som är associerade till sedering, som muskelatrofi och hallucinationer minskar. Lätt sedering underlättar att individualisera vården och möjliggör patientens neurologiska status, IVA-vårdtiden förkortas och det medicinska tillståndet förbättras (Bergbom, Forsberg et al., 2012). Enligt hälso-och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982: 763), 2a §, är målet att patienten så långt det är möjligt har en delaktighet i vården. Lättare sedering främjar att vården kan genomföras i samråd med patienten. God kontakt mellan



patienten och sjukvårdspersonal bör eftersträvas och patienten har rätt till individuellt anpassad information.

### *Kommunikationsmetoder*

Endotrachealtuben hos intensivvårdspatienter utgör ett stort hinder för verbal kommunikation vid respiratorbehandling, vilket gör att intensivvårdssjuksköterskan och patienten måste förlita sig på alternativa kommunikationsmetoder (Barnato et al., 2014). I Osberg och Rudelius magisteruppsats (2014) identifierades och beskrivs följande alternativa kommunikationsmetoder: *pektavla, penna och papper, bilder med text, ja och nej frågor, uteslutningsmetod, läsa på läpparna och kroppsspråk*. I deras resultat framkom det att bland annat djup sedering påverkade kommunikationens kvalité och omfattning. Andra faktorer som yttre störningsmoment till exempel larm från apparatur, ljud, ljus och diverse övervakningsapparater utgjorde ett hinder för kommunikationen. Försvårande patientrelaterade faktorer som identifierades var förvirringstillstånd, hög ålder, lång respiratorid, språk, syn och hörselhedsättning (a.a).

### **Syfte**

Syftet var att beskriva vilka kommunikationsmetoder som används av personal för kommunikation med intuberade patienter på en allmän intensivvårdsavdelning

### *Specifika frågeställningar*

- 1 Vilka kommunikationsmetoder användes mest?
- 2 Hur många olika kommunikationsmetoder används vid varje tillfälle?
- 3 Finns det samband mellan typ av kommunikationsmetod och yrkeskategori?

## Metod

Studien som genomförts var en kvantitativ observationsstudie med deskriptiv ansats. Intresset var att studera förutbestämda händelser. Kvantitativ ansats används när man skall mäta förekomst av något. För jämförelse av metoder som presenteras numeriskt lämpar sig en observationsstudie bäst enligt Polit, Beck och Tatano (2014). I studien mättes förekomst av olika kommunikationsmetoder. För att mäta förekomst av de olika metoderna har en klassificering gjorts. Klassificeringen gjordes för att mäta hur mycket det finns av just en eller flera specifika företeelser (Hartman, 2004).

## Urval

Studien har genomförts på ett större sjukhus i södra Sverige under oktober månad 2014.

Författarna utförde observationsstudien på en allmän intensivvårdsavdelning.

Datainsamlingen var planerad att genomföras på två olika sjukhus, men under den vecka som datainsamling gjordes saknade ett sjukhus patienter som uppfyllde inklusionskriterierna.

Inklusionskriterier var patienter som var lätt sederade, oraltintuberade och mekaniskt ventilerade. Även icke svensktalande patienter inkluderades i studien. Exklusionskriterier var barn under 18 år och patienter som var så pass svårt sjuka att de var oförmögna till kommunikation till exempel hjärndöda eller i livets slutskede.

Kontakt togs med intensivvårdsavdelningen inför varje observationstillfälle, för att diskutera om patienten var lämplig att inkluderas i studien. Patienter studerades under totalt 40 observationstimmar, 20 timmar var av respektive författare. Endast ett fåtal patienter uppfyllde inklusionskriterierna under observationstiden vilket resulterade i att 28 observationer genomfördes. Patienter observerades vid något tillfälle mer än en gång men då med annan personal.

## Instrument

Författarna utarbetade i förväg ett observationsprotokoll med förslag på sju olika kommunikationsmetoder som dokumenterades på ett strukturerat sätt, se bilaga. Observationsprotokollet utarbetades efter de kommunikationsmetoder som tidigare studier identifierat, beskrivet i bakgrunden och utifrån författarnas förståelse om kommunikationsmetoder (Osberg & Rudelius, 2014). Observationsprotokollet innehöll kolumner med olika kommunikationsmetoder samt personalkategori. Tiden var indelad i en minuters intervall och under varje minut sattes streck för de metoder som användes. Observatörerna förväntade sig inte att ett kommunikationstillfälle varade längre än 12 minuter, protokollet innehöll därför inte mer än 12 rader. Protokollet testades i två pilotobservationer och justerades sedan innan studien genomfördes. Båda författarna observerade samma patient och personal samtidigt, men oberoende av varandra, för att sedan jämföra resultatet och för att säkerställa att observationerna kunde genomföras av observatörerna oberoende av varandra. Tre olika kommunikationsmetoder, *Hålla handen*, *Envägskommunikation och kroppsspråket*, identifierades och användes och lades till i observationsprotokollet. *Hålla handen* innebar att personalen frågade eller informerade patienten om något och bad denne krama handen som svar. *Kroppsspråk* innebar att personalen förtydligade sin kommunikation med kroppsrörelser och *envägskommunikation* att endast personalen kommunicerade. En av de sju metoderna, *inga kommunikationsmetoder* togs bort eftersom den inte var relevant för syftet. Då två personalkategorier kommunicerade med patienten samtidigt, delades observationen in i två tillfällen var för sig.

