

”De er ikke i den verden vi er, i det hele tatt!”

*En studie om sykepleieres erfaringer med
pasienter i posttraumatisk amnetisk fase*

Anne-Stine Bergquist Røberg



Masteroppgave
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

24.06 2011

© Forfatter: Anne-Stine Bergquist Røberg

År: 2011

Tittel: ”De er ikke i den verden vi er, i det hele tatt!” En studie om sykepleieres erfaringer med pasienter i posttraumatisk amnetisk fase etter ervervede hjerneskader

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



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

Navn: Anne-Stine Bergquist Røberg	Dato: 24.06 2011
Tittel og undertittel: ”De er ikke i den verden vi er, i det hele tatt!” En studie om sykepleieres erfaringer med pasienter i posttraumatisk amnetisk fase.	
<p><u>Formål:</u> Å utforske og beskrive erfaringene til sykepleiere fra omsorg for pasienter i posttraumatisk amnetisk fase (PTA-fasen).</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> En fenomenologisk tilnærming til erfaringene sykepleierne har fra møter med pasienter i posttraumatisk amnetisk fase. Rådende litteratur ligger til grunn for utvikling av studiens forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene retter seg mot hva som kjennetegner de gode og mindre gode omsorgssituasjonene i møter med pasienter i PTA-fasen, og hvordan sykepleierne bruker seg selv i omsorgen for pasienter i PTA-fasen.</p> <p><u>Metode:</u> Studien er inspirert av den fenomenologiske metode, og har et utforskende og beskrivende design. Det er intervjuet åtte sykepleiere, og fortellinger fra erfaringene utgjør studiens data. Utvalget er basert på en frivillig deltakelse, med krav om minimum ett års erfaring fra arbeid med pasienter i PTA-fasen. Analysen er gjennomført ved å følge Giorgis fenomenologiske metode (1985).</p> <p><u>Resultater:</u> Studiens vitenskapelige essens er benevnt den semipermeable omsorgen, som symboliserer hvordan sykepleierne skjerner pasientene fra omgivelsene, ved å lukke ute sterke stimuli, og åpne for en varsom tilnærming til omverdenen på en måte som bidrar til at pasienten kan orientere seg, og oppleve å være forankret med sin kropp og i sine tanker. Fenomenet sykepleie til pasienter i PTA-fasen er presentert igjennom syv meningsemner som sammen viser hvordan sykepleierne erfarer omsorgen for pasienten; hvordan de opplever sin egen rolle og ansvar, pasientenes atferd og ivaretagelse av de pårørende.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Skjerming er grunnleggende i omsorgen for PTA-pasienter. Det er av avgjørende betydning at sykepleierne foretar grundige vurderinger ved iverksetting av tiltak, av faglig, skjønnsmessig og etisk karakter. Forskning videre bør fokusere på fortsatt utvikling av en felles forståelse av fenomenet PTA, og bør inneha pasientenes og de pårørendes perspektiver. Det bør også gjøres en sammenlikning av behandlingstilbudet de ulike foretakene i Norge gir pasienter i PTA-fasen, med fokus på varighet og effekt av behandling.</p>	
Nøkkelord: Posttraumatisk amnesi, PTA, traumatiske hjerneskader, rehabilitering, orienteringsevne, sykepleieres erfaringer, fenomenologisk metode	



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

Name: Anne-Stine Bergquist Røberg	Date: 24.06 2011
Title and subtitle: ” They aren’t in the same world as we are, at all” A study of nurses experiences from the care of patients with post-traumatic amnesia	
<p><u>Purpose:</u> To explore and describe nurse’s experiences from the care of patients with post-traumatic amnesia (PTA).</p> <p><u>Theoretical perspective:</u> A phenomenological approach of nurse’s experiences from their work with patients with PTA. Current literature has been explored in advance of developing the study’s inquiry. The study investigates characteristics of positive caring situations, as well as the negative. It also takes into consideration how nurses use one’s self in the care of these patients.</p> <p><u>Method:</u> The study is inspired by the phenomenological method, and has an explorative descriptive design. Eight nurses were interviewed, and their narratives constitute the data of the study. The election of participants is based on voluntary participation, and a minimum of one year of experience from working with patients with PTA. The analysis is based on Giorgis phenomenological method (1985).</p> <p><u>Results:</u> The essential characteristics of the phenomenon has been called semi permeable care, which symbolizes how the nurses protect the patients by physically guiding and modifying the surroundings, i.e. closing off distracting stimuli and cautiously reintroduce their surroundings in a way that helps the patient to cognitively orient his body and mind. The phenomenon nursing care of patients with PTA is presented through seven constituents: how the nurses experience this particular type of care, their role and the responsibilities, the behavior of the patients and the involvement of the patient’s relatives.</p> <p><u>Conclusion:</u> Isolation and protection are paramount in the care of the patients with PTA. It is of great importance that the nurses take into consideration expert knowledge, personal judgment and ethical aspects when they provide this type of care. Further studies are needed to develop a global understanding the phenomenon of PTA, and should also include the perspectives of the patients and their relatives. It is also important to look at how different hospital facilities in Norway treat and care for this patient group, focusing on duration of PTA and effect of treatment outcomes.</p>	
Key words: Post-traumatic amnesia, PTA, traumatic brain injuries, rehabilitation, orientation, nurses experiences, phenomenology	

Forord

Når arbeidet med denne masteroppgaven er kommet til veis ende, kjenner jeg stor glede og takknemmelighet over alt jeg har lært underveis, og en liten sårhet over at en fantastisk spennende periode er over. Mastergradsstudiet har gitt meg så mye.

Jeg vil rette en stor takk til sykepleierne som delte av sine erfaringer med pasienter i PTA-fasen. Jeg er imponert over refleksjonene og ydmyk for verdiene som ligger til grunn for omsorgen pasientene får. Jeg ønsker å takke daværende klinikkjef som ga meg muligheten til å ta fatt på masterstudien, og alle viktige støttespillere, i sær Grace Inga Romsland, Birgitte Dahl og Anne Geard. På lag med dere, er dette blitt en udelt positiv opplevelse. Takk også til alle gode kollegaer for tålmodig overbærenhet med fraværet dette studiet har gitt. Maribeth Rivelsrud ga sammendraget på engelsk den mening det skulle ha, takk for tiden du brukte på min oversettelse.

Jeg vil rette en varm takk til min veileder Ida Torunn Bjørk, for et sterkt bidrag til at veien ble til som den ble, for tiden som er brukt på meg og denne studien. Jeg er heldig som har vært sammen med andre dyktige studenter i fellesveiledninger, og takker for viktige innspill. En livredder og viktig kilde til førstehåndsinformasjon har vært Tone Vidnes, som tålmodig har lyttet, og delt av egne erfaringer.

Jeg har en nydelig familie som har gitt støtte og vist omsorg hele veien; Thomas, Peder, Bernhard og Sigurd, uten dere stopper Anne-Stine. Og en stor takk til Sidsel Bergquist, som har kommet med varm te, og lest korrektur, lyttet og forstått, som bare en mamma kan.

Anne-Stine Bergquist Røberg

24.06 2011

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	iii
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt.....	1
1.2 Utvikling av forskningsspørsmål.....	2
1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensning.....	2
2 Status for kunnskap på området	4
2.1 Traumatiske hjerneskader og posttraumatisk amnesi	4
2.1.1 Sentrale kjennetegn ved atferd, og kartlegging av pasienten i posttraumatisk amnetisk fase.	5
2.1.2 Rehabilitering, intervensjoner og tiltak til pasienter i posttraumatisk amnetisk fase	7
2.2 Oppsummering	11
3 Teoretisk utgangspunkt for studien	12
3.1 Fenomenologi som metode.....	13
3.2 Fenomenologi som vitenskap	16
3.3 Eksistensielle fenomenologiske faktorer i omsorg og sykepleie.....	17
4 Metodisk tilnærming	18
4.1 Forberedelse av studien	18
4.1.1 Klargjøring av egen forforståelse	18
4.2 Utvalg	20
4.3 Innsamling av data.....	20
4.4 Bearbeiding og analyse.....	24
4.5 Kvalitetskriterier	30
4.6 Etske hensyn ved å forske i eget felt	32
4.6.1 Andre etske hensyn i studien.....	33
5 Resultater og diskusjon	35
5.1 Studiens vitenskapelige essens	35
5.1.1 Med seg selv som virkemiddel.....	37
5.1.2 Andres forordninger og egne vurderinger.....	39
5.1.3 Fra sansing til forståelse	43
5.1.4 Nærhet men distanse	46
5.1.5 Pasienten som forutsigbart uforutsigelig.....	51

5.1.6	Å låse opp det låste.....	56
5.1.7	Pårørende, fra håpløshet til mulighet	66
5.2	Oppsummering av studiens sentrale funn.....	71
6	Konklusjon	74
	Litteraturliste	76

VEDLEGG 1; Samtykkeerklæring

VEDLEGG 2; NSD kvittering på melding om behandling av personopplysninger

VEDLEGG 3; NSD prosjektvurdering og kommentar

VEDLEGG 4; Bekreftelse på tilgang til feltet

1 Innledning

...Jeg hadde en pasient som var veldig rastløs... og ikke sint, da, men han skulle ut og bort. Ut, ut, ut... Han skulle ut av vinduet fordi han hørte noen ropte på ham, og han hadde ikke forståelse for at vi var i tredje etasje. Han rev i sikringene på vinduet...

I det innledende kapittel vil jeg introdusere bakgrunn for valg av tema og studiens formål. En redegjørelse for utviklingen av studiens forskningsspørsmål følger, før oppgavens oppbygging og avgrensning blir beskrevet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

Denne masterstudien utforsker og beskriver rehabiliteringssykepleieres erfaringer med pasienter i posttraumatisk amnetisk fase etter traumatisk hjerneskade. Etter elleve år i ulike stillinger som sykepleier, har jeg erfart selv, og merket meg andres fokus på utfordringene rundt pasientene som kommer til tidligrehabilitering etter alvorlig traumatiske hjerneskader. Et av behandlingssykehusene denne pasientgruppen kommer til, inngikk høsten 2005 et samarbeidsprosjekt med et stort regionalt universitetssykehus; *tidligrehabiliteringsprosjektet*. Siktemålet var en sømløs behandlingkjede for pasienter med traumatisk hjerneskade, med hensikt å starte pasientenes rehabiliteringsprosess så raskt som mulig. Etter dette har behandlingssykehuset årlig mottatt omlag 70 pasienter med traumatiske hjerneskader. Modellen er kopiert og tilpasset andre helseregioner i Norge de senere årene. Et av resultatene av prosjektet er at behandlingssykehuset gir rehabiliteringstilbud til pasienter som fremdeles er i oppvåkingsfasen etter hjerneskaden, som befinner seg i det man kaller posttraumatisk amnetisk fase (PTA-fasen). Beskrivelser av situasjoner der pasienter i PTA-fasen har vist sterk forvirring og av og til utagerende atferd, og fortellinger om sykepleiernes kreative måter å løse vanskelige situasjoner på, har vekket en nysgjerrighet i meg til å gripe tak i hva sykepleierne har av erfaringer til nå. Sykepleiernes erfaringer er valgt som tematikk for denne studien.

Den hyppigst refererte måten å definere PTA-fasen på er: "Perioden etter traumatisk hjerneskade, der pasienten ikke er fullt bevisst og er forvirret, amnetisk for løpende hendelser og kan fremvise atferdsforstyrrelser" (Levin, O'Donnel, & Bush, 1979, s.675). Litteraturen i

feltet viser relativt stor variasjon i hvordan begrepet PTA kan forstås, og det etterspørres på verdensbasis studier som kan bidra til å utforme en optimal praksis.

Det som syntes som et faktum under oppstarten av studien, er at pasientene i PTA-fasen er sårbare i sin manglende evne til å orientere seg, gjøre rasjonelle overveielser eller forstå situasjonen de er i. Samtidig er sykepleierne sårbare fordi pasientene kan vise sterk uro, agitasjon og brå skiftninger i atferd, og fasen med PTA kan trekke ut, slik at ansvaret for pasientene kan virke svært utfordrende. Med denne posisjonen har jeg valgt å beskrive og utforske ulike sider ved sykepleiernes erfaringer med pasienter i PTA-fasen, med hensikt om å utvikle kunnskapsgrunnlaget for hvordan sykepleiere med erfaring i rehabiliteringsfeltet beskriver omsorgen for PTA-pasientene.

1.2 Utvikling av forskningsspørsmål

Studien omhandler sykepleiere som arbeider ved enheten der PTA-pasienter er innlagt i behandlingssykehuset. Den retter søkelys mot hvilke erfaringer sykepleierne har med pasientene i PTA-fasen, slik de selv forteller det. Formålet er som beskrevet, å forstå mer om fenomenet sykepleie til pasienter i PTA-fasen, og for studien er det valgt et utforskende og deskriptivt design. Det har derfor vært viktig å gå åpent ut for å få bredde og variasjon i dataene. På grunnlag av ovenstående tematikk, er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hva kjennetegner de gode omsorgssituasjonene i møter med PTA-pasienten?
- Når blir omsorgssituasjonene ikke gode?
- Hvordan bruker sykepleierne seg selv i omsorgen for PTA-pasienten?

1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensning

Oppgaven er delt inn i seks deler. Etter innledningen følger en gjennomgang av fag- og forskningslitteraturen som omhandler pasienter i posttraumatisk fase etter traumatiske hjerneskader. Kapittelet er delt inn i generell kunnskap om traumatiske hjerneskader og posttraumatisk amnesi, om typisk atferd og kartlegging av pasienten i PTA-fasen, og om rehabilitering, tiltak og intervensjoner til denne pasientgruppen. Derneft følger en redegjørelse av studiens teoretiske perspektiv. Videre presenteres valg av metode, forberedelser av studien og datainnsamlingen, den analytiske prosessen, kvalitetskriterier lagt

til grunn, og de etiske betraktninger som er gjort i studiens forløp. Presentasjonen av analysens resultater er bygget opp ved en beskrivelse av den vitenskapelige essensen, meningsemnene og bestanddelene i disse emnene. Resultatene vil bli diskutert samtidig med at de presenteres. Studiens sentrale funn blir oppsummert, før avsluttende kapittel; studiens konklusjon.

Studien redegjør ikke for de ulike typer utfall etter traumatiske hjerneskader, og innehar ikke pasientenes eller de pårørendes perspektiver. Den avgrenses til rehabiliteringssykepleiernes erfaringer, og alle som er inkludert i studien, arbeider ved behandlingssykehuset som tilbyr denne rehabiliteringen.

2 Status for kunnskap på området

I det følgende presenteres status for kunnskap om pasienter i PTA-fasen. Kapittelet vil behandle hvordan faglitteraturen omtaler PTA og hva som er forskningsstatus innenfor feltet. Faglitteraturen er funnet etter søk i bibliotekbaser, med samtidig fokus på å finne til kilder som det hyppig refereres til.

Med utgangspunkt i tematikken, bygget jeg opp søket etter forskningsartikler ved hjelp av søkeordene: *Brain injuries, post-traumatic amnesia, temporal orientation, cognition, neurological dysfunctions og nursing assessment, neurological assessment, rehabilitation nursing*. Norske søkeord; *traumatiske hjerneskader, hukommelse, orienteringsevne, rehabilitering, sykepleie*. Søkene ble foretatt i MedLine/ Ovid, Cinahl Ovid, The Cochrane Library, PubMed og Swemed+. Det også er gjort supplerende søk med utgangspunkt i referansene i forskningsartiklene. Publikasjoner som forsknings- og fagutviklingsartikler i ulike nettsteder som braininjury.org, og søkemotorer som google scholar med flere, har også bidratt til å få oversikt i feltet.

2.1 Traumatiske hjerneskader og posttraumatisk amnesi

Traumatiske hjerneskader oppstår når hodet utsettes for krefter som ødelegger hjernevevet. Skadene kan lokalisere seg til et avgrenset område (fokale skader) eller påvirke større deler av hjernen (generaliserte skader) (Finset & Krogstad, 2002; Ponsford, 2004). Omfanget av traumatiske hjerneskader (TBI) kategoriseres tradisjonelt i milde, moderate og alvorlige hjerneskader, basert på Glasgow Coma Scale (GCS), varighet av bevisstløshet etter skaden, og varighet av posttraumatisk amnetisk fase (PTA) (Teasel et al, 2007). Studier gjort på varighet av PTA, har vist at dette alene var en viktig indikator for hvor alvorlig hjerneskaden var (Tate, Perdices, Pfaff, & Jurjevic, 2001). Det har vært forsket mye på hjernens evne til helbredelse etter skade på hjernevevet (hjernens plastisitet), og en har funnet at nervecellene til dels bygger nye synapser, eller endrer synapsenes funksjon, såkalt synaptisk plastisitet. Til dels endret funksjonen i gitte områder i korteks seg, såkalt kortikal reorganisering, og til dels ble det dannet nye hjerneceller. Dette kalles nevrogenese (Ponsford, 2004; Dietrichs, 2007). Disse endringene og typen gjenoppbygging skjer til en viss grad spontant, men forskning over mange år har vist at prosessen stimuleres av aktivitet (Lehr, 1995). I en norsk

forskningsartikkel viste Dietrich (2007) til at evnen til plastiske endringer i hjernen synes å øke i tiden rett etter en skade, og at intensiv rehabilitering etter skader i hjernen som følge av slag, var bedre enn moderat trening. Artikkelen rettet søkelys på funksjonalitet etter fysiske utfall, men hjernens plastisitet omhandler også kognitiv funksjon (Lehr, 1995).

Man har ikke et eget hjerneskaderegister i Norge, men det antas at antallet personer med ulike hjerneskader som innlegges sykehus i Norge ligger på omtrent 9500 mennesker (Andelic, Sigurdardottir, Brunborg, & Roe, 2008). Etter traumatiske hjerneskader, vil mange følgelig ha behov for spesialisert rehabilitering. Ved behandlingssykehuset denne oppgaven omtaler, har man et tilbud som retter seg mot pasienter med behov for tverrfaglige, spesialiserte tjenester etter en svært alvorlig traumatisk hjerneskade, med et særlig ansvar for pasienter fra helseregionen det ligger under. Der samarbeider en tett med traumesenteret/ enhet for rehabilitering ved et sentralt universitetssykehus og behandlingssykehuset tar imot ca. 70 slike pasienter i året. Statistikk fra ulike databaser fra USA har vist at ca. 70 % av pasientene som legges inn i sykehus etter traumatiske hjerneskader, ble diagnostisert med PTA, og at over 90 % av disse hadde en varighet av fasen på over 7 dager (Kosh, Browne, King, Fitzgerald, & Cameron, 2010).

Litteraturgjennomgangen viste en konsensus i fagmiljøene verden over om at det mangler en entydig forståelse av begrepet PTA. Symptombildet viser seg mer omfattende enn tidligere antatt, og det er vanskelig å bygge teoretiske tilnæringsmodeller for problematikken. Studier i feltet er vanskelig å sammenlikne på grunn av den manglende felles terminologien, og de fleste studier anbefaler videre forskning for å utvikle en tverrfaglig nomenklatur (Sandel & Mysiw, 1996). Få studier er gjort på sykepleiere og pasienter i PTA-fasen, og det er også innen dette feltet anbefalt videre studier, både på begrepsforståelse av PTA og studier som kan bidra til oppbygging av en evidensbasert praksis for sykepleie til pasienter i PTA-fasen (Alverzo, 2006).

2.1.1 Sentrale kjennetegn ved atferd, og kartlegging av pasienten i posttraumatisk amnetisk fase.

I studiene som omhandlet PTA og tidligrehabilitering, ble PTA omtalt som en indikator for omfanget av hjerneskaden, med særlig fokus på varighet av fasen. Ingen av studiene konkluderte med en entydig definisjon av PTA og hvordan pasientene skulle vurderes i henhold til fasens varighet og når pasienten var ute av PTA.

Sandel og Mysiw (1996) viste i en review-artikkel at den komplekse atferden var resultat av sensoriske, følelsesmessige, kognitive og motoriske forstyrrelser, som førte til at pasienten kunne fremvise atferd som kunne skade ham selv eller omgivelsene, og virke skremmende for mennesker rundt ham. De fant at det var atferden som vanskeliggjorde rehabiliteringsaktiviteter og sosial reintegrering. I en gjennomgang av studier gjort på aggressiv atferd hos pasienter i PTA-fasen, fant Kim (2002) at i USA varierte tallene fra 35-96 % av hvor mange som viste slik atferd. Det har vist seg vanskelig å finne norske studier, men anslag fra behandlingssykehuset som omtales i studien viser at omkring halvparten av pasientene i PTA-fasen må skjermes fra omgivelsene grunnet aggressiv atferd.

