

# Stemmeløs medvirkning

En observasjonsstudie av  
intensivsykepleieres tilrettelegging for  
medvirkning hos våkne, intuberte  
intensivpasienter

Marte-Marie Wallander Karlsen



Masteroppgave  
Medisinsk Fakultet  
Institutt for Helse og Samfunn  
Avdeling for Sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

25.06.2012

©





<b>Navn:</b> Marte-Marie Wallander Karlsen	<b>Dato:</b> 25.06.2012
<b>Tittel og undertittel:</b> Stemmeløs medvirkning. En observasjonsstudie av intensivsykepleieres tilrettelegging for medvirkning hos våkne, intuberte intensivpasienter.	
<b>Sammendrag:</b> Masteroppgaven leveres som artikkel og refleksjonsoppgave.	
<b>Bakgrunn/Hensikt:</b> Våkne pasienter med respiratorbehandling har reduserte muligheter til å kommunisere og selv å medvirke i omsorgen og under pleien under oppholdet. Studiets hensikt er å få kunnskap fra eksisterende praksis om hvordan sykepleierne legger til rette for at våkne respiratorpasienter gjøres medvirkende i egen pleie.	
<b>Teoretisk bakgrunn:</b> Martinsens omsorgsteori er benyttet som forståelsesramme for medvirkning. Refleksjonsoppgaven fokuserer på deltagende observasjon, ved å benytte metodelitteratur og andre forskeres erfaringer rundt temaet; hvordan bruke seg selv som instrument.	
<b>Metode:</b> Deltagende observasjon ble benyttet for å beskrive samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten. Totalt åtte observasjoner ble utført.	
<b>Funn:</b> Studiet indikerer at sykepleierne brukte et paternalistisk skjønn i samhandlingen med pasientene. Kommunikasjon med pasienter uten mulighet til å uttrykke seg verbalt forutsetter at sykepleierne har tilstrekkelig tid. Samhandlingen kan preges av avdelingenes praktiske organisering og teknologien kan også bidra til distanse mellom pasient og sykepleier. Refleksjonsoppgaven viser at man som instrument og deltager i situasjonene blir involvert, og at ens eget kunnskapssyn påvirker observasjonene. Mange forskere har hatt sterke, personlige opplevelser ved bruk av metoden.	
<b>Konklusjon:</b> Studiet viser at intensivpasientene i mange situasjoner ønsker å delta, og at sykepleierne ikke alltid har et like stort fokus på medvirkning. Refleksjonsoppgaven har bidratt til en forståelse av deltagende observasjon som en kompleks og meningsfull måte å studere samhandling på. Empiriske studier basert på refleksjon kan skape ny kunnskap og større forståelse rundt komplekse situasjoner.	
<b>Nøkkelord:</b> Pasientmedvirkning, empowerment, intensivsykepleie, observasjon	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Marte-Marie Wallander Karlsen	<b>Date:</b> 25.06.2012
<b>Title and subtitle:</b> Voiceless participation. An observational study of intensive care nurses` arrangements for patient participation for awake, intubated intensive care patients	
<b>Abstract :</b> The thesis consists of two parts, an article and an essay	
<b>Background/Purpose:</b> Intubated, awake intensive care patients have reduced possibilities to communicate and participate in the care during the stay in the intensive care ward. The purpose of the study was to obtain knowledge from praxis about nurses facilitate for awake, intubated patients participation in their own care.	
<b>Theory:</b> Martinsen's theory of caring as relational, practical and moral was used as an understanding for patient participation. In the essay theory is derived from methodological literature and others experiences with participant participation, focusing on the team; How to use yourself as an instrument.	
<b>Method:</b> Participant observation was used to describe the interaction between the nurses and the patients. A total of eight observations were performed.	
<b>Results:</b> the findings indicate that the nurses used a paternalistic way of behaving in their interaction with the patients. Communication with patients who cannot express themselves verbally demands sufficient time. The interaction may be affected by the department's organization and technology also contributes to distance between the patient and nurse. The essay contributed to an understanding of participant observation where you use yourself as a instrument and involves in the situations. And that your personal views of knowledge influence your observations. Many scientists reflect up on their strong, personal experiences using the method.	
<b>Conclusion:</b> The study shows that intensive care patients in many situations wish to participate and that the nurses sometimes lack a focus on patient participation. The essay has contributed to an understanding of participant observation as a complex, meaningful way of studying interaction. Empirical studies based on reflection create new knowledge that may lead to a greater understanding of complex situations.	
<b>Key words:</b>	
Patient participation, empowerment, intensive care nursing, observation	

# Forord

Som intensivsykepleier har jeg mange ulike arbeidsoppgaver, men å ha ansvar for våkne pasient på respirator har lenge vært en av de oppgavene jeg har opplevd som noe av det mest givende med jobben min. Så i løpet av det første året på masterutdanningen vokste ideen om et studie med fokus på medvirkning sakte frem.

Nå er dagen endelig kommet, dagen da masteroppgaven skal leveres inn. Jeg har gått i lære hos en mester, Christina Foss. Hun har ”radbruket” både meg og min oppgave en rekke ganger i forsøk på å hjelpe meg til å bli en reflektert, engasjert og kritisk forsker. Jeg har lært, lest, blitt forvirret, lest mer, trodd jeg har forstått for så å innse at det har jeg ikke ... ikke enda.. men snart! Tusen takk Christina for alt du har tilført denne oppgaven av din kunnskap, erfaring og ikke minst gleden du viser i å diskutere ulike problemstillinger med meg.

Gracias Jose, por apoyarme y siempre quererme. Gracias por cuidar a Zelanda con tanto amor, cuando yo he estado ocupada. Takk til mamma for alle kommentarer underveis når du har lest oppgaven.

Tusen takk til mine sjefer Sigrid og Øystein, som prioriterer utdanning og tilrettelagt for studietid. Jeg håper jeg kommer tilbake med mer kunnskap og kan bidra med det jeg har lært underveis i masterstudiet.

Takk til avdelingene, og spesielt til Lisa og Katharina for å bistå og hjelpe meg i rekrutteringsfasen. Det har vært utallige telefoner og sms`er hvor dere har svart like positive og blide hver gang. Til slutt en enormt stor takk til sykepleierne og pasientene som ga sitt samtykke og lot meg slippe til. Uten deres velvilje ville ikke dette studiet vært mulig.

*Marte-Marie Wallander Karlsen, Oslo, 25.06.2012*

# Innholdsfortegnelse

1.0	Artikkel.....	7-24
2.0	Forfatterveiledning Vård I Norden.....	25-26
3.0	Refleksjonsoppgaven.....	27-46
1.0	Innledning.....	28-30
2.0	Hvordan kan jeg bruke meg selv som instrument?.....	30-42
2.1	Observasjonene.....	30-36
2.1.1	Observasjon i praksis.....	30-32
2.1.2	Observatørrollen.....	32-35
2.1.3	Kroppen som instrument.....	36
2.2	Feltdata.....	37-40
2.3	Intervjuene.....	40-42
3.0	Avsluttende kommentar.....	42-44
4.0	Litteraturliste.....	45-46
5.0	Vedlegg	
	<b>Vedlegg 1: Intern forankring Helsefaglig forskning</b>	
	<b>Vedlegg 2 : Svar på Søknad fra Regional Etisk Komite 1</b>	
	<b>Vedlegg 3 : Svar tilbake til REK</b>	
	<b>Vedlegg 4 : Endelig godkjenning REK</b>	
	<b>Vedlegg 5 : Samtykkeerklæring pasient</b>	
	<b>Vedlegg 6 : Samtykkerklæring sykepleier</b>	
	<b>Vedlegg 7 : Informasjonskriv pårørende</b>	
	<b>Vedlegg 8 : Eksempel på muntlig informasjon</b>	

# 1.0 Artikkel

## *Stemmeløs medvirkning*

*Et observasjonstudie av intensivsykepleieres tilrettelegging for medvirkning hos våkne, intuberte intensivpasienter.*

## *Voiceless participation*

*An observational study of intensive care nurses arrangements for patient participation for awake, intubated intensive care patients.*

Våkne pasienter med respiratorbehandling har reduserte muligheter til å kommunisere. Både tidligere intensivpasienter, pårørende og sykepleierne beskriver store utfordringer med å ivareta pasients muligheter til selv å medvirke i omsorgen og under pleien under oppholdet. I denne studien benyttes observasjon og intervju for å beskrive hvordan medvirkning kan foregå i samhandling mellom sykepleier og intubert pasient på intensivavdeling. Kari Martinsens teori om omsorg som relasjonell, praktisk og moralsk er benyttet som teoretisk ramme for forståelse av medvirkning. Funnene indikerer at sykepleierne bruker et paternalistisk skjønn i samhandlingen med pasientene. Ved hjelp av sykepleieteoretisk, medisinsk og erfaringsbasert kunnskap, tolking av pasientenes nonverbale kommunikasjon og innlevelse i pasientens situasjon ble pasientens behov og kapasitet til deltagelse kontinuerlig vurdert. Kommunikasjon med pasienter uten mulighet til å utrykke seg verbalt er komplekst og tidkrevende. Samhandlingen kan preges av avdelingenes praktiske organisering og at rutineoppgaver får et stort fokus. Teknologien kan også skape distanse mellom pasient og sykepleier.

.....  
*Marte-Marie Wallander Karlsen, Intensivsykepleier, Masterstudent Universitetet i Oslo, Sykepleievitenskap*  
.....

## **Introduksjon**

Pasienter innlagt på intensivavdeling med akutt, kritisk sykdom har reduserte muligheter til medvirkning (1-7). Pasientene er i et ukjent, teknologisk miljø (8, 9), respiratorbehandling fratrar pasientene mulighetene til verbal kommunikasjon (6, 7, 10, 11). Endret sedasjonspraksis de siste tiårene (8, 12) medfører at intensivpasientene er mer våkne enn før, og dermed får med seg mer av behandlingen (10, 13, 14). Det stiller store krav til helsepersonellet dersom intensivpasienten skal kunne benytte sin rett til medvirkning (15, 16). I Helse og omsorgsplanen 2011-2015 (16) er brukermedvirkning et tydelig ideal, og behovet for mer kunnskap fremheves. I denne studien er fokus på våkne intensivpasienters muligheter til deltagelse i den daglige pleien gjennom observasjon av samhandlingen mellom intensivsykepleiere og våkne pasienter på respirator

## **Bakgrunn**

Intensivpasientens kommunikasjonsmuligheter reduseres av både sykdom, sedasjon, analgesi og respiratorbehandling. Flere studier beskriver utfordringer med å kommunisere med intensivpasienten om komplekse følelser, behov og ønsker (3, 6, 7, 10, 11). Tidligere intensivpasienter beskriver også en emosjonell og fysisk avhengighet til sykepleierne som kan medføre angst, en følelse av sårbarhet og tap av kontroll (1, 2, 4). Sofia Almerud beskriver i et fenomenologisk intervjustudie av ni tidligere intensivpasienter at miljøet gjør pasientene passive og sårbare. Pasientene søker aksept ved å oppføre seg som ”gode” pasienter. De er avhengige av personalets og pårørendes tolkning og verbalisering av deres signaler for å gjøre seg forstått (9). Engasjement fra sykepleieren og pårørende har i følge tidligere intensivpasienter vist seg å kunne vekke pasientens lyst til å kjempe for livet (1, 2, 4, 13, 17). Dersom sykepleierne ikke stiller krav til deltagelse kan det fra pasientenes synspunkt føre til en følelse av verdiløshet og passivitet (18). Kommunikasjon med pasientene skjer ofte under



tidspress. Pasientene befinner seg i et miljø hvor sykepleierens rutineoppgaver kan prege samhandlingen og føre til at pasientens bidrag minimeres (19). Intensivavdelingens teknologi kan gjøre pasienten til et objekt for observasjon og kontroll; og således skape avstand mellom helsepersonell og pasient (20). Pasientene føler seg overvåket men samtidig usynlige ved ikke å føle seg sett (4, 9). Meriläinen et al (8) observerte med videofilming at sykepleierne ofte unnlot å forberede pasienten på den fysiske kontakten under stell eller andre sykepleieoppgaver, og fremhever at pasientene er i et miljø med liten mulighet til påvirkning. Halvorsen et al (21) fant at helsepersonellens viktigste argumenter for intensiv behandling var sykdommens alvorlighetsgrad; tidspress og personalmangel kunne medføre nedprioritering av pasientenes ønsker (21). Sykepleiernes vurderinger av pasientens ressurser fremheves som viktige i samhandlingen og kan fremme eller hemme pasientenes muligheter til medvirkning (1, 5, 8, 14, 20). Samtidig viser litteraturen at sykepleierens menneskesyn også kan påvirke pasientenes deltagelse (1, 5).

Forskning basert på data fra tidligere intensivpasienter (1-4, 9-11, 13, 18) og pårørende (1, 17, 22) om medvirkning er i hovedsak samlet inn i etterkant av intensivoppholdet. Sykepleierne har også stort sett blitt intervjuet (5, 10, 14, 23). Selv i komplekse vurderinger, som respiratoravvenning, vet man at pasientene i praksis deltar i avgjørelsene på ulike måter (14). Det er behov for mer kunnskap med bakgrunn i intensivmiljøet, og hvordan det påvirker pasientenes muligheter til medvirkning (3, 18). Sykepleierne bruker ofte det Molander (24) betegner som taus kunnskap; med det forstår jeg kunnskap som ikke er eksplisitt og verbalisert. Ved å samtale med deltagerne om deres handlinger, kan deres fortolkninger av hendelsene som er observert komme frem (25). Observasjon kombinert med intervju kan gi en bredere beskrivelse av hva sykepleierne faktisk gjør for å fremme medvirkning og deltagelse i daglig stell.”

## **Medvirkning**

jeg baserer min forståelse av medvirkning på Kari Martinsens teori om omsorg (26).

Martinsen beskriver omsorgen sykepleierne yter ovenfor pasientene som relasjonell, praktisk og moralsk. I avhengigheten av hverandre som mennesker ligger en etisk fordring. Om jeg skal ta vare på den annen må jeg finne ut av hvordan den andre best hjelpes ved bruk av sensitivitet, emosjonell involvering og oppriktig interesse i den andres situasjon." *Dersom det gagnar pasienten, er det riktig at han trekkes inn i beslutningsprosessen om sin egen pleie. Men det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør om opplysningene er til beste for pasienten, og hvordan hun skal handle slik at pasienten får det best mulig. Dette forutsetter at sykepleieren er villig til å sette seg inn i pasientens situasjon. Det er å forsøke å fortolke den andres realitet, å forstå ut fra den andres horisont og møte den andre mest mulig ut fra hvordan han selv ville handlet i situasjonen hvis han kunne.... For å ta imot den andres utleverthet trengs faglig skjønn som balanserer mellom nærhet og avstand i relasjonen ut fra den konkrete situasjonens appell"* (26).