## Datansamling

Datansamlingen genomfördes med direkta, strukturerade observationsstudier. Enligt Olsson och Sörensen (2007) observeras det som utspelar sig framför och omkring oss genom iakttagelser. Dessa konkreta händelser registrerades i ett utarbetat observationsprotokoll. Strukturerad observation betyder att de kommunikationsmetoder som studerades var utsedda i förväg och kategoriserades (Polit, Beck och Tatano, 2014). Patientsalarna på intensivvårdsavdelningen där datansamlingen gjordes var indelade i olika moduler, med plats för en till två patienter och ett kontor. Observationerna skedde på

mestadels tvåsalar, gemensamt av observatörerna eller var för sig. Observatörerna var passiva och interagerade inte med omgivningen. Observationen startades när patienten sökte kontakt med personal eller då personalen började prata med patienten och kommunikation varade längre än en minut. Datainsamlingen genomfördes under en arbetsvecka hösten 2014.

Observatörerna satt halva dagen var mellan kl. 0800-1600. Två halvdagar var lades till, för att få ytterligare några observationstillfällen till studien. Observationerna genomfördes på dagtid, då det ansågs vara mest troligt att kommunikation skedde.

Före datainsamlingen hade kontakt tagits med avdelningschef på intensivvårdsavdelningen som tillfrågats och godkänt studien. Författarna informerade sedan personalen på avdelningen muntligt och skriftligt om studien. Ett informationsblad hade utarbetats, och delades ut till personal men även till anhöriga och patienter som kunde ta del av informationen.

## **Databearbetning**

Efter att datainsamlingen hade slutförts fördes data in i ett statistikprogram SPSS version 18.0, bearbetades och sammanställdes. Deskriptiv data presenterades i antal och i procent. Hypotesprövning utfördes för att få svar på frågeställningen, om det finns samband mellan typ av kommunikationsmetoder och yrkeskategorier. Förekomst av signifikanta skillnader undersöktes med hjälp av Chi-två test eftersom variablerna var nominala. Signifikansnivån bestämdes till 0.05 (Ejlertsson, 2012).

## **Etisk avvägning**

En ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), som är en expertgrupp för etik, skickades för rådgivande och yttrande. VEN rekommenderade att studien inte genomfördes på patienter som inte kunde ge informerat samtycke, då svårt sjuka patienter kan ha svårt att göra detta skriftligt och deras autonomi är nedsatt. Författarna i samråd med handledare och verksamhetschef på avdelningen, valde efter noga övervägande att ändå genomföra studien. Studien är en kvalitetssäkringsstudie i uppdrag från verksamhetschefen och förväntas leda till förbättringsarbete för berörd intensivvårdsavdelning. Patienterna vi observerade var sårbara

och beroende i sin situation, men studiens resultat förväntas enligt individskyddskravet överväga de negativa obehag som patienterna eventuellt upplevt. Författarna visade hänsyn i den mån det gick till individskyddskravet till de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2002) beskriver. Patienterna som observerades diskuterades först med sektionschefen och av etiska skäl observerades inte alla. Endast relativt vakna patienter observerades och författarna var lyhörda för deras reaktioner för obehag. Vid integritetskränkande situationer lämnade författarna rummet. Berörda informerades om studiens syfte enligt informationskravet och deltagarna fick själva i den mån de kunde bestämma om de ville delta enligt samtyckeskravet. När anhöriga fanns informerades även dessa och hänsyn togs även till dem. Deltagarna i studien hade rätt att när som helst avbryta om de kände att de inte ville fortsätta. Ingen patient eller personal avbröt studien. Data som samlades in oidentifierades så att deltagarna inte kunde identifieras enligt konfidentialitetskravet och insamlad data användes endast i författarnas forskningssyfte enligt nyttjandekravet.