Studier som har beskrevet tilnærming til pasienten tidlig i rehabiliteringsforløpet, viste til nødvendigheten av å kartlegge pasientens tilstand for å få kjennskap til prognose for å planlegge videre rehabiliteringsforløp. I en review-artikkel gjennomført av Ahmed, Bierley, Sheikh, & Date (2000), ble behovet for formelle PTA-tester dokumentert. En annen hyppig referert studie, som omtaler de ulike områdene man tester pasienter i PTA-fasen i, viste til orienteringsevnen som et sentralt område (Mackay, Bernstein, Chapman, Morgan, & Milazzo, 1992). I en gjennomgang av tester på orienteringsevne, fant Feske (1998) at testene ikke var gode nok, og at det varierte stort hvilke parametere man målte etter. Tilsvarende ble det i en annen studie funnet at inkonsistensen når man sammenliknet studier innenfor dette området viste seg i at man ikke hadde operasjonalisert begrepene som omhandlet orienteringsevne likt (eksempelvis "tid", "sted", "ny evne til innlæring"), slik at man ikke kunne sammenlikne studiene på området (Leach, Kinsella, Jackson, & Matyas, 2006). Anderson og Novac (2000) viste at å kartlegge orienteringsevne ga viktig informasjon om pasientens tilstand og utfallet etter hjerneskaden, men i kontrast til de tidligere nevnte studiene, konkluderte de med at hyppig testing av orienteringsevnen ikke viste resultater i varigheten av pasientens forvirring. Deres påstand var i denne studien at det ikke hadde så stor betydning for forløpet i rehabiliteringen hvor vidt man testet pasientens orienteringsevne eller ikke. Forskningen viser at det er behov for å starte rehabiliteringen tidlig etter hjerneskaden, og at det er enighet om at det er behov for å bygge opp tilnæringsmodeller for rehabiliteringen. Det mangler

spesifikke anbefalinger for konkrete intervensjoner, og det gjenstår viktig arbeid med å operasjonalisere begrepene man anvender i kartlegging av PTA.

2.1.2 Rehabilitering, intervensjoner og tiltak til pasienter i posttraumatisk amnetisk fase

Rehabilitering omhandler tiltak som iverksettes etter ervervede hjerneskader, og er et velkjent globalt begrep. Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2007) definerer rehabilitering som:

Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination.

Grunntanken i rehabilitering etter hjerneskader omfatter veien tilbake til et liv der egenomsorg og aktiviteter i dagliglivet er satt som mål.

I en review-artikkel, beskrev Thorn (2000) rehabilitering av pasienter med hjerneskader som en spesialisert form for sykepleie, med behov for en særlig kompetanse innen feltet. Hun fremholdt at funnene la for dagen komplekse og sammensatte behov hos hjerneskadepasienten, og at det særlig var innenfor orientering, kognisjon og hukommelse at pasienten hadde behov for spesialisert tilnærming. Videre viste hun til at mange av disse pasientene viser aggressiv atferd, og at det var behov for mer forskning for å utvikle en spesialisert måte å tilnærme seg disse problemene på. Søk rettet mot sykepleiere og deres intervensjoner til pasienter i PTA-fasen, gir få treff. Det foreligger noen få studier, og disse presenteres i det følgende, på tross av manglende styrke.

En studie av Alverzo og Galski (1999) om hvordan sykepleiere vurderte pasientenes orienteringsevne, konkluderte med at sykepleierne manglet konsistente tilnæringsmåter. Resultatet av survey-undersøkelsen viste blant annet at sykepleierne støttet seg dels til formelle tester, men at en stor andel av sykepleierne i tillegg stilte pasienten spørsmål for å kartlegge orienteringsevnen. Spørsmålene de stilte var i hovedsak like, men sykepleierne tolket svarene pasientene ga, ulikt. Resultatet av studien viste således også at sykepleierne manglet felles forståelse av fenomenet orienteringsevne. Dette reflekterte åpenbare forskjeller i hvordan sykepleierne forsto og rapporterte sine vurderinger, og forskerne fremholdt at

variasjonene fikk konsekvenser for intervensjonene som ble bygget opp rundt pasientene (Alverzo & Galski, 1999). Studien er liten med tanke på antallet informanter (52 av 100 utdelte spørreskjema), men viser en tendens som er interessant i utarbeidelsen av studiens problemstilling. Det har ikke vært mulig å finne liknende studier.

Andre studier støtter opp under at sykepleierne har behov for å utvikle evidensbasert praksis i rehabilitering av pasienter med nedsatt orienteringsevne, fordi sammenfallende funn viste at sykepleierne ofte har en tilfeldig prosess rundt datasamling, planlegging og tiltak (Alverzo & Galski, 1999; Brown, Lyons, & Rose, 2006; Ingram, 1994; Olsson & Graffagnino, 2005). I en kvalitativ studie der hun intervjuet 28 sykepleiere, viste Pryor (2005) til hvilke omgivelsesfaktorer sykepleierne hevdet kan trigge aggresjon hos pasienter med ervervet hjerneskade. Hun omtalte ikke pasientene i PTA-fasen spesielt, men jeg vil hevde at funnene er aktuelle for denne studiens fokus. De viktigste triggerne nevnes (Pryor, 2005):

- For mye stimuli, for mange mennesker og støy
- For mange restriksjoner, at pasientene føler seg frarøvet frihet, selvbestemmelse og privatliv
- At personalet ikke viser fleksibilitet og kommuniserer på en uhensiktsmessig måte. Å være kommanderende eller korrigerende, vise uerfarenhet og manglende kompetanse kan trigge aggresjon
- For tett kontakt med medpasienter og familie og andre besøkende kan også provosere frem uønsket atferd

Funnene i studien var ikke ment som generaliserende, men jeg finner studien interessant, fordi den retter søkelys mot miljøaspektet i sykepleie til pasientgruppen. Pryor (2005) har også forsket på hvilke signaler hos pasienter med hjerneskader, sykepleierne tolket som indikator for aggressiv atferd. Hun konkluderte med at det er særlig fem kjennetegn sykepleierne anså som viktige, nemlig hva pasienten sier, forandring i stemmen, forandring i ansiktsuttrykket, endret atferd og de følelsene pasientene viser. I en senere artikkel refererte forskeren til at sykepleierne hadde stort fokus på hjerneskadepasientenes atferd, og at omsorgen var rettet mot å bevare ro hos pasienten (Pryor, 2006).

Flere studier om rehabilitering av pasienter med traumatiske hjerneskader og PTA generelt, har vist at det er en stor utfordring for behandlingen av pasienter i PTA-fasen at de ikke er i stand til å delta i aktiv rehabilitering, men hadde behov for intervensjoner som virker tryggende og som ivaretar pasienten i en svært sårbar tilstand (Alverzo, 2005; Olsson &

Graffagnino, 2005). Disse forskerne mente at for tidlige forsøk på å starte rehabilitering kan være ekstremt stressende, og at det var økt risiko for at pasienten blir ytterligere forvirret med for tidlige utfordringer. Andre studier viste dog at forsiktig oppstart med rehabilitering tidlig i forløpet kan ha positiv virkning. I en systematisk gjennomgang av artikler i Cochrane-databasen fant Turner-Stokes, Nair, Sedki, & Wade (2005), at man bør anbefale systematisk intervensjon med rutinemessig oppfølging av pasienter med PTA med varighet over 30 minutter. Oppfølgingen bør evaluere effekten av de spesifikke tiltak som iverksettes, for å bedre pasientens mulighet til å delta i rehabilitering tidlig i intensivfasen. Studien sa derimot ikke noe om timingen av intervensjonene og tiltakene, og kan dermed ikke sies å legge grunnlag for en evidensbasert praksis (Turner-Stokes et al, 2005). Denne påstanden underbygges av en studie gjennomført som review av en rekke artikler som omhandler intervensjoner og strategier til bruk i rehabiliteringen av hjerneskadde pasienter gjennomført av Teasel et al (2007). Disse fant at over halvparten av studiene var *single case* studier, hvilket de hevdet utgjorde et for lite grunnlag for å trekke slutninger om dokumentert effekt av rehabiliteringen. Et forskerteam fra Australia fant at ved å systematisere PTA-pasienters atferd, kunne man begynne forsiktig funksjonell trening, som egenomsorgsaktiviteter, ut fra kartlegging av atferden. De konkluderte studien med at atferd like mye som hukommelse, fortalte hvor langt ut i PTA-forløpet pasienten er kommet (Weir, Emmah, Fleming, Wiemers, & Zemljic, 2006). Liknende viste en studie at det ville optimalisere rehabiliteringen, at man vurderte PTA-pasientene ved bruk av ulike typer tester og guidelines, blant annet fordi man da kunne forutse hvor i forløpet pasienten er, og dermed når tiltak skulle iverksettes (DeGuise, LeBlanc, Feyz, Thomas, & Gosselin, 2005). Studien ga ingen direkte anbefalinger på type tiltak, men omtalte disse på et generelt grunnlag. I en review-artikkel fant man også at utfall av traumatiske hjernesker kunne påvirkes ved tidlig iverksetting av tiltak, men denne studien hadde begrenset evidens for hvilke tiltak relatert til ulike kognitive intervensjoner, som viste best resultat (Chua, Ng, Yap, & Bok, 2007). I Sverige ble det gjennomført en større studie på hvilke typer tiltak som hadde effekt på resultatet av rehabilitering etter hjernesker (Sorbo, Rydenhag, Sunnerhagen, Blomquist, Svensson & Emanuelson, 2005). Studien viste at det var positiv effekt av tidlige formaliserte rehabiliteringsprosedyrer, målbart for muligheter for aktivitet, deltakelse i samfunnet og å komme tilbake i arbeid. Studien omtalte derimot ikke PTA spesielt, verken til å klassifisere omfanget av hjerneskeraden, eller som inklusjonskriterie i studien.

I denne litteraturgjennomgangen, ble det kun funnet to effektstudier som er gjennomført på tidlige intervensjoner etter traumatiske hjerneskader. I en singel studie ble det vist til en signifikant reduksjon av liggetid i sykehuset og bedring av prognosen for hjerneskaden ved å følge en protokoll basert på *Brain Trauma Guidelines*; retningslinjer for behandling av traumatiske hjerneskader, utviklet av Brain Trauma Foundation (Fakhry, Trask, Waller, Watts, & ITRC Neurotrauma Task Force, 2004). Studien viste ingen spesifikke anbefalinger for testing av PTA, men den dokumenterte behovet for formelle retningslinjer for behandlingen av pasienten i det akutte stadiet etter skaden, med mål om å redusere skadens omfang og bedre muligheten for positive resultater av rehabiliteringen. PTA var fokus, da et prosjekt kalt North Star-prosjektet ble introdusert. Dette henviste til et formelt behandlingsprogram som omfattet ulike måter å stimulere orienteringsevne og til å legge til rette for måter å korte ned på varigheten av PTA-fasen. I artikkelen ble det vist til de ulike tiltakene som ble iverksatt rundt pasienten, de ansatte og pasientens pårørende (Thomas et al, 2003). Prosjektet ble gjort gjenstand for en effektstudie et par år senere, med klinisk relevante, dog ikke signifikante, resultater. PTA-fasens varighet var fem dager kortere for gruppen som mottok behandlingen, men de viktigste effektene av behandlingen viste seg i at pasientens pårørende fikk en langt større delaktighet i behandlingen (DeGuise, LeBlanc, Feyz, Thomas, & Gosselin, 2006).

To andre studier som begge viste til effekt av tidlige intervensjoner relatert til kognitive problemer etter hjerneskader, manglet begge spesielle anbefalinger til pasienter som er i PTA-fasen. I en av dem ble det vist til signifikante resultater målt i bedring ett år etter skaden, og at spesialisert rehabilitering lå til grunn for resultatene. Artikkelforfatterne poengterte at det manglet evaluering av de spesifikke kognitive rehabiliteringsprogrammene, og anbefalte ytterligere forskning (Bush, Novack, Malec, Stringer, Millis & Malan, 2003). Med funn som kan sidestilles med studien av Bush et al, fant man signifikante resultater for at for at tidlige intervensjoner gjennomført av spesialisert personell, reduserer sosial morbiditet og effekt av senskader for pasienter som hadde PTA i varighet på under syv dager (Wade, King, Wenden, Crawford, & Caldwell, 1998). Denne studien definerte PTA på en helt annen måte enn noen av de andre studiene i denne gjennomgangen, og vanskeliggjør dermed sammenlikningsgrunnlaget. Uten å fokusere på følgevirkninger, fant to danske forskere at det viktigste for pasientgruppen, var at det ikke ble bygget opp generelle behandlingsprogram tilpasset en homogen PTA-populasjon, men viste til sterke argumenter for hvorfor behandlingen bør være individuelt tilpasset (Engelmann & Siert, 2007). Jeg finner liknende

antakelser i flere av de andre studiene i litteraturgjennomgangen (DeGuise et al, 2005; Feske, 1998; Tate, Pfaff, & Jurjevic, 2000).

2.2 Oppsummering

Faglitteraturen jeg har funnet, støtter seg mye til forskning, og viser en tendens til å omtale PTA som en viktig indikator for omfanget av hjerneskaden og at varigheten har betydning for utfall. Jeg har ikke funnet faglitteratur som presenterer anbefalt behandling av PTA-pasienter. Dette er også trekk ved forskningsartiklene jeg har gjennomgått. Mangelen på sterke intervensjonsstudier dokumenterer et svakt fundament for evidensbasert informasjon om effekt av ulike typer intervensjoner i rehabilitering av pasienter i PTA-fasen. Det foreligger allikevel viktig kunnskap om pasientene i den tidlige fasen etter traumatiske hjerneskader, og denne bør ligge til grunn i den daglige praksis. Det gjenstår arbeid med å formalisere tester som benyttes, og måten man definerer PTA på. Således vil man i større grad kunne trekke ut og bruke kunnskap fra ulike studier. Studiene i denne litteraturgjennomgangen viser at det er forsket på diagnostisering, testing og evaluering av effekt, men få kvalitative studier er gjort fra omsorgspersonellets perspektiv på hvordan de opplever å arbeide med denne pasientgruppen. Jeg finner at det vil være et viktig bidrag til kunnskapsbasen om fenomenet PTA, å gå til sykepleierne og studere deres erfaringer med pasienter i denne fasen.

3 Teoretisk utgangspunkt for studien

En forskningstilnærming inneholder en stillingtagen av epistemologisk og ontologisk karakter, altså hva virkelighet og kunnskap er (Bengtsson, 2006). Denne studien er gjennomført etter inspirasjon fra den fenomenologiske forskningstradisjon, og har et utforskende og deskriptivt design. Det er sykepleieres erfaringer som er studiens forskningsobjekt. I det følgende beskrives det teoretiske utgangspunkt for studien.

Vitenskapelig kunnskapsdanning gjør seg antakelser om den virkeligheten man søker å få kunnskap om, og når en ønsker å undersøke andre menneskers erfaringer, må det reises spørsmål om hvordan man kan gjøre dette vitenskapelig, og allikevel holde fast i perspektivet erfaringene gjengis fra. I denne studien betyr dette å undersøke sykepleierens beskrivelser av erfaringer fra arbeidet med PTA-pasienter på en måte som danner kunnskap. Den fenomenologiske ideen om ”å gå til tingene selv”, har med å oppsøke den hverdagslige erfaringen; den *levde erfaringen* (Husserl, 1970, i (Omery & Mack, 1995), Churchill & Wertz, 2001). Erfaring innenfor fenomenologisk tenkning, innebærer relasjonen vi har til verden vi befinner oss i. Erfaringen kan ikke konstrueres eller teoretiseres, det er den enkeltes faktiske levde verden som blir kilden til forskningen. Slik vil det å gå til ”tingene selv”, innebære at forskeren må posisjonere seg på en måte som gjør at tingene hun oppsøker kan fremstå, og ”tingen” er forstått som et fenomen.

Et sentralt element i innledningen av dette kapittelet er at det innenfor den fenomenologiske forskningen, er at det er avgjørende å forholde seg upåvirkende ved tilnærmingen til dataene. Dahlberg, Dahlberg og Nyström (2008, s.241) skriver om forskning innenfor tradisjonen; “The researcher aims at describing a phenomenon and its meanings without interpretation, explanation or construction”. Dette viser til at en ikke analyserer og forstår empirien igjennom teoretiske perspektiv. En avventer med å bringe teorier på banen, til etter at dataene er analysert, til funnene skal diskuteres. Slik vil teori eller andre beskrivelser som kan relateres til fenomenet, brukes til å utdype betydningen av funnene. Forfatterne nevnt over, oppgir dette som skille mellom det beskrivende design, og det fortolkende – som ville være å gå frem med teoretiske perspektiv inn i analyse (Dahlberg et al, 2008).

Det teoretiske utgangspunktet for denne studien er at den bygger på en tilnærming innen den fenomenologiske forskningen, og en tilnærming til empirien på en måte som presenteres i det følgende:

3.1 Fenomenologi som metode

Fenomenologien har sine røtter i filosofien. Den moderne fenomenologien ble utviklet av den tyske filosofen Edmund Husserl på begynnelsen av 1900-tallet, først presentert i hans arbeid *Logische Untersuchungen* (1901). Tanken var å undersøke bevissthet igjennom menneskers erfaringer (Baker, Wuest, & Stern, 1992; Bengtsson, 2006). Husserl var kritisk til fokuset i positivismen, og utviklet en vitenskapelig metode for å studere bevissthet, forankret i at bevisstheten alltid er rettet mot noe.

Det er sykepleiernes erfaringer fra deres levde verden denne studien retter søkelyset mot. Begrepet livsverden ble introdusert av flere tyske filosofer, alle inspirert av Husserls tanker (Bengtsson, 2006), og åpnet for å fange mangfoldet av erfaringer, som således sto i motsetning til det reduksjonistiske i positivismen. Innen livsverdensforskning vil det si å kunne beskrive verden slik den er erfart av mennesker, hva det betyr for mennesker å forholde seg til verden, til hverandre, til forskjellige situasjoner – til alle mulige ”ting” i verden. Slik får forskeren tak i mangfoldet, i nyanser og mønstre på en måte som kan løfte frem ny forståelse om mennesker og menneskers erfaringer.

Husserl utviklet fire konsept som ble forstått som fundamentale for de ulike forskningstilnærmingene innen fenomenologien (Baker et al, 1992; Dahlberg et al, 2008). Det første er teorien om *intensjonalitet*; at vår bevissthet alltid er intensjonelt rettet mot noe, mot den verden vi er i. Intensjonaliteten refererer til relasjonen mellom en person og objekter eller hendelser som former erfaringene, og kan hevdes å være det mest grunnleggende i det å leve (Dahlberg et al, 2008). For denne studien forstås intensjonalitet med at det vi ser, slik det presenteres for oss, gir en større forståelse enn kun det umiddelbare inntrykket. Når vår bevissthet er rettet mot noe, gir det oss mening. Å rette oppmerksomhet mot noe en har erfart mange ganger, vil innebære at tidligere erfaringer er med å danne grunnlaget for den mening det gir. Et eksempel kan være; Når en sykepleier treffer en pasient som er urolig og viser mangelfull orienteringsevne, vil tidligere erfaringer fra slike pasienter gjøre noe med måten sykepleieren forstår pasienten. Det formes ”et hele”; sykepleieren vet hva tilstanden

innebærer, og har grunnlag for å vite mye om pasienten allerede i det hun møter ham. De intensjonelle strukturene er viktige å forholde seg til, om en skal forstå hvordan erfaringer formes. Erfaringer, slik det forstås i den fenomenologiske filosofien, dannes i en før-refleksiv bevissthet, den umiddelbare oppfatningen av vår omverden, og er ikke styrt av teori eller kritisk forforståelse (Baker et al, 1992; Omery & Mack, 1995). Dahlberg et al (2008, s. 51) skriver om intensjonalitet:

The intentional structures are important to understand if we want to understand meanings of the world, how they come to be, and how they can be understood. Intentionality supports the experience, and completes for example the seeing and the immediate grasping of a situation or an object, integrating appresentations with actual presentations.

Det neste konseptet innebærer *beskrivelsen* av fenomenet. Forskeren har med utgangspunkt i konseptet intensjonalitet, og ved livsverdensperspektivet, en forståelse av at erfaring skaper mening for den enkelte. Når en skal forske på andre menneskers livsverden, vil det innebære at en legger sine egne meninger til side, for å kunne "legge for dagen" den andres livsverden; "*laying out*" *the lifeworld of others* (Dahlberg et al, 2008, s. 92). Forskeren må således kunne se skillet mellom å forstå andre og å forstå seg selv. Dette er en komplisert øvelse, og fenomenologer som Merlau-Ponty og Heidegger argumenterte for at forskeren kan forholde seg beskrivende til det som er beskrevet, både det eksplisitte og det implisitte, uten å fortolke, ved konsekvent å forholde seg til *det som allerede er der* (Bengtsson, 2006). Motsetningen; fortolkning, vil i dette perspektivet innebære og ta med seg inn i forståelsen av en mening, sin egen mening.