Skjønnnet baseres på omsorg og ønske om å yte det beste for pasienten. Medvirkning blir da ikke nødvendigvis knyttet til at pasienten deltar i beslutningene, men hvordan sykepleieren bruker fortolkning og innlevelse i konkrete pasientsituasjoner.

## **Hensikt**

Studiets hensikt er å få kunnskap fra eksisterende praksis om hvordan sykepleierne legger til rette for at våkne respiratorpasienter gjøres medvirkende i egen pleie. Målet er at kunnskapen kan gi en bakgrunn for refleksjon rundt praksis slik den er nå.

## **Metode**

Designet er kvalitativt, eksplorerende med deltagende observasjon og intervju som metode. Jeg valgte deltagende observasjon for å gli naturlig inn i situasjonene. Jeg var med i stell, mobiliseringer og samtalte med både helsepersonellet og pasientene, som assistent. Jeg er intensivsykepleier og kjenner intensivmiljøet. Studiet er fortolkende, basert på nærhet ved at jeg var deltagende observatør og refleksjon ved å ha en så åpen holdning som mulig ovenfor situasjonene og være bevisst egne holdninger og reaksjoner i situasjonene (27-29). Som forsker i et kjent miljø tilstrebet jeg en naiv, spørrende holdning ovenfor personalet, da mye er kjent for meg i settingen og jeg kan ha en kulturell blindhet (30, 31). Gjennom å innta en slik posisjon kunne jeg dermed få frem data som jeg og deltagerne kunne betraktet som irrelevante og selvsagte.

## **Rekruttering og observasjonene**

Jeg valgte av praktiske årsaker å observere ved en kirurgisk og en medisinsk intensivavdeling ved et universitetssykehus i en Østlandsby i Norge. Avdelingene fikk informasjon om studiet skriftlig og på personalmøter. Å observere ved to ulike avdelinger ble valgt da avdelingene var spesialiserte, og jeg ønsket å observere ulike typer intensivpasienter. Pasientene hadde respirator og var tracheostomert. I den kirurgiske intensivavdelingen observerte jeg på flermannstuer, på den medisinske intensivavdelingen hadde alle intensivpasientene enerom. Situasjonene jeg valgte å observere var morgenstell og mobilisering av pasienten, fordi dette er typiske situasjoner hvor sykepleier og pasient er i en form for samhandling. Jeg var tilstede også før og etter stell/mobilisering, for å få mer kunnskap om miljøet i intensivavdelingene jeg observerte, blant annet på morgenrapporten. Underveis ble stikkord notert for å huske det jeg anså som viktige momenter (32). Siden kommunikasjon foregår på mange måter, fokuserte jeg også på handlingene, ansiktsuttrykk, kroppskontakten og den fysiske

samhandlingen mellom pleier og pasient (25, 32). Jeg forsøkte å beskrive situasjonene så konkret som mulig i feltnotatene, gjerne med ordrett sitering (25, 33). Foreløpige analysenotater og refleksjoner ble skrevet i egne dokumenter. Hver observasjon varte mellom tre og fire timer.

### **Intervjuene**

Sykepleierne intervjuet jeg rett etter observasjonen, mens situasjonene var «ferske» (25). Intervjuet ble tatt opp, og transkribert av meg da det ble sett på som viktig for å få nærhet til data. Hensikten med intervjuene var å høre sykepleierens tanker og refleksjoner om samhandlingen. Intervjuene startet med åpne spørsmål (28) om hvordan de hadde tilrettelagt for medvirkning og hvordan de opplevde pasientenes delaktighet. Intervjuene varte mellom 30 og 45 minutter.

### **Deltagere**

Sykepleierne hadde jobbet på avdelingene minst to år, og hadde, med unntak av en som hadde jobbet der i fire år, videreutdanning. Det var to mannlige og seks kvinnelige sykepleiere, og fire kvinnelige og fire mannlige pasienter. Sykepleieren ansvarlig for pasient ga skriftlig informert samtykke. Totalt åtte observasjoner av pasienter med varierende diagnoser ble inkludert, fire på hver avdeling.

### **Analyse**

Observasjoner og transkriberte intervjuer er lest hver for seg, deretter sammen. Hver situasjon kom frem som en helhet, men det ga også oversikt over observasjonene og intervjuene som separate datasett; hvor observasjonene beskrev hendelsene, og intervjuene fikk frem sykepleierens tanker rundt det som hadde skjedd. Analysen tok form underveis (25, 29), men

jeg valgte en mer systematisk innholdsanalyse som fokuserer på subtema/tema (34) for å gå i dybden av hvert enkelt datasett. Av denne analysen kom et par temaer tydeligere frem, men det var fremdeles behov for å binde sammen intervjuene og observasjonene. Observasjoner og intervju ble derfor flettet sammen ut fra tema ved handlingsorientert dataintegrasjon; en trianguleringsmetode for kvalitative data både analytisk og mellom ulike metoder som observasjon og intervju (35). Målet med å bruke denne metoden var å få en sammenhengende, dataanalyse. Eksempelvis ble temaet «praktisk utføring av morgenstell» fra både intervjuer og observasjoner flettet sammen ut fra nivåer. I Nivå 1 ble alle data som beskrev situasjonene plassert, i nivå 2 var alle data som sa noe om sykepleiernes fremgangsmåte/strategi. Nivå 3 var intervjudata som sa noe om sykepleiernes begrunnelser/holdninger. Så ble hvert enkelt sitat/hendelse meningskondensert og til slutt kategorisert (35). Gjennom feltnotatene, intervjuene og analysenotatene har jeg gått frem og tilbake; distanse fra situasjonene i etterkant har skapt rom for refleksjon. Jeg har kunnet gå dypere inn i hver observasjon/intervju og fokusere på spesifikke temaer for så å trekke meg tilbake, og se det i sammenheng med andre observasjoner/intervjuer. Analysen har vært en kontinuerlig prosess; blant annet ved å reflektere rundt egen skriftlig fremstilling, noe som også er beskrevet tidligere (25, 26, 29).

### **Etiske vurderinger**

Jeg informerte pasientene om studiet før deltagelse, samtykke ga de ved håndtrykk eller å nikke. Pårørende fikk informasjonsskriv. Etter utskrivelse fra intensivavdelingen ble pasientene igjen informert og ga skriftlig samtykke. Studiet er godkjent av Regional Etisk Komité og personvernombudet. Jeg har kontinuerlig vurdert min tilstedeværelse av respekt for pasientenes opplevelser, men det er vanskelig å vite om pasientene ville våget å nekte. Noen observasjoner ble ikke startet fordi pasientene var i en ekstra sårbar situasjon, eller for

sederte til å samtykke. Pasientene hadde mulighet til å trekke seg fra studiet i etterkant og underveis. I presentasjon av funnene benyttes fiktive navn.

## **Funn og diskusjon**

Funnene presenteres i to temaer: Skjønnets betydning og stemmeløshetens dilemma. De to temaene kom som en følge av at pasientene i samhandlingen med sykepleierne ikke hadde stemme, den nonverbale kommunikasjonen ble pasientens stemme i formidlingen av deres ønsker. Sykepleierne hadde mulighet til «å høre» den nonverbale kommunikasjonen ved å engasjere seg i pasienten. Jeg fortolket data dithen at sykepleierne brukte det Martinsen kaller paternalistisk skjønn, på ulike måter, inn i pasientsituasjonene. Mitt inntrykk var at medvirkning fikk ulikt uttrykk i de to avdelingene. Den kirurgiske intensivenheten hadde fokus på de våkne intensivpasientene opptrening, og hvordan de deltok i dette. På den medisinske avdelingen var forståelsen av medvirkning mer dreiet mot livskvalitet og mestring av situasjonen.

### **Skjønnets betydning**

Sykepleiernes mange arbeidsoppgaver skapte behov for å vurdere de viktigste her og nå, som kunne resultere i nedprioritering av pasientenes deltagelse. Sykepleier Anders beskriver pasienten Olavs muligheter til medvirkning:

*«jeg var mer guidende på en måte, på hva som kom til å skje.... så der ga jeg han ikke noe valg. På grunn av den tidsramma som man har så er det viktig å få i gang enkelte gjøremål for å få hverdagen våres til å gå så vi får gjort andre ting som også er essensielt som medisiner og andre type behandlinger, som fysioterapi og så videre. Så jeg ga han egentlig bare informasjon om at nå begynner vi på stellet så kan han heller stille seg selv så mye han*

*klarte.. og så informerte jeg underveis hva som ble stelt.. og da.. men jeg søkte på en litt sånn indirekte måte om samtykke samtidig.. at det var greit.. han nikka jo og sa det var greit at vi gjorde det.»*

Det kan se ut som Anders bruker skjønn, ved å si at han søker på en litt indirekte måte om samtykke. Det virker som han ser etter tegn Olav gir som viser at han ikke ønsker å stelles. En mulig tolkning av Anders utsagn er at dersom Olav stelles på en hensynsfull måte, kan det veie opp for at han ikke fikk velge. Handlingene baseres imidlertid på sykepleierens mål – å utføre arbeidsoppgavene. Sykepleieren vurderer pasientens tilstand og ressurser i samråd med annet helsepersonell. Kontrollen sykepleierne har skaper et miljø hvor sykepleieren er ekspertisen, og det oppmuntres til at pasienten skal legge sitt liv i ekspertisens hender. Det kunne være sykepleierens håndtering av de tekniske apparatene som viste deres «ekspertkunnskaper», eller i samtaler med annet helsepersonell hvor pasienten ikke nødvendigvis ble inkludert. Hos pasienter med hodeskader hadde sykepleierne ekstra fokus på pasientens kognitive funksjon. Helsepersonellets vurdering av den kognitive funksjonen var bakgrunn for deres handlinger. Dersom pasienten ikke var klar og orientert kunne de ikke ta valg vedrørende behandlingen eller egen omsorg. Informantene beskrev vurderingen samtykkekompetent-ikke samtykkekompetent som vanskelig, praksis var at pasientene fikk valgmuligheter basert på hva sykepleierne trodde pasientene kunne ta standpunkt til i øyeblikket. Valgene pasientene fikk, kunne i tillegg virke som en måte å evaluere den kognitive funksjonen. Ved å spørre og be pasienten kommunisere tilbake, fikk sykepleierne et innblikk i hva pasienten oppfattet. Det var konkrete valg, som om de ønsket drikke eller hvordan de ville ligge. Det virket som en del av sykepleierne forsøkte å leve seg inn i pasientenes situasjon, men begrunnet handlingene med egne ønsker. Skjønn (26) baseres da på egne preferanser, ikke pasientens, og kan også kalles paternalistisk ved at vi som helsepersonell handler på pasientens vegne. Samtidig må de som utforsker pasientenes ønsker,

ha evne til å leve seg inn i hvordan det oppleves (26). Skjønnsvurderingene gir mulighet for individuell tilpasning og siden de er øyeblikks baserte kan de endres underveis. Pasientenes stemmeløshet gjorde at sykepleierne ofte utrykte pasientens behov i samtaler med blant annet helsepersonell; behovene ble da en blanding av pasientenes ønsker samt en skjønsmessig vurdering fra sykepleierne.

Sykepleier og pasient samarbeidet også under stellene.

*Frida skal til å pusse tennene til Håkon og hun gir Håkon tannbørsten. Han forsøker å pusse litt, men hoster endel. Til slutt gir han tannbørsten til Frida og hun begynner å pusse tennene og skyller med vann mens Håkon tar tak i suget og suger vekk vannet Frida skyller med. Det samme skjer med kluten når han skal vaske seg og barberhøvelen, han prøver litt og så ser han på Frida som tar både kluten og barberhøvelen og fortsetter uten større ordveksling mellom dem.*

At Håkon ga Frida tannbørsten kunne tolkes som han var ferdig, hun tolket det slik at han ville hun skulle pusse tennene hans. Håkon deltar ved å styre sugekateteret under tannpussen. Frida oppmuntrer også Håkon til deltagelse. Hun kunne stelt Håkon, men ga ved både vasking, tannpuss og barbering Håkon muligheten til deltagelse før hun hjalp han når han ikke ville/orket mer. Frida sa i intervjuet at hun visste han liker å bli fort ferdig med morgenstellet. Skjønn, erfaring og intuisjon brukes for å sette seg inn i pasientens situasjon og til å tolke pasientens nonverbale signaler. Stellesituasjonen er en prosess i konstant utvikling. Ved å stille Håkon flere dager på rad beskrev Frida hvordan hun ble kjent med hans ønsker og behov. Kontinuitet fremstod dermed som viktig for medvirkningsmuligheten. Intensivpasientenes fysiske tilstand kan begrense deres medvirkning. Derfor blir det opp til



sykepleierne å gjøre en skjønnsmessig vurdering. En mulig forståelse er at det er to hensyn sykepleierne balanserer mellom i tilrettelegging for medvirkning; det medisinskfaglige og det mellommenneskelige. I spenningsfeltet mellom pasientsikkerhet og medvirkning synes det å være et relativt stort rom for individuelle vurderinger for å gi pasientene muligheten til å delta. Det komplekse samspillet mellom pasientens nonverbale tegn og sykepleiernes tolkning av disse krever at sykepleieren har kunnskaper om hvordan vi kommuniserer med kropp og tegn (36), og kontinuerlig bruk av skjønn for å forstå pasientens ønsker (27). Tilrettelegging for medvirkning krever derved innlevelse og engasjement fra sykepleierne i pasientenes situasjon, som tidligere beskrevet (1, 2, 4, 7).

### **Stemmeløshetens dilemma**

De gangene sykepleierne ikke forstod hva pasientene ville undret de seg over hva pasienten opplevde, men utrykte også en viss frustrasjon over at det kunne ta lang tid å kommunisere med pasientene. Sykepleierne kunne risikere å ikke fullføre forventede rutinemessige arbeidsoppgaver dersom de benyttet tiden på å utforske pasientens behov og måtte i perioder prioritere vekk dette. Det kunne blant annet gjøres ved å overse pasientens signaler. Et eksempel er sykepleieren som snur pasienten, mens pasienten spenner kroppen og former ordet au med leppene, men velger å ikke fokusere på disse signalene. Noen av sykepleierne mente også at pasientens stemmeløshet førte til at man uintendert ikke så enkelte signaler og behov, slik som tidligere forskning belyser (7, 10, 11). *Sykepleier Ingvild:*

*«og det er veldig vanskelig å la de få det nok. For det med stemmen.. det og ikke ha stemme.. da mister du så mye av din integritet på et vis.. altså du forsvinner. Og med en gang de får på seg talekanyle så er det jo.. ok.. nå må jeg høre på! Det skal veldig lite til før du får.. så fort*

*en pasient har en stemme .. en fysisk stemme.. så blir man mer lydhør ovenfor pasienten enn det nonverbale»*

Noen pasienter gjorde seg lettere forstått enn andre. Pasientenes kommunikasjonsferdigheter kunne derfor påvirke deres muligheter til deltagelse.