## Resultat

Resultatet utgår från 28 observationer som var indelade i en-minuters-intervall, totalt har 158 minuter observerats. Övrig observationstid där det inte skedde någon kommunikation registrerades inte av observatörerna. Kommunikationsmetoder användes vid moment som extubering, vändning av patient, förberedelse inför undersökning, undersökning samt generell omvårdnad.

### *Vanligaste kommunikationsmetoderna*

Under de 158 observerade minuterna registrerades totalt 163 kommunikations moment fördelade på de sju olika metoderna. Av resultatet framgår att de vanligaste kommunikationsmetoderna som användes av personal med intuberade patienter på en intensivvårdsavdelning var *ja/nej* och *envägskommunikation*. Dessa två metoder registrerades 48 respektive 47 gånger och stod tillsammans för mer än hälften av all kommunikation, ca 30% vardera av all registerad kommunikation. Det kan jämföras med *läsa läppar* som var den minst vanligaste kommunikationsmetoden och användes endast en gång. Den tredje

vanligaste kommunikationsmetoden var *kroppsspråket* (14%), tätt följt av *uteslutningsmetoden* med (11%). Två kommunikationsmetoder *bilder och pektavla* användes inte alls av personalen under hela observationsstudien.

Tabell 1 visar antal registreringar inom de olika kommunikationsmetoderna.

**Tabell 1** Frekvens av använda kommunikationsmetoder hos IVA personal.

| <b>Kommunikationsmetod</b> | Antal | %   |
|----------------------------|-------|-----|
| Ja/nej                     | 48    | 30  |
| Envägs kommunikation       | 47    | 29  |
| Kroppsspråket              | 24    | 14  |
| Uteslutningsmetoden        | 19    | 11  |
| Hålla handen               | 13    | 8   |
| Papper                     | 11    | 7   |
| Läsa läppar                | 1     | 1   |
| Bilder                     | 0     | 0   |
| Pektavla                   | 0     | 0   |
| Total summa                | 163   | 100 |

### *Användande av flera kommunikationsmetoder*

Av totalt sju olika kommunikationsmetoder så var det vanligast att man använde sig av tre metoder under ett och samma tillfälle för att kommunicera med intuberade patienter. Enligt tabell ett och två var de metoder man kombinerade oftast *Ja/nej*, *envägskommunikation* och *kroppsspråket*. Tillsammans användes dessa metoder i 25% av observationerna. Näst vanligast var att man använde sig av 5 olika metoder, vilket också var det högsta antalet metoder under ett tillfälle, eller endast en kommunikationsmetod. Två olika kommunikationsmetoder under samma observation användes i fem av de 28 observationerna och fyra kommunikationsmetoder i fyra observationer. Sjuksköterskor använde sig till större del av fler kommunikationsmetoder än undersköterskor. De använde sig i genomsnitt av 3,5 olika kommunikationsmetoder till skillnad från undersköterskor som använde sig i genomsnitt av 2,25 metoder. Fem metoder användes av sjuksköterskor i fem observationer men bara en gång av undersjuksköterskor. I tabell två presenteras antal kommunikationsmetoder som

användes som användes vid varje observation. De två kommunikationsmetoder som inte användes inkluderades inte i tabellen.