Et svært viktig moment under redegjørelsen av konseptet beskrivelse, er det udiskutable faktum at fordi en forstår verden med utgangspunkt i vår egen livsverden, vil forskeren alltid på en måte fortolke det som erfares og forstås (Bengtson, 2006). Det er anerkjent innenfor forskningsmiljø, der en skiller de deskriptive design fra de fortolkende, at forskere alltid vil påvirke sine data med en grad av fortolkning. Litteraturen henviser til måter å redusere denne påvirkningen ved å innstille seg mot det som beskrives som *transcending the natural attitude* (Crotty, 1996; Dahlberg et al, 2008; Omery & Mack, 1995), hvilket vil bli grundig beskrevet i metodekapittelet.

Etter redegjørelse av konseptene intensjonalitet og beskrivelse, kommer konseptet *reduksjon* som neste. Det er beskrivelser av fenomener slik de erfares av andre, som utgjør forskningsobjektet innenfor den fenomenologiske forskningen (Baker et al, 1992). Slik står

dataene ”på egne ben”. Konseptet reduksjon innebærer at forskeren tøyler sin forforståelse og forkunnskap om et fenomen, beskrevet ulike steder som, *bracketing* (Polit & Beck, 2008) og andre steder som *bridling* (Dahlberg et al, 2008). Giorgi fremholder at konseptet reduksjon innebærer å “ta et skritt tilbake” og å utforske erfaringer fra situasjoner og begivenheter fra et utenfra-perspektiv (Giorgi, 1985). På denne måten vil forskeren kunne forstå et fenomen på en ny måte, og utvikle kunnskap som ikke tidligere har vært kjent. Og i perspektivet å se på et fenomen på en ny måte, upåvirket av egen forforståelse, innebærer reduksjon å se fenomenet fra ulike vinkler, å se likheter, strukturer og ulikheter; ”Reduction is seen as the necessary mode for reaching the level of our primary perceptual experience in which the world constitutes itself” (Omery & Mack, 1995, s. 156). Gjennom reduksjonen, kan forskeren identifisere det karakteristiske ved fenomenet (Baker et al, 1992).

Reduksjon leder til avdekkingen av den essensielle strukturen, essensen i fenomenet som er erfart. *Essens* er, i følge Husserl, den strukturen som gjør fenomenet til fenomen (Baker et al, 1992). Ideen om essens er sentral i fenomenologien, og Dahlberg et al beskriver prosessen mot å belyse essensen i et fenomen, ved å følge de tre konseptene som er gjengitt ovenfor, at essensen ligger tilstede i beskrivelsene, og danner mening og formes når dataene er grundig gjennomarbeidet (Dahlberg et al, 2008). Det er skrevet om essens;

It is these universal essences that constitute science. The intuiting on general essence must be based on the careful consideration of representative examples, which are to serve as stepping-stones for any generalizing ideation. The results are the absolute and complete details of what can be known, or knowledge (Nathanson, 1978, i (Omery & Mack, 1995, s.147)).

En kan forstå det dit hen at den vitenskapelige essensen dannes igjennom en intuitiv tilnærming til det samlede datamaterialet, og er ikke adskilt fra fenomenet, snarere det som gir fenomenet sin betydning.

Dette kapittelet har beskrevet fenomenologi som forskningsmetode. I det følgende redegjøres det for hvordan denne studien forstås som bidrag i en vitenskapelig relasjon. Signifikante fenomenologer har til dels divergerende måte å forstå sammenhengen mellom fenomenologi og vitenskap (Omery & Mack, 1995), denne studien er begrunnet ut fra Merleau-Pontys perspektiv i at de to er og bør være motsetninger av hverandre.

3.2 Fenomenologi som vitenskap

For Merleau-Ponty var vitenskapelig kunnskap aldri mer enn omtrentlig kunnskap, som på sitt beste kunne belyse en forskers persepsjon og analyse – og aldri si noe om den hele og fulle sannhet (Omery & Mack, 1995). I et slikt perspektiv, danner denne studien et viktig bidrag til å belyse fenomenet sykepleie til pasienter i PTA-fasen. Den vil ikke gi et generelt bilde av slik verden er, men et bilde av slik verden er for de informantene som er kilde til studiens data.

Merleau-Pontys syn på vitenskap var at objektive studier på ting og deres kausale relasjoner ikke tok høyde for den konkrete levde erfaring, og meningene erfaringene ga. For ham var persepsjonen fundamentet for all kunnskap, og vitenskapen således utforskning av våre erfaringer av verden slik den fremstår, upåvirket av all vitenskapelig fortolkning (Bengtsson, 2006). Omery og Mack forstår Merleau-Ponty slik; “hence the primary task is to see and to describe as concretely as possible how the world presents itself to perception without omitting its meanings and absences of meaning, its clarities and ambiguities” (1995, s. 155). Merleau-Ponty skriver om persepsjon at det er en eksistensiell funksjon, og fordi vi har en intensjonell tilnærming til livet omkring oss, så vil måten vi erfarer verden på være farget av kulturelle, sosiale og temporale påvirkninger (Bengtsson, 2006, Dahlberg et al, 2008). Vitenskapen, slik en kan forstå Merleau-Ponty, må følgelig ta høyde for dette, og vende seg mot menneskers bevissthet, slik de beskriver fenomener i sin livsverden. Slik dannes kunnskap som utfyller kunnskapsbasen fra den positivistiske tradisjonen. En finner støtte for å plassere denne studien i en slik vitenskapelig relasjon, i denne konklusjonen;

Phenomenology provides a description of meanings of lived experiences that provides the basis for any further knowledge development. This description that is the goal of phenomenology may not be the whole of the knowledge of science, but science cannot exist without this descriptive foundation (Omery & Mack, 1995, s.157).

Et siste sentralt perspektiv å redegjøre for i presentasjon av det teoretiske utgangspunktet for studien, er forskerens tilgang til hvorledes informantene forstår pasientsituasjonene og møtene med pasienten. Tilgangen, brillene forskeren ser igjennom, bygger i denne studien på at sykepleierne har en helhetlig og fenomenologisk innstilling mot PTA-pasienten og omsorgen de gir.

3.3 Eksistensielle fenomenologiske faktorer i omsorg og sykepleie

For en forsker kan utvikling av kunnskap innenfor den fenomenologiske tradisjonen innebære at sykepleiere må forstås igjennom deres varierte, abstrakte, filosofiske perspektiv, i *hvordan de forstår pasienten*. Dette er valgt som forskerperspektiv i denne studien, og begrunnes i det følgende;

Watson skriver om omsorg og sykepleie at det ligger til grunn ti faktorer som former en struktur man kan forske på og forstå sykepleie igjennom. En av disse strukturene er den hun skildrer som *allowance for existential-phenomenological factors* (Watson, 1985), hvilket kan forstås som en anerkjennelse av det individuelle og forskjellige i mennesket, og at den enkeltes erfaringer ligger til grunn for utvikling av egen kunnskap. Et slikt syn vil både legge grunnlag for en forståelse av sykepleiere og hvordan de forholder seg til sin omverden (slik det er beskrevet i kapitlene over), men vil også åpne for en forståelse av hvordan den eksistensielle og fenomenologiske innstillingen viser seg i den omsorgen sykepleierne gir pasienten. Watson fremholder at med en eksistensiell-fenomenologisk omsorg, vil sykepleiere kunne ivareta både de lavere, fysiologiske behov, samtidig med de høyverdige, åndelige eller mentale, behov. Hun poengterer; “An existential-phenomenological perspective teaches the nurse that neither the lower-order needs, nor the higher-order needs, as aspects of human nature can be repudiated; they can only be integrated, because they simultaneously define characteristics of human nature” (Watson, 1985, s. 205). Med dette perspektivet, vil fenomenologi, som oppmerksomhet rettet mot å forstå mennesker gjennom den måten de opplever livet sitt, sette sykepleierne i stand til å se forbi et udekket behov, en infeksjon eller en skade, og forholde seg til hele individets referansefelt, til pasientens indre, opplevde verden. En slik forståelse av sykepleiernes omsorg for PTA-pasienten, ligger til grunn for denne studien.

4 Metodisk tilnærming

Følgende kapittel omhandler valg av design og metode, med vekt på fortellinger fra erfaringer som datakilde for forskning. Kapittelet omhandler forberedelser av studien, kriterier for utvalg, metodisk fremgangsmåte for innsamling av data, transkribering og analyse av data. Det gjøres rede for kvalitetskriteriene som legges til grunn, og de etiske betraktninger som er gjort i gjennom hele forskningsprosessen.

4.1 Forberedelse av studien

Valg av design må sees i sammenheng med studiens formål, problemstilling og hva som er ønskelig å innhente av data (Holm, 2006). Slik det er beskrevet i kapittel 3, søker denne studien å forstå og beskrive fenomenet sykepleie til pasienter i PTA-fasen, gjennom fortellinger gitt av sykepleierne i intervjuene, og metoden bygger på den beskrivende fenomenologien. Målet er å løfte frem fenomenet slik det fremstår fra intervjuene, og beskrive på en måte som daner ny kunnskap om fenomenet (Bengtsson, 2006). I kapittel 3.1, ble innstillingen *the natural attitude* beskrevet som en forutsetning for å kunne forske på andre menneskers erfaringer, uten å påvirke funnene med egen forforståelse og tidligere kunnskap. Da valget falt på et deskriptivt design for denne studien, var det klart at jeg måtte forberede studien på en måte som bygget på den samlede ideen bak fenomenologi som metode; at jeg som del av den levde verden måtte forstå hva min forforståelse besto i, og håndtere min forforståelse slik litteraturen og de ulike filosofer og teoretikere beskriver, som for eksempel; ”Accordingly, pre-understanding and appresentation are both intentional structures and form our pre-theoretical, non-critical, taken-for-granted knowledge about something which we acquire as residents of the lifeworld” (Dahlberg et al, 2008, s.51).

4.1.1 Klargjøring av egen forforståelse

Beskrivende fenomenologi, retter fokuset på beskrivelser av hverdagslige, levde erfaringer, og hvordan erfaringene samlet kan danne grunnlag for ny kunnskap om et fenomen. Et sentralt spørsmål ved innledningen av denne studien var således; på hvilken måte kan forskeren få tak i sykepleiernes erfaringer, uten å la egen forståelse farge måten spørsmålene stilles på. Videre ta stilling til hva en skal høre etter i intervjusituasjonen, hvordan en skal behandle den transkriberte teksten, og ikke minst hvordan erfaringene skal presenteres som funn.

Litteratur som behandler forskningsmetodikk innenfor denne tradisjonen, beskriver *bracketing* (på norsk: å sette i parentes) nettopp som en metode for å imøtekomme spørsmålene som er nevnt over. Flere beskriver bracketing som en prosess som innebærer å identifisere og kontrollere forforståelse; *preconceived beliefs and opinions*, slik at man kan forholde seg til data uten påvirkning av annen kunnskap. En kan kalle dette data i ren form (Polit & Beck, 2008; Omery & Mack, 1995). Jeg forstår det slik at bracketing innebærer å forberede og gjennomføre studien med et hele tiden fokus på å holde forforståelsen utenfor. I mye av litteraturen som behandler temaet, vises det til en kjensgjerning innen fenomenologien at det i realiteten er umulig å forholde seg til andres erfaringer helt uten å påvirke dem med egen forforståelse. I boken *Reflexive Lifeworld Research*, presenteres begrepet *bridling* (på norsk: med bisselet en tøyler hesten), som alternativ måte å forholde seg til forforståelse på (Dahlberg et al, 2008). I perspektivet denne boken gir, åpnes det for at forforståelsen vår alltid vil være med oss i en tilnærming til andre menneskers erfaringer, fordi vi er en del av den levde verden, og våre erfaringer legger grunnlaget for vår forståelse. Bridling innebærer at man som forsker ikke legger forforståelsen helt til side, men tøyler den, og begrenser dens påvirkning ved å ha god kjennskap til den (Dahlberg et al, 2008). Det legges til grunn at vi ikke kan forstå andre uten å forstå oss selv, og at vi derfor må integrere denne forforståelsen på en måte som sikrer at informantens erfaring er det som kommer i søkelyset. Dahlberg et al (2008, s.139) viser til både Merleau-Ponty og Gadamer i denne sammenheng, og oppsummerer; “We do not only belong to the same world, we constitute the meanings of this world, of myself and the other, together. We do this by means of experiencing, acting in the world and by expressing it”. For denne studien falt valget på å følge den praksis begrepet bridling åpner for, nettopp ved å gjøre kjent og tøyler den forforståelse jeg som forsker hadde før og underveis i studien. Denne innstillingen er flere steder beskrevet som ”The natural attitude”. Dette fenomenologiske kjernebegrepet innebærer en måte å forholde seg på, der man tøyler sin forforståelse og kommer nær dataene på en måte som åpner for å forstå dem *er slik de er*. Crotty (1996) beskrev innstillingen som nøytral, eller naiv. Han benyttet begrepet *transcending the natural attitude*, og viste til hvordan man ved å åpne seg for den umiddelbare erfaringen, kan se ting for første gang, mange ganger. Han forklarte med det følgende; “Step outside the circle of the taken for granted in order to inspect the taken for granted” (ibid, s. 152). Jeg hadde med meg inn i studien et knippe antakelser, en mengde erfaringer, mange spørsmål og sannsynligvis også noen forutinntattheter. Ved å arbeide systematisk med dette, hadde jeg etter hvert en lags journal over min egen forforståelse, og

denne reflekterte jeg over både i starten av studien, men også mye i underveis. Den ble en slags oppsamling av slike tanker som jeg følte jeg måtte gjøre meg kjent med og rydde av veien. Erfaringen jeg gjorde meg med disse refleksjonene, var at jeg kjente igjen forforståelsen og kunne se forbi den og tilnærme meg dataene uten å la den sette preg på den nye forståelsen jeg utviklet. Dette har vært en viktig forberedelse for studien, og min erfaring er at det nitidige arbeidet med å gå inn i min egen forforståelse bar frukter i at jeg forsto hvordan det å se sykepleierne erfaringer på en ”ny” måte, åpnet for mange spennende perspektiver.

4.2 Utvalg

I studien ønsket jeg å finne informanter som kunne gi beskrivelser av erfaringer fra arbeidet med PTA-pasienter, og det ble naturlig å sette som kriterium at sykepleierne hadde arbeidet i enheten i minst ett år. Prosessen med rekruttering startet ved at jeg informerte om studien i tre ulike møtesituasjoner der alle kollegaene i enheten var samlet. Jeg la opp til at sykepleiere som hadde interesse for å delta i intervjuene tok kontakt med sine teamledere på eget initiativ, og at teamlederne viste dem det informerte samtykket og henviste dem videre til meg. Jeg vurderte det som sannsynlig at denne fremgangsmåten ville sikre at sykepleierne tok kontakt fordi de var interessert, og dermed ivaretok kriteriet for frivillig deltakelse. Etter å ha diskutert utvalgsstørrelse med veileder, satt jeg som mål å ha åtte intervjuer. Antallet deltakere ville sikre at jeg genererte et sant datamateriale, og at det ikke kan antas at det finnes betydelig kunnskap om fenomenet utover det jeg samlet inn (Blystad, 2005). Innforstått med at en ikke kan oppnå det som beskrives som datasaturasjon i forskning innenfor fenomenologien (Polit & Beck, 2008; Dahlberg et al, 2008), hadde jeg en kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot dataenes omfang og kvalitet, og selv mens jeg startet med analysearbeidet, var jeg åpen for at det kunne være behov for ytterligere data, og flere intervjuer.

4.3 Innsamling av data

I denne studien er det sykepleierne erfaringer som er forskningsobjektet, med utgangspunkt i tanker og meninger sykepleierne knytter til hendelser og opplevelser. Fagermoen (2001) skrev at en grunnstein i det kvalitative forskningsparadigme er erkjennelsen av at forskningssubjektene egen forståelse og fortolkning av erfaringer og opplevelser, er et nødvendig supplement i oppbyggingen av kunnskap om menneskers liv. Fagermoen

fremholdt at i forskning der en søker etter personers forståelse, tolkning, og i en dypere forstand, mening, kan fortellinger være en viktig datakilde fordi disse gir mulighet til å få fatt i et temas helhetlige sammenheng. Innsamling av data i form av fortellinger, passer godt når en ønsker beskrivelser som omhandler helt avgrensede begivenheter (Dahlberg et al, 2008). Giorgi har ofte benyttet fortellinger som datakilde, og utviklet en analysemetode for formålet (Giorgi, 1985), som er valgt for denne studien.

Jeg har ikke tidligere gjennomført studier ved å anvende fenomenologi. Jeg var under planleggingen fokusert på egne ferdigheter, og tok notis av advarslene jeg leste i den ulike litteraturen. Fagermoen (2001, s.74) skrev blant annet;

Forskeren vil i slike intervjuer tilstrebe og la den intervjuede lede an i samtalen innenfor den rammen som forskeren har satt.[...]Det kan være vanskelig å vite om en påbegynt historie skal avbrytes eller hører innenfor temaet som er i fokus. En forskers erfaring som intervjuer og lytter er av betydning i denne sammenheng.

Jeg har utdanning innenfor, og mange års erfaring som veileder, og følte meg relativt kompetent til å lytte og holde tråden i det informantene fortalte. Det var allikevel nødvendig å gjennomføre et pilotintervju, som kunne gi meg bilde av hvordan det var å være forsker i intervjusituasjon, og å legge til rette for å kunne endre eller korrigere egen fremgangsmåte. Jeg opplevde etter pilotintervjuet at jeg hadde mestret situasjonen godt, og det ble avklart med veileder (og senere Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)) at pilotintervjuet inngår som del av det samlede datamaterialet.

Ved forberedelsene av innsamling av data i denne studien, vurderte jeg ulike måter å forstå fenomenet fortellinger på, for å sikre tiltro til studiens funn (Fagermoen, 2001). Jeg fant mening i å forstå fortellinger slik Benner (1991) utledet fra, med form som bekreftende mønsterfortellinger (constitutive or sustaining narratives) hvilket beskriver sykepleierens praksis og viser til verdien av arbeidet. Fortellinger kan også være korrigerende mønsterfortellinger (narratives of learning), som handler om erfaringer som sykepleieren har lært noe av (ibid). I en artikkel som omhandlet hva vi kan lære av historier, skriver Konsmo (1998, s.58) om mønsterfortellinger at de kan gi et perspektiv på erfaringer som fjerner seg fra virkeligheten. Hun henviser til Egede-Nissen med: "Mønstereksempler i sitt vesen er dramatiske, de tilfredsstillt vårt behov for å underholdes, for å fryse på ryggen, for å kikke". Det syntes vanskelig å vite hvordan mine informanter ville fortelle om sine erfaringer fra arbeidet med PTA-pasienter, og pilotintervjuet ble vurdert med tanke på hvilken måte jeg

kunne bruke fortellingene som datakilde. Fortellingene i pilotintervjuet var av natur fylldige og rike på informasjon, men jeg fant at refleksjonene som ledet til fortellingene, både de bekreftende og de korrigerende, var kilder til mange viktige aspekt i måten erfaringene ble fremstilt på. Derfor falt valget på at alle intervjuene i sin helhet, danner datamaterialet for denne studien.

Mine forskningsspørsmål lå til grunn for valg av fremgangsmåte i intervjuene med sykepleierne. Som beskrevet i kapittel 4.1, forberedte jeg datasamlingen med en åpen innstilling; *natural attitude* (Crotty, 1996). Jeg ønsket å samle fortellinger fra sykepleiernes levde verden, og jeg ønsket og frastå fra å påvirke fortellingene med forhånds formulerte spørsmål. Det litteraturen omtaler som semistrukturerte intervjuer, der forskeren har forberedt intervjuets form og til dels innhold (Kvale, 1997), syntes for meg å lukke for de frie assosiasjonene jeg ønsket fra sykepleierne. Jeg valgte å gå frem på en måte som hadde en deskriptiv orientering (Malterud, 2006), med rikest mulige beskrivelser, og der informantenes ord skapte bildet (Fagermoen, 2001). I Kvale og Brinkmann (2009, s.155) står det om denne intervjuformen; “After the initial request for a story, the main role of the narrative interviewer is to remain a listener, abstaining from interruptions, occasionally posing questions for clarification, and assisting the interviewee in continuing to tell his or her story”

Ved å gå så åpent ut i intervjusituasjonene, kunne jeg risikere å få svært sprikende materiale som ville gi utfordringer når de skulle analyseres. Jeg forberedte derfor en mal, med tre inngangsspørsmål, som jeg presenterte innledningsvis i alle intervjuene.

Disse er som følger;

- Det er erfaringene og opplevelsene du som sykepleier har, som er fokuset for denne studien.
- Nå ber jeg deg fortelle så konkret og presis med så mye detaljer som mulig, om situasjoner, tanker og følelser fra når du har hatt omsorg for pasienter i posttraumatisk amnetisk fase (PTA-fasen).
- Fortellingen kan være fra en spesiell pasientsituasjon, eller fra flere, og det er viktig at pasienten i situasjonen hadde PTA som diagnose.