*Sykepleier Therese:*

*«For hvis det er en pasient som er vanskelig å utrykke seg eller bli veldig stressa når den prater så tar man automatisk mer over. Fordi at i en hektisk hverdag har man ikke alltid tid å stå i 20 minutter og finne ut av hva det ordet betyr da.. Hva pasienten egentlig vil.. Realistisk sett så er det jo det som skjer at man automatisk tar litt over og tar litt styring eller... ja..»*

Pasientene kunne også fysisk hindres i å utrykke seg. Pasienter med kun en bevegelig kroppshalvdel kunne bli liggende på den bevegelige siden uten andre muligheter til kommunikasjon enn ansiktsgrimaserer og hodebevegelser. Sykepleierne kunne være opptatt med andre oppgaver og så kun overvåkningsskjermen og ryggen til pasient. Så til tross for umiddelbar nærhet kunne rommenes fysiske utforming medføre at sykepleierne likevel ikke hadde kontakt med pasienten, men teknikken. På samme måte kunne sykepleieren når hun/han satt på utsiden av pasientrommet gå glipp av små signaler som pasientene formidlet selv om de hadde oversikt over overvåkningsskjermen, noe sykepleierne pleide å gjøre på den ene intensivavdelingen. Det kan medføre en følelse hos intensivpasienten av å ikke bli sett (4, 9)

Valgmulighetene kunne reduseres av måten sykepleierne kommuniserte. Spørsmålet «vil du spise først eller vil du stelle deg nå?» gir valg mellom to ulike alternativer, men å gjøre

ingenting presenteres ikke som noe alternativ. Mye av kommunikasjonen ble basert på ja/nei spørsmål, det var enklere for både pasientene og sykepleierne. Men indirekte bestemte også sykepleierne når ved å spørre på følgende måte: «Vi tenkte vi skulle stille deg litt nå, er det greit?». Pasientene kunne underveis få beskjed om at «du skal få prøve å vaske deg litt i fjeset» fra sykepleieren og bli gitt vaskekluten. Det stiltes krav, spesielt på den kirurgiske intensivavdelingen, til deltagelse fra pasientens side i stellet. I lys av eksisterende kunnskap (18), kan det forstås som en måte å bekrefte pasientens verdi og ikke skape passivitet. Om kravene står i forhold til hva man kan forvente pasienten klarer, kan det virke som en hensiktsmessig fremgangsmåte. I den medisinske intensivavdelingen stilte sykepleierne ikke så spesifikke krav til deltagelse i selve stellet, men pasientenes deltok likevel. Noen av pasientene dirigerte sykepleierne; de stelte seg der de kom til og pekte på de stedene de ønsket sykepleierne skulle stille. Sykepleieren ble således en tilrettelegger for pasientens ønsker.

Pasientene ble ikke alltid automatisk tilbudt å stille seg selv, men de fleste intensivpasienter trenger tilrettelegging fra sykepleierne under stell. At pasienten ikke får stelt seg, er heller ikke omsorg hverken praktisk, relasjonelt eller moralsk (26). Det kan imidlertid virke som sykepleierne i enkelte stell adapterte en instrumentell, gjøremålstyrt fremgangsmåte (14) som ikke tok utgangspunkt i pasientens ønsker og behov. Med instrumentell fremgangsmåte menes rutinepreget; den praktiske utførelsen blir en del av sykepleiernes hender og de håndterer vaskekluten samtidig som de suger slim i trachea og overvåker pasientens vitale parametere. Tracheostomi og dren sikres så de ikke dislokeres og skaper livstruende situasjoner. Stellet som for pasienten kan oppleves spesielt, er i sykepleiernes oppfatning en normal oppgave. På den måte kan det være vanskelig å se pasientens særegne behov og derfor oppleves instrumentelt fra pasientens side. Det kan henge sammen med Almerud's funn om at mennesket og teknologien blir ett (9, 20), men også indikere at sykepleierne ikke alltid klarer

å oppnå like stor innlevelse i hver enkelt pasients situasjon (26). Medvirkning er et stort begrep, jeg benyttet bevisst ord som «deltagelse» ovenfor sykepleierne i intervjuene. Flere av sykepleierne syntes imidlertid det var vanskelig å forklare. Det kan tyde på at de i praksis utfører handlinger som gjør pasientene deltagende, men mangler uttrykk for å beskrive det. Det kan også være fordi det ikke er et prioritert mål hos sykepleierne at pasientene skal medvirke. Sykepleiernes formuleringer kan ha vært mer eller mindre bevisste i det gitte øyeblikket jeg observerte. Upresise formuleringer fra sykepleierne kunne uansett påvirke pasientens muligheter til medvirkning. Således kan gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne fremme pasientenes medvirkningsmuligheter (36).

*Elisabeth har i forbindelse med morgenstellet fått hjelp til å sette seg opp i en stol og hun har sittet der i en halvtime og hørt på radio. Nå viser hun tydelige tegn til utmattelse og siden hun ikke er så sterk og det var vanskelig å få henne opp i stolen med alt utstyret ber sykepleier Ingvild om hjelp og får Trond inn. «Han ser kanskje ikke sterk ut» sier Ingvild til Elisabeth, «men han er det!» Vi ler litt alle sammen, og så sier Trond «jeg vet hvordan det skal være, jeg har nemlig jobbet med slagpasienter». Han drar sengen nærmere stolen, stiller seg foran pasient og hun legger armene rundt han før han løfter henne litt opp og skyver henne lett over i sengen. Elisabeth tar et par dype pust sittende i sengen ved siden av Trond mens Ingvild sjekker at respiratorslanger, kateter og intravenøse innganger ikke har drag på seg. «Det var litt mindre trøblete enn det vi gjorde sist» sier Ingvild. Elisabeth ler og lener seg mot Tronds bryst mens hun lukker øynene og smiler. Trond legger armen rundt henne og ler han også.*

Sykepleierne brukte både humor, tidligere forflytningserfaring, kroppskontakt og betryggende ord for å hjelpe Elisabeth over i seng. Det virker som Elisabeth føler trygghet og omsorg; hun lener seg mot Trond og smiler. Hun har ikke fått en reell mulighet til å påvirke hvordan hun

skal komme seg over i seng, men blitt fortalt av sykepleierne at «nå var det kanskje på tide å komme seg tilbake i senga fordi hun hadde sittet lenge oppe?». Det er vanskelig å vite om Elisabeth smiler fordi hun føler seg ivaretatt i situasjonen, og er fornøyd med å være i sengen eller fordi hun søker bekreftelse som en «god» pasient (9). Det kan også være at relasjonen med sykepleierne gjør at hun føler sykepleierne ivaretar henne i situasjonen uten at hun trenger å ytre noen ønsker. Mobilisering av respiratorpasienter krever oversikt, håndlag og samarbeid. Sykepleiernes fysiske og verbale handlemåte ovenfor pasientene viste imidlertid at sykepleierne dirigerte situasjonen.

## **Konklusjon**

Selv om pasienter på intensiv er akutt, kritisk syke viser studiet at pasientene ønsker å delta på ulike måter, og at sykepleierne ikke alltid har fokus på medvirkning av mange årsaker. Ved bruk av skjønn, erfaring, intuisjon og innlevelse i hver enkelt pasients situasjon kan sykepleier legge til rette for at pasients preferanser kan komme frem. Dette krever at sykepleierne ser det Martinsen refererer til som den etiske fordring som ligger i hvert enkelt møte med en pasient (26). Studien er *en* beskrivelse av hvordan praksis kan se ut. Situasjonsbeskrivelsene og sykepleiernes refleksjoner kan ha gjenkjennende trekk for erfarne intensivsykepleiere og således oppleves som en gyldig beskrivelse av hvordan samhandlingen kan foregå i praksis (37). Funnene kan dermed danne utgangspunkt for refleksjon, og skape diskusjoner om hvordan man i praksis tilrettelegger for medvirkning hos en sårbar, stemmeløs pasientgruppe. Videre forskning bør ut fra den komplekse situasjonen intensivpasientene befinner seg i utforske pasientenes medvirkningsmuligheter fra ulike innfallsvinkler, gjerne tverrfaglig.

## Litteraturliste

1. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Empowerment in intensive care: patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(6):332-40.
2. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(6):370-7.
3. Johnson P. Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004;20(4):190-9.
4. McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002;18(1):27-36.
5. Meijers KE, Gustafsson B. Patient's self-determination in intensive care-from an action- and confirmation theoretical perspective. The intensive care nurse view. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(4):222-32.
6. Hafsteindottir TB. Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996;12(5):261-71.
7. Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc Sci Med.* 2000;50(9):1247-55.
8. Merilainen M, Kyngas H, Ala-Kokko T. 24-hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses.* 2010;26(5):246-53.
9. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility--being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care.* 2007;12(3):151-8.
10. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17(1):29-39.
11. Carroll SM. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qual Health Res.* 2007;17(9):1165-77.
12. Hooper MH, Girard TD. Sedation and weaning from mechanical ventilation: linking spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials to improve patient outcomes. *Crit Care Clin.* 2009;25(3):515-25.

13. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(5):300-13.
14. Eckerblad J, Eriksson H, Karner A, Edell-Gustafsson U. Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation--a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(5):225-32.
15. Lov om pasientrettigheter, 07/02 (1999).
16. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, (2010-2011).
17. Bergbom I, Askvall A. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2000;16(6):384-95.
18. Karlsson V, Forsberg A. Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(1):41-50.
19. Collins S. Patient participation in health care consultations: qualitative perspectives. Maidenhead: Open University Press; 2007. XIV, 237 s. p.
20. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Caught in an artificial split: a phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(2):130-6.
21. Halvorsen K, Forde R, Nortvedt P. Professional challenges of bedside rationing in intensive care. *Nurs Ethics.* 2008;15(6):715-28.
22. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. *J Clin Nurs.* 2009;18(18):2580-7.
23. Frank C, Asp M, Dahlberg K. Patient participation in emergency care - a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *J Clin Nurs.* 2009;18(18):2555-62.
24. Alvsvåg H. Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: Pensumtjeneste; 2008. 356 s. p.
25. Fangen K. Deltagende observasjon. Bergen: Fagbokforl.; 2004. 255 s. p. (Samt 2. Utgave publisert 2010)
26. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe; 2005. 166 s. p.
27. Alvesson M, Sköldbberg K. Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur; 1994. 402 s. p.
28. Fog J. Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk Forlag; 2004. 269 s. p.

29. Hegelund A. Objectivity and subjectivity in the ethnographic method. *Qual Health Res.* 2005;15(5):647-68.
30. Cudmore H, Sondermeyer J. Through the looking glass: being a critical ethnographic researcher in a familiar nursing context. *Nurse researcher.* 2007;14(3):25-35.
31. Lykkeslet E, Gjengedal E. Methodological problems associated with practice-close research. *Qual Health Res.* 2007;17(5):699-704.
32. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice.* London: Routledge; 2007. XI, 275 s. p.
33. Fairclough N. *Language and power.* Harlow: Longman; 2001. XII, 226 s. p.
34. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today.* 2004;24(2):105-12.
35. Vatne S, Fagermoen MS. Event-oriented data integration: a qualitative strategy in studying professional practice. *Res Theory Nurs Pract.* 2008;22(1):38-55.
36. Finke EH, Light J, Kitko L. 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. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2102-15.
37. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2005. XIX, 1210 s. p.



## 2.0 Forfatterveiledning Vård i Norden

### *Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden*

#### **Innledning**

Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål som er å fremme sykepleievitenskap og omvårdnadsforskning.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som refereebødømmes
- Andre artikler som pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie (tidligere benevnt utviklingsartikler) som vurderes av redaktør/redaksjonskomité.

#### **Lengde og lay out:**

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Short papers skal ikke overskride 2.500 ord inkludert abstract, figurer, tabeller og referanser (maksimum 10–15 referanser).

For artikler som inneholder omfattende tabeller og/eller figurer kan redaksjonen fastsette lavere grenser for antall ord.

Artikler skal skrives med dobbelt linjeavstand og skal pagineres.

Alle artikler refererebødømmes anonymt og skal derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Tabeller bør markeres i «roman numerals», figurer i «arabic numerals». Figurer og tabeller skal settes inn i teksten. Dersom dette ikke er mulig skal plassering i artikkelen angis.

Tvungen linjeskift skal bare brukes ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater skal tabulator brukes. Unngå orddeling.

**Abstract:** Engelskspråklig abstract skal foreligge. Dette skal ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3–5 søkeord (key words).

**Overskrifter:** Artikkelens hovedtittel bør være kort i uthevet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

**Referanser:** Referanser angis etter Vancouversystemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Eksempel

I tekst:

Nilsson m.fl. (1) anså at .....

I en svensk studie<sup>1</sup> .....

I referanselisten:

1. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:798–807.

Mer informasjon om Vancouversystemet kan finnes på Internet: <http://www.icmje.org/index.html>

**Forkortelser:** Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

#### **Oversending av artikler**

Artikler skal sendes elektronisk via hjemmesiden

[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org) eller til

[marit.helgerud@sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud@sykepleierforbundet.no)

Artikler skal sendes som ett dokument altså selve artikkelen inklusive abstract, figurer, tabeller o.a.

**Medforfatterskap:** Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere skal ha bidratt til:

- a) idé og design, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- c) endelig godkjenning av artikkel for publisering.

**Eksklusivitet:** Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

**Eierskap:** Dersom artikkelen er akseptert for publisering eller er publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publisering av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

**Korrektur:** Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrekturen bli sendt via redaksjonen for gjennomgang for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for å kontrollere at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

**Kopier:** Forfatteren mottar vanligvis gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får vanligvis tilsendt 1–2 eksemplarer.

J.fr. Vård i Nordens Guidelines på hjemmesiden [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org).