**Tabell 2** *Antal kommunikationsmetoder vid varje observation*

| <b>Observation</b><br><b>(1)=SSK</b><br><b>(2)=USK</b> | Ja/n<br>ej | Papper | Läsa<br>läppar | Uteslutnings<br>metoden | Kroppsspråket | Hålla<br>handen | Envägs<br>kommunikation | Antal<br>metoder |
|--|------------|--------|----------------|-------------------------|---------------|-----------------|-------------------------|------------------|
| 1(1)   | 4          | 0      | 1              | 0                       | 3             | 2               | 5                       | <b>5</b>         |
| 2(1)   | 1          | 3      | 0              | 1                       | 1             | 3               | 0                       | <b>5</b>         |
| 3(1)   | 2          | 2      | 0              | 1                       | 1             | 0               | 1                       | <b>5</b>         |
| 4(1)   | 3          | 0      | 0              | 1                       | 1             | 2               | 2                       | <b>5</b>         |
| 5(1)   | 1          | 0      | 0              | 1                       | 1             | 1               | 1                       | <b>5</b>         |
| 6(1)   | 2          | 3      | 0              | 2                       | 1             | 0               | 0                       | <b>4</b>         |
| 7(1)   | 3          | 0      | 0              | 1                       | 0             | 2               | 3                       | <b>4</b>         |
| 8(1)   | 2          | 0      | 0              | 1                       | 2             | 0               | 3                       | <b>4</b>         |
| 9(1)   | 4          | 0      | 0              | 0                       | 1             | 0               | 1                       | <b>3</b>         |
| 10(1)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 2             | 0               | 4                       | <b>3</b>         |
| 11(1)  | 3          | 0      | 0              | 0                       | 3             | 0               | 2                       | <b>3</b>         |
| 12(1)  | 1          | 0      | 0              | 0                       | 2             | 1               | 0                       | <b>3</b>         |
| 13(1)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 1             | 0               | 3                       | <b>2</b>         |
| 14(1)  | 3          | 0      | 0              | 3                       | 0             | 0               | 0                       | <b>2</b>         |
| 15(1)  | 1          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 1                       | <b>2</b>         |
| 16(1)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 5                       | <b>1</b>         |
| 17(2)  | 1          | 2      | 0              | 1                       | 0             | 1               | 2                       | <b>5</b>         |
| 18(2)  | 1          | 1      | 0              | 1                       | 0             | 1               | 0                       | <b>4</b>         |
| 19(2)  | 4          | 0      | 0              | 3                       | 1             | 0               | 0                       | <b>3</b>         |
| 20(2)  | 3          | 0      | 0              | 0                       | 1             | 0               | 2                       | <b>3</b>         |
| 21(2)  | 2          | 0      | 0              | 1                       | 0             | 0               | 1                       | <b>3</b>         |
| 22(2)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 1             | 0               | 4                       | <b>2</b>         |
| 23(2)  | 3          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 3                       | <b>2</b>         |
| 24(2)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 2             | 0               | 0                       | <b>1</b>         |
| 25(2)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 1                       | <b>1</b>         |
| 26(2)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 0                       | <b>1</b>         |
| 27(2)  | 1          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 0                       | <b>1</b>         |
| 28(2)  | 0          | 0      | 0              | 0                       | 0             | 0               | 4                       | <b>1</b>         |

### *Skillnad I yrkeskategorier*

De vanligaste kommunikationsmetoder sjuksköterskor använde sig av var *Ja/Nej* och *envägskommunikation*. De använde sig även av *kroppsspråket* (16%) och *hålla handen* (10%). Undersköterskor använde sig också oftast av *Ja/Nej* och *envägskommunikation*, men knappt inte alls sig av att *hålla handen* och *kroppsspråket*. Signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor och undersköterskor påvisas endast avseende två metoder, *hålla handen* ( $P=0,044$ ) och *kroppsspråket* ( $P=0,024$ ). Kommunikationsmetoden *läsa läppar* användes så pass lite att inga jämförelser kan göras och därmed inga slutsatser dras avseende denna metod. I tabell tre redovisas sambanden mellan kommunikationsmetoder och yrkeskategorier.

**Tabell 3** *Frekvens av kommunikationsmetoder som användes av SSK och USK*

| <b>Kommunikationsmetod</b> | SSK      | USK      | P-värde |
|----------------------------|----------|----------|---------|
|                            | Antal(%) | Antal(%) |         |
| Ja/nej                     | 33 (29)  | 15 (31)  | 0,076   |
| Papper                     | 8 (7)    | 3 (6)    | 0,362   |
| Läsa läppar                | 1 (1)    | 0 (0,0)  | 1,000   |
| Uteslutningsmetoden        | 11 (10)  | 8 (16)   | 0,312   |
| Kroppsspråket              | 19 (16)  | 5 (10)   | 0,024   |
| Hålla handen               | 11 (10)  | 2 (4)    | 0,044   |
| Envägs<br>kommunikation    | 31 (27)  | 16 (33)  | 0,200   |
| Totalt                     | 114      | 49       |         |



# Diskussion

## Metoddiskussion

Författarnas syfte var att redogöra för vilka kommunikationsmetoder som används mellan personal och intuberade patienter. Direkta strukturerade observationer med ett utarbetat observationsprotokoll för studiens datainsamling var relevant för syftet och valdes därför. VEN rekommenderade att studien gjordes som en intervjustudie av personal, om patienterna inte kunde ge skriftligt informerat samtycke. Med en intervjustudie hade studiens syfte troligtvis inte kunnat besvaras eller hade gett ett mindre tillförlitligt resultat. Det som studerades var personalens metoder för att kommunicera med patienten och inte patientens metoder för att kommunicera med personalen. Det bästa sättet att studera det som faktiskt sker är via en observationsstudie enligt Olsson och Sörensen (2007). När VEN ansökan gjordes framgick det inte tydligt att det var personalen som observerades och inte patienterna vilket kan förklara varför VEN rekommenderade en annan metod för studien.