Jeg var forberedt på at sykepleierne allikevel snakket seg ”bort” fra fokuset, så jeg hadde under intervjuene en sterk oppmerksomhet rettet mot å hente inn igjen, og sørge for at vi holdt

oss til tematikken slik jeg ønsket det. Intervjuene tok form som en samtale mellom sykepleierne som informant og meg som forsker. Jeg forholdt meg lyttende og fulgte opp med avklaringer om det var tema jeg opplevde som særlig interessante eller ikke helt klare.

Dahlberg et al (2008) skriver om en slik oppfølging; at spørsmål og kommentarer bør komme som forskerens spontanitet og involvering underveis i intervjuet, men hele tiden med fokus på fenomenet under utforskning. I intervjusituasjonen dannes kunnskapen mellom informant og forsker (Fagermoen, 2001), og utvekslingen av forståelse i intervjuene, kan sies å ha form som en refleksiv dialog (Dahlberg et al, 2008).

Et informert samtykkeskjema ble utarbeidet, og levert sykepleierne som ønsket å delta i studien. Samtykkeskjemaet anga at intervjuene kunne ha varighet på ca. en time, men det var ikke på forhånd bestemt noen minimums- eller maksimumsvarighet. Det syntes naturlig at lengden på intervjuene var styrt av sykepleierne, og jeg forholdt meg fleksibelt til hva som passet den enkelte. Jeg planla intervjuene med utgangspunkt i at det var viktig å etablere en nærhet og relasjon til informantene, slik at de visste hva de skulle, hva jeg ønsket, at det var tid nok til å tenke, og at de hadde min fulle oppmerksomhet. Intervjusituasjon og samtykkeskjema er videre omtalt i kapittel 4.6.1.

Etter at sykepleierne var informert om studien, kom mange henvendelser raskt. Det ble viktig for meg å stille meg tilgjengelig for sykepleierne når det passet dem med intervju, og de åtte intervjuene ble gjennomført over en periode på fem uker. Det var ikke tid i mellom intervjuene til å fullføre transkripsjonene, så jeg sørget for å lytte igjennom hele lydopptaket kort tid etter at intervjuet var avsluttet, for å sikre meg nærhet til innholdet, og reflektere over hvor vidt det reiste nye spørsmål rundt problemstillingen, eller om det var områder jeg ønsket å gå nærmere inn på i neste intervju.

Jeg erfarte i pilotintervjuet at denne intervjuformen forutsetter konsentrasjon og refleksjon hos informantene, og at det måtte gis tid til å tenke tilbake. Erfaringene informantene beskrev, ble hentet ut fra minnet, og konstruert på nytt i intervjusituasjonen som fortellinger (Fagermoen, 2001). Jeg forstår disse fortellingene og refleksjonene i alle intervjuene som ”sanne” eller ”korrekte”, på tross av tiden som skiller den faktiske hendelsen som er gjenstand for fortellingen. Innen fenomenologien ser mange på tiden som det rommet erfaringene dannes i. Husserl skriver om bevissthet, at den består i tid (Omery & Mack, 1995). Dahlberg et al fremholder det samme ved å si at enhver mental prosess har en åpen og endeløs tilnærming i tid. De beskriver dette som en strøm av erfaring, uten begynnelse eller ende

(Dahlberg et al, 2008). Jeg forstår det slik at når vi erfarer, er vi i konstant bevegelse i et uendelig tidsrom. Fortid og fremtid er relatert til nåtiden, og når man som forsker undersøker andre menneskers erfaringer, er de i intervju situasjonen alltid nær sine erfaringer. Dahlberg et al (2008, s. 52) siterer Merleau-Pontys utledning om erfaringer og forskningstilnærming, og fordelen som kan ligge i avstand i tid; “The connection between the present moment and past experiences might also be thought of as a juncture or nexus in which new and expanded understanding is possible”.

Det samlede datamaterialet besto av åtte intervjuer med varighet mellom 45 minutter, og 1 time og 40 minutter.

4.4 Bearbeiding og analyse

For å kunne analysere dataene, ble intervjuene ble omstendelig nedskrevet, hvilket var en svært tidkrevende prosess. Det diskuteres mye i litteratur som beskriver tilnærming til transkripsjon, ulike måter å unngå fallgruber ved denne prosessen. Grunnleggende viktig er det å forholde seg nøyaktig til det som er sagt, og ikke tillegge teksten annen mening enn det som fremkommer i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008).

For å få med alle viktige nyanser i lydopptakene som ikke inneholder synlig non-verbal kommunikasjon, valgte jeg å ta med alle lyder, pauser, latter og annet som ble kommunisert uten å være ord (Kvale & Brinkmann, 2009; Willumsen, 2006). Nøyaktigheten min betalte seg da analysen skulle ta til, ved at jeg hadde rike og fyldige tekster, med det jeg opplevde som viktig informasjon. Dahlberg et al (2008, s.235) skriver om denne måten å transkribere:

In interviews, [...] there is a great need to pay attention to all the nuances and the richness of meaning, which might vary with the perspectives and distances that researchers practice. We have to see particular phenomena in human science research together with their context, i.e. even the context, even the “more”, must be seen as a phenomenon. A carefully carried out transcription can reduce the loss of the “more” to an optimal minimum.

Etter at teksten var transkribert som beskrevet, satt jeg med et samlet skriftlig datamateriale på ca. 150 sider. Analyseprosessen vil bli gjort rede for i det følgende:

Etter å ha lest litteratur som omhandler analyse av tekstdata, og forsøkt å se den samlede empirien i lys av flere ulike analysemetoder, fant jeg at å gå til Giorgis tidlige arbeid, slik han beskriver den fenomenologiske metoden, som mest hensiktsmessig for mitt analysearbeid

(Giorgi, 1985). Giorgi har vært en frontfigur for utvikling av fenomenologiske metoder for psykologi, og er kjent for utvikling av det som benevnes Duquesne School of Phenomenology (Polit & Beck, 2008). Hans metode for fenomenologisk analyse er omtalt og bearbeidet i mye litteratur, men jeg støtter meg til slik han selv beskrev den i boken *Scetch of a Phenomenological Psychological Method* (Giorgi, 1985). I boken benevner han metoden som; *Description of the meaning of an experience through identification of essential themes*. Ved å benytte Giorgis fremgangsmåte, følte jeg at sykepleiernes erfaringer kom godt til syne, og åpnet for måter å forstå dataene på som jeg vurderte som fruktbare. Metoden er delt inn i fire trinn, og jeg beskriver dem i det følgende;

Trinn 1: *Gaining a sense of the whole*; Jeg leste teksten i det enkelte intervjuet grundig og mange ganger, slik at jeg fikk en følelse av ”det hele” i hvert av intervjuene. Denne lesingen sto for ingen bearbeiding av dataene, men ga meg dyp kjennskap til innholdet. Dahlberg et al fremholder at denne grundige gjennomlesingen, og dype kjennskapen til innholdet, sikrer at forskeren ikke fortolker, men evner å holde seg tett til dataene (Dahlberg et al, 2008). Jeg hadde, som nevnt innledningsvis, sett på ulike måter å analysere teksten på, blant annet narrativ analyse. Å analysere fortellingene på denne måten ville gi spennende perspektiver, for intervjuene hadde mange fortellinger. Jeg opplevde allikevel at det var vel så mye refleksjonene innledningsvis og etter fortellingene som ga de rikeste dataene, så jeg valgte å analysere hele teksten samlet. Noen av meningsemnene ble hentet direkte fra fortellingene, eller jeg lot fortellingene være det som forsterket min forståelse av det sykepleierne beskrev. Jeg leste teksten på en ”naiv” måte, og hadde i forkant forberedt spørsmål jeg stilte til teksten mens jeg leste. Disse spørsmålene var; Hvordan beskriver informanten fenomenet? Hva forteller hun egentlig? Er det noe som ligger bak denne egentlige formuleringen? Hvordan henger de ulike uttalelsene i intervjuet sammen? Uttrykker informanten mer enn én måte å se det på? Er det motstridende uttalelser? Er noe gjennomgående gjentatt? Ved å stille disse spørsmålene til teksten i hvert av intervjuene, fikk jeg nærhet til innholdet, dyp kjennskap til det som var sagt – og husket hvert enkelt intervju fra de andre. Et sidestilt fokus i den første gjennomlesingen var sykepleiernes bruk av språket. I formuleringene kunne det også ligge viktige nyanser, og jeg så etter nøling, pauser, språklig forskansning (når man sier noe og lager en avstand ved å uttale for eksempel; ”... holdt jeg på å si!”), latter og sukk. Språkets rolle har betydning i forståelsen av muntlige uttalelser (Fagermoen, 2003; Brekke, 2006), og jeg fant dette fokuset verdifullt for forståelsen av sykepleiernes utsagn.

Etter lesingen av hvert av intervjuene, gikk jeg videre til det Giorgi beskriver som trinn 2; *Distinguishing the text into meaning units; following a preliminary understanding of the whole text, rereading and breaking down into meaning units*. De transkriberte intervjuene ble stykket inn i meningsenheter. Disse meningsenhetene nummererte jeg, og flyttet over i matriser for hvert intervju. Slik sikret jeg at jeg til en hver tid kunne identifisere hvilket intervju og hvor meningsenheten var hentet fra.

Utvinningen av meningsenhetene skjedde etter å ha lest teksten samlet med all informasjon, og måten jeg forsto informanten ble hele tiden holdt så nær den originale uttalelsen som mulig. Teksten i meningsenhetene ble ikke abstrahert og minst mulig bearbeidet, men tegn og symboler fra den non-verbale kommunikasjonen ble fjernet. Når informanten snakket på en måte som gjorde at jeg forsto det hun sa på en annen måte enn den bokstavelige forståelsen, måtte jeg gjøre noen valg. For å forholde meg rent beskrivende til tekst der det lå latent innhold, måtte jeg finne en metode for å ta med denne informasjonen også. Wertz (1985, s.160), som har utviklet en måte å håndtere nettopp slike data, fremholt:

What Giorgi has done is to make explicit, order essentially, and thereby formalize the necessary constituents of qualitative analysis so that one can proceed rigorously and systematically, knowing at each step of the way exactly what advance has been made.

Han beskriver Giorgis metode som ”transformative refinement”, men poengterer behovet for å spesifisere hva slags form for refleksjon som sikrer at all informasjonen kommer med, uten å fortolke. Han beskriver denne typen refleksjon som “*the basic stance or attitude of psychological reflection*” (ibid, s. 174). Dette er ingen enkel øvelse for en novise, jeg beskriver i det følgende hvordan jeg forstår hans anbefaling for denne typen refleksjon;

Wertz la til grunn fem typer tilnærming; 1. *Empathic immersion in the world of description*. 2. *Slowing down and dwelling*. 3. *Magnification and amplification of the situation*. 4. *Suspension of belief and employment of intense interest*, og 5. *The turn from objects to their meanings* (Wertz, 1985, s.174-175). Disse er ikke adskilte, men innvevde former for tilnærming i den analytiske prosessen. Samlet for meg innebar dette at jeg så på dataene med et fokus på informanten, konteksten og situasjonen. Jeg brukte tid på å la beskrivelsene gi meg forståelse, uten å fjerne meg fra informantens perspektiv. Jeg lot teksten og tegnene sammen forsterke det sykepleierne hadde uttalt, uten å tilføre andre ord eller meninger. Samtidig var jeg bevisst på at antakelsene som slik latent informasjon kan gi, ikke farget de egentlige beskrivelsene, men heller var med på å underbygge de faktiske meningene

sykepleierne uttalte. Jeg utviklet etter hvert en form for utgangspunkt for hvordan jeg skulle forstå sykepleierens beskrivelser, en slags baseline, en åpen, men fokusert tilnærming.

Eksempel på denne formen for bearbeiding:

<p>Sykepleieren sier;</p> <p><i>Jeg tror at hvis man skal være stram i formen (under skjermingsregimet, min anmerkning), så må man også være til stede. Jeg tror ikke det er så bra å ligge tre timer alene på et rom. Hvor det ikke er noe å se på, og hvor det ikke er... Jeg vet jo at de ikke skal snakke så mye til de, og liksom sånne ting, men jeg tror at lyden av stemmen liksom er veldig beroligende. Tenker på det de sier, de som har sittet på glattcelle, at det er ingen ting, ingen ting å se på, alt er hvitt og metall og glatt... Og så får mange fort en slags klaustrofobifølelse. Og det er folk som sitter på glattcelle og vet de snart skal ut, og ikke har hjerneskode, men er bevisste og sånn...</i></p>	<p>Latent informasjon ligger i uttalelsene;</p> <p>”Stram i formen”-et verdiladet uttrykk, med mulig negativt fortegn.</p> <p>”jeg vet jo at...”- kan vise til en uenighet til det som er praksis.</p> <p>”Og det er folk som sitter på glattcelle og vet de snart skal ut...”- kan vise en forsterkning av hvordan denne praksisen kan oppleves av pasienter i en forvirret tilstand</p>	<p>Min forståelse:</p> <p>Skjerming bør innebære at sykepleieren er fysisk til stede det meste av tiden, og snakker beroligende med den forvirrede pasienten. En stram form der det er stille, og alle stimuli er fjernet, vil kunne oppleves som å være i isolat i et fengsel, og ha motsatt virkning.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etter å ha arbeidet med all teksten på denne måten, følte jeg når jeg hentet ut meningsenhetene at jeg hadde fått med alle nyansene i beskrivelsene, fremdeles i sykepleierens språkdrakt og ikke i min fortolkning.

Da jeg hadde hentet ut meningsenheter fra hvert enkelt intervju, så jeg på meningsenhetene fra intervjuet under ett – for å se hvordan de hang sammen, om de dannet mønstre, hvilken mening de ga hver for seg og samlet. Jeg dannet et foreløpig sortert system over det enkelte intervju, der meningsenhetene som hadde samme tematikk, eller på ulike måter hørte sammen, fikk samme farge. Jeg beskrev hver av gruppene for meg selv, uten å kategorisere eller låse min forståelse. Eksempler på hvordan jeg satt sammen gruppene var; ”har med

observasjoner å gjøre”, ”har med kreativitet å gjøre”, ”har med aggressiv atferd å gjøre”... og så videre. Denne delen av analysen ga meg en enda bedre oversikt over meningsenhetene, og de fremsto fremdeles som åpne og jeg hadde ikke lukket min forståelse for dem på noen måte.

Når jeg så samlet alle meningsenhetene fra alle intervjuene, hadde jeg en oversikt over hver enkelt, som gjorde at jeg kunne rydde og samle dem i nye matriser. Matrisene ga jeg navnene ”sykepleierne”, ”pasienten”, ”samarbeid”, ”pårørende”. Under denne ryddingen, gikk jeg hele tiden frem og tilbake mellom meningsenhetene og de opprinnelige intervjuene, for å forsikre meg om at jeg ikke trakk gale slutninger, eller mistet beskrivelsenes opprinnelse av syne. Jeg opplevde at jeg i denne prosessen hadde alle intervjuene, alle meningsenhetene og gruppene fremme i hodet på en gang – og at det krevde en enorm konsentrasjon å holde på den rette innstillingen, og ikke minst og ikke miste av syne vesentligheter og nyanser i intervjuene jeg ønsket å ha med.

Herfra gikk jeg videre til det Giorgi beskriver som trinn 3; *Generating essential aspects and themes: Scrutinize the meaning units, searching for essential aspects*. Mens jeg som beskrevet hadde total oversikt over dataene, søkte jeg mot å finne essensielle aspekt og tema i dataene. I denne delen av analyseprosessen, forsøkte jeg meg på å bruke ulike dataverktøy for å gjøre det store arbeidet enklere. Jeg opplevde da at jeg mistet oversikt, og fant det mer hensiktsmessig å klippe meningsenhetene ut av matrisene, legge dem utover gulvet, og danne tema de fysisk kunne plasseres under. Slik kom det til at jeg for eksempel under gruppen ”pasienten” hadde ti undergrupper med enheter jeg opplevde hang sammen, og dannet tema.

Eksempel fra en av undergruppene i matrisen kalt ”pasienten”:

Meningsenheter	Tema
Pasienten trenger tett oppfølging, men ønsker det kanskje ikke. Opplever det for tett på.	Pasienten kan oppleve den tette kontakten og skjermingen som begrensende i en slik grad at det virker forsterkende på uroen, og ønsket om å komme ut av situasjonen. Sykepleierne må anpasse ivaretagelsen av pasienten på en måte som ikke oppleves som trussel for frihet, eller tvang.
Når pasienten føler seg innesperret, vil det hjelpe og finne en aktivitet som gir åpning for variasjon eller større frihet.	
Den tette kontakten kan gi pasienten opplevelse av å være i fengsel.	
Hvis pasienten blir desperat, må du gjøre noe med det.	

Da meningsenhetene var ryddet og sortert på denne måten, så jeg på alle temaene samlet.

Dette ga meg nye perspektiver i hvordan jeg kunne forstå det hele.

Giorgi beskriver dette som analysens siste trinn; Trinn 4. *Comprehensive understanding and reflections – synthesize essential aspects into consistent statement*: Dahlberg et al (2008) beskriver hvordan man innen fenomenologisk analyse, bør gå frem for å finne essens i dataene. De fremholder at innen fenomenologien er alt som er erfart, erfart *som noe*, en essens. Essensen er det som gjør fenomenet til det det er, jamfør kapittel 3. Slik er ikke essens og fenomen atskilt, men henger sammen slik at alle perspektivene i fenomenet danner samlet en essens. Jeg fulgte forfatterens tankerekker, og valgte å gå frem i utarbeidelsen av essensen på følgende: Jeg så etter den uforanderlige strukturen i meningene innenfor de ulike temaene. Jeg rettet oppmerksomheten særlig mot å se mønstre som dannes ved likhetene og ulikhetene blant meningsenhetene og temaene, ved å se dem opp mot hverandre. Dahlberg et al (2008) beskriver denne prosessen som å se meningsenhetene og temaene som figur – og – bakgrunn. Det fremholdes at essensen ikke kan produseres, den kommer ut av seg selv, når man har arbeidet grundig igjennom alle leddene i analysen, og sist, hvordan ser det ut når jeg ser denne

enheten mot denne, og omvendt. Gjennom denne prosessen, fant jeg frem til det jeg forstår som studiens vitenskapelige essens, hvilket er beskrevet i kapittel 5. Temaene og alle meningsenhetene lå åpne for meg, da jeg skulle begynne å beskrive funnene. Det var først i det jeg startet skrivearbeidet, at jeg endelig bestemte hvordan de hang sammen, og i hvilken rekkefølge de skulle komme. Jeg opplevde at de falt på sin naturlige plass, og det fremsto for meg hvordan de logisk skulle settes sammen, hvilket er i tråd med det Giorgi skrev om å holde dataene åpne og ikke lukke for dem, så lenge som mulig (Giorgi, 1985; Dahlberg et al, 2008).

4.5 Kvalitetskriterier

Det har vært et sentralt fokus for meg i denne studien å imøtekomme krav til pålitelighet og gyldighet. I litteratur som omtaler kriterier for kvalitet i kvalitative studier, er det beskrevet ulike måter å vurdere dette på. Enkelte vil støtte seg til uttrykk som benyttes innen kvantitativ forskning, for eksempel i begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Malterud, 2006; Polit & Beck, 2008). Kvalitetskriterier innen beskrivende forskning, slik som i denne studien, må på en annen måte ta inn over seg hvor godt den beskriver informantenes erfaringer. Jeg har valgt å sette meg inn i hvordan Lincoln og Guba (1985) omtaler kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning, og følge deres rammeverk, slik de er gjengitt i Polit og Beck (2008):

Kvalitetskriteriet troverdighet, nevnes som det første; Å kunne ha tillit til at dataene er behandlet på en måte som gir et riktig bilde. Om troverdighet innen fenomenologisk forskning, refererte Baker et al (1992) til Swansson-Kaufmann (1986), som fremholdt at det er avgjørende at sykepleieren har beskrevet innsamling og analyse av data på en utfyllende måte. I en artikkel som omhandler styrke i kvalitativ forskning, skrev Sandelowski (1986) om det samme, at alle trinn i forskningsprosessen må komme tydelig frem i beskrivelsene for at studien skal ha troverdighet. Det er i denne studien demonstrert hvilke vurderinger som har vært gjort, og valg som er tatt, slik at leserne får innsikt i forskningsprosessen. Det har vært sentralt å komme med eksempler på hvordan dataene er samlet inn, bearbeidet og analysert, med vekt på kjennskap til påvirkning av egen forforståelse og valg av prosedyrer for å sikre at det er informantenes egne utsagn som ligger til grunn for slutningene.