## *Vård i Norden – Guidelines*

### *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*

#### **Guidelines for empirical research papers**

*Vård i Norden/Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* encourage authors to submit empirical research papers in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including abstract, tables, figures and references
- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion

The following organisation of the manuscript is required:

- Introduction that includes rational, context and relevance of researched topic
- Background that includes a substantial and critical review of relevant literature, critical view of theory, concepts or conceptual model used and a conclusion that summarises the review in order to show the status of knowledge development in the chosen field/topic
- The Study organised preferably in the following order: Aim/s, Design/methodology, Sample/participants, Data collection, Reliability and validity issues, Data analysis and Ethical considerations
- Results/Findings should include findings on all research questions/hypothesis. In qualitative studies Findings and Discussion may be integrated.
- Discussion must be related to research questions, literature and theory. It is important to draw attention to new knowledge developed through the study. Discussion should include limitations if applicable.
- Conclusions are made on the basis of findings and adequacy of theoretical framework. Recommendations for practice and/or further research should be included. The Conclusion should not be a summary

#### **Guidelines for Systematic Reviews**

*Vård i Norden* encourage authors to submit systematic reviews in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including tables, figures, abstract and references.

- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion.

The following key components in the review process should be clearly stated:

- Purpose and review question
- Search strategies and criteria for inclusion
- Critically appraising of all included studies
- Methods used to combine studies
- Summary of findings

Recommendations supported by the data

#### **Guidelines for short papers**

*Vård i Norden* encourage authors to submit manuscripts to be reviewed as shorter papers. These papers are characterised by:

- Article length maximum 2.500 words, including abstract, tables, figures and references (10–15)
- One or two figures and/or tables
- Abstract shorter than 200 words with a maximum of four key words

This type of manuscripts should be used for reporting for example:

- Small scale studies/pilot studies/feasibility studies
- Case studies
- Quality improvement studies
- Implementation of research in clinical practice
- Testing of an intervention
- Methodological manuscripts

The following recommendations are required for the organisation of the manuscript (when applicable):

- Introduction with a brief summary of the literature
- Aim, methods, ethical considerations
- Results/findings
- A discussion relating the results to previous research
- Conclusions
- References

# 3.0 Refleksjonsoppgaven

## Innholdsfortegnelse

3.0 Refleksjonsoppgaven.....	27-46
1.0 Innledning.....	28-30
2.0 Hvordan kan jeg bruke meg selv som instrument?.....	30-42
2.1 Observasjonene.....	30-36
2.1.1 Observasjon i praksis.....	30-32
2.1.2 Observatørrollen.....	32-35
2.1.3 Kroppen som instrument.....	36
2.2 Felldata.....	37-40
2.3 Intervjuene.....	40-42
3.0 Avsluttende kommentar.....	42-44
4.0 Litteraturliste.....	45-46

# *Deltagende observasjon*

## *Refleksjoner rundt forskerens rolle som instrument*

### **1.0 Innledning**

I min studie fokuserte jeg på hvordan intensivsykepleieren legger til rette for medvirkning, og jeg valgte metoden deltagende observasjon kombinert med intervju. Erfaringene jeg fikk rundt deltagende observasjon som vitenskapelig metode skapte en rekke spørsmål og refleksjoner, og har utfordret mitt mer eller mindre bevisste kunnskapssyn. Utfordringene var særlig knyttet opp mot to områder. Det ene dreier seg om å være ny forsker, det andre temaet er som nevnt at jeg underveis i studiet har blitt utfordret på mitt eget kunnskapssyn. Jeg gikk i gang med studiet med en mer eller mindre ubevisst forestilling om at kunnskapen fantes der ute og ikke var avhengig av meg som instrument. I forkant av studiet forberedte jeg meg på å trå inn i et nytt felt ved å lese metodebøker (Album, 1996; Fangen, 2004; Hammersley & Atkinson, 2007; Wolcott, 2008). Hovedfokuset mitt var å bli akseptert i feltet for å få så «naturlige» data som mulig og å lære å observere da det var det jeg oppfattet mye av litteraturen beskrev som utfordrende. Jeg hadde reflektert mindre over hva «naturlige» data var, men hadde en forestilling om at denne 'naturligheten' var knyttet til at data ikke var påvirket av meg, men at jeg kunne være en slags "flue på veggen". Jeg opplevde allerede i den første observasjonen at jeg ikke var usynlig og nøytral. Jeg var tilstede som menneske og forsker; jeg følte, sanset og reflekterte rundt handlingene jeg observerte og påvirket informantene ved min tilstedeværelse. Ved å stille spørsmål og å være engasjert i situasjonene kunne jeg få i gang samtaler, jeg bidro også til å skape stemningen mellom meg og informantene ved min måte å være på. Gradvis vokste det fram en erkjennelse av at jeg skapte data; det er *mine* tanker og refleksjoner, *min* bruk av teori og *min* skriftlige fremstilling av det jeg observerte som er studiens funn. I starten må jeg innrømme at det var en uvanlig tanke.

Underveis i observasjonene var det vanskelig å vite hvordan jeg skulle oppføre meg; hva kunne jeg gjøre og hva burde jeg gjøre? Jeg er intensivsykepleier og kunne fungert som sykepleier for de pasientene jeg var tilstede hos, noe en sosialantropolog ville hatt vanskeligheter med om de hadde valgt samme problemstilling. Nærheten til feltet ble derfor

en av premissene for hvorfor jeg kunne velge deltagende observasjon som metode. Studiet mitt ble utført på andre avdelinger enn jeg vanligvis jobber, mye var likevel kjent i miljøet. Jeg forstod fagspråket, kjente de tekniske apparatene og hadde med meg min tidligere erfaring med pasienter på respirator. Det var en stor forandring å skulle inneha en ny rolle i en konkret pasientsituasjon, hvor jeg til vanlig har fokusert på praktiske oppgaver i min rolle som intensivsykepleier.

Dersom jeg beskriver meg selv, vil jeg si jeg er opptatt av pasientens muligheter til å fatte egne valg. Samtidig er jeg også overkjørende, paternalistisk. Jeg tar regien, og spør ikke alltid pasientene om hva de synes. Intensivsykepleieren meg er et produkt av min utdanning, avdelingens kultur, mine erfaringer og min egen personlighet og holdninger. Det kan framstå som en motsetning å både være overkjørende og samtidig opptatt av at pasienten skal informeres og fatte egne valg. Det er imidlertid slik jeg opplever det i praksis, jeg befinner meg et sted i mellom de to ytterpunktene avhengig av situasjonen jeg er i.

Før jeg startet datasamling visste jeg at mine teorier, tidligere erfaringer, verdisyn og kunnskap var med å prege hva jeg så og spurte om. Både i diskusjoner med medstudenter og veileder diskuterte jeg og skrev også ned hvordan jeg opplevde min forståelse av medvirkning og hva jeg trodde jeg kom til «å se» når jeg gikk ut i feltet. På den måten håpet jeg å bli bevisst egne holdninger, og hvilke verdier jeg la i pasientmedvirkning. Jeg mente at situasjonsbeskrivelser av samhandlingen mellom sykepleier og pasient var en fruktbar fremgangsmåte for å få frem kunnskap om medvirkning. Like fullt erfarte jeg når jeg kom i gang med datasamlingen at jeg hadde tvil om hvordan det jeg så skulle bli kunnskap. Jeg begynte å lete etter forklaringer og årsakssammenhenger i stedet for erfaringer, følelser, håndlag og kommunikasjon. Beskrivelsene i de første feltnotatene mine ble statiske og uten dynamikk. Det var beskrivelser hvor jeg ikke fantes, kun pasient og sykepleier var tilstede. Ubevisst skapte jeg et skille mellom meg som forsker og data. Det var som om jeg innerst inne ønsket og håpet ingen ville stille spørsmål ved min rolle som forsker. Det var mest behagelig på «utsiden» av studiet. Grunnene kan være mange, men jeg tror min hovedgrunn var et ubevisst kunnskapssyn som innebærer en forestilling at data ligger der og skal avdekkes og at i denne prosessen skal forskeren være mest mulig usynlig. Med andre ord et naturvitenskaplig ideal om den "nøytrale" forsker. Erkjennelsen av denne forestillingen var lite klar i begynnelsen av studien, men vokste gradvis fram gjennom refleksjoner underveis.

Spørsmålene jeg hadde i etterkant var mange. Har andre som har brukt deltagende observasjon som metode opplevd og vært opptatt av det samme som meg? Derfor har jeg utført artikkelsøk for å finne andres erfaringer fra observasjonsstudier. Refleksjonsoppgaven brukes for å fokusere på temaet «hvordan kan jeg bruke meg selv som instrument i deltagende observasjon». Jeg ønsker å beskrive og reflektere rundt min egen prosess; både i observasjonene, under feltnotatskrivingen og i intervjuene. Først vil jeg fortelle om egne opplevelser, så trekkes andres erfaringer og metodelitteratur inn for å se om jeg kan lære noe av det. Oppgaven avsluttes med forståelsen jeg så sitter igjen med og hvilke råd jeg kan gi både andre og meg selv i et nytt observasjonsstudie.

## **2.0 Hvordan kan jeg bruke meg selv som instrument?**

### **2.1 Observasjonene**

#### **2.1.1 Observasjon i praksis**

I forberedelsene til observasjonene, var et av spørsmålene jeg stilte meg selv «Hva jeg skal se etter?». Medvirkning er ingen konkret størrelse. Jeg forsøkte å reflektere rundt hva medvirkning kunne gå ut på, hvordan jeg skulle observere det og hva som kunne være indikatorer på at pasienten får mulighet til å ytre egne behov og blir lyttet til av sykepleierne. Når jeg så en pasient rynke panna, kunne jeg tolke det som et tegn på ubehag eller kanskje en undring eller respons på at sykepleieren prater. Når jeg så sykepleierne ta tak i pasientens hånd, lene seg mot pasient og smile tolket jeg det som et tegn på omsorg, og et ønske fra sykepleiernes side om å inngi trygghet i en vanskelig situasjon. Jeg kjente pasientenes varme kropp, det luktet svette og jeg hørte slimet rasle når de ble irritert av tracheostomien. Respiratoren gjorde at de lo uten latter, de gråt uten lyd. Når pasienten viftet med armene kunne det være et tegn om at de ønsket sykepleieren skulle komme bort til sengen fordi de ønsket å si noe. Det kunne også være utrykk for fortvilelse, redsel, angst og syns/hørselshallusinasjoner. Uten å være tilstede ville det vært umulig å tolke og forstå hva pasienten forsøkte å uttrykke der og da. Det er imidlertid den som mottar uttrykket som så bestemmer seg for hva det betyr. En annen person kan se noe annet enn meg, vedkommendes tolkning kan være vidt forskjellig fra min og likevel riktig.

I de første observasjonene følte det som jeg var på jakt etter noe i et tåkelt landskap, jeg visste ikke helt hva jeg var på utkikk etter. Jeg lurte på hva jeg skulle se på som viktige momenter i observasjonene. Kunne jeg telle opp antall ganger sykepleieren spurte om hva pasienten ønsket? Er det slik at et spørsmål også kan være ladet og det kan være lettere å svare ja enn nei på noe avhengig av måten spørsmålet blir stilt? Hvem er det som skal vurdere om spørsmålet var en reell valgmulighet eller ei? Svaret på det første spørsmålet ble at jeg kunne ikke telle. Sykepleierens spørsmål kunne også være svært ladede, og føre pasienten i en bestemt retning. Den som skulle vurdere måtte i tillegg bli meg, siden jeg var den som skulle være forsker. Det var da jeg nok forstod at det ikke var så «uskyldig» å være forsker. Dersom jeg var instrumentet så jeg også for meg at jeg kunne bruke meg selv på feil måte og få et feil resultat, på samme måte som et regnestykke kan bli feil dersom du mangler et komma. Data var langt fra nøytrale, de var gjennomsyret med mine verdier, mine teorier og mitt syn på verden.

Landen sammenligner etnografiske studier med den hermeneutiske sirkelen. Møtet med det ukjente feltet tvinger en til å vende, revurdere og se på nytt egne antagelser. Således er det en konstant refleksjon rundt egen forståelse, og rundt hvordan andre ser på verden (Landen, 2011). Etter å ha vært igjennom en etnografisk studie ser jeg at hele prosessen har vært med på å forme resultatene. Det er en prosess hvor jeg har lett etter forklaringer og mulige tolkninger på det som jeg har sett og blitt fortalt. Jeg har også revurdert tolkningene, og hvordan jeg selv har oppfattet situasjonene utallige ganger. Der har teorien vært til stor hjelp. Jeg har kunnet gått tilbake til observasjonene med teorien, og hva jeg så etter ble da lettere å definere. Jeg lette etter hvordan Martinsen`s (2005) praktiske, moralske og relasjonelle omsorg ble synlig i mine data. Hva sa og gjorde sykepleierne som var tegn på at de eventuelt benyttet et paternalistisk skjønn? Hva betydde det at det også finnes en moralsk dimensjon i omsorgsbegrepet, hvordan kunne det vise seg i praksis? Hva er medvirkning hos en så sårbar, nonverbal pasientgruppe? Teorien ga meg spørsmål som jeg tok med meg videre i analysene.

Det at en meningsbærende enhet kan ha flere meninger, kalles av Alvesson og Sköldberg indexikalitet (Alvesson & Sköldberg, 1994). Det vil si at en hendelse, et tegn eller en handling kan ha flere meninger; for å være enda mer korrekt: polysemisk. At en meningsbærende enhet har flere meninger, betyr også at det kan møtes av ulike uttrykk. Relasjonen mellom tegn og uttrykk er således snarere mangetydig enn entydig, og en faller i en felle ved å forsøke å forklare alt som skjer i et vitenskapelig korrekt språk uten å beskrive situasjonens kontekst (Alvesson & Sköldberg, 1994). For å tolke indexikale uttrykk må du



delta i samhandlingen med de som formidler uttrykkene. Fangen bruker som eksempel heilingen til nynazister, og hvor ulik betydning heilingen hadde avhengig av sammenhengen det ble gjort i. Det kunne være en provokasjon, et hemmelig tegn på brorskap og samhold, men også en ideologisk markering (Fangen, 2004). Det var det jeg også forsto underveis i observasjonene, og som nok bidro til at jeg begynte å bruke meg selv mer aktivt.

Det du som forsker skal se etter er altså ikke bare språklige utsagn fra sykepleieren eller noe du kan stadfeste ved å telle og oppsummere. Du må tolke og forstå sosialt konstruerte tegn og mønstre for kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt (Labaree, 2002). I mitt studie var den kunnskapen jeg var ute etter å få frem en type kunnskap som beskriver sykepleiernes kommunikasjon og handlinger ovenfor alvorlig syke pasienter som i tillegg ikke kan snakke. Savage sier at en slik prosess kan beskrives ved å oppleve den emosjonelle nærheten, hvordan sykepleier og pasient fysisk nærmer seg hverandre og deler et felles område (Savage, 2000). For meg ble det viktig å kunne klare å observere hvordan pasienten og sykepleieren fysisk handlet, og møtte hverandre. En slik type observasjon mener jeg etter de erfaringene jeg fikk, krever mye sensitivitet; for å se de små tegnene fra pasientene og sykepleierens handlinger som svar på hva pasienten kommuniserte. Og du må være tilstede, oppmerksom i situasjonen.