Författarna valde att ha informationsbrev om studiens betydelse vilket också Vårdvetenskapliga etiknämnd rekommenderade. Bäst hade varit om syftet inte hade avslöjats, det går nu inte att utesluta att informationen kan ha påverkat resultatet i arbetet. Syftet valdes ändå att avslöjas för att deltagarna inte skulle känna sig övervakade. Då vårdpersonalen hade kännedom om syftet kan det ha medfört att de ansträngde sig extra för att kommunicera med patienten. Det förhållandet behöver inte vara negativt för studien. Syftet var att studera metoder och inte kommunikationens mängd.

Det finns fler kommunikationsmetoder än det som resultatet visade och som fanns registrerade i protokollet. Endast de mest väsentliga metoder som tidigare studier identifierat och som även testades i en pilotstudie inkluderades först i denna studie. Efter pilotstudien noterade författarna ytterligare tre kommunikationsmetoder som användes, *kroppsspråket*, *hålla handen* och *envägskommunikation*. *Kroppsspråk* är en icke verbal kommunikation som förekommer medvetet eller omedvetet enligt Harge och Dicksson (2003). Metoden användes tillsammans med andra metoder men registrerades i observationsprotokollet som en egen metod när man medvetet eller omedvetet förtydligade sitt språk med rörelser eller beröring.

*Hålla handen* registrerades främst när patienten svarade personalen genom att krama dennes hand som svar på olika frågor men också som bekräftelse på att patienten förstod personalens information. *Envägskommunikation* fanns nämnd i tidigare studier, men inkluderades ändå inte till en början av författarna, eftersom de inte ansåg det vara en riktig metod. Patienterna tycktes inte svara på den metoden men mottog ändå information och visade signaler och tecken på att de förstod genom till exempel blinkningar. Kommunikation skedde eftersom en förmedlade och en tog emot informationen enligt Eide och Eide (2009) och metoden inkluderades därför. Pilotstudien utfördes även för att stärka den interna validiteten och därmed öka studiens styrka. Genom att inte ha med allt för många metoder blev protokollet överskådligt och det fanns inga svårigheter med att registrera vilka kommunikationsmetoder som utfördes. Observationsprotokollet var i stort sett heltäckande över de kommunikationsmetoder som användes.

Individuella skillnader i patienternas tillstånd kan ha påverkat hur resultatet blev, eftersom alla patienter inte var lika förmögna till att kommunicera. Det författarna såg var att denna typ av patienter fick en större andel *envägskommunikation*. Vid urvalet av patienter gjordes ett bekvämlighets urval då antalet som uppfyllde inkussionskriterierna var så få. Ett systematiskt urval hade styrkt studien men var inte möjligt att genomföra. En sederingskala som till exempel MAAS (Motor Activity Assessment Scale) eller RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) hade också underlättat för att avgöra om patienterna var tungt eller lätt sedarade men användes inte. Etiska aspekter spelade stor roll vid selekteringen av patienter och därför fick driftansvarig sjuksköterska på avdelningen avgöra om patienten var lämplig att delta, detta kan dock ses som en svaghet i studien. Författarna observerade inte samma personal med samma patient mer än en gång, då det hade kunnat ge ett missvisande resultat. Antalet observationer hade blivit större om detta gjorts, men resultaten hade blivit mindre tillförlitligt. Studiens design och upplägg gjorde det omöjligt att avgöra i förväg hur många patienter som skulle delta i studien, önskvärt hade varit det dubbla antalet. Observationerna genomfördes dagtid eftersom chansen för kommunikationstillfällen ansågs vara större då. Tid på dygnet och datum fanns med på instrumentet endast för att underlätta för författarna men tidsangivelserna användes inte i sammanställningen. Icke svensktalande patienter inkluderades i studien men förkom inte. Hade så varit fallet hade kanske resultatet blivit annorlunda. *Kroppsspråk* och de två metoder som inte användes *bilder* och *pektavla* hade förmodligen registrerats mer.

Från början hade författarna tillstånd och kvalitetssäkringsuppdrag från två olika sjukhus. Ett sjukhus fick exkluderas då det inte fanns några patienter som uppfyllde inklusionskriterierna för studien. På det andra sjukhuset fanns det endast ett fåtal patienter att observera, vilket gjorde att urvalet inte blev så stort. Fler observationstillfällen och längre tid för datainsamling hade ökat tillförlitligheten i resultatet. Vårt resultat är specifikt för den intensivvårdsavdelning där studien genomfördes, men kan tillämpas och vara användbart för alla intensivvårdsavdelningar. Ökad insikt om kommunikationsmetoder förväntas medföra bättre individuellt anpassad omvårdnad till patienterna. Externa validiteten som är ett mått på studiens generaliserbarhet är svår att avgöra, men anses vara god då man kan förvänta sig att det finns samma kategori av patienter och personal på andra intensivvårdsavdelningar. Den externa validiteten hade blivit högre om de båda tillfrågade sjukhusen hade ingått i studien. Författarna anser trots att antalet önskvärda patienter inte uppnåddes att resultatet är tillförlitligt, eftersom datainsamlingen genomfördes med hjälp av systematiska och strukturerade observationer. De flesta tidigare studier har använt sig av intervjuer, det saknas studier där man använder sig av observationer, vilket gjorde att författarna hade svårt att finna studier inom samma område med kvantitativ ansats. Bristen på denna typ av studier gör att resultatet inte kan jämföras med studier gjorda på samma sätt men gör också att föreliggande studie får ett större värde eftersom den tillför ny kunskap. Emellertid behövs ytterligare forskning inom området med ett större urval för att bekräfta studiens resultat.