Som neste, følger kvalitetskriteriet pålitelighet (Polit & Beck, 2008); Dette forutsetter også troverdighet, og omhandler hvordan dataene er stabile over tid og i ulike situasjoner. Kvale og Brinkmann omtaler slik stabilitet i sammenheng med at forskerrolle og intervjukontekst må ha likt utgangspunkt i alle intervjuene (2009). Påliteligheten har vært fokus når jeg har arbeidet med min rolle som intervjuer, og når intervjuene har vært gjennomført. Jeg satt som mål å holde fast i den samme ramme og de samme forståelser for intervjusituasjonen i alle intervjuene.

Videre omtales kvalitetskriteriet bekreftbarhet, som forutsetter at ulike forskere vil kunne finne samme nøyaktighet, relevans og nærhet til dataene slik de er gjengitt av informantene, og sier noe om grad av forskerens objektivitet (Polit & Beck, 2008). Det er viktig i kvalitative studier som denne, at forskningsresultatene ikke er påvirket av forskerens forforståelse (bias), men viser tydelig informantenes stemme. Det har vært viktig i prosessen å arbeide sammen med veileder om funnene fremstår i informantenes egne ord, og ikke er påvirket av meg som forsker. Som neste, følger kvalitetskriteriet overførbarhet; I hvilken grad funnene også er gyldige for andre, under andre forutsetninger. Dette kriteriet omhandler det som kan benevnes generaliserbarheten i studien. Lincoln og Guba hevdet at det viktigste er å gi tilstrekkelig med beskrivende data i teksten (de bruker uttrykket tykke beskrivelser (Polit & Beck, 2008)), slik at leseren vil ha tilstrekkelig mulighet til å evaluere hvor vidt funnene også kan sies å ha overføringsverdi. Resultatene i denne studien presenteres med mange sitater som viser både likheter og divergerende utsagn, og det har vært sentralt å gjengi beskrivelsene også for å vise at jeg har holdt meg nær informantenes opprinnelige beskrivelser, hvilket også føyer seg inn under det siste kvalitetskriteriet: Autensitet; å invitere leserne inn i de uttalte erfaringene sykepleierne har gitt under intervjuene, som viser en sensitivitet og forståelse for det informantene har fortalt. Dette kvalitetskriteriet henvender seg til hvordan forskeren har ivarettatt den enkeltes uttalelser på en måte som ikke fjerner seg fra det som opprinnelig ble sagt. Sitater som er valgt, er ikke bearbeidet på annen måte enn at de ikke er gjenkjennbare. Det har vært et viktig element under hele prosessen at dataene ikke er påvirket eller bearbeidet, men fremstår slik de opprinnelig ble uttalt.

4.6 Ethiske hensyn ved å forske i eget felt

Rehabilitering av pasienter med hjerneskader har vært mitt arbeidsfelt som sykepleier de siste elleve årene. Jeg har halve tiden arbeidet som kliniker og opp mot siste halve tiden som fag- og systemansvarlig sykepleier, nå som kvalitetsrådgiver. Dette arbeidet har gitt meg mange opplevelser både med pasienter og med kollegaer. Opplevelsene er i flertall positive og gode, men jeg har også fått innsikt i utfordringer og problemområder sett med ulikt perspektiv etter som hvilken rolle jeg har hatt. Erfaringene fra disse årene har jeg med meg inn i dette forskningsarbeidet. De har påvirket spørsmålene jeg har reist under utviklingen av problemstillingen, og de har ligget til grunn for litteratursøk og forberedelse av studien. Da prosessen i dette forarbeidet førte til valg av fenomenologi som design og metode, ble mine erfaringer gjenstand for en iherdig bevisstgjøring og bearbeiding, for å legge egen forforståelse til side i så stor grad at jeg kunne vise informantenes perspektiver og meninger uten å påvirke dem med mine egne. Denne prosessen er grundigere gjort rede for i kapittel 4.1.1.

Med det å arbeide som forsker i eget felt, følger også andre viktige hensyn. Jeg har måttet ta inn over meg hvilken påvirkning det har for hva informantene forteller, at de kjenner meg fra før. Flere av sykepleierne kjenner jeg fra min tid som kliniker i avdelingen, og alle er kollegaer nå, selv om jeg ikke lengre arbeider direkte inn i avdelingen. Etter å ha diskutert med veileder, fant jeg at distansen jeg har hatt fra de direkte pasientrelaterte situasjonene de siste seks årene er tilstrekkelig for at sykepleierne ikke tar for gitt at jeg har kjennskap til situasjoner og detaljer fra deres daglige arbeid. Samtidig finner jeg det som en fordel at sykepleierne kjente til min bakgrunn, og visste hvilken kunnskap jeg besitter, slik at de kunne stole på at jeg forstår nyanser og perspektiver de beskriver, og slik gå dypere inn i fortellinger uten å bruke tid og fokus på det de ikke har følte var sentralt å fortelle om.

Et annet viktig hensyn jeg har måttet ta stilling til, har vært hvordan sykepleierne vil oppleve å bli sitert, og hvordan studiens resultater vil oppfattes i avdelingen. Det har vært av stor betydning for planleggingen av studien og gjennomføringen av intervjuene, å ivareta hensynet til at sykepleierne ikke kan gjenkjennes i monografien. Jeg har i det informerte samtykket vist til retten til å trekke seg fra studien når som helst (Richards & Morse, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009) (vedlegg 1). Data har vært anonymisert, og jeg har fokusert å velge sitater som ikke avslører hvem som har uttalt dem. Det er i flere av intervjuene informasjon jeg har

valgt å utelate av hensyn til informanten, og presentasjonen av funnene ble skrevet med en varhet mot både ivaretagelse av den enkelte, samtidig med at funnene ikke har karakter av å være kontroversielle eller krenkende for noen som arbeider ved enheten.

4.6.1 Andre etiske hensyn i studien

Etiske overveielser hører hjemme i alle deler av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Overveielsene i denne studien gjengis i det følgende;

Innhenting av informert samtykke, hensynet til konfidensialitet og forståelse for hvilke konsekvenser det har for informantene å delta, er alle ledd i å ivareta de etiske hensyn ved studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig er det tatt i betraktning at det å forske på mennesker, innebærer en endring i roller, en situasjon der informanten blir sårbar under en type makt forskeren har. Det var viktig at forskeren i intervjusituasjonene kommuniserte en forståelse og støtte slik at informantene kjente seg sikre på at det han eller hun fortalte, vil bli behandlet på tilsiktet måte (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble innhentet godkjenning fra klinikkjefen i klinikken sykepleierne arbeider i, til å gjennomføre studien (vedlegg 4). Jeg var tidlig i forskningsprosessen opptatt av at dataene jeg innsamlet kunne være av sensitiv karakter, og dermed burde være søkt om godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK). Jeg rettet en uformell henvendelse dit, og jeg fikk en tilbakemelding på at denne studien ikke krevde godkjenning av REK, og heller ikke er konsesjonspliktig. Fordi det var planlagt lydopptak av intervjuene, ble det søkt om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Studien innfrir alle krav fra NSD om prosedyre for ivaretagelse av personvernet, her oppsummert:

Teamlederne i enheten der sykepleierne arbeider, førte en oversikt over navnene på deltakerne, og ga dem nummer, slik at jeg ikke førte navn i mine transkripsjoner. Dette var ment å sikre deltakernes anonymitet. Lydopptakene ligger innelåst et sted kun jeg har tilgang, og alle datafiler lagret på områder som er sikret med passord. Lydopptakene vil bli slettet når studien er avsluttet (vedlegg 2 og 3).

En siste viktig betraktning i studien, var at sykepleierne skulle føle seg trygge for at de fikk støtte av arbeidsgiver for å la seg intervjuet i arbeidstiden. Jeg avklarte med teamlederne til

sykepleierne i forkant for å sikre at de hadde positiv innstilling til fraværet intervjuene ga, hvilket de ga uttrykk for i stor grad.

5 Resultater og diskusjon

I det følgende beskrives og diskuteres studiens empiriske funn, sett opp mot forskningsspørsmålene. I denne delen av oppgaven bringes inn teorier og litteratur som jeg mener vil gi perspektiver som belyser og synliggjør funnene på en måte som gir dypere kunnskap om fenomenet.

5.1 Studiens vitenskapelige essens

Analysen av dataene hver for seg og samlet, leder frem til den essensielle struktur av fenomenet: hvordan sykepleierne skjerner pasientene og omgivelsene fra hverandre. Jeg har kalt dette *den semipermeable omsorgen*. En membran som er halvt gjennomtrengelig, det vil si kun gjennomtrengelig for enkelte og ikke andre stoffer, kalles semipermeabel (Haug, Sand, & Sjaastad, 1992). Jeg tenker at sykepleie til pasienten i PTA-fasen handler om dels å stenge av for, dels å åpne opp for omgivelsene. Når pasientens forvirring øker, og stimuli fra omgivelsene blir for sterke, skaper sykepleierne en barriere mellom pasienten og verden utenfor. Barrieren er fysisk i form av at pasienten oppholder seg i avlukket område, og at det er få forstyrrende faktorer i de visuelle og taktile inntrykk pasienten får. Samtidig er barrieren en mental tilnærming, der sykepleiernes verbale og nonverbale kommunikasjon formidler til pasienten en ro og trygghet han ikke klarer å finne selv. Omgivelsene på sin side, inkludert sykepleierne, utsettes for sterk påvirkning fra pasienten. Pasienten kan ha en utmattende eller forstyrrende effekt på menneskene rundt seg, og det er også av hensynet til disse at pasienten holdes unna.

Begrepet skjerming finnes mye omtalt i litteratur som omhandler psykisk helsevern. Skjerming er et tiltak som er regulert i "Lov av 2.juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern" (Helse og omsorgsdepartementet, 1999). Loven har vært endret, og siden 2006 står det om skjerming;

§4-3. Skjerming. Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende atferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglige ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i

undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Skjermingen sykepleierne beskriver i intervjuene, er ikke iverksatt under betingelsene denne loven regulerer, men jeg anser det allikevel som interessant å løfte frem hvordan samfunnet legitimerer det å begrense pasienters mulighet til å agere i det offentlige rom eller der andre mennesker oppholder seg, når hans tilstand eller hensynet til andres sikkerhet tilsier at det er hensiktsmessig. I boken "Hel - ikke stykkevis og delt" beskriver Hummelvold skjerming både som et tiltak og som en behandlingsmetode. Han viser til miljøterapi, og fremholder at det fysiske og sosiale miljø kan tilpasses på en strategisk måte, slik at pasienten opplever at samhandlingen med den ansatte har terapeutiske og positive virkninger (Hummelvold, 2004).

Om det er psykoser eller andre psykiske lidelser, eller om det er organisk skade som er årsaksgivende, er det trekk ved pasientens tilstand som på samme måte, fordrer at det iverksettes tiltak rundt omgivelsene pasienten er i. En litteraturgjennomgang viser at stimulireduksjon best skjer gjennom endring i fysiske strukturer og tilpasning av interiør, for å påvirke atferd, funksjon og livskvalitet på en tilsiktet måte. Denne studien omhandler pasienter med demens og orienteringsvansker, og viser at omgivelser og miljø virket både understimulerende eller overstimulerende (Bergland & Kirkevold, 2011). Her finner forskerne at et fokusert og tilpasset stimuli bidrar til ønsket atferd. Fra en lærebok i psykisk helsearbeid, finner jeg målet med skjerming beskrevet som å hjelpe pasienten til indre samling, å beskytte eller skåne andre pasienter, og å gi personalet oversikt slik at de kan fungere mer terapeutisk (Strand, 1992). Sett i lys av disse perspektivene, kan skjerming tilpasse PTA-pasientens omgivelser slik at de ikke virker overstimulerende, og dermed gir en enklere og mindre verden å orientere seg i. Omgivelsene skjermes som nevnt over, fra pasienten, i denne sammenheng mot den påvirkningen pasienten har. Samtidig vil tiltaket skjerming legge forholdene bedre til rette for omsorgspersonene som skal tilpasse tiltak til pasientens tilstand.

Skjerming innebærer tiltak som kan forstås som begrensende. Pasientens tilstand og omfanget av hjerneskaden vil ha stor innvirkning på hvordan han opplever skjermingen, men mange av sykepleierne fortalte fra situasjoner der pasienten motsatte seg skjermingen. Skjermingen forutsetter dermed også at sykepleierne tar hensyn til etiske dilemma, og veier opp mot hverandre verdien av å la pasienten bestemme selv, mot å handle som det som oppleves som til det beste for pasienten. I en studie hvor det reises spørsmål til hva som kan være best mulig skjerming til personer i psykose, finner en at skjermingen var tvetydig i form av at omsorg

under tvang innehar både positive så vel som negative aspekt, sett fra sykepleiernes perspektiv (Wergeland, 2007). Det finnes mye litteratur som omtaler selvbestemmelse og autonomi, også til pasienter som har nedsatt evne til å fatte selvstendige og bevisste valg. Nortvedt (2008b, s.127) problematiserer dette området av sykepleieres ansvar, og utleder om sykepleiens moralske grunnlag:

Betingelsen for å se og vurdere der som er faglig og klinisk relevant, forutsetter en oppmerksomhet for verdier som står på spill, for verdighet og selvbestemmelse som blir krenket [...]. Etikken får på denne måten også en helt sentral kunnskapsmessig dimensjon, i det grunnlaget for god sykepleie bidrar til å forstå mennesket som sykt.

I situasjoner der sykepleierne har omsorg for pasienter som ikke er orientert for situasjonen de er i, synes det åpenbart at tiltak som iverksettes gjøres ut fra prinsippet om *til beste for*.

Argumentet for hvorfor det er riktig å handle mot det pasienten ønsker seg i situasjoner med pasienter i PTA-fasen, styrkes alene i at ved å skjerme pasienten, vil hans evne til å orientere seg og videre kunne fatte selvstendige valg, bli bedre.

Den essensielle strukturen utdypes videre ved å presentere og beskrive syv meningsemner utarbeidet igjennom analysen:

5.1.1 Med seg selv som virkemiddel

Sykepleierne i studien snakker mye om hvordan de bruker seg selv i tilnærmingen til pasienten. De fremholder at den komplekse omsorgssituasjonen forutsetter både personlige egenskaper og kunnskap. Et tema som er hyppig omtalt i fortellingene, er at personligheten til den som har omsorg for PTA-pasienten, har stor betydning. Personlighet kan beskrives som stabile måter i hvordan individer forholder seg til, betrakter og tenker på omgivelsene og seg selv, som viser seg i et bredt spekter av sosiale og personlige sammenhenger (Rogers, 1980). Sykepleierne beskriver personlighetens betydning både for hvordan den virker på pasienten, og samtidig at personligheten har betydning for hvor bevisst sykepleieren er sin påvirkning. En sykepleier uttrykker det slik:

Jeg tror en skal være litt trygg person. Jeg tror det er en fordel å ikke... hvis det er masse armer og bein, men vi er jo forskjellige.. - Det er jo fantastisk at det finnes mennesker som hopper og skriker og danser og ler, men det er kanskje ikke det letteste å kombinere med en som trenger ro? Men de klarer kanskje å forandre seg? Vi er jo forskjellige... Kanskje noen trenger noen som er litt sånn moroklumper, og som hadde kjeda vettet av seg med meg og

sånn! Men vi er jo forskjellige, og kan brukes litt der vi er gode. Det må jo være det som er målet.

Flere andre sykepleiere omtaler personlighetens betydning på liknende måter, for eksempel:

Man må være en rolig person for å gjøre pasienten rolig.

Sammenliknbart for beskrivelsene, er at det er behov for en rolig tilnærming, og at sykepleierne påvirker pasientene med hvordan de er. En av sykepleierne husket tilbake, og snakket om hvordan personligheten kunne være kriteriet for mer strategisk tenkning rundt hvem som skal ha ansvaret for ulike pasienter:

Jeg husker jo også [...] at det var sånn at enkelte liksom kunne gå inn til pasienter, og enkelte ikke burde gå inn der.

I fortellinger som omhandler når man lykkes i å gi ro til pasientene, snakker flere sykepleiere om både personlighet og også det å ta i bruk virkemidler i måten å oppføre seg på, som de har lært igjennom erfaring. Jeg forstår det slik at de snakker om personligheten som en konstant egenskap, men at sykepleierne kan utvikle sine tilnæringsmåter ettersom de får erfaring:

Det er liksom en kunst å skjønne hvor mye man skal snakke, det er en kunst i forhold til de hjerneskadede pasientene i det hele tatt at man må være veldig bevisst på hvilken... på hva man sier, hvilke vibrasjoner man sender ut...

Slik jeg forstår sykepleiernes beskrivelser av utviklingen av slike ferdigheter, handler det om en prosess, der en starter ut som uerfaren, men med sin personlighet som utgangspunkt, og så dannes strategier og fremgangsmåter ettersom man får erfaring. I et av intervjuene sa sykepleieren:

Du finner deg selv, utvikler en identitet, og opptrer med utgangspunkt i den du er.

I den empiriske analysen, kommer det frem at flere av sykepleierne snakker om å finne sin egen identitet. Dahlberg, Dahlberg og Nyström (2008) viser til det Merleau-Ponty (1968) har skrevet om utvikling av personlig stil; *Personal style*. De skriver at det å utvikle sin personlige stil, er en måte å være i verden på, en særegen måte å finne en plass, og derfra forholde seg til verden. De forklarer at den personlige stilen handler om hvordan vi organiserer den verdenen vi er i. Stilen utvikles igjennom livserfaringer, og hvordan den

enkelte opplever sin eksistens. Dette er komplisert. Dahlberg et al (2008, s.274) siterer Merleau-Ponty: “Existence always carries forward its past, whether it be by accepting it or disclaiming it. We are, as Proust declares, perched on a pyramid of past life”.

Sett i et fenomenologisk lys, vil jeg hevde at det å ha en personlig stil, å kunne forholde seg til og forstå nye og ukjente situasjoner og erfaringer, skjer igjennom en forankring til det kjente. Eksistensen, *væren-til-verden* (Merleau-Ponty, 1945, i (Bengtsson, 2006)), utvikles og formes av våre erfaringer. Jeg forstår dette som at det å finne sin personlige stil som sykepleier, handler om å kunne møte pasienten med utgangspunkt i seg selv. Det handler om å utvikle sin profesjonelle rolle mot å være mer åpen, fleksibel og trygg, selv om situasjonen er ny og kanskje kjennes utrygg eller utfordrende – ved å bruke sine erfaringer som utgangspunkt. I en artikkel som omhandler livsverdensrefleksjon og læring, ser Ekebergh (2007) på ulike måter studenter utvikler seg som sykepleiere igjennom å bygge opp sin personlige stil, og fastholder at det er avgjørende for læring å reflektere over og bygge kunnskap på personlige erfaringer. Hun beskriver hvordan studentene må stille seg inn mot en bestemt type refleksjon, og fremholder at *the natural attitude* er denne innstillingen. Jeg forstår Ekeberg dit hen at sykepleierne må ha et reflektert forhold til sine erfaringer, for å utvikle sin identitet.

Sykepleierne snakker i ulike sammenhenger om hvor viktig det er å være åpen for signalene pasienten sender. Flere bruker uttrykket *å være var*. Kan hende dette i like stor grad som personlighet, er ferdighet som kan utvikles; En grunnleggende evne til å innstille seg mot pasienten, en varhet mot den skadede, synes sentralt i sykepleiernes fortellinger, og utdypes i neste kapittel:

5.1.2 Andres forordninger og egne vurderinger

Sykepleierne beskriver ulike måter hvordan intervensjonene rundt pasienten kan bygges. Det er etablert et grunnlag i avdelingen for måten man skal tilpasse omsorgen rundt PTA-pasientene, med en organisering som sikrer en tverrfaglig tilnærming og med oppnevnte behandlingsansvarlige. Flere av sykepleierne er enige i at dette er en god måte å sikre god behandling på. En sier for eksempel:

Avdelingen må ha faste ruiner rundt pasientbehandlingen.

Det som er sentralt i beskrivelsene av slike rutiner, er at det ligger faste planer som er utarbeidet på forhånd, slik at en har et utgangspunkt for tilnærmingen til de ulike pasientene. En av sykepleierne trekker også frem at hun mener det burde være større krav til at tiltakene sykepleierne iverksetter, bygger på formelle tester eller skjematiske oppsett:

...Det kunne vært veldig nyttig, faktisk, både som utøver, men også kunne delta sånn tverrfaglig sett også, å ha noen arbeidsredskaper som på en måte gjør at du på en måte har, kanskje sett noe som andre ikke har sett, være med på å fylle ut bildet... Vi må bli flinke til å på en måte finne noen arbeidsredskaper som gjør at vi på en måte kan være sikre på at vi gjør gode observasjoner og sånn.