Jeg mistet nok noe ved at jeg kjente feltet og ikke kunne se alt med «nye» øyne. Det hadde kanskje vært enklere å undre seg rundt hva du ser og ha en åpen holdning ved å være i et ukjent felt. Jeg undret meg for eksempel ikke over hvorfor alarmene pep, hvorfor pasienten hostet og hvordan respiratoren virker. En fare ved å forske i en familiær kontekst er at praksis kan sees som ”normal”, mange ting kan tas for gitt og i verste fall som uinteressant (Bonner & Tolhurst, 2002; Cudmore & Sondermeyer, 2007; Lykkeslet & Gjengedal, 2007). Det som sees på som en selvfølge som forsker i et kjent felt må tydeliggjøres og løftes frem. En «risiko» ved å være såpass på innsiden som jeg var er at du fort kan gli over fra deltagende observatør til å bli en ikke observerende deltager; at du går helt opp i gruppen og blir en del av den (Bonner & Tolhurst, 2002).

### **2.1.2 observatørrollen**

For å øve opp observasjonsevnen prøveobserverte jeg på egen avdeling samt at jeg lest flere metodebøkers (Album, 1996; Fangen, 2004; Hammersley & Atkinson, 2007) anbefalinger om hvordan du som observatør skulle gå frem og finne din rolle. I etterkant av alle observasjonene skrev jeg ned refleksjoner om hvordan jeg syntes min egen rolle som forsker hadde vært. Spesielt en episode står for meg som et eksempel på hvor lett du kan havne i en



situasjon du er uforberedt på. I min første observasjon, hadde jeg forklart sykepleieren at jeg skulle være med han som en passiv assistent. Sykepleieren forberedte morgenstellet, men så ga han meg en klut og sa ” du kan jo gi pasienten kluten og spørre om han vil vaske seg selv i fjeset og på brystet”. I hodet mitt sirkulerte en rekke tanker og min største frykt var at jeg måtte stille pasient uten å få observert hvordan sykepleier og pasient samhandlet rundt dette. Jeg ga pasienten kluten og han begynte å vaske seg i fjeset. Så forsøkte jeg å forholde meg passiv og fortsatte ikke på stellet. Det tok nok et minutt eller to, før sykepleieren kommenterte at jeg ble stille. ”Men det er jo jeg som skal samhandle, ikke du!” sa han så og lo. Jeg var ganske lettet over at han oppdaget det selv. I etterkant kan det virke som jeg i denne situasjonen trodde at jeg ved å delta i situasjonen ødela data. Jeg ønsket selvfølgelig at sykepleieren skulle stille pasienten for det var jo ikke jeg som skulle observeres, men jeg var jo tilstede likevel. Det kan ha noe med mitt syn på kunnskap å gjøre og at jeg så på meg selv som en mer «objektiv» observatør enn det jeg i realiteten var. Jeg var ikke forberedt på at sykepleierne kunne forvente en annen type deltagelse i situasjonene enn det jeg hadde forestilt meg var en passiv assistent.

Underveis i observasjonene spurte jeg om behandlingen, forløpet, respiratorinnstillingene eller lignende ting som en ukjent i feltet ikke ville tenkt på. En undring jeg imidlertid fikk underveis var hvordan dette skilte seg fra praksis og var forskning. En av sykepleierne sa etter observasjonen til meg at hun hadde opplevd det som om hun hadde jobbet med en vanlig kollega den dagen. Vi fikk til en veldig naturlig setting både for henne, meg og pasienten. Jeg hadde imidlertid hele tiden observatør-rollen i bakhodet så jeg visste jeg ikke bare hadde vært sykepleier den dagen. Kollegaer rådspør seg med hverandre, tar initiativ, deler på arbeidsbyrdene og diskuterer og engasjerer seg i pasienten. Jeg spurte for å få vite hvordan ting ble gjort på avdelingen og om pasienten for å få informasjon om behandling og pleie som jeg kunne benytte til mitt formål. Jeg var passiv på den måten at jeg var med på typiske sykepleieprosedyrer, men initierte dem ikke selvstendig. Jeg pratet med pasienten, en samtale som en naturlig del av settingen for å løse opp stemningen i rommet.

Personlig er jeg glad i å snakke med folk, og jeg får ofte høre at jeg er veldig blid og smilende. Samtidig er jeg relativt direkte, noe som av noen muligens oppleves truende. Ansiktsuttrykket mitt kan avsløre mye av mine tanker, jeg er lett å lese. Jeg blir lett følelsesmessig berørt, både i hverdagslivet og i jobben min som intensivsykepleier. Alt dette kan prege observasjonene. Jeg ønsket å være åpen, nysgjerrig, blid og få en naturlig dialog med informantene. Hensikten min med denne tilnærmingen var å gjøre det mindre

skremmende å bli observert for sykepleierne og pasientene. Jeg tenkte at dersom informantene følte seg komfortabel i mitt nærvær ville de kanskje ønske å formidle mer av sine tanker. Jeg fikk ulike roller hver gang jeg var tilstede. Det var avhengig av både sykepleieren, pasienten, meg selv og konteksten. Jeg opplevde også å bli lettere akseptert som forsker i den andre avdelingen jeg observerte i, og jeg tror det var fordi jeg var tryggere på min egen rolle som forsker allerede i starten av observasjonene. Jeg var kanskje tydeligere på hva jeg var ute etter å bruke observasjonene til i samtalene med sykepleierne.

Jeg erfarte at jeg kunne kjenne igjen uttrykk som benyttes for å beskrive ulike problemstillinger ved å være kjent i feltet, noe jeg og fant igjen i andre forskeres beskrivelser av sine erfaringer (Cudmore & Sondermeyer, 2007; Lawler, 1996). I likhet med Cudmore (2007) synes jeg at nettopp denne vekselvirkningen mellom forsker og intensivsykepleier kan bidra til å forhindre et statisk perspektiv og få en bevegelse i både refleksjons- og analysearbeid. Jeg skulle ønske jeg hadde vært tryggere på denne vekselvirkningen mellom forskerrollen og intensivsykepleierrollen allerede fra starten, for da kunne jeg brukt den mer aktivt. Jeg kunne identifisert for meg selv når jeg og sykepleierne diskuterte rundt et tema fordi jeg har bakgrunn som intensivsykepleier og vi deler kunnskap ut fra en felles forståelsesramme, eller når jeg spurte fordi «forskeren» i meg var nysgjerrig og ønsket å vite mer. Underveis opplevde jeg at jeg lettere inntok «forskerrollen» mer naturlig. Det kan imidlertid hende jeg bare ble mer observant i forhold til hvordan jeg benyttet meg selv som instrument ved å få mer erfaring og lære metoden underveis. Så det er kanskje også en vei jeg måtte gå som ny forsker og ikke kunne komme utenom.

Bonner og Tollhurst (2002) har forsøkt å forklare kompleksiteten av forskerens rolle ved å bruke begrepene insider-outsider. Det er også en god beskrivelse på hvordan forskerens posisjon skifter underveis i observasjonene, og at du får ulike roller hver gang du er tilstede. Noen ganger er du en insider, en naturlig del av settingen hvor du både gir av seg selv og får noe tilbake. Så kan du plutselig havne i en situasjon hvor du føler seg helt på utsiden. Forhandling om innpass i feltet er således en kontinuerlig prosess (Bailey, 2007; Fangen, 2004). Når jeg ble tildelt vaskekluten for å vaske pasienten, kan det virke som sykepleieren ønsket å gi meg en rolle som student som han kunne fortelle hva skulle gjøre. Kanskje det også skyldes at han var usikker, og forsøkte å få meg inn i en rolle han visste hvordan han skulle oppføre seg ovenfor?

Album argumenterer for sine valg som en nøktern, rolig observatør fordi han følte den nære, noe intime væremåten ble for ulik han som person til å fungere (Album, 1996). Fangen (2004) forteller at hun har hatt ulike tilnæringsmåter basert på hva hun opplevde hensiktsmessig for studiet men også i forhold til henne som person. Hun var komfortabel med en noe mer fortrolig rolle under sitt studie av anarkister i Øst-Tyskland. Den strategien fungerte ikke når hun observerte norske nynazister, hvor det ble viktig for henne å ta avstand fra nynazistiske holdninger for å vise dem at hun ikke hadde intensjoner om å bli en del av miljøet i etterkant. Samtidig opplevde hun å komme nær flere av informantene, spesielt dersom hun intervjuet dem uten andre tilstede (Fangen, 2004).

Det virker som både Fangen (2004) og Album (1996) bevisst valgte en «strategi» for å bli akseptert i feltet som også kan passe til hvordan de er som mennesker, ikke kun i forhold til hva de ønsker å oppnå med forskningen. Det samme gjorde jeg. Jeg tror at dersom studiet hadde vært tjent med en annen type strategi kunne det fungert også, men ville krevd mere forberedelser. Ved å være bevisst rundt hvordan du best fungerer kan du bruke deg bedre som «et instrument». Dersom det faller meg naturlig å være litt tilbaketrukket vil det kanskje ikke være så naturlig å ta på og snakke med informantene mine slik jeg gjorde. Jeg deltok i stellet, som intensivsykepleier var det naturlig for meg. Kanskje blir informantene mer avslappet når de ser du er avslappet. Hvordan du deltar får imidlertid konsekvenser for hva du samler av data og hva du ser. Album(1996) så detaljene i måten sykepleierne gikk på i gangene som kunne indikere om de hadde det travelt eller ei og fikk med seg hvor mange som kom og gikk i avdelingen. Fangen (2004) kom nært på eget engasjement og følelser; hun opplevde samhold med informantene i ett studie for så å møte et menneskesyn hun overhodet ikke delte i studiet av nynazister. Således er det snakk om ulike typer studier, basert blant annet på hvordan de har brukt seg selv som «instrument». Dersom studiet er noe vi konstruerer både i praksis, ved litterær fremstilling av felldata og analyser, samt hvordan vi er som mennesker i situasjonen; sier Mulhall (2003) at instrumentet blir vår evne til å reflektere rundt hvordan denne prosessen skrider frem. Da blir det viktig at du før et deltagende observasjonsstudie kjenner dine styrker og svakheter som observatør. Hva er jeg god på og hva passer jeg dårlig til. Jeg tror ikke at du kan ta en rolle og helt fjerne seg fra din egen personlighet. Labaree (2002) understreker imidlertid at du kan forholde deg kritisk til hvordan rollene og posisjonen du får i feltet kan påvirke det som studeres. Identiteten til forsker kan altså sees på som en posisjon som kan identifiseres og det vil aldri være en fastlåst identitet, den er skapt av mange faktorer (Landen, 2011).

### 2.1.3 Kroppen som instrument

Som intensivsykepleier i praksis vet jeg mine arbeidsoppgaver, hvor utstyr er plassert i rommet og jeg beveger meg med naturlighet igjennom pasientrommene og i avdelingen. Som forsker kom jeg inn i en ukjent avdeling. Det å finne sin plass i pasientrommene, hvor jeg ikke stod i veien men heller ikke oppstilt i et hjørne med armene i kryss var noe jeg oppdaget jeg måtte fokusere på underveis. Kroppen måtte lære seg hvordan den skulle oppføre seg i det ukjente miljøet. Jeg fikk ikke bare fysiske reaksjoner på å være tilstede i feltet, jeg begynte etter noen observasjoner å endre språket mitt. Jeg brukte plutselig ord for å beskrive pasientsituasjoner jeg aldri bruker, som jeg må ha hørt ansatte i avdelingen bruke og adoptert dem ubevisst for å tilpasse meg. Jeg har aldri brukt de samme ordene etterpå, i min faste jobb.

Å være tilstede definerer Fog (2004) som bevisstheten om at du snakker med mer enn ord, og at både forsker og intervjuobjekt ser hverandre og forholder seg til hverandre. Det at kroppen reagerer på å være i feltet, er heller ikke unaturlig slik jeg forstår det. Savage (2000) beskriver at hun etter mange år uten direkte pasientkontakt gjennomførte et observasjonsstudie.

Kroppen kjentes krokete og gammel, ikke som da hun som praktiserende sykepleier hadde løpt rundt i korridorene og visst hvor kroppen skulle plasseres og hvordan den skulle handle. Hun begynte ubevisst å imitere de andre sykepleierne i forhold til hvordan de hadde kroppskontakt med pasientene, selv om hun til å begynne med hadde undret seg over og syntes det virket unaturlig for henne å ta på pasientene på den måten sykepleierne gjorde (Savage, 2000). Ved å være seg bevisst hvilke kroppslige inntrykk du får ute i feltet, tror jeg at du kan stille andre spørsmål til det du ser i praksis. Jeg kan påvirke andre, og andre kan påvirke meg. Det betyr av om jeg føler jeg meg klossete kan jeg videreføre dette til de andre i feltet. Det jeg ser, hører, lukter, kjenner og sanser kan jeg bruke som redskap til å analysere en situasjon. Jeg forsøkte å være bevisst min nonverbale kommunikasjon, og bruke kroppen som en redskap ved for eksempel ikke å stå med hendene i kryss i enden av rommet så sykepleierne kunne føle seg overvåket, samt bruke blick og ansiktsuttrykk for å oppnå kontakt med både sykepleierne og pasientene. Det ble mer naturlig etter å ha vært gjennom noen observasjoner å vite hvordan jeg kunne benytte dette bevisst.

## 2.2 Feltdata

Hva jeg observerte kan ikke skilles fra skriveingen av feltnotater. Jeg opplevde i begynnelsen at selv om jeg hadde lagd en observasjonsguide og forsøkt å trene på å skrive feltnotat var det vanskelig. Jeg hadde lest om hvordan feltnotater burde skrives og hva de skulle inneholde (Fangen, 2004; Hammersley & Atkinson, 2007), men hadde likevel ikke en klar formening om hvordan jeg selv skulle skrive. Jeg lette etter ordene som så presist som mulig kunne beskrive hva jeg hadde sett. Jeg fikk tilbakemeldinger både av veileder og medstudenter. Beskrivelsene mine ga ikke alltid de assosiasjoner jeg trodde og i denne fasen møtte jeg også dermed min egen forutinntatthet, og «kulturelle blindhet» av teksten. De som leste teksten kunne ha spørsmål jeg ikke hadde tenkt større rundt, som hvorfor jeg hadde valgt ordene jeg benyttet og også rundt de konkrete situasjonene.