## Resultatdiskussion

Av föreliggande studies resultat framgår det att de vanligaste kommunikationsmetoderna som användes på intensivvårdsavdelningen var *ja/nej*, 30 % och *envägs kommunikation*, 30 %. Tillsammans stod detta för mer än hälften (60%) av alla kommunikationsmetoder som användes av personalen för att interagera med patienten. En trolig förklaring till att dessa två kommunikationsmetoder användes så mycket, är att de är lätta att använda då personalen vill kommunicera med patienten. Enligt Anderssons och Bexells studie (2013), föredrar patienter enkel kommunikation för att göra sig förstådda. Då patienter är trötta och sjuka och saknar energi, önskar de en sjuksköterska som finns lättillgänglig, med enkel och kortfattad kommunikation. Patientens medicinska tillstånd tillåter oftast inte någon annan typ av

kommunikation. Det kan vara en förklaring till att två olika kommunikationsmetoder överhuvudtaget inte används, som till exempel *bilder* och *pektavla*.

*Envägskommunikation* som först inte ingick i studien är en av de vanligaste kommunikationsmetoderna och användes i 30 % av fallen. Patienterna tog till sig informationen och enligt Anderssons och Bexells studie (2013) framkom det att patienten behöver mycket information, för att förstå vad personalen gör, var de är och vad som händer omkring dem. Patienterna kan på så sätt få mycket svar utan att behöva ställa frågor som kräver energi. En förklaring till att två kommunikationsmetoder *bilder* och *pektavla* inte användes, kanske var att de glömdes bort eller upplevdes vara mer komplicerade. De kan dock vara till stor nytta för patienten som har svårt att göra sig förstådda. Det krävs mycket kreativitet av sjuksköterskan, erfarenhet och kunskap om olika metoder för att förstå vad patienten vill ha fram (a.a).

*Penna och papper* var en underanvänd metod i föreliggande studie. Enligt Bergholm, Forsberg och Karlsson (2012) upplevde patienterna att *papper och penna* var en ansträngande metod som krävde mycket energi. Då det är ansträngande att skriva för patienten, kan *bilder* som verktyg och strategi vara ett komplement. Det kan vara frustrerande för sjuksköterskan och patienten att stå och gissa sig till vad patienten försöker att förmedla. Därför är kunskapen om olika metoder viktigt så att de inte glöms bort och kan användas som en alternativ lösning (a.a).

De kommunikationsmetoder som observerades hämtades från Osberg och Rudelius (2014) studie. I deras resultat framkom det att de intervjuade sjuksköterskorna trodde att *ja/nej* var den mest fungerade metoden, vilket även styrks i vår studie. Det var en av de vanligaste kommunikationsmetoderna och användes i nästan en tredjedel av fallen. Osberg och Rudelius, (2014) menade också att *envägskommunikation* användes i många situationer, men att informanterna inte tyckte det var optimalt. Författarna till föreliggande studies uppfattning av denna kommunikationsmetod är att den har stor betydelse för patienten (a.a).

Vårt resultat visade att sjuksköterskor och undersköterskor ofta använde sig av flera olika kommunikationsmetoder. Johansen-Wojnicki (2001) studie visade också att en lyckad kommunikation mellan personal och patient är relaterad till att en anpassad och effektiv