I dette sitatet forstår jeg at sykepleieren snakker om å sette inn i system de observasjoner og tiltak sykepleierne gjør, samtidig som at sykepleiernes kunnskap om pasienten kan bidra inn i det tverrfaglige samarbeidet. Kravet om praksis bygget på forsknings- og evidensbaserte tilnærminger, står sterkt i dagens pleiekultur (Foss & Ellefsen, 2005). Heggen skriver om hva som legitimerer plassen denne praksisen har fått. Hun beskriver ambisjonene om å minske gapet mellom forskning og praktisk pleie, samt at det er økt behov for å effektivisere pleien og behandlingen (Heggen, 2004). Med et likt utgangspunkt, skriver Lian om evidensbasert medisin, at man i tiltakende grad søker etter forventet behandlingseffekt, og kostnadseffektivitet (Lian, 2003). Sykepleierne som reflekterer over ønsket om en mer formalisert tilnærming i pasientbehandlingen, kan være farget av kravene som beskrevet over. Det kan være de føler at deres subjektive vurderinger, tuftet på avdelingens systemer, ikke er tilstrekkelige for å sikre beste praksis. Om kvalitetsindikatorer i sykepleien, ble det av et forskersteam gjennomført en stor litteraturgjennomgang for å vurdere hva forskning sier om indikatorer man kan evaluere kvaliteten på sykepleie etter (Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997). De viser til at det finnes måter å måle struktur, prosess og resultat av pleie, og presenterer ulike modeller for disse. Konklusjonen, derimot, henviser til at sykepleie i stor grad blir evaluert etter medisinske normer, og at det må forskning til for å vise områder av sykepleien som ikke lar seg måle i egen målestokk; "In the future it may also be necessary to discuss and present how to make nursing `beyond measurement´ visible in quality improvement" (Idvall et al, 1997, s. 16) Denne forskningsartikkelen understøtter min forståelse av at sykepleiere kan føle at de strekker seg etter å vise til resultater de selv, og andre, forventer, men at det faktisk fremdeles ikke finnes begreper eller definisjoner for å måle denne typen kvalitet.

Et neste perspektiv i denne sammenheng, kan være at kravet til produksjon og resultat viser seg i en form for ressurskamp, der sykepleierne føler de må ha tyngde inn i samarbeidet, eller ”noe å bringe til torgs”. Mye har vært skrevet om sykepleiernes rolle i det tverrfaglige team innenfor rehabilitering, og omtaler området som komplisert. Fra en masteroppgave som omhandler rehabiliteringssykepleieren som ivaretaker av eksistensielle og praktiske behov, leser jeg om sykepleien i det tverrfaglige samarbeidet; ”Flere teoretikere har forsøkt å fange essensen og bygge opp teoretiske rammeverk, slik at faget kan kommuniseres og begrepsfestes, for egen faggruppe, for andre helsearbeidere og medisinere, uten at det har ført frem til en overordnet enighet” (Dahl, 2008, s.16). I den tette omgangen med pasienten, vil en kunne tenke at sykepleierne sitter med mye viktig informasjon om pasienten, og utsagnet om mer formaliserte arbeidsredskaper passer med påstanden om at det kan være vanskelig for sykepleiere å finne sin plass og funksjon i det tverrfaglige teamet.

Sykepleierens uttalelser om disse grunnleggende bestemmelsene, står allikevel i kontrast til det enkelte andre sykepleiere beskriver. De omtaler fastlagte bestemmelser som problematiske fordi de ikke er tilpasset den enkelte pasients behov, personlighet og tilstand. En sykepleier sier:

En kan ikke følge de forhåndsbestemte forordningene uten å vurdere hensiktsmessigheten.

Sitatet er hentet fra beskrivelsen av en pasientsituasjon der teamet rundt pasienten hadde bestemt hvordan forholdene skulle tilpasses, og der sykepleieren opplevde tiltakene som sterkt avvikende fra slik hun vurderte var til pasientens beste. Her står interesser i konflikt, og det er ikke vanskelig å forestille seg at sykepleieren kommer i et dilemma som følge av de motstridende vurderingene. En annen sykepleier bringer på banen utfordringer fra samarbeidet om pasienten:

Sykepleieren og de andre i teamet er ikke alltid enige, og det kan by på utfordringer.

Slike utfordringer kommer til uttrykk på flere ulike måter i intervjuene. Flere snakker om lojalitet til teamet som en viktig faktor, og følger opp med å beskrive konsekvensene det får dersom de handler motsatt av hva teamet har bestemt. Uttrykk som ”Man kan ikke bare ta seg til rette, det skjønner jeg...”, og; ”man må jo være trofast mot bestemmelsene i teamet”, samt; ”det er ikke så populært å gå utover det som er satt av rammer...”, bygger opp om at det er følelser i sving rundt slike dilemma. Jeg forstår det dit hen at sykepleierne av og til står i

situasjoner der de føler seg etisk og faglig forpliktet til å følge forordninger laget av teamet, og at teamet forventer at de gjør det som er bestemt. Samtidig vurderer sykepleierne at situasjonen pasienten er i, gjør det uetisk og ufaglig å følge forordningene. Problemet kan forstås på flere måter. Martinsen viser til Løgstrup og beskriver moralens forhold til regler (Martinsen, 1992). Hun sier blant annet at om en argumenterer for normer og regler på en logisk måte ved å la tanken stige opp for å grunnlegge moralen, vil man få en generalisering og universalisering av normene. Slik vil en danne mønstre som regler og prinsipper. På en slik måte, hevder hun, kan moralen komme ut av fokus. Dersom en argumenterer for moralen ut fra praktiske handlinger, vil tanken i følge Martinsen, stige ned; I praktisk handling er vi allerede i moralen, gjennom det hun beskriver som livsyttringene (Martinsen, 1992).

Sykepleiernes beskrivelser fra slike situasjoner inneholder ulike detaljer, men likt for alle er at sykepleierne ikke lander på en endelig avgjørelse for hva som er det riktige. De undrer seg over hvordan de kan gjøre det beste ut av situasjonen ved å forsøke å imøtekomme både det teamet forventer de skal, samtidig med sin egen vurdering. Martinsen (2008) hevder at det er dagliglivets praksishandlinger som forutsetter og konstituerer den moralske dialog som gjelder spørsmålet om å handle ut fra den riktige målestokk. Dette beskriver hun som å handle fornuftig. Sykepleierne beskriver ulike måter de løser slike situasjoner på. Felles for disse beskrivelsene er at sykepleierne kan velge å følge egne vurderinger, men at de da må ha strategier og argumenter som gir støtte og ikke kritikk i etterkant. Et eksempel er:

For de som er i situasjonen ser det, du ser det veldig godt når du er der! Du kan ha mange meninger om hva som skal skje tre dager frem i tid. Men når du ikke er der sjøl, kan det være at behovet er annerledes!

To andre sykepleiere snakker om hvordan de går frem når de iverksetter andre tiltak enn de som er bestemt av teamet. De iverksetter da tiltak som de mener åpner for muligheten for å endre på forordningene. I et av intervjuene, forteller sykepleieren:

Noen ganger er teamet i bakkant, sånn at det ikke er riktig å være lojal [...] Når det er behov for å revurdere, må man dokumentere.

Den andre sier at det er viktig – i situasjoner der en velger å se bort fra forhåndsbestemte tiltak, at en har med seg andre kollegaer i vurderingen:

Man gjør i hvertfall ingen beslutninger alene! Man går til... for eksempel på en kveldsvakt... For noen pasienter går det veldig fort, det går fra time til time. Da må man gå sammen med sine kollegaer, og så må man si; er det greit at vi gjør noe annet, at pasienten gjør det og det? Ser fem minutter på TV? Og så sier de ja eller nei, og så forholder man seg til det som man bestemmer sammen. Men aldri... det er liksom... sier liksom til de nyansatte; aldri ta en beslutning alene!

I det overstående, har jeg beskrevet ulike perspektiv på det å følge forordninger eller planer for tiltak gjort i samarbeid og i forkant av møtet med pasienten. Sykepleierne setter fingeren på at det hender de vurderer annerledes. Disse vurderingene bygger i stor grad på skjønn, og vil bli nærmere beskrevet i det følgende:

5.1.3 Fra sansing til forståelse

Flere av sykepleierne åpner intervjuene med å uttale at de på langt nær er ferdig utlærte, og at det finnes folk i avdelingen som kan mer enn dem. Samlet synes det for meg som at det enes om at prosessen mot å lære "håndtverket" en benytter hos PTA-pasienten, skjer over lang tid. En av sykepleierne sier:

Jeg har bare jobbet her halvannet år...[...]Men jeg tror du må se mange av de, og ha jobbet her i mange år før man blir flinkere og kan svare enda bedre enn jeg.

Med liknende utgangspunkt sier en annen:

Nei, du skal sende noen med erfaring inn. Du skal ikke, du må på en måte ha jobba litt, og på en måte ha blitt kjent med denne pasientgruppa. Du kan ikke sende en ufaglært person inn, for de vil ikke skjønne og se behovene, tenker jeg!

Når jeg har lest alle intervjuene og sett materialet samlet, står det frem at erfaringskunnskapen sykepleierne snakker om, dreier seg om å kunne sanse pasienten, og se forbi hans atferd på en måte som gir kunnskap om tilstanden han er i. Formelle tester, sier flere, kan ikke fange opp slike nyanser. Videre fremholder flere av sykepleierne at en del av utviklingen av erfaringer handler om å forstå og fylle sin rolle som sykepleier. Jeg opplever at det siste er et viktig tema for sykepleierne. De beskriver i ulike fortellinger at pasientene har vært igjennom moderate til store ulykker, og at de har en del medisinske behov som må dekkes. Å dekke de ulike

medisinske behovene, samtidig med ivaretagelse av den kognitive svikten tillegges av sykepleierne sterkt fokus, og en av sykepleierne sier:

Ikke sant, at hvis feberen plutselig stiger, og så, et eller annet, så skulle jeg virkelig ønske at vi hadde et slags kombinert medisinsk blikk, da, hvis jeg kan kalle det det. Liksom på de helt klare medisinske tingene, litt lenger, ikke bare at det er bråstopp med en gang de utskrives fra Ullevål!

Kunnskapen om de medisinske forholdene rundt hjerneskadepasienten ivaretar kroppens funksjoner. Jeg har i analyseprosessen særlig rettet søkelys mot hvordan sykepleierne beskriver den sykepleien som omfatter den kognitive svikten, og atferden pasienten i PTA-fasen viser. En av sykepleierne snakker om dette slik:

Jeg syntes at i begynnelsen så lurte jeg på hvor er den sykepleien hen? Er jeg bare sånn vokter? Som skal gå rundt med dem? Da jeg ble mer bevisst på hva min sykepleierolle var, fant jeg [...] det der med å vise trygghet, vise kontinuitet, det der med de grunnleggende behov! Det med omsorgsbiten, det med de pårørende... Det der med de små tingene...

Det fremstår for meg i flere av intervjuene, at sykepleierne har en holistisk tilnærming til pasientene. Fordi de har så ulike behov, og er i varierende grad oppegående eller sterkt pleietrengende, kan ikke sykepleien beskrives på en enkel måte. Den består i ulik grad av ivaretagelse av de fysiologiske funksjonene. Og samtidig har sykepleierne en stor oppmerksomhet rettet mot å skjerme og skåne pasientene fra omgivelsene og omgivelsene fra pasientene som nevnt innledningsvis i dette kapitlet. Som nevnt, viser sykepleierne til at det ikke er slik at tester alene kan avdekke pasientens tilstand, sykepleierne må kunne fange opp små detaljer og nyanser ved pasientens atferd som kan gi innsikt i tilstanden. I samtlige av de åtte intervjuene, snakker sykepleierne om denne observasjonen som en form for sansing. Som skrevet i forrige delkapittel, snakker flere sykepleiere om å se forbi atferden til pasienten for først da kan du finne ut hvordan det egentlig står til med ham. Jeg forstår det slik at sykepleierne ser på atferden som et symptom. De stiller seg inn mot å forstå pasientens tilstand i en videre forstand enn kun å se hva han gjør og høre hva han sier. I ulike sammenhenger, snakker samtlige av sykepleierne om nærheten til pasienten. Jeg forstår det slik at de mener man må være nær for å kunne sanse. Denne nærheten forstår jeg videre som en form for samspill, der sykepleierne retter oppmerksomheten mot signalene pasienten sender. Og som beskrevet over, innebærer samspillet samtidig en oppmerksomhet mot de

signalene sykepleierne selv sender. Og samspillet, forteller sykepleierne, handler om å nå målet om å gi pasienten ro og trygghet, eller å stanse uønsket atferd. En sykepleier sier:

Du kan se de derre vinduene inn i mennesket, litt...[...] Ser liksom etter det normale... sånn jeg tolker det, i hvert fall jeg, da, at hvis jeg kjenner at jeg får normale responser så blir det automatisk at en snakker kanskje litt annerledes, ikke bare konkret her og nå... Jeg tror nok at det forandrer meg, andre gjør vil jeg tro også, men jeg snakker om meg, og jeg vet at jeg forandrer samtalen etter hvor dem er i øyeblikket.

Martinsen (2003) skriver om sansing at i kraft av kroppen og sansingen, er vi delaktige i hverandres eksistens. Hun utleder fra at kroppens grunnleggende måte å være til på, er i sansingen. Hun støtter seg til Merleau-Ponty når hun hevder at sansingen er oppsøkende; *Med blikkets nærvær med det synlige, ser vi* (ibid, s.98). Videre forklarer hun hvordan det vi sanser gir mening for oss, ved å beskrive at oppfatningen vår ikke er på avstand av det vi ser, den lever sammen med den. Hun hevder at vi er adskilt fra det vi oppfatter, men sanser det fordi vi opprinnelig er ett med det. Denne kontakten mellom mennesker, og for denne studien mellom sykepleiere og pasienter i PTA-fasen, er en måte å forstå hverandre på. Når sykepleierne sanser pasienten, forstår de ham på en måte som kan tenkes er preget av innsikt i hvordan han har det. Martinsen (2003) skriver om forståelse at det er en stemt forståelse i sansingen. Hun forklarer dette med at forståelsen er fordret i sansingen, fordret til å sette fri mulighetene i sansingen, så vi kan fatte, tydeliggjøre og oppleve det vi sanser. I situasjoner der sykepleierne sanser og forstår pasienten, vil de kunne bruke dette som grunnlag for omsorgen de gir. Og som sykepleieren snakker om i overstående sitat, er det snakk om å kunne forandre seg, og at pasientens fluktuierende tilstand forutsetter evnen til å stille seg inn etter hvor de befinner seg i øyeblikket. Martinsen snakker også om naturens kretsløp og jeg forstår det som at hun med dette uttrykket, beskriver dette foranderlige og stadig vekslende. Hun fremholder; ”Den fikserte begrepsforståelse, der forståelsen har tatt overhånd, i forhold til sansingen, duger lite i denne sammenheng” (ibid, s.100). Jeg forstår det som at hun hevder at sykepleierne må følge *med* pasienten, og hele tiden være åpen. Martinsen skriver videre at det er nødvendig for sykepleieren å kunne være bevegelig i sine talende og kroppslige uttrykksformer, slik at skjønnet går inn i den allestedsnærværende sansing, og sykepleieren forstår og vurderer på sansingens vilkår. Beskrivelsene til sykepleierne i denne studien faller godt sammen med Martinsens teorier om sansing. Jeg vil trekke slutning om at sansing og forståelse er

forutsetninger for skjønnnet. Jeg vil videre beskrive den nærheten sykepleierne snakker, og hvilken form den har

5.1.4 Nærhet men distanse

En av sykepleierne uttaler:

Det er noe med å være tilstede som menneske, ikke som sykepleier og behandler, men som det mennesket du er... Men den profesjonelle rollen ligger alltid i bunn.

Sykepleierne snakker mye om å vie sin fulle oppmerksomhet til pasienten. Oppmerksomheten forstår jeg som annerledes enn observasjonen, den handler om en type involvering. I flere av intervjuene sier sykepleierne at de er oppmerksomme mot pasienten og mot hvordan de selv oppfører seg, og at denne typen oppmerksomhet krever konsentrasjon og utholdenhet.

Pasientene er som tidligere beskrevet i perioder svært intense. Deres uro og søking mot det begripelige og de faste holdepunkt, kan vedvare over lang tid. Sykepleierne snakker mye om hvordan de med sin ro og måten de snakker og oppfører seg på, påvirker pasienten. En av sykepleierne sier i en slik sammenheng:

Du må være villig til å gi av deg selv, og fortelle om egne erfaringer

Hun snakker om hvordan hun ved å dele av seg selv, kan nå inn til pasienten. Hun forteller om en gang en pasient ikke forsto hvor han var, og hvorfor han ikke kunne reise hjem til barnet sitt. Da hadde hun fortalt ham om egne erfaringer fra hvor redd hun hadde vært for sine egne barn, og på en måte klart å trygge pasienten og stanse den sterke driven mot å komme seg bort. Ved søk etter litteratur som omtaler kommunikasjon med personer i forvirret tilstand, finner jeg mye om kommunikasjon ved demens. Situasjonen en dement står i, er ulik den en pasient i PTA-fasen står i, men jeg finner allikevel interessante likhetstrekk. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, i NOVArapport 13 2005, oppsummerer hva norsk og utenlandsk forskning sa om tematikken, og fremholder at målet med kommunikasjonen er å styrke den forvirrede personens selvfølelse, og at kommunikasjon er helt avgjørende for å anerkjenne og bekrefte den demensrammede som person (Ingebretsen, 2005). Dette beskrives som grunnleggende for å ivareta en person som opplever å miste følelsen av hvem han er. Jeg kjenner igjen temaet i måten sykepleierne i denne studien

beskriver at de deler noe av seg selv, viser anerkjennelse, tar pasientens uro på alvor og viser en oppriktighet. En annen sykepleier sier:

Altså, være til stede som medmenneske. Mer enn og bare være sykepleier, egentlig. For det er noe med å være tilstede. Og se pasienten som helhetlig menneske og ikke bare som PTA-pasient.

Her får nærheten en form. Hun snakker om medmenneskelighet og roller. Kan hende er det slik at fordi pasienten ikke nødvendigvis forstår at han er pasient, og at den som er hos ham er sykepleier, må kommunikasjonen endres fra slik den er i ”normale” omsorgssituasjoner. I et av intervjuene snakket sykepleieren spesielt om hvor viktig det var å gjenta for pasienten at hun er *sykepleier*, og at hun er sammen med pasienten for å *hjelp*e. Jeg mener dette underbygger en slik antakelse.

Sykepleierne skaper rammer som ivaretar pasientens behov for å bli skjermet fra omgivelsene. Jeg opplever i det sykepleierne forteller at de går inn i det skjermede, sammen med pasienten. Fysisk fordi de oppholder seg i det lukkede eller avgrensede oppholdsstedet sammen med pasienten, men også mentalt. En sykepleier bruker begrepene ”PTA-bobla” og ”å gå i den PTA-valse”, og viser til hvordan hun føler hun går opp i pasientens tilværelse og blir en del av den. I innledningen av fortellingen, uttrykker hun at det er en forutsetning å være nær. Men etter å ha reflektert over hvordan det er å være så nær pasienten, beskriver hun at det oppleves som selv å bli skjermet fra den virkelige verden. En annen sykepleier snakker om en pasient som hadde store forstyrrelser i sin oppfatning av virkeligheten. Hun sier: ”*det var jeg som ble virkeligheten for pasienten*”. Jeg stilte ikke spørsmål om dette var hennes egen oppfatning, eller om det var slik hun tolket pasienten, men det er et interessant utsagn sett i lys av hvor viktig relasjonen mellom pasienten og sykepleieren er. Det kan tenkes at det er utfordrende å arbeide så tett på pasienten, når all din oppmerksomhet, din fysiske og mentale tilstedeværelse er viktige virkemidler. En av sykepleierne sier:

For det kan jo være veldig intenst, og det er ikke meningen at man må stå der inne en hel dag... Da gjør man ikke en god jobb... Svir av mye krutt... I hvert fall når det varer i lang tid, så må man spare litt krefter. Og det der med å ivareta profesjonaliteten...

Det kan være interessant å reflektere over hvordan sykepleierne kan ivareta sin profesjonelle rolle når de er så nær pasienten, og se på hvilke konsekvenser det har for relasjonen om de går

utover den profesjonelle rollen. Martinsen (2000, s. 11) skriver om forskjellen på å være privat og personlig, og det å være profesjonell:

Det å være profesjonell står ikke i motsetning til det å være personlig, involvert og å vise følelser. Jeg vil skille mellom personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleri. Den profesjonelle presenterer seg selv som en person med følelser i. I føleriet kretser hun rundt seg selv, og begrenser den andre til å bli dratt inn i hennes egen horisont. Mens følelser for den andre er en seende følelse.