Flere forskere etterlyser større fokus rundt hva som skrives i feltnotatene (Mulhall, 2003; Tjora, 2006). Aksel Tjora (Fangen & Sellerberg, 2011; Tjora, 2006) har gjort seg mange refleksjoner rundt hvordan studentene hans slet med å skrive feltnotater, og hvordan rike observasjoner ofte ble redusert til kortfattet tekst i forhold til de rike minnene. Tjora har analysert uerfarne, studenters første forsøk på feltnotater for å se om observatørene intuitivt valgte en spesiell fremstillingsmåte. Ut fra 247 feltnotater mener han å kunne identifisere ti ulike skrivestiler. 1) Naivt beskrivende 2) generaliserende 3) fortolkende 4) undrende, 5) forklarende 6) kvantifiserende 7) dramatiserende 8) reflekterende 9) eksperimentell eller 10) vurderende. Tjoras (2011) studie viser slik jeg forstår det at observasjon har mange nyanser, og vår menneskelige evne til å forstå en situasjon vi er del av faktisk kan ødelegge vår evne til å være gode observatører. Samtidig kan de menneskelige egenskapene være verdifulle; nettopp for å forstå situasjonen. Om jeg nå i etterkant ser feltnotatene i lys av Tjoras funn, mener jeg at jeg stort sett har valgt en beskrivende, naiv stil. Jeg forsøkte å skille ut metodiske refleksjoner, foreløpige analyser og følelsesmessige reaksjoner i egne notater. Her er et par eksempler fra mine egne feltnotater.

### *Eksempel på naivt, beskrivende elementer av kommunikasjon mellom pasient og sykepleier*

Etter røntgenpersonalet har gått ut begynner sykepleier å prate om respiratoren med pasient. Hun sier hun skal prøve å gå over på en innstilling hvor pasient må puste mer selv.

**PASIENT**

**SYKEPLEIER**

*«Vi må nesten prøve, det er tungt men du får si i fra om det blir ubehagelig».*

*Pasient former ordet tungt med leppene.*

*« Tungt? Er det tungt nå?»*

*Pasient rister på hodet. Hun peker på peketavlen.*

Sykepleier gir pasient peketavlen. Pasient peker på bokstavene og sykepleier gjentar høyt etter henne.

*T-U-N-G-T (lager en sirkel, med fingeren over pekebrettet) H-E-L-E (sirkel igjen) T-I-D-E-N(sirkel)*

*«Tungt hele tiden? Ja det kan jeg tenke meg. Det er som du skal trene sånn som Northug gjør det her... kjempeslitsomt! men det må til.»*

*Pasient nikker på hodet.*

Tjora sier at naive beskrivelser kan virke litt rett frem, men det kan gi svært gode situasjonsbeskrivelser (Fangen & Sellerberg, 2011; Tjora, 2006) og jeg synes av eksempelet jeg viser frem at det gir en god beskrivelse på hvordan sykepleier og pasient går frem for å finne ut hva det er pasienten ønsker å si. Sykepleieren stiller åpne spørsmål, pasient former ord med leppene og sykepleier gjentar for å forsikre seg om at hun har forstått hva pasient vil si. Når det ikke stemmer, benyttes peketavlen og pasient staver det hun ønsker å uttrykke. Sykepleier gjentar det pasient sier om at det er tungt hele tiden å puste, og bekrefter dette samt forsøker å motivere til videre trening for å komme seg av respirator. Samtidig kommer det også frem at det er sykepleieren som initierer samtalen og endringene i respiratorinnstillingene, ikke pasient, i denne situasjonen.

***Eksempel på vurderende elementer:***

*Jeg tilbyr meg å skifte på putene, gjør det mens sykepleieren skal stelle tracheostomien til pasienten. Ser pasient kniper sammen øynene og det ser ut som det er litt ubehagelig. Sykepleier kommenterer ikke dette. Han sier imidlertid etter han er ferdig med å stelle tracheostomien at han skal skifte på flergangssuget og kobler pasient i fra og gjør dette.*

Her vurderer jeg pasienten, i forhold til smertepåvirkning. Men jeg blir normativ, i det jeg bemerker at «*sykepleieren kommenterer ikke dette*». Normativiteten ligger imidlertid ikke i hva jeg har skrevet, men hvordan jeg selv leser det jeg har skrevet. Jeg leser det som en kritikk, sykepleieren burde vel kommentere pasientens tegn på ubehag? Jeg forestiller meg en pasient med sammenbitt ansikt, sammenknepede øyne og hender og armer i spenn på grunn av den ubehagelige situasjonen når jeg leser at pasienten kniper igjen øynene. Jeg får assosiasjoner til en teknisk, kjølighet fra sykepleierens side ved at «uttrykket for smerte ikke følges opp»; i stedet fortsetter sykepleieren med rutineoppgaver. Tjora argumenter for at dersom feltnotatene har en vurdering i seg kan de bli normative (Fangen & Sellerberg, 2011; Tjora, 2006). For vurderer du, vurderer du det alltid opp mot noe; det være seg en standard, meninger eller tidligere opplevelser. Det er imidlertid mine tankerekker som leser og min skildring av situasjonen som skaper disse assosiasjonene. Min opplevelse ble preget av at jeg syntes pasienten ikke ble møtt i sin smerteopplevelse. Ved å forstå at det er mine assosiasjoner i fra hendelsen, kan jeg så gå videre i tolkning av situasjonen klar over det og hva det kan innebære for mine funn.

Noen steder i feltnotatene er jeg både fortolkende og reflekterende. Flere steder i feltnotatene har jeg har spørsmåltegn.

### ***Eksempel på undrende elementer***

*«Det står på høyre side av sengen i senge-enden en liten «flipover» med skriftlig informasjon skrevet i store bokstaver hva som har skjedd med pasient og at det går fremover skrevet av pårørende. I min tid som intensivsykepleier har jeg aldri sett en sånn type informasjon og jeg lurer litt på grunnene til og motivene for å sette det opp på den måten. Spør sykepleieren under observasjonen, men han vet heller ikke hvorfor den er satt opp og har ikke fått tid til å lese den»*

Undrende momenter er ofte resultat av at observatøren forsøker å få en forståelse av hva det er som foregår, og ofte observatørens tanker til seg selv eller hva han/hun tror andre tenker (Tjora, 2006). I eksempelet jeg har her, viser jeg en tydelig forundring rundt noe som jeg aldri har sett før, og forsøker å forstå hensikten med. Og at jeg «aldri har sett dette før» betyr jo ikke at det ikke finnes, det er nesten så jeg gir meg selv inntrykk av å tro at jeg vet det meste.

Ved å fokusere på hvordan jeg uttrykker meg skriftlig kan beskrivelsene få frem data som fører til at jeg begynner å reflektere mens jeg leser. Kanskje det ikke betyr noe hva jeg skriver, men hvordan jeg i etterkant leser det? Da vil det egentlige instrumentet ikke være språket, men min evne til å konseptualisere og trekke teori fra praksis som har betydning; noe både Simmons (2007) og Tjora (2006) påpeker kan være tilfelle. Med konseptualisering menes slik jeg forstår det at du fra observasjonene klarer å trekke ut noen momenter i handlingene, og se det i sammenheng med tidligere erfaringer og eksisterende teorier og kunnskap på området. Refleksivitet innebærer at forskeren involverer seg i interaksjon med tekstene for å få frem meningen (Manias & Street, 2001). Tekster kan leses på utallige måter, avhengig av hva du er ute etter å oppnå. Den refleksive lesingen er altså den som innebærer undring rundt hvordan du har opptrådt som forsker, hva du har fått med seg i situasjonen og hva som du ser mangler i beskrivelsene (Tjora, 2006). Refleksiv og tolkende lesing er slik jeg ser det en del av analysearbeidet. Uansett er det viktig å innse at alle måter å skrive feltnotater på en begrensning, det er «noe» du ikke får med om du velger en spesifikk skrivestil.

Savage (2000) sier ut fra sine erfaringer, at kunnskapen var der allerede før de språklige bekreftelsene kom til syne i feltnotatene. Det er i perioder slik jeg har opplevd det også, jeg har lett etter de riktige ordene. Jeg tror ikke jeg var upåvirket av det jeg skrev, jeg tror det i høyeste grad påvirket mine analyser, refleksjoner og funn slik som Tjora (2006) fremhever. Derfor mener jeg at som «instrument» må du reflektere rundt den skriftlige formen feltnotatene får; hvilke ord velges, på hvilken måte du formulerer deg og hvilke assosiasjoner som teksten kan skape. Dersom jeg ikke hadde beskrevet min egen rolle i feltnotatene, tror jeg at jeg heller ikke ville hatt samme mulighet til refleksjon rundt hvordan jeg har brukt meg selv som instrument. Hadde jeg lest Tjora's (2006) studie i forkant av min egen studie ville jeg nok hatt enda større fokus på hvordan jeg skrev feltnotatene, både i forhold til hvilke ord jeg valgte og hvordan jeg beskrev situasjonene. Kanskje ville jeg da sett nye ting?

### **2.3 Intervju**

Jeg benyttet observasjon og intervju for å ha fokus på både handlingene og samtidig få sykepleiernes refleksjoner rundt situasjonen i etterkant. Kontakten var på forhånd opprettet, men intervjuet var en ny situasjon hvor jeg forsøkte å få sykepleierne til å fortelle sin versjon



av situasjonene. Egne tolkninger av situasjonene kunne også benyttes, for i de tilfellene jeg tolket situasjonen annerledes enn det sykepleierne fortalte, fokuserte jeg på hva som gjorde at jeg tolket det annerledes og prøve å sette meg inn i hvorfor sykepleieren jeg intervjuet sa noe helt annet enn det jeg hadde opplevd. Jeg hadde i utgangspunktet en stor valgfrihet i forhold til hva jeg ønsket å fokusere på i intervjuene, de startet med åpne spørsmål. Målet var imidlertid at de jeg intervjuet fikk snakke så fritt som mulig. De fleste pratet uten større hinder, men det var også de som ikke forstod spørsmålene mine og ikke sa så mye. Jeg følte nesten jeg måtte dra ordene ut av munnen deres, og det gjorde også at jeg brukte mye energi i intervjusituasjonen på å stille spørsmål som kunne åpne opp og få de til å fortelle mer. På en måte var jeg en innsider, med tanke på at jeg snakket det samme språket og forstår mye av den kulturelle kodeksen. Likhetene kunne jeg bruke som en basis for tillit og nære relasjoner med informantene i både intervjuene og observasjonene. Det betyr imidlertid ikke at jeg sitter med en innsideforståelse av alt, så intervjuene ble viktige også for å få kunnskap om kulturen på avdelingene.

Erfaringsbasert kunnskap som sammenlignes med det som observeres i feltet har fordeler. Du kommer ikke inn helt blank, det kan skape en åpenhet fra de observerte som er unik.

Spørsmålene jeg som observatør stiller kan bli mer konkrete og ikke så famlende. I flere av intervjuene beskrev sykepleierne hvordan de strevde for å få frem pasientenes ønsker, og jeg kunne forstå det i lys av egne opplevelser. Samtidig kunne jeg også reflektere rundt andre mulige løsninger på det sykepleierne møtte i praksis. Ved å gjøre dette brukte jeg meg selv som instrument, og det var det jeg ser mangler i de første intervjuene hvor jeg var mest opptatt av om båndopptageren fungerte og selve intervjuteknikken. Det la informantene merke til selvfølgelig, de blikkene jeg sendte opptageren ble fulgt opp av at de også kikket på den.

Oppmerksomheten var mitt viktigste redskap som instrument i intervjuene; med det mener jeg Fog's (Fog, 2004) definisjon av oppmerksomhet som å forstå hvor den du intervjuer står i verden, hvordan hun/han handler og så la det gjøre inntrykk på meg. Subjektiviteten er det beste og eneste redskap for anerkjennelse av en annen. Mangler kontakten, er du ikke tilstede i situasjonen. Tegn på manglende kontakt kan være at du føler «noe halter», du kjenner fysiske tegn på ubehag, det er kjedelig og du blir uoppmerksom og ukonsentrert (Fog, 2004). Noen fikk jeg bedre kontakt med enn andre, både i intervjuene og observasjonene. Jeg kjente det i kroppen at jeg ble anspent, ikke visste hva jeg skulle prate om og forholdt meg nok mindre aktiv de få gangene jeg ikke opplevde en «naturlig» kontakt. Når jeg opplevde å få

naturlig kontakt var det som jeg ikke fokuserte på tiden, men i stedet levde meg inn i handlingene og det de fortalte.

Lykkeslet og Gjengedal (2007) argumenterer for viktigheten av kritiske spørsmål og en kritisk holdning til feltet for å få frem forskeren og ikke kun praktikerens blick i praksisnær forskning. Definisjonen av kritisk blir da essensiell, for om man verbalt kritiserer de man observerer vil det opplagt prege forholdet til informantene. Og siden kvaliteten av data er avhengig av kvaliteten på forholdet mellom forskeren og studiens deltagere blir dette et tveegget sverd som hele tiden må reflekteres rundt fra forskerens side (Lykkeslet & Gjengedal, 2007). Jeg kommenterte ikke med en kritisk tone noe av det de gjorde ute i observasjonene, men forsøkte i intervjuene å stille spørsmål rundt hvorfor de handlet som de gjorde.

En fare med å kombinere observasjon og intervju er at du ser på handlingene som riktigere enn det som blir sagt, noe som gjør handlingene mindre problematiske enn det de faktisk er. En handling er like kompleks som en tanke som blir formulert i et intervju. Atkinson og Coffey (Holstein & Gubrium, 2003) mener at du i stedet for å se dem opp mot hverandre må ha fokus på hvordan handlingene utføres, blir fortalt, at enkelte handlinger får større rom i fortellingene og de observertes syn på selv. Fangen understreker også dette, ved å si at intervjuer gjenspeiler de subjektive opplevelsene enkeltindividet har av hendelsen og ikke hva som har skjedd (Fangen & Sellerberg, 2011).

I etterkant synes jeg at intervjuene ble mer interessante utover i studiet, etter som jeg fikk mer erfaring og følte at jeg hadde et større «repertoar» å spille på i måten å stille spørsmål. Dermed ble oppmerksomheten ledet mot det sykepleierne sa. Sånn sett ble jeg mer tilstede i situasjonen, og kunne leve meg mer inn i sykepleiernes refleksjoner og tanker. Samtidig tror jeg at jeg ved å innta en spørrende, nysgjerrig holdning både i intervjuene og observasjonene fikk frem informantens synspunkter og på den måten fikk løftet frem en del av det jeg kan ha sett på som selvsagt.