metod används. Samma studie visar även på att det var vanligt att fler än en kommunikationsmetod användes. Enligt Barnato et al, (2014) är sjuksköterskor de primära initiativtagarna till kommunikation på en intensivvårdsavdelning. Att sjuksköterskan använde sig av fler kommunikationsmetoder än undersköterskorna anser författarna relateras till hennes omvårdnadsansvar. Hon behöver identifiera patientens behov och är skyldig enligt Kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor (2012) att informera och undervisa patienten. En intensivvårdssjuksköterska med det höga medicintekniska arbetet och många olika medicinska moment, gjorde att behovet av olika kombinerade kommunikationsmetoder var större än undersköterskornas. Fler metoder fick användas och provas fram för att förklara för patienten vad som skulle hända. Huvudansvaret för omvårdnaden ligger hos sjuksköterskan och hon tillbringar mycket tid nära patienten vilket också krävs för att kommunikationen ska bli lyckad (Anderssons & Bexell 2013). Resultatet i denna studie visade signifikant på att metoderna *kroppsspråk* och *hålla handen* används mer av sjuksköterskor än undersköterskor. Det resultatet stärks av Johansen-Wojnickis (2001) studie där dessa metoder användes av sjuksköterskor och uppskattades framför andra metoder av patienterna. Kroppsspråk och kontakt är ett bra sätt för att få patienten att känna sig bekräftad och omhändertagen (a.a). Travelbee (1972) beskriver i sin omvårdnadsteori att sjukdom och lidande är en personlig upplevelse och kommunikation är en av sjuksköterskans viktigaste redskap för att hjälpa patienten övervinna isolering och ensamhet. *Kroppsspråk* och *hålla handen* är två nära icke verbala metoder som stärker den verbala kommunikationen och ger möjlighet att etablera en mellanmänsklig relation mellan personal och patient. Sjuksköterskor har mer anledning än undersköterskor att få god kontakt med patienten så att de får kännedom om dennes tillstånd, för att tillgodose patientens behov och minska lidande. Det kan enligt författarna vara en anledning till dessa två metoder, *kroppsspråk* och *hålla handen*, användes mer av sjuksköterskor.

Flera studier visar på hur viktig kommunikation är för patienter och kan lindra deras lidande i den situation de befinner sig med kritisk sjukdom, smärtsam endotrakealtub i halsen och oförmåga att uttrycka sig verbalt. Samuelsons studie (2011) visar att en fungerande kommunikation är viktig för patientens känsla av välbefinnande och trygghet. Från de intervjuade patienterna framkom det att kommunikation tog mycket ork och de var rädda för att glömma bort att andas. Karlsson (2012) kom också fram till i sin avhandling att vakenhet vid respiratorbehandling innebär ett lidande för patienten, ett lidande som kan uthärdas och

till och med bemästras om omvårdnaden är tillräckligt god. God omvårdnad av vakna eller lätt sederade patienter innebär att vårdaren hela tiden finns till hands, är alert, är uppmärksam och duktig på att tolka patientens signaler. Vårdaren behöver också vara kapabel att utföra de vårdåtgärder som är nödvändiga för att lindra obehag och lidande samt förmedla värme och empati. Ytterligare en som visar på hur viktig fungerande kommunikation är för patienten är Johansen-Wojnicki (2001) som i sitt resultat kom fram till att patienter som upplevde misslyckad kommunikation tyckte respiratorbehandlingen var det värsta de varit med om medan patienter som lyckades förmedla sig upplevde lättnad. Resultatet i Johansen-Wojnickis (2001) studie visade också att personalen tyckte kommunikationen fungerade bättre än vad patienterna tyckte och att det behövs mer ansträngning och träning av personalen för att kommunicera med vakna och lätt sederade patienter. Resultatet i denna studie visar på vilka metoder som används och att de kombineras vilket är användbar information för intensivvårdssjuksköterskor så att de kan hjälpa patienter uthärda lidandet som respiratorbehandling medför. Det krävs kreativitet av både patienter och personal för att finna ett fungerande kommunikationssätt men de enklaste metoderna kan vara tillräckliga. Försök till att underlätta kommunikation är viktiga och kommunikation är mycket mer än ett verbalt språk enligt en intervjuad sjuksköterska i Osberg och Rudelius (2014) studie. Endast närvaro eller att hålla i patientens hand kan förmedla trygghet och tröst.

## **Konklusion och implikationer**

Av resultatet framgår det att de två vanligaste kommunikationsmetoder som användes på intensivvårdsavdelningen var *ja/nej*, och *envägs kommunikation*. Tillsammans står de för mer än hälften, 59 procent av all kommunikation. Minst vanligast var att *läsa läppar* med 1%. En signifikant skillnad kan endast ses på att *hålla handen* och *kroppsspråket*, d.v.s. att sjuksköterskor i större utsträckning än undersköterskor använde sig av dessa två kommunikationsmetoder. För övriga kommunikationsmetoder såsom *ja/nej*, *penna papper*, *läsa läppar*, *uteslutningsmetoden* och *uteslutningsmetoden* kunde man inte se någon signifikant skillnad mellan de två yrkesgrupperna. I resultatet framgår det även att mer än en kommunikationsmetod ofta kombinerades av både sjuksköterskor och undersköterskor. Budskapet är att flera olika kommunikationsmetoder bör användas av vårdpersonalen då de kommunicerar med intuberade patienter, dels för att optimera kommunikationen mellan dem,