I en studie som omhandler sykepleieres erfaringer med å skulle være både fagperson og medmenneske, viser til at sykepleierne må finne en balansegang mellom å være åpne ved for eksempel å vise sin egen sårbarhet, og det å ivareta kontrollen i situasjonen, som fagperson (Hem & Heggen, 2003). Ved å være åpen, setter sykepleieren pasienten i stand til å se flere sider av seg selv, hevdes det. Men åpenheten setter opplevelsen av den profesjonelle avstanden på spill. En bevissthet rundt et slikt skille ligger som forutsetning for å mestre å være nær, blir min påstand. Martinsen bruker uttrykket *Den estetiske tilbakeholdenhet i sykepleien* (2003), og resonnerer med at forståelsen, som omtalt i tidligere kapittel, dannes av sansingen. Sykepleieren er sanselig berørt av pasienten, og fordi vi er berørt av hverandre, er vi også utlevert til hverandre. I en slik utleverthet oppstår et slags maktforhold, og i en sykepleierrelasjon er denne makten usymmetrisk. Sykepleieren må være åpen og oppriktig, og på den måten bryte ned makten som skaper innesperring og derved gi den andre rom. Rommet gir en slags avstand, og avstanden kjennetegnes i det faglige nærværet. Slik jeg forstår Martinsen, betyr dette for sykepleiere at de er nær i den mellommenneskelige og kanskje likestilte personlige relasjonen, og at fagligheten ivaretar den nødvendige avstanden for at pasienten skal få den omsorgen han trenger. Disse forstår jeg som viktige forutsetninger både for pasientens omsorg, men også for sykepleieren som skal mestre situasjonen. Det kan hende, etter mange intense timer, at den nødvendige avstanden blir vanskelig å beholde, at det skjer en endring i relasjonen som går fra å være faglig til å bli mer følelsesmessig involvert. Kanskje sykepleierne blir mer opptatt av sine egne følelser enn pasientens, og dermed glir over i det Martinsen (1992) beskriver som ”sentimental omsorg” – en utarting av omsorgen, og langt ifra slik den bør være.

Under fanen nærhet, både den fysiske og den mentale nærheten, er det også interessant å se på hvordan sykepleierne omtaler videoovervåking av PTA-pasienten. I enheten sykepleierne arbeider, har rommene de bruker til PTA-pasientene installert videoovervåking. Således kan personalet sitte på vaktrommet og overvåke pasienten. Når sykepleierne refererer til

videoovervåkingen, er det med ulike utgangspunkt, og det er store sprang mellom hvordan de tenker om videoovervåking. En av sykepleierne sier:

Kameraovervåkning er bra, når det gjøres for å skjerme pasienten fra å bli invadert, og for at pasienten skal få være litt alene.

Kameraovervåkingen muliggjør slik en fysisk avstand til pasienten. Det vil dekke pasientens behov for å få være litt alene, samtidig som at sykepleieren har oversikt. Sett i et slikt lys, vil en også kunne tenke seg at det er godt for sykepleieren å få komme ut av rommet. Når sykepleierne snakker om oppgaver de må løse i løpet av dagen, og som er vanskelig å kombinere med å være inne sammen med PTA-pasienten, ser de på videoovervåkingen som en mulighet til å gjøre flere ting på en gang. Parallelt med de positive mulighetene som ligger i å overvåke pasienten på skjerm, er flere av sykepleierne skeptiske til avstanden det gir. For oppmerksomheten og det nære samværet som ligger som forutsetning for å fange opp de små og viktige endringene og signalene til pasientene, kan videoovervåkingen være en trussel. En av sykepleierne spør seg:

Hvordan skal du kunne vite hva det er du ser på den skjermen?

Flere av sykepleierne snakker om at det er avhengig av hvor dårlig pasienten er, om de tenker det er greit å se dem fra vaktrommet. De snakker om at det må gå en stund, og man må kjenne dem ganske godt før det er greit å forlate rommet til fordel for videoovervåking. Fire av sykepleierne sier de uansett ikke føler at videoovervåkingen er noe godt alternativ til å være fysisk i nærheten, og foreslår å sitte ved døren utenfor rommet som en bedre løsning. En annen sier om videoovervåking:

Men når de er skikkelig dårlige, så prøver vi å ha dem på skjerm, for det er ikke bra å sitte der hele tida. Så sant det er mulig, er vi ute når pasienten hviler. Men er han skikkelig dårlig, så er vi der hele tida. Men vi har jo overvåkningskamera, da.

Det kan synes som at det vil være flere faktorer som avgjør om det er til det beste å være inne i rommet eller overvåke på skjerm, og at det ene ikke alltid kan kalles bedre enn det andre. I situatet kan man ane en form for ambivalens.

Sett opp mot argumentene om å ivareta pasientens behov for å føle seg trygg, synes det som at videoovervåking ikke er den beste måten å ivareta pasienten. En sykepleier sier i denne sammenhengen:

Det derre overvåkings... jeg skjønner jo at ikke... Så da ser... men de jo litt bedre og sånn, men jeg er livredd for det skal være i stedet for... det er et eller annet med å kunne ta de akkurat når de begynner å kave litt, og liksom det der med å være veldig nær... Angst som eskalerer...

Interessant for beskrivelsene er at flere snakker om at videoovervåkningen står på inne på vaktrommet nesten hele tiden, og nevner i samme ordelag at det er ikke alltid at personalet, pasienten eller de pårørende er klar over at de blir observert. Alle som oppholder seg på vaktrommet, vil kunne se skjermen. Ingen av sykepleierne begrunner hvorfor den står på så mye, men en av sykepleierne sier at videoovervåkingskjermen blir en del av miljøet på vaktrommet. Jeg kan ikke gi noe utdypende svar på hvorfor det er slik i denne studien, men jeg undrer på om det handler om at erkjennelsen av at det er viktig å følge godt med på pasientene, gjør at det å skru av skjermen er å frasi seg en viss kontroll.

Litteratur som omhandler overvåking via kamera eller video, skisserer mange ulike perspektiv. I en diskursanalyse blir mange av perspektivene beskrevet, og inkluderer både det offentliges ansvar og privatpersoners rettigheter. Sett i et sosiologisk perspektiv, fremholder forfatteren, at det ligger mye makt i å overvåke (Jung, 2006). Andre ser hva du gjør, og overvåkningen får en type kontroll over den som overvåkes. I en sykehusinstitusjon slik som denne studien omtaler, følges lovkrav som gir innvilgelse til videoovervåking på pasientrom. Det kan være interessant å merke seg at sykepleierne i studien som snakker om å bli overvåket fra vaktrommet som uheldig for privatlivet, men allikevel som nødvendig for å ivareta PTA-pasienten.

Et neste interessant perspektiv er; på hvilke måter beskriver sykepleierne det øvrige personalets måte å forholde seg til det som skjer på skjermen, i situasjoner der det ikke er de som har ansvar for pasienten de ser på. I samtlige åtte intervjuer presiserer sykepleierne at det er svært viktig å samarbeide om ansvaret for pasienten. I utgangspunktet fordi det er slitsomt å arbeide i den nære kontakten med pasienten. Samtidig beskriver sykepleierne at det pågår en stadig forhandling om å avlaste den som har ansvaret for pasienten. Flere sykepleiere uttrykker at de burde få mer avløsning fra arbeidet inne hos pasienten, både for å få tid til å

gjøre andre arbeidsoppgaver de er pålagt, men også for å komme ut av skjermingsopplevelsen og inn i kollegafellesskapet. De føler seg langt unna det som skjer utenfor rommet. Når jeg ser på begrunnelsene sykepleierne gir til hvorfor det er vanskelig å få nødvendig avløsning, er de formulert ut fra ulike teorier. En sykepleier sier at:

Når man er inne hos pasienten, er det ikke å lett for de andre å kjenne hvor intenst det føles, for de er ikke oppi det!

Hun snakker om måten skjermingen av pasienten også medfører at sykepleieren blir ”borte” for omgivelsene. En annen sykepleier støtter opp om det samme ved å uttale:

De andre merker jo ikke det store presset som er inne hos pasienten.

Tilsvarende reflekterer flere av sykepleierne rundt hvorfor de andre i teamet ikke er like involvert som sykepleierne. For noen ligger forklaringen i at personalet opplever pasienten som skummel, slitsom eller vanskelig. Da, hevder sykepleierne, er det større sjanse for at de andre trekker seg unna. Dette på tross av at det i slike pasientsituasjoner er et stort behov for avlastning og avløsning. En av sykepleierne sier:

Jeg har hatt en primærpatient som var veldig urolig, og litt sånn ufin, ...og han var sånn at han fikk ingen ting på timeplanen sin i den perioden. Da var jeg stående der i sju timer i strekk og hadde knapt lunchpauser, ikke sant! Men når han var litt roligere, og hyggelig å ta med ut på terrassen og sånn! Da var det lettere å sette han på timeplanen.[...] Det ser vi gang på gang, at det er pleietjenesten som blir stående med de verste tumultene, mens de andre trekker seg litt ut.

Utsagnet dreier fokuset i presentasjonen av funnene mot hva det er ved pasientene som oppleves som skummelt, slitsomt eller vanskelig. I det neste beskrives og diskuteres sykepleiernes fortellinger om dette:

5.1.5 Pasienten som forutsigbart uforutsigelig.

Og det er det som er å jobbe med pasienter med hjerneskader, at du må tåle å trække litt over grensene til det mennesket! Fordi at det mennesket ikke vet sitt eget beste. Og det er en stor utfordring som vi har. Å ikke gjøre det pasienten vil, men gjøre det stikk motsatte, for han vet ikke å ta vare på seg selv!

Dette og liknende utsagn er gjerne opptakten til fortellinger som omhandler det vanskelige med å jobbe med PTA-pasienten. Han er ikke enig, han vil noe annet. Forvirringen gjør at han ikke kan orientere seg i den situasjonen han er. I sitatet over, leser jeg at sykepleieren opplever det som et overtramp å gjøre det motsatte av pasienten ønsker. Jeg har allerede vært inne på de etiske dilemmaene pasientbehandlingen innebærer, når man skal ivareta PTA-pasienten. Mye litteratur omhandler slike tema, og jeg har allerede vært inne på teorier som skisserer hvordan sykepleierne kan argumentere for de valgene de gjør. I en rapport fra en forskningskonferanse innen UNISKA-nettverket, blir det presentert en modell over skjermingspraksisens dynamiske posisjoner, som viser hvordan autonomi og selvbestemmelse står imot den genuine eller ønskede paternalisme, som igjen står imot uønsket paternalisme (Holte, 2001). Jeg forstår modellen som et slags kontinuum, der pasientens mulighet til å bestemme går fra å være tilstede til å være totalt manglende. I artikkelen beskriver forfatteren at pasienter i psykose måtte møtes etter hvor alvorlig syke de er, og at personalet må ha en reflektert innstilling til hvordan de skulle gå frem i skjermingen (Holte, 2001). Modellen kan forstås slik at de ulike posisjonene kan være nødvendige og legitime i den gitte situasjonen, men at målet i skjermingssituasjonen er å tilstrebe balanseposisjonen mot den ønskede paternalismen. I skjermingssituasjonen vil en slik posisjon sikre både pasienten og pleieren, og målet med skjermingen er å legge til rette for en gradvis overlatelse av bestemmelsen til pasienten selv. For pasienter i PTA-fasen, skiller overlatelsen av det å kunne gjøre selvstendige valg seg, fra pasienter i psykose. Samtidig med den forvirrede fasen har PTA-pasienten hjerneskader som vil påvirke hans evner også etter at PTA-fasen er over.

Jeg finner i sykepleiernes beskrivelser at pasientene ofte ikke opplever det å bli skjermet, som godt. Sykepleierne snakker på ulike måter om hvordan de opplever å yte omsorg pasienten ikke ønsker å ta imot. En sykepleier sier:

Vi må vite at vi ikke gjør det bare for å gjøre det som passer oss. Vi gjør det for å hjelpe.

Jeg forstår dette utsagnet, og flere liknende, som at sykepleierne på en måte må holde fast i grunnen til at de gjør som de gjør. Jeg leser i de ulike intervjuene at det kan være sterke krefter i motstanden pasienten øver. Skjermingens og omsorgens formål er å skape ro. I mange sammenhenger slår pasientens manglende evne til å ta inn over seg situasjonen han er i, ut i et kraftig ønske om å komme seg bort. Slik oppstår uro fremfor ro. Sitater som:

Det er jo ofte den uroen, da... å søke ut mot noe de ikke vet hva de søker mot. De vil noe som de ikke klarer å definere eller si noe om selv...

Og:

Pasienter som blir stoppet og møter motstand i handlingene sine, blir frustrert fordi de ikke forstår hvorfor de møter den motstanden... Det sterke ønsket om å komme ut, viser seg som økt uro og av og til utagering!

Fortellingene om den utagerende atferden pasienten kan fremvise, viser at utageringen kan være både verbal og fysisk.

Du må tåle å høre at du er en jævla hore... Det er jo det vi får høre, de verste skjellsord. Det må du tåle...

Denne "tålingen" går igjen i flere intervjuer. Jeg forstår utsagnene som at sykepleierne ser på pasientens atferd med øyne som ser det syke i handlingen, og at de på den måten klarer å stå i de vanskelige situasjonene. En sykepleier sier hun ser etter det friske bak det syke, og slik legger merke til det gode i mennesket, og plasserer skylden på den dårlige oppførselen på det syke. Liknende uttalelser støtter opp om en enighet i at utagering er et typisk trekk ved det å være i PTA-fasen, som gjør enkelte så vanskelige å forholde seg til. En sykepleier reflekterer rundt denne innstillingen, hun sier:

Du kan føle at du ofrer deg på en måte. [...] Når har du fått nok verbal utagering, når har du fått nok verbal, fysisk... slag, ikke sant!!?

Sykepleieren snakker her om hvordan hun tåler å stå i pasientsituasjoner der pasienter viser utagerende atferd. Hun forteller om sterke opplevelser, der pasienten har satt både hennes, øvrig personales, og eget liv i fare. Og kommer tilbake til behovet for å sette grenser for hvor mye en sykepleier skal tåle:

...Det å oppføre seg sånn, det blir plutselig helt normalt. Og det kan jeg godt merke i forhold til sånn...når de er agiterte! Grensene mine skyves fremover! Altså; jeg tåler mer og mer! Men det er ikke alltid jeg kan si at det er positivt...

Hun sier senere i intervjuet:

De gjør det ikke for å være slemme. Men det er jo et avvik, ikke sant. Det er jo et avvik med at ingen skal slå deg, det er ingen som skal være slemme, så det er jo et avvik. Det er en grense jeg kan godt kjenne jeg er nødt til å reparere.

Et liknende sitat fra et annet intervju, setter søkelyset på det samme:

Det går kanskje over en grense... Man... Når man føler at man prøver å hjelpe, og prøver å liksom være grei, men får bare en spytteklyse i ansiktet som takk, liksom.

Det finnes mye forskning på helsepersonell i situasjoner der de blir truet med eller utsatt for vold av pasienter eller brukere. I Norge rapporteres det at så mye som 20 prosent av spurte sykepleiere opplever vold eller trusler om vold hver måned. Mye av forskningen forteller oss at slike situasjoner gir psykiske og fysiske belastninger (Eiken, Tynes, Grimsrud, Sterud, & Aasnæss, 2008; Lillevik & Øien, 2010). Med et slikt utgangspunkt, opplever jeg at det er viktig å reflektere rundt hva det er som bidrar til at sykepleierne holder ut og tåler den negative virkningen pasienten har. En amerikansk sykepleieteoretiker beskriver ti ulike omsorgsfaktorer som forutsetninger for å studere og forstå sykepleie (Watson, 1985). En av dem er utvikling av det hun kaller *formation of a humanistic-altruistic value system*, som jeg forstår som et verdisystem som setter andres behov foran egne, en form for selvoppofrelse for å gi omsorg for andre. Hun skriver om verdisystemet at det utvikles fra vi er små, men får nytt innhold etter at vi har påbegynt utdanningen som sykepleiere. Hun utleder fra at man ved å forholde seg reflektert og bevisst sine holdninger, kan oppleve berikelse ved å gi omsorg; *satisfaction of receiving through giving* (ibid, s. 11). Med kjærlighet og medmenneskelighet, kan man akseptere individers anderledeshet, og utøve toleranse for andre ved å sette seg inn i deres perspektiv fremfor å forholde seg til andre igjennom eget perspektiv. Watson omtaler forutsetningen for en slik tilnærming til andre, som en livsfilosofi som viser seg som modenhet, tilfredshet og integritet. Når sykepleiere er kommet et stykke på vei i sin utvikling, vil de kunne bevege seg forbi sine egne interesser, for slik å kunne ivareta andres. Hun kaller dette *extension of the sense of self* (ibid, s. 12). Jeg forstår teorien som at omsorg for den andre, med sine måter å uttrykke seg på, er det fremste fokuset for sykepleieren. Egne behov eller opplevelser settes til side, når oppmerksomheten rettes mot den andre. Gleden i, eller det gode ved, å yte omsorg, gjør at sykepleieren tåler å stå i vanskelige situasjoner. Jeg vil påstå teorien har noe forenklet eller moralsk over seg, den skildrer forutsetningen for omsorg på en måte som ikke nødvendigvis passer helt med erfaringene sykepleierne i min studie sildrer.

Sykepleierne forteller om hvordan atferden til pasienten påvirker dem, og jeg ser likhetstrekk i at de omtaler miljøet i enheten som like viktig som egen kunnskap, for å evne og forholde seg til voldelig atferd. En sykepleier sier at:

Jeg tror miljøet i avdelingen er veldig viktig. Vi må ha forståelse for hverandre og gi rom for debrifing og sånn.[...] Og at vi har muligheten for å slippe å ha vanskelige pasienter i en periode.

Etter å ha skildret en svært sterk fortelling der pasienten var aggressiv, sier hun oppsummeringsvis; ”Det viktige er at rammene ble gjort om etter hendelsen”.

Samtidig snakker flere av sykepleierne om at de må ha kunnskap om hvordan de forholder seg i situasjoner der pasienter blir utagerende. Utgangspunktet er kunnskap om slike situasjoner, men jeg hører de snakker om to forskjellige holdninger de mener en bør innta. Den første kjennetegnes ved at sykepleierne bør innstille seg mot at det kan forekomme voldelig atferd. En sykepleier sier:

...det er viktig å kunne selvforsvar. Det gir den tryggheten. Det å kunne noen frigjøringssteknikker og sånn.

Motsetningsvis sier en annen:

Jeg føler meg ikke trua eller redd. Det er sikkert naivt. Men når sånne situasjoner oppstår, så tenker jeg; ja, ja. Jeg får kanskje revurdere litt. Pasienten er jo kjemperedd selv!

Dette sitatet forteller at sykepleieren i utgangspunktet ikke tror at det vil komme til en situasjon som vil sette henne i fare, jeg forstår det som at hun sier at i den enkelte pasientsituasjonen er det individuelle hensyn og variasjoner som må ivaretas, og at man må ha en åpen innstilling til det pasienten uttrykker. Hun forteller om egne reaksjoner videre og sier:

Det er jo noe uforutsigbart ved pasientene. Men det er jo liksom noe forutsigbart i det uforutsigbare.

Fra en studie gjort på sykepleieres responser når de forutser at hjerneskadepasienten kan bli utagerende og voldelig, skriver Pryor (2006, s.177):

Nurses with expertise in predicting and minimizing aggression, use a range of strategies in response to their predictions of patients with acquired brain injury. Such

strategies include paying attention to the patient, adopting a wait-and-see approach, and implementing planned interventions that may include a calming approach, and working with and for the patient once the problem has been pinpointed, all while ensuring the safety of all concerned.

I studien konkluderer hun med at sykepleierne responderer på pasientens atferd like mye på kjennskap til den enkelte pasienten, som med generell kunnskap om pasienter med traumatiske hjerneskader og hvordan man kan forebygge aggressiv atferd. En av sykepleierne i min studie sier oppsummerende etter å ha fortalt om utagerende atferd at:

Uansett må du huske på at det pasienten sier og gjør, er ikke til deg som person, men kommer som reaksjon på at han opplever deg som en trussel fordi det er du som er til stede hele tiden, og nekter ham å gjøre ting...

Beskrivelsene av hvordan sykepleierne opplever å ha omsorg for pasienter som kan oppføre seg skremmende og voldelige, bringer denne diskusjonen videre inn på hva sykepleierne forteller de gjør sammen med pasienten for å påvirke hans atferd:

5.1.6 Å låse opp det låste

Samtlige av de åtte sykepleierne snakket om det å presentere innholdet i en såkalt prosessperm for pasienten, som et viktig tiltak for at pasienten skal kunne orientere seg eller endre atferdsmønster. I en studie gjort på effekten av informasjon i form av slike prosesspermer, finner man at PTA-pasienter har stort utbytte av dette (Thomas et al, 2003). Med prosessperm menes i min studie en samlet informasjon om pasienten, der de mest grunnleggende og viktigste opplysninger er tilgjengelige. I beskrivelsene omtaler sykepleierne disse opplysningene som pasientens navn, alder, hvor han er nå, hva som har skjedd. En sykepleier sier:

...da ble vedkommende roligere etter at vi hadde gått igjennom den prosesspermen, da. Men det var veldig nytt det som sto, hva som ble lest opp, da, det virket nytt hver gang, men det fikk henne til å tenke, det fikk henne til å stoppe opp med å fortelle ting som hun på en måte hadde hengt seg opp i!