### 3.0 Avsluttende kommentar

Tidligere forskere som har utført etnografiske studier inkluderer både prosessen man har vært igjennom og det resultatet som til slutt skapes av meg som forsker som studiet. Forskeren kan dermed aldri løsrives fra konteksten som de har vært en del av (Labaree, 2002; Landen, 2011; Pellatt, 2003; Savage, 2000). Derfor er det viktig å være klar over hvilke premisser du trår inn i feltet med og at disse endres underveis når man opparbeider seg mer kunnskap om feltet (Alvesson & Sköldbberg, 1994; Fangen, 2004; Fangen & Sællerberg, 2011; Wolcott, 2008). Kunnskapen om deltagende observasjon og å lære å bruke meg selv som instrument har gitt meg en trygghet som nok gjør at og jeg igjen skal observere vil jeg være tydeligere på med hvilket kunnskapssyn jeg går ut i feltet.

Jeg kunne aldri visst hvem eller hva jeg skulle møte. Det kan imidlertid hende at dersom jeg hadde forberedt meg på en annen måte metodisk; det vil si at jeg hadde lest andre forskeres erfaringer med deltagende observasjon og ikke kun metodebøker, ville ha hatt større trygghet og dermed opplevd observasjonene mindre skremmende. Forberedtheten ville kanskje også medført at jeg hadde sett andre ting enn det jeg så. Inspirasjonen i feltet finnes uansett i det at du aldri vet hva som skjer, nettopp det gjorde det spennende med deltagende observasjon når jeg ble mer bekvem i forskerrollen.

Det er «betryggende» å vite at flere forskere som har observert i et kjent felt beskriver prosessen som både forvirrende, full av komplikasjoner og kompleksitet (Bailey, 2007; Cudmore & Sondermeyer, 2007; Simmons, 2007). Da er jeg i alle fall ikke alene om å ha den erfaringen. Landen (2011) sier at han opplevde deltagende observasjon som ”tormenting! But nevertheless interesting..”. Cudmore (2007) sier hun følte seg isolert, spesielt sjokkert ble hun over å oppdage at kollegaene endret syn på henne underveis i studiet. Noen sluttet å snakke med henne, og så henne mer som en kikker som misbrukte sin posisjon. Hun skriver også at hun følte seg som Alice i eventyrland som tror hun ser et speilbilde, men når hun trår inn i speilet er virkeligheten en helt annen. Jeg følte meg ikke som Alice i eventyrland, men en ny verden åpnet seg definitivt i løpet av studiet. I observasjonene begynte jeg å legge merke til andre ting enn jeg vanligvis gjør i praksis. I de siste fire observasjonene og analysefasen begynte jeg imidlertid å forstå at jeg hadde beveget meg mot et nytt syn på kunnskap ved at jeg begynte å forstå kompleksiteten i hvordan jeg kunne bruke meg selv til å skape data. Jeg

fikk også kommentarer av medstudenter på dette, ved at jeg i diskusjoner med de kom frem til andre konklusjoner enn jeg tidligere hadde trukket og de så hvordan jeg var i endring.

Refleksivitet er et begrep som ofte benyttes for å forklare forskerens måte å arbeide på innenfor kvalitativ forskning. Ved hjelp av refleksjon vider du ut blikket, og det du før så som uproblematisk fortelling om virkeligheten blir mer kompleks enn som så. Empirisk forskning som preges av refleksjon fremskaffer nyttige kunnskapsbidrag som i stedet for å lukke et felt åpner det opp, og gir ny og økt forståelse (Alvesson & Skoldberg, 1994). Etter erfaring med deltagende observasjon kan jeg trygt si at alle illusjoner om en verdifri, nøytral forskning er borte for alltid. Du skaper data, som menneske og forsker i en kontekst. Jeg er også blitt mer bevisst min rolle som instrument i all type forskning. Data kan skapes på feil grunnlag i et deltagende observasjonsstudie dersom du tror data finnes der ute uavhengig av deg som instrument (Hegelund, 2005). Et naturvitenskapelig kunnskapssyn mener vi kan separere det vi har funnet i et studie fra det som kan ha påvirket våre tolkninger av funnene og hvordan studiet er konstruert. Dermed blir funnene sett på som et «rått, uforurenset og prefleksivt materiale» vi kan basere vår praksis på (Avis & Freshwater, 2006). Det var det kunnskapssynet jeg møtte i meg selv når jeg skulle ut og skape data og selv være instrumentet.

Deltagende observasjon har sine begrensninger og utfordringer, som alle metoder. Det er ikke alltid like hensiktsmessig å benytte en slik metode. Jeg mente på forhånd min problemstilling passet veldig bra til det studiet jeg har gjort, noe jeg fremdeles mener. Ved å ha sett mine egne erfaringer opp mot andres har det gitt meg en økt forståelse og innsikt i hva deltagende observasjon går ut på, og at det er mer enn bare en metode. Det er en måte å forstå verden og se på kunnskap på. Sanjek (Hegelund, 2005) har sammenlignet etnografi med jazzmusikk. Alle musikere kjenner sine instrumenter og vet hvordan man leser noter, men det er likevel lett å høre forskjellen mellom de om du er jazzkjenner. Så ja, kanskje er et godt observasjonsstudie et stykke kunst. Men det er også mye hardt arbeid! Jeg er i en startfase som forsker, det kommer nok i selvransakelsens lys frem noen sure toner her og der før jeg forhåpentligvis lærer å spille på ordentlig. Dersom jeg skulle gi noen råd til andre som skal ut og observere ville jeg sagt at det er viktig å undre seg. Rundt hva som skjer, hvorfor det skjer og ikke minst hvordan det skjer. For å kunne bruke seg selv som et konstruktivt instrument i deltagende observasjon, krever det grundige forberedelser. Andres erfaringer er verdifulle i den fasen.

## 4.0 Litteraturliste

- Album, Dag. (1996). *Nære fremmede: Pasientkulturen i sykehus*. [Oslo]: TANO.
- Alvesson, Mats, & Sköldbberg, Kaj. (1994). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Avis, M., & Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nurs Philos*, 7(4), 216-224. doi: 10.1111/j.1466-769X.2006.00267.x
- Bailey, C. J. (2007). Practitioner to researcher: Reflections on the journey. *Nurse Res*, 14(4), 18-26.
- Bonner, A., & Tolhurst, G. (2002). Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Res*, 9(4), 7-19.
- Cudmore, H., & Sondermeyer, J. (2007). Through the looking glass: Being a critical ethnographic researcher in a familiar nursing context. [Review]. *Nurse Res*, 14(3), 25-35.
- Fangen, Katrine. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl. (Og 2. utgave, 2010)
- Fangen, Katrine, & Sellerberg, Ann-Mari. (2011). *Mange ulike metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fog, Jette. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Hammersley, Martyn, & Atkinson, Paul. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.
- Hegelund, A. (2005). Objectivity and subjectivity in the ethnographic method. *Qual Health Res*, 15(5), 647-668.
- Holstein, James A., & Gubrium, Jaber F. (2003). *Inside interviewing: New lenses, new concerns*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Labaree, R.V. (2002). The risk of 'going observationalist': Negotiating the hidden dilemmas of being an insider participant observer. *Qualitative Research*, 2(1), 97-122.
- Landen, A. S. (2011). From ethnographic 'self'-discovery to processes of identification. *Qualitative Research*, 11(5), 536-551. doi: 10.1177/1468794111413238
- Lawler, Jocalyn. (1996). *Bak skjerm Brettene: Sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lykkeslet, E., & Gjengedal, E. (2007). Methodological problems associated with practice-close research. *Qual Health Res*, 17(5), 699-704. doi: 10.1177/1049732307299216

- Manias, E., & Street, A. (2001). Rethinking ethnography: Reconstructing nursing relationships. *J Adv Nurs*, 33(2), 234-242.
- Martinsen, Kari. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mulhall, A. (2003). In the field: Notes on observation in qualitative research. *J Adv Nurs*, 41(3), 306-313.
- Pellatt, G. (2003). Ethnography and reflexivity: Emotions and feelings in fieldwork. *Nurse Res*, 10(3), 28-37.
- Savage, J. (2000). Participative observation: Standing in the shoes of others? *Qual Health Res*, 10(3), 324-339.
- Simmons, M. (2007). Insider ethnography: Tinker, tailor, researcher or spy? *Nurse Res*, 14(4), 7-17.
- Tjora, A. H. (2006). Writing small discoveries: An exploration of fresh observers' observations. *Qualitative Research*, 6(4), 429-451. doi: 10.1177/1468794106068012
- Wolcott, Harry F. (2008). *Ethnography: A way of seeing*. Lanham, Md.: Altamira Press.

## MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNING INTERNKONTROLL OG FORANKRING AV FORSKNINGSANSVAR (OBLIGATORISK)

Til: Marte-Marie Wallander Karlsen

Kopi:

Fra: Stab forskning, innovasjon og utdanning

Dato:

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Internregistrering OUS vedr. forskningsprosjekt

Saksnummer ePhorte: 2010/26959

---

### Forskningsprosjektet:

**"Hvordan legger intensivsykepleieren til rette for medbestemmelse hos intuberte, våkne intensivpasienter?"**

Viser til innsendt søknad om igangsetting av forskningsprosjekt ved Oslo universitetssykehus. Det følgende er den formelle interne forankringen av søknaden.

- Stab forskning, innovasjon og utdanning sikrer internkontrollen og ivaretar nødvendig forankring av foretakets forskningsansvar.

Oppfylging av følgende forutsetninger ligger til grunn for den interne forankringen av studien:

Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet har vurdert studien og har følgende forutsetninger til den planlagte databehandlingen av personopplysninger/helseopplysninger:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget, inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
3. Dersom pasienten er i en slik tilstand at han/henne har mulighet til å forklares hva prosjektet går ut på, samt kunne gi tilbakemelding på deltakelse, skal eventuell reservasjonsrett respekteres.
4. Data lagres aidentifisert på forskningsserver på Oslo universitetssykehus. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
5. Data slettes eller anonymiseres senest ved utgangen av 2011, slik som oppgitt i meldeskjema, ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.

6. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Seksjon for biobank og registerstøtte har vurdert studien til ikke å være relevant i forhold til opprettelse av forskningsbiobank.

Enhet for klinisk forskningsstøtte/GCP har vurdert studien til ikke å være klinisk utprøving av legemidler til mennesker.

Studien må vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og eventuelle merknader må følges. Denne søknaden sendes inn via SPREK-portalen til REK. Det må være samsvar mellom navn på søker/prosjektleder i den interne forankringen og i den eksterne søknaden til REK. REKs godkjenning sendes i retur til: [sentral.godkjenning@rikshospitalet.no](mailto:sentral.godkjenning@rikshospitalet.no)

Ved samarbeid med ekstern forskningsinstitusjon, må Seksjon for forskningsadministrasjon kontaktes, e-post: [geir.gogstad@ous-hf.no](mailto:geir.gogstad@ous-hf.no)

Ved inngåelse av kontrakt med ekstern industriell enhet må Inven2 (tidligere Medinnova) kontaktes, e-post: [post@inven2.com](mailto:post@inven2.com)

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier (ForPro).

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen

Mette B. Stinessen  
Seniorrådgiver

Stab forskning, innovasjon og utdanning  
Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg.





**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Førsteamanuensis Ingrid Christina Foss  
 Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag  
 Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo  
 Postboks 1153 Blindern  
 0318 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
 forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)  
 Postboks 1130 Blindern  
 NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 48

Dato: 24.11.2010

Deres ref.:

Vår ref.: 2010/2672 (oppgis ved henvendelse)

E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

**2010/2672b Medbestemmelse på intensivavdelinger**

Prosjektleder: Ingrid Christina Foss

Prosjektansvarlig: Universitetet i Oslo

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møte 03.11.2010.

**Saksfremstilling**

*Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan pasienter med akutt kritisk sykdom på intensivavdelinger som ligger i respirator får uttrykt sin medbestemmelse i pleiesituasjoner. Prosjektet er en kvalitativ observasjonsstudie av pleiesituasjonen mellom sykepleiere og pasient. Det tas sikte på å ha ti observasjonsdager. Studien skal ha fokus på 10 sykepleiere som siden også skal intervjues. Det skal innhentes skriftlig samtykke fra sykepleiere og stedfortredende samtykke fra pårørende, eller eventuelt behandlende lege.*

**Forskningsetisk vurdering**

Det anses som viktig å søke ny kunnskap som kan komme akutte syke pasienter ved intensivavdelinger til gode, men forskning på slike pasientgrupper er forskningsetisk utfordrende. Utvalget er svært syke og sårbare pasienter med redusert, og kanskje manglende samtykkekompetanse. I studien legges det opp til at enten pårørende eller behandlende lege samtykker på vegne av pasienten, men det legges ikke opp til at pasienten selv skal forespørres verken før, under eller etter observasjon.

Komiteen kan ikke slutte seg til denne måten å løse samtykkeproblematikken på. Fokus i studien er samhandling og medbestemmelse, underforstått mellom personer som er i stand til å samhandle på et eller annet plan. Komiteen ser at pasientene vil være i en kritisk livssituasjon, men er ikke enige i søkeres vurdering, at det nødvendigvis må være en ekstra belastning for pasientene å måtte ta stilling til deltakelse i et slikt prosjekt. Når pasientene i utvalget er i stand til å bidra i en form for medbestemmelse og samhandling som kan la seg observere, vil det etter komiteens mening også være mulig å kommunisere forskers tilstedeværelse og formål på en skånsom og tilrettelagt måte. Dette kan skje i muntlig form, ved at forsker presenterer seg for pasienten og forteller hvorfor hun skal være tilstede på avdelingen. Det vil da være mulig å tilby seg å forlate rommet om pasienten ønsker det. Komiteen kan ikke se at det er faglig hensiktsmessig å inkludere pasienter som ikke kan oppfatte en slik tilrettelagt informasjon. Pårørende bør informeres om studien underveis, men komiteen vil sette som vilkår at søker innhenter pasientens skriftlige samtykke når den akutte fasen er over, og pasienten eventuelt har gjenfunnet sin samtykkekompetanse. Pasienter som ikke gjenvinner samtykkekompetanse bør ikke inkluderes i studien.