men också för att kunna tillgodose samt bedöma patientens behov på bästa möjliga sätt. I framtiden rekommenderas ytterligare studier där man observerar patienter både på dagen och på natten. Det vore intressant att se om det finns några skillnader, samt om vissa typer av kommunikationsmetoder används mer på natten i jämförelse med dagtid. Författarna föreslår ytterligare observationsstudier samt experimentella studier för att se om utbildning i kommunikationsmetoder har någon betydelse. En vidare utveckling av denna studie med ett högre antal patienter och på flera olika avdelningar hade också varit av betydelse, för att få en högre validitet.

## Referenser

- Andersson, A.-C., Bexell, E., Henricson, M. & Tingsvik, C. (2013) Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26: p124-129.
- Bergholm, I., Forsberg, A. & Kalrsson, V. (2012) The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28: p6-15.
- Barnato, A., Donovan, H., Happ, M.B., Hoffman, L., Nilsem, M.L. & Sereika, S.M. (2014) Adaptation of Communication Interaction Behavior Instrument for Use in Mechanically Ventilated, Nonvocal Older Adults. *Nursing Research*, 63(1): p3-13.
- Bergholm, I., Karlsson, V. & Lindahl, B. (2012) Patient's statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: A prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3): p247-258.
- Chlan, L., Grossbach, I., & Tracy, M.T. (2011). Overview of Mechanical Ventilatory Support and Management of Patient- and Ventilator-Related Responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30-44. doi: 10.4037/ccn2011595
- Demirci, J. R., DiVirgilio, D., Garrett, K. L., George, E., Happ, M. B., Houze, M. P., Tate, J. A. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(2).
- Dybwik, K. (1997). *Respiratorbehandling*. Stockholm: Universitetsförlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gullbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2009). *Intensivvård-avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hargie, O. & Dickson, D. (2003). *Skilled interpersonal communication: research, theory, and practice*. (4. ed.) London: Routledge.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Studentlitteratur: Lund.
- John, W., Johnson, P. & Moyle, W. (2006) Long-term mechanical ventilation in critical care unit: Existing in an uneventful world. *Journal of Advances Nursing*, 53(5): p551-558.
- Johansen-Wojnicki, G. (2001). *Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations*. *Intensive and critical nursing*. 17: p29-39.



Karlsson, V. (2012). *Att vårdas vaken med respirator- patientens och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Kompendiet).  
Från [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/27823/1/gupea\\_2077\\_27823\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/27823/1/gupea_2077_27823_1.pdf)

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Studentlitteratur: Lund.

Kompetensbeskrivning-legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. (2012). Hämtad 30 april, 2014, från [http://www.aniva.se/assets/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/assets/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf).

Larsson, A. & Rubertsson, S. (2007). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB.

Monger, E. (1995). Strategies for nursing conscious mechanically ventilated patients in southampton and Amsterdam. *Intensive and critical nursing*, 11: p140-147.

Nilsson, B. & Waldermarson, A. (2007). *Kommunikation: /samspel mellan människor*. (3.,[omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocesse*. Stockholm: Liber AB

Osberg, A., & Rudelius, C. (2014). *Kommunikation med intuberade patienter på en intensivvårdsavdelning: Vårdpersonalens upplevelser*. Magisteruppsats, Lunds Universitet, medicinska fakulteten.

Polit, D-F., & Beck, C-T. (2014). *Essentials of nursing research* (8. Ed) Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening.

Samuelson, K. (2011a). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation. *Heart & Lung*, 40, 49-55.

Samuelson, K. (2011b). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-Findings from 250 interviews. *Intensive and critical nursing*, 27, 76-84.

SFS 1982: 763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 29 april, 2014, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Travelbee, J. (1972). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. DAVIS Company; 2: a uppl.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

# Observationsprotokoll

# Bilaga 1 (1)

Uppdrag:

Datum & tid:  
 Sjukhus:  
 Arbetspass:

*Typ av kommunikation*

*Vem utför kommunikationen*

| Tid   | Ja/nej | Pektavla | Papper | Läsa läppar | Bilder | Uteslutnings metoden | Kroppspråket | Hållhanden | Envägs kommunikation | USK | SSK |
|-------|--------|----------|--------|-------------|--------|----------------------|--------------|------------|----------------------|-----|-----|
| 1min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 2min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 3min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 4min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 5min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 6min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 7min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 8min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 9min  |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 10min |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 11min |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |
| 12min |        |          |        |             |        |                      |              |            |                      |     |     |