KOPI KOPI KOPI

Det er noe uklart i søknaden i hvilken grad forsker ønsker å intervensere i behandlingen, eller om hun kun skal være observatør. I søknadens pkt 5c står det "Det vil ikke være noen direkte intervensjoner i forhold til pasientene. Deltakende observasjon vil medføre at jeg er tilstede og gjør ulike tiltak som for eksempel snakke med pasientene eller hjelpe andre sykepleiere. Men jeg er selv sykepleier og vil ikke gå utover mitt ansvarsområde." Avsnittet er uklart. I protokollen står det "På en intensivavdeling kan episoder med akutt forverring tilkomme, det blir viktig å definere min rolle så tydelig at jeg ikke havner i en situasjon hvor jeg blir deltakende som intensivsykepleier". Komiteen ber om en konkret redegjørelse for hvordan den deltakende observasjonen i praksis skal gjennomføres, og i hvilken grad forsker tenker å intervensere i forhold til pasientene.

**Informasjonsskriv/samtykkeerklæring**

Det skal utformes et informasjonsskriv uten samtykkeerklæring til pårørende hvor det fremkommer at pårørende kan reservere pasienten fra deltakelse, og det må utformes et informasjonsskriv til pasienten for innhenting av skriftlig samtykke etter at akuttfasen er over.

I skrevet til pårørende oppgis det at man når som helst kan trekke seg fra studien, men det står ikke eksplisitt hvor man skal henvende seg om man ønsker å trekke seg, kun hvis man har spørsmål. Dette bes presisert.

**Vedtak**

Saken utsettes. Det bes om svar på komiteens spørsmål om en redegjørelse for intervensjon i forhold til pasientene på avdelingen. Reviderte informasjonsskriv skal også sendes komiteen til orientering. Komiteens leder vil ta endelig stilling til spørsmål om godkjenning ved mottatt svar.

Det bes om at svar sendes komiteen senest et halvt år etter at komiteens vedtak er mottatt.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Ilnér (sign.)  
leder



Julianne Krohn-Hansen  
seniorrådgiver

Kopi: Universitetsdirektøren, universitetsdirektørens kontor, Pb 1072 Blindern, INTERNPOST

KOPI KOPI KOPI



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

VEDLEGG 3

Til  
Regional komite for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk sør-øst  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

**Svar på brev angående sak 2010/2672**

Det vises til brev angående prosjektsøknad 2010/2672. Vi takker komiteen for tilbakemeldingene, og har utformet et informasjonsskriv uten samtykkeerklæring til pårørende (vedlegg 1), retningslinjer for muntlig informasjon til pasienten (vedlegg 2) og skriftlig informasjon med samtykkeerklæring til innhenting av endelig, skriftlig samtykke etter at pasienten er i stand til å gi et slikt samtykke (vedlegg 3).

Kommisjonen ber om en presisjon av hva som ligger i deltagende observasjon. Deltagende observasjon sees som hensiktsmessig i dette studiet for å få en naturlig, avslappet atmosfære inne på pasientrommet. En ekstra person som kun observerer vil kunne virke kunstig og muligens også oppleves stressende for pasient. Siden foreker også er intensivsykepleier har vi vurdert at en passiv assistent/novise rolle, hvor forsker for eksempel kan være med i stellet når pasient skal snues og lignende vil være minst belastende i situasjonen. For å understreke rollen som forsker vil det benyttes et navnskilt hvor det står forsker/sykepleier, slik at dette, i tillegg til den muntlige informasjonen også bidrar til en klargjøring av forskers rolle.

Vi håper dette imøtekommer komiteens vurderinger.

9. desember 2010

Med hilsen

*J. Christina Foss*

Christina Foss, førsteamanuensis  
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag  
Institutt for Helse og Samfunn, UiO,  
Postboks 1153 Blindern  
0318 Oslo

Vedlegg 1, 2, 3





**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Ingrid Christina Foss  
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag  
Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 48

**Dato:** 05.01.2011

**Deres ref.:**

**Vår ref.:** 2010/2672 (oppgis ved henvendelse)

E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

**2010/2672b Medbestemmelse på intensivavdelinger**

**Prosjektleder:** Ingrid Christina Foss

**Prosjektansvarlig:** Universitetet i Oslo ved øverste ledelse

Vi viser til innsendt svar på komiteens merknader e-post med vedlegg datert 9 desember 2010. Prosjektleder har sendt inn endret "Informasjonsskriv til pårørende" og "Eksempel på muntlig informasjon som vil bli gitt pasientene".

**Saksfremstilling**

Komiteens merknader til søknader i vedtaksbrev datert 24.11.2010:

1. Komiteen ønsket en redegjørelse for prosjektets anvendelse av metoden deltagende observasjon i studien.
2. Komiteen ba om et informasjonsskriv uten samtykkeerklæring til pårørende hvor det fremkommer at pårørende kan reservere pasienten fra deltakelse, og det må utformes et informasjonsskriv til pasienten for innhenting av skriftlig samtykke etter at akutfasen er over. Komiteen ba også om presisering av hvor forskningsdeltakere skal henvende seg om de ønsker å trekke seg fra studien.

Prosjektleders svar på komiteens merknader til prosjektsøknaden:

1. I innsendt svar på merknader begrunnes valg av metode for prosjektet ved at det er ønskelig med "en naturlig avslappet atmosfære inne på pasientrommet". Delaktighet i stell av pasient er forventet å samle oppmerksomheten omkring pasienten/forskningsdeltakerene samtidig som man ønsker å studere samhandling og medbestemmelse. Vedlegget "Eksempel på muntlig informasjon som vil bli gitt pasientene" gir opplysninger om hvordan masterstudenten i prosjekten skal presentere seg overfor studiens forskningsdeltakere.

2. Innsendt informasjonsskriv til pårørende er utformet etter komiteens anvisning som beskrevet i REKs vedtaksbrev datert 24.11.2010.

**Forskningsetisk vurdering**

Komiteen har vurdert innsendt svar på merknader og har ingen forskningsetiske betenkligheter med å godkjenne prosjektet slik det nå foreligger.

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden og

UNIVERSITETET I OSLO  
Det medisinske fakultet

Side 2 av 2

med informasjonsskriv til pårørende.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Godkjenningen gjelder til 30.08.2012. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektstutt.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Ilnes (sign.)  
Professor dr. med  
Komitéleder

  
Katrine Ore  
Komitésekretær/Rådgiver

Kopi: Universitetsdirektøren, universitetsdirektørens kontor, Pb 1072 Blindern, INTERNPOST



## Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

### «Samhandling på intensivavdelingen»

#### Bakgrunn og hensikt

I denne studien var ønsket å observere hvordan intensivsykepleier samhandler med pasienter som er våkne på respirator. Hensikten med studiet var å studere samhandlingen mellom sykepleier og deg som akutt, kritisk syk intensivpasient uten mulighet til å snakke. Studien har til hensikt å fremskaffe kunnskaper om hvordan man best mulig kan legge til rette for at pasienter i respirator kan være med å delta i egen behandling/omsorg til tross for at de ikke kan snakke under respiratorbehandlingen.

#### Hva innebærer studien

Når du var på intensivavdelingen og lå på respirator, ble du forespurt av forsker om det var greit at hun var tilstede for å observere samhandlingen mellom deg og sykepleieren som hadde ansvar for deg denne dagen. Studien innebar at forsker var med inn på rommet under morgenstellet og eventuelt under trening/når du ble hjulpet opp på sengekant eller i stol. Forsker er selv intensivsykepleier, og var tilstede noen timer sammen med sykepleier som hadde ansvar for deg. Det ble gjort en vurdering av din våkenhet under observasjonen. Din nærmeste pårørende ble også informert om studiet.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjonen om samhandlingen blir behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når studien publiseres.

#### Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Selv om du sa muntlig ja til å bli observert, har du full rett til å trekke deg (det vil si notatene om de observasjoner som er gjort under observasjonene av din samhandling med sykepleier) fra studien uten å oppgi noen grunn. Om du ønsker å trekke deg vil det ikke få konsekvenser for videre behandling.

Hvis det er greit for deg at notatene blir brukt, bes du undertegne samtykke-erklæringen på neste side. Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte forsker Marte-Marie Wallander Karlsen på telefon 97190283 eller førsteamanuensis Christina Foss som er vitenskapelig ansvarlig for studien, telefon 22850639. Studien er del av en mastergrad i sykepleievitenskap som forsker går på ved universitetet i Oslo og er ikke finansiert av noen andre. Dersom du ikke undertegner vil forsker slette notatene fra observasjonen hvor du deltok og de vil ikke være med videre i studien.

**Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver**

Hvis du sier ja til å være med i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien vil innsamlede opplysninger bli slettet.

**SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I STUDIEN**

Jeg er informert om studien, og sier meg villig til å delta i studiet samhandling i intensivavdelingen som ble utført mens jeg lå på intensivavdelingen.

.....  
*Signatur av prosjektdeltager*

.....  
*dato*





## UNIVERSITETET I OSLO

### DET MEDISINSKE FAKULTET

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Samhandling på intensivavdelingen”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

I denne studien ønsker vi å kunne observere hvordan intensivsykepleiere samhandler med intensivpasienter som er våkne på respirator. Å ligge på respirator og ikke kunne snakke oppleves mange pasienter som utfordrende. Det er også utfordrende for de som har den daglige omsorgen for så kritisk syke pasienter å samhandle med pasient slik at de blir deltagende i sin egen behandling og har mulighet til å uttrykke egne meninger. Hensikten med studien å studere samhandlingen mellom sykepleier og akutt, kritisk syke intensivpasienter.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer at forsker er med intensivsykepleier inn på rommet til pasienten for å være tilstede og delta under morgenstell og eventuelt mobilisering. Forsker er selv intensivsykepleier, men vil ikke ha hovedomsorgen for pasienten. Hovedfokus for forsker vil være å observere samhandling mellom intensivsykepleier og pasient. I etterkant vil du bli intervjuet. Jeg vil være tilstede en dag hos hver pasient/sykepleier som blir med i prosjektet.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det kan oppleves ukomfortabelt å ha med seg noen inn til pasientene og vite at en blir observert. Dette er ikke er en studie som er ute etter å finne feil/mangler hos enkeltpersoner, men hvor jeg ønsker å lære av din praksis. Jeg vil gjøre alt for å være deltagende på en måte som ikke føles belastende.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen fra observasjon og intervjuene bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten at dette får noen konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte forsker Marte-Marie Wallander Karlsen, 97190283 eller vitenskapelig ansvarlig Førsteamanuensis Christina Foss ved Universitetet i Oslo, telefon:22850639. Studiet er en del av forskers mastergrad i sykepleievitenskap.





**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

***Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg***

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

**Informasjon om utfallet av studien**

Dersom ønskelig kan det gis informasjon om utfallet/resultatet av studien når det er ferdig

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

VEDLEGG 7

## INFORMASJONSSKRIV TIL PÅRØRENDE OM PROSJEKTDELTAGELSE FOR PASIENT INNLAGT VED INTENSIVAVDELING

Jeg er masterstudent ved Avdeling for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. I forbindelse med masteroppgaven min gjør jeg en undersøkelse av hvordan sykepleier og pasienter som ligger på respirator samhandler når pasientene ikke kan snakke. Din pårørende har muntlig blitt informert om studien og har sagt seg villig til å være deltager.

Deltagelsen innebærer at forsker, som selv er intensivsykepleier, deltar ved morgenstell eller trening og observerer samtidig samhandlingen mellom sykepleier og din pårørende. Hensikten er å få mer kunnskap om hvordan man kan legge til rette for at pasientene kan få fremmet formidlet ønsker og behov selv når pasienten ikke kan snakke.

Når din pårørende senere er ute av respirator og kan snakke selv, vil forsker igjen informere din pårørende mer om studiet. Han/hun blir da informert om sin rett til å trekke seg fra studien dersom hun/han skulle ønske dette. Dersom din pårørende ikke har noe imot at observasjonene inngår i anonymisert for i studien, vil hun/han bli bedt om å undertegner et skjema hvor hun gir skriftlig samtykke til deltagelse i studiet. Du har også da mulighet til å trekke deg fra studien.

Ved spørsmål vedrørende dette studiet kan man henvende seg til masterstudent Marte-Marie Wallander Karlsen tlf: 97190283 eller prosjektansvarlig Ingrid Christina Foss, tlf: 22850639.

Med hilsen

Marte-Marie Wallander Karlsen  
og  
Ingrid Christina Foss.

**Eksempel på muntlig informasjon som vil bli gitt pasientene  
(Informasjonen vil bli tilpasset individuelt hver pasient – hensikt med studien er  
med hensikt kommunisert to ganger)**

**Forsker presenterer seg med navn og tittel.**

**Hensikt og mål**

Jeg er masterstudent på Universitetet i Oslo. I forbindelse med masteroppgaven min vil jeg gjerne få gjøre en undersøkelse av hvordan sykepleier og pasienter som ligger på respirator samhandler når pasientene ikke kan snakke.

**Hva innebærer studien**

Selv om jeg er student nå er jeg også utdannet intensivsykepleier. Hvis du tillater det, vil jeg være tilstede noen timer sammen med sykepleier som har ansvaret mens du får hjelp til morgenstell og/eller skal trene for å observere hvordan dere kommuniserer. Jeg vil være hennes assistent samtidig som jeg observerer hvordan du og sykepleieren kommuniserer når du ligger på respirator og ikke kan snakke.

Jeg skal ikke ta noen prøver av deg eller registrere annen personlig informasjon om deg. Fordi du jo hele tiden får en rekke medisiner, blant annet smertestillende, vil jeg også gjøre en vurdering av – og notere meg hvor våken du er.

**Frivillig deltagelse**

Det er full mulighet til å si nei til at jeg skal være her, enten nå i forkant da eller underveis hvis du kjenner at du ikke føler deg vel med det. Selv om du synes det er ok at jeg er her nå, vil jeg komme tilbake til når du er kvitt respiratoren og kan snakke selv. Da informerer jeg deg mer om studien, og ber om at du undertegner et skjema hvor du gir endelig tillatelse til studiet. Du har også da mulighet til å trekke deg fra studien. Familien din vil også få et skriv nå om at du har sagt muntlig ja, og hva studien innebærer. Det er helt opp til deg å bestemme om jeg får være med, det får ingen konsekvenser for deg om du sier nei nå eller senere.

Men om du synes det er greit jeg er her sammen med dere en stund, kan du da nikke på hodet eller klemme meg i hånden for å bekrefte dette?

© Forfatter

År 2012

Tittel *Stemmeløs medvirkning*. En observasjonsstudie av intensivsykepleieres tilrettelegging for medvirkning hos våkne, intuberte intensivpasienter

Forfatter Marte-Marie Wallander Karlsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

60