Jeg forstår at opplysningene er få og konsise i starten, og at det er rutine for å utvide dem etter hvert, ved å bringe inn informasjon om skaden pasienten har fått, samt mer om pasientens pårørende. Prosesspermen omtales som en rutine i avdelingen, og formålet er å gi

pasienten noen holdepunkt å orientere seg etter. Interessant i sykepleiernes beskrivelser er hvordan de uttrykker behovet for å kunne innholdet i prosesspermen utenat. En sykepleier sier:

Man skal jo si minst mulig, da. Det (prosesspermen) er jo noe man bør si utenat, det som står i permen, sånn at vi ikke leser fra manuskriptet... ja, at vi sier det med egne ord, da, selv om vi bruker det som står der!

En annen sier:

Det å bruke prosesspermen, på en måte når de lager sin egen rare historie av ting, og du ser de er forvirra, så bruker jeg på en måte prosesspermen som en slags paracet; for jeg har den jo i hodet!

Det fremstår fra fortellingene at pasienten lytter til informasjonen gitt i prosesspermen, og på den måten får orientert seg i situasjonen. Flere ganger forteller sykepleierne at informasjonen ikke har effekt særlig lenge, og derfor må repeteres hyppig. For at pasienten skal lytte og ta til seg informasjonen, må den gis på en måte som når inn. Sykepleierne mener det er best når det ikke som tatt ut fra en sammenheng, men inkludert i den kommunikasjonen som allerede foregår mellom sykepleierne og pasienten. Jeg tenker at det fra dette ståsted kan være interessant å se på hvordan evnen til å kommunisere med og å forstå pasienten, kommer til syne i en omsorgssituasjon. Rogers skriver i boken *On becoming a person* en hypotese om forutsetninger for personlig vekst. Hypotesen bygger på hvilken betydning relasjonen har for utfallet av psykoterapi (Rogers, 1995). Den er ikke ment spesielt for pasienter med nedsatt evne til å orientere seg, men jeg finner den allikevel interessant for min studie. Hypotesen beskrevet med mine egne ord, sier at hvis en kan sørge for en viss type forhold, vil den andre personen oppdage sin egen kapasitet slik at han kan bruke dette forholdet til vekst og forandring, og få en personlig utvikling (Rogers, 1995). Relasjonens *forhold* hviler etter Rogers teori på tre betingelser. Disse er empati, ekthet og ubetinget positiv aktelse. Mye er skrevet om empati i omsorgssituasjoner. Nortvedt diskuterer hvordan det å kunne sette seg inn i hvordan andre mennesker har det, bygges på et sett fellesmenneskelige opplevelser som gjør det lettere å identifisere seg med fremmede personers situasjon (Nortvedt, 2008b). Han fremholder at assosiasjon og identifisering er ferdigheter en må ha for å oppleve empati. Det fremkommer fra alle intervjuene mine at sykepleierne har sterk empati for pasienten. I et av

intervjuene sa sykepleieren; ”*Det er utrolig vanskelig å være i det derre... være den pasienten som er inni den kroppen...det er forunderlig å oppleve...*”.

Den empatiske holdningen er i følge Rogers ikke alene nok for å skape relasjonen som best sikrer pasientens mulighet for vekst. Ekthet er også et viktig uttrykk i pleier–pasient-relasjonen. Ekthet kan forstås som å involvere seg på en måte slik at man fremstår som oppriktig, at man ikke sier en ting, men signaliserer noe annet. Ekthet beskrives i litteraturen ofte som kongruens. I en lærebok om veiledning defineres kongruens med sammenfall, overensstemmelse, for eksempel mellom det vi sier og det vi egentlig mener (Lien 2007). En sykepleier i min studie forteller at hun blir gjennomskuet raskt, om hun ikke sier det hun egentlig tenker. Pasientens skepsis øker når han opplever at det er noe hun som sykepleier holder tilbake. Hun bruker uttrykket ”snakke etter munnen”, og henviser til en måte å kommunisere med pasienten, uten egentlig å være ærlig. I det følgende gir hun et eksempel på dette:

...Og hva jeg sier...men underveis sammen med pasienten, hvis de spør meg etter noe, jeg har kanskje litt sånn tendens til...når de er i PTA-fasen, de tror de er på danskefergen, ikke sant! Så sier jeg, jeg kan godt finne på å si; Nei du er ikke på danskefergen...eller...det kommer an på hvor sliten jeg er, ikke sant. Jeg bør si; Nei, du er på (...) sykehus, nå, du har skadet hjernen, i dag er det den og den datoen...

Rogers siste betingelse for den ønskede relasjonen er ubetinget positiv aktelse. Med det forstår jeg at sykepleier (eller terapeut) må ha respekt og varme følelser for den andre. Rogers fremholder at denne aktelsen må ligge til grunn uansett hvilken atferd pasienten fremviser eller hvilke følelser han tilkjennegir (1995). Med et liknende utgangspunkt bruker også Martinsen (2003, s.38) begrepet aktelse, der kommunikasjonen ikke bare er verbal, men også vist i handlinger; ”Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk”. Nortvedt (2000) bygger en videre forståelse på Martinsens bruk av begrepet aktelse. Han kaller det en type holdning, som kjennetegnes ved den tone og stemning som innvier relasjonen, at blikket er vennlig, at stemmen uttrykker omtanke, at hånden er varsom. I motsetning til det Martinsen i utgangspunktet hevder, mener Nortvedt at denne holdningen kan vitenskapeliggjøres igjennom forskning. Jeg finner mange ulike uttalelser som viser aktelse, et lyder:

...Jeg følte det han gjorde var så overgripende, det satt dypt i meg i lang tid...Nei, vet du hva, jeg har ikke noe hatfølelse i det hele tatt. Jeg tenker jo ikke på ham...ingen sånne bad feelings. Ikke i det hele tatt. Jeg ser det syke i det han gjorde.

I det som er beskrevet over, skildrer jeg mulige måter å forstå hvordan sykepleierne med sin holdning og innstilling tilnærmer seg pasienten. Samtidig snakker de like mye om ulike måter å bryte pasientens handlingsmønster, der kommunikasjonen og relasjonen ligger som en forutsetning. I mange av intervjuene snakker sykepleierne om at kreativitet er en viktig forutsetning for å lykkes med å få pasienten ut av uønskede spor. I boken *Kroppens fenomenologi*, beskriver den franske filosofen Merleau-Ponty en analyse av ”persepsjonsforstyrrelser” og ”intelligensforstyrrelser” (Merleau-Ponty, 1994). Teksten beskriver et pasienttilfelle der en mann har problemer med forbindelsen mellom *sensibiliteten* og *betydningen*. Merleau-Ponty hevder at sansedata fremkaller betydninger for oss, og at vi i gjenkjenner og forbinder gjenstander og ord i en form for fortrolighet. Ved en persepsjonsforstyrrelse, vil denne fortrolige forbindelsen med gjenstanden eller ordet være avbrutt (Merleau-Ponty, 1994, s.84): ”Persepsjonsforstyrrelsen, viser seg i at verden som helhet ikke bibringer ham lengre noen betydning, og omvendt legemliggjøres de betydninger, han setter sig, ikke lengre i den givne verden”. Persepsjonsforstyrrelsen, slik det er omtalt over, kan trekkes som parallell til slik PTA-pasientene kan forstås. For pasienten i PTA-fasen, gir ikke sansedata nødvendigvis noen mening, eller den riktige mening. Dette gir utfordringer for sykepleierne som skal skape en begripelig situasjon, som kan gi pasienten muligheten til å gjøre meningsfulle aktiviteter. Sykepleierne snakker i intervjuene mye om hvordan de må bruke kreativiteten sin til å finne måter å nå inn til pasienten på. Mye av det de foretar seg, gjør de uten å snakke samtidig. En sykepleier sier om det å snakke til pasienten:

Uansett hvor mange ganger sykepleierne prøver å forklare, går det bare ikke inn...

En annen sier:

Du kan bare ikke snakke for å få pasienten til å føle ro og trygghet. Du må noen ganger finne fysiske virkemidler.

I noen situasjoner velger sykepleierne å legge det verbale språket til side, og tilnærme seg pasienter i handling med kropp og hender. På ulike måter forteller sykepleierne om å posisjonere kroppen til pasienten, i stillhet, på en måte som gjør at han finner ro, og derfor

bedre klarer å orientere seg. Flere snakker om at pasienten søker og kaver med kroppen fordi de ikke har noen opplevelse av hvor kroppen er, eller av situasjonen de er i, og beskriver hvordan de ved å rette pasientens kropp mot et fast og stabilt underlag, skaper et fast holdepunkt for pasienten. Mange av sykepleierne bruker uttrykket forankring i denne sammenheng. Fra litteraturen omtales forankring på ulike måter. Innen psykiatrien beskrives forankring som et trygt utgangspunkt, der pasienten forholder seg bevisst til sine omgivelser. Jeg leser også at forankring kan være kulturell eller sosial tilhørighet. I en artikkel om kroppsfenomenologisk forskning, skrev Nortvedt (2008a, s.54) om forankring; ”Kroppen er ikke et filter mellom det materielle og det immaterielle. Den er ikke en ting blant andre ting, men er vår forankring i verden som subjekter”. Han fremholdt at forankring innebærer at vi gjennom kroppen kan erfare verden på en bevisst måte. Forstått på en slik måte, kan forankring for pasienten i PTA-fasen bety at han gjennom sinn kropp og bevissthet kan erfare den verden han er i. En sykepleier forteller om en pasient med lammelser i kroppens ene side, og en veldig søking og uro i den ikke-affiserte siden, som fikk ro først da hun la ham på en madrass i et hjørne på gulvet, med den friske siden inn mot veggen og med puter pakket rundt seg. Denne fysiske opplevelsen av stabilitet, ga pasienten ro. Flere presiserer, som nevnt over, at det er viktig at de ikke snakker når de leirer pasienten, fordi det vil frata ham muligheten til å forholde seg til hvordan kroppen har det. Likt i fortellingene, handler leiringen om å skape et mindre rom rundt pasienten, ikke større enn at han ha kontakt med hele seg. Flere assosierer denne leiringen med det å legge småbarn til å sove:

Pakker dem inn nesten som en baby!

Og:

...som når småbarn kaver, og de ikke roer seg før du har stappet teppet eller dynen tett rundt dem.

Jeg kan ikke gi noe svar på hvorfor de sammenlikner på denne måten, men undrer på om det kan ha med den moderlige omsorgen det ligger i å verne og beskytte og pakke inn et barn; at den forvirrede pasienten har samme virkning på sykepleierne som et sårbart barn, at behovet for å få fysisk kontakt kan sammenliknes med barnets. I et av de andre intervjuene, sier sykepleieren at pasienten pakkes inn, slik at han er nesten som i en puppe. Det kan hende assosiasjonene kommer av innpakkingen er en type fostring, en måte å skape trygghet for å oppnå utvikling.

I andre sammenhenger, forteller sykepleierne, er det ikke alltid pasienten finner seg i å bli pakket inn. De pasientene som er oppe og går på bena, er oftere vanskelige å gi fysiske faste rammer å finne ro og forankring. De har større aksjonsradius, og deres søking er vanskeligere å stanse. Da utfordres sykepleierne til å bruke sine kreative evner til å finne andre virkemidler. En sykepleier snakker om disse virkemidlene som ideer, og viser til at ideene må ligge i bakhodet, og brukes helst så raskt som mulig, før pasientens uro får eskalere. Hun sier:

Kommer man feil ut, blir det masete...

Pasienten har i de skjermede omgivelsene, fått redusert stimuli utenfra, med formål om å få ro. Døren lukkes, det foregår lite inne på rommet. Sykepleierne kan ved ulike tilnærminger hjelpe pasienten til å utføre ulike aktiviteter. I et av intervjuene, snakker sykepleieren om guiding, altså å vise fysisk, med hånden på pasientens hånd, hva hun vil han skal gjøre. Hun bruker eksempelet å pusse tenner, og forteller at når pasienten plutselig forstår hva han skal, og kjenner igjen aktiviteten, fortsetter han på en riktig måte. En annen sykepleier beskriver problemet med å tilby aktiviteter pasienten ikke mestrer, der frustrasjon og angst eskaleres med følelsen av og ikke forstå. Hun beskriver en situasjon der hun skulle ha pasienten i dusjen, og hvor han ble livredd fordi han ikke forsto hva som skjedde. Hun forsøkte å starte med å gni en varm klut mot føttene hans, slik at han kjente gulvet og fysisk kontakt. Slik arbeidet hun seg oppover kroppen, og tilslutt var han ferdig dusjet. Hun sier:

Må gjøre det skikkelig hardt, inn mot bena, for at du på en måte skal kjenne skikkelig, du skal kjenne hva som skjer, du skal kjenne det uten å fortelle det, hva som skjer...og da ble jo vedkommende rolig, og stoppa helt opp, for det var jo godt, eller vedkommende tenkte, eller på en måte kjente etter, oj, nå skjer det noe!

En annen sykepleier forteller om en pasient som var svært motorisk urolig. Hun forteller at det var svært vanskelig å finne aktiviteter han klarte å forholde seg til:

Teamet måtte finne en måte å roe ham... så var det en smart... som fant på at han skulle forsøke å få en sykkel! Et sykkelhjul han kunne reparere, og det trygget ham! For det kunne han. Selv om han var i PTA, så gikk det på automatikken! Det var en kjent... aktivitet!

I mange sammenhenger snakker sykepleierne om at kjente aktiviteter gir pasienten følelsen av å mestre, og dermed ro og trygghet. Dette viser tilbake til hvordan sykepleierne betrakter det å kjenne pasienten godt som en forutsetning for å lykkes. I en liten studie gjort på effekten av

musikk på agitasjon og orienteringsevne hos pasienter i PTA-fasen, blir det konkludert med at det er fordi musikken skapte et kjent og trygt miljø eller klima der pasienten var, at musikken virker beroligende på pasienten (Baker, 2001). Motsetningsvis vil en kunne anta at pasienten blir urolig og kanskje mer agitert når han introduseres for aktiviteter som er ukjente og som han ikke mestrer. En av sykepleierne snakker mye om hvordan det må oppleves for pasienten å føle at han ikke mestrer oppgavene han blir stilt overfor:

De blir irritable når de ikke mestrer, og det er så viktig, ikke sant! At når de ikke mestrer, at de ikke må oppleve det i begynnelsen når alt er så kaotisk, at de ikke mestrer. At du prøver å gi de ting de kan få til sjøl, at de ikke føler seg dumme.[...] Da blir han sint til slutt. Og sliten...

I følge Maslow, vil mennesker som får dekket høyere behov i behovspyramiden, bli mindre opptatt av de lavere behovsnivåene. Han beskriver den menneskelige motivasjon som en drivkraft mot å dekke sine behov og realisere seg selv, og at i opplevelsen av å ikke mestre, opplever mennesket frustrasjon (Maslow, 1943). Sett i lys av at mennesket har en iboende kraft som trekker i en utviklende retning, kan en forstå det som at sykepleiernes fokus må ligge i å legge til rette for at pasienten føler at han mestrer det han står i og med, for å få opplevelse av å dekke behov. Etter som behovene er dekket, og pasienten opplever mestring, vil han strekke seg mot nye mål, nye nivå i behovspyramiden (ibid). Mye litteratur er skrevet om mestring generelt, i engelsk litteratur ofte omtalt som *achievement*. Om mestring og omgivelser, skriver en mye omtalt artikkelforfatter at i det gjensidige forholdet mellom en person og hans omgivelser ligger utfordringer og responsen til disse. Drivkraften til å respondere korrekt på utfordringene, ligger i en draging (*desire*) mot å oppnå gode resultater (White, 1959). Opplever personen ikke å mestre, skaper det sterke reaksjoner i ham og en enda sterkere draging mot å få til. Med dette utgangspunktet, kan en finne støtte i at det er omgivelsene sykepleierne kan påvirke, for å legge til rette for mestringsfølelsen hos pasienten.

Jeg har gitt beskrivelser av hvordan sykepleierne oppfatter ulike aktiviteter som mulige måter å bryte pasientens handlingsmønster på. Samtidig som sykepleierne snakker om aktiviteter, er det flere som snakker om sanseopplevelser. De beskriver hvordan omgivelsene kan skape stemning, og enten ro eller uro, og hvordan de på kreative måter endrer omgivelsene på en måte som påvirker pasienten. Det å få gå ut av rommet kan virke positivt, men de snakker alle om at omgivelsene da må passes til pasienten. At ingen andre oppholder seg i korridoren, for

eksempel. I flere av intervjuene, snakker sykepleierne også om nytten av å tilby pasienten en liten tur ut. Enten ned i en korridor utenfor den ofte travle pasientkorridoren, eller til haven utenfor sykehuset, der det ligger en liten dam som en kan spasere rundt. De forteller at pasienten får ro fordi det å bevege kroppen er kjent og kjennes behagelig, og at frisk luft, lyder og synsinntrykk kan gi opplevelse av forankring. Merleau-Ponty utleder fra sin analyse av persepsjonsforstyrrelser, at bevisstheten, og det å finne betydning, gir en intensjonalitet til omgivelsene våre. Nortvedt (2008a) beskrev intensjonalitet som forholdet mellom bevissthet og verden, og at oppmerksomheten vår alltid er rettet mot noe; vår bevissthet er gjenstandsrettet. Sansedata påvirker kroppen, og tanken og bevisstheten tar det til seg, og skaper mening. Slik blir kroppen en del av omgivelsene, og rommet den befinner seg i. Merleau-Ponty (1994, s.82) forklarer persepsjonsforstyrrelser slik;

Bevidsheten kan blive syk, dens tankeverden kan sprenges i stumper og stykker – eller rettere sagt, da de af sygdommen opløste ”indhold” ikke optræder som dele i den normale bevisthed, men kun tjener som holdepunkter for betydninger, der overskrider dem, ser man bevistheden gøre forsøg på at fastholde sine overbygninger, selv om deres fundament er sprængt, den mimer sine tilvante operasjoner, men uden at kunne opnå nogen intuitiv virkeliggjørelse af dem og uden at kunne skjule den særlige mangel, der berøver dem deres fulde mening.

Merleau-Pontys analyse av persepsjonsforstyrrelser og konsekvensene av dem, synes overførbare til beskrivelsene sykepleierne gir av måten PTA-pasienten ikke klarer å forholde seg til den fysiske verden på en måte som skaper mening. Aktiviteter for å avhjelpe problemet, som sykepleierne kommer med eksempler på, krever en form for fleksibilitet til slik sykepleierne i mange sammenhenger omtaler skjerming; I flere sammenhenger snakker sykepleierne om å tilby sceneskifte og andre steder å oppholde seg, som nødløsninger når ingen andre aktiviteter synes å hjelpe. En sykepleier sier:

...Når de blir helt sprø av å holdes inne på rommet, altså...man blir ikke fysisk trøtt av det...så å komme seg en liten tur ut, og bruke kroppen, komme seg ut, kjenne på luften, få disse sanseopplevelsene som du får når du er ute og ikke får når du er inne...[...]Men man bør være flere sammen, og ha med mobiltelefon for sikkerhets skyld. Sikre seg sånn at en kan få hjelp...Og det er lettere å få til med en dame på femtifem kilo enn en kar på to meter og hundre og tjue kilo!

I denne fortellingen, snakker sykepleieren om at det er nødvendig å iverksette tiltak for å sikre seg i fall pasienten ikke blir med frivillig tilbake. Flere sykepleiere snakker om at tiltak de

iverksetter for å bryte låste handlingsmønstre innebærer en viss risiko for at pasienten reagerer motsatt av det som var ønskelig. Det fremkommer fra intervjuene flere fortellinger om pasienter som la av gårde, og ikke ville bli med tilbake. I andre fortellinger, beskriver sykepleierne at de ikke alltid kan vite hva som blir utfallet av tiltak de prøver ut med pasienten, som i et eksempel der en svært urolig og aggressiv pasient hadde takket ja til å sette seg ned og få et fotbad:

...Det der hadde ikke mange turt...kan ikke sole oss helt i den glansen, for vi kunne like gjerne ha bomma! Ikke sant! At det ikke var det som var tingen! I det hele tatt! Kanskje hele balja hadde gått igjennom vinduet for den saks skyld. Så kanskje vi var litt heldige som fant noe som falt i smak...

Det fremkommer ikke i intervjuene hvordan sykepleierne tenker at kreativiteten utvikles, men det kan være interessant å betrakte den som del av en praksiskunnskap. Lykkeslett skriver i sin doktoravhandling om å kunne handle ut fra den innsikten en har dannet seg i en situasjon, ved å tolke den og bruke de ulike kunnskapene en har til å handle slik en anser er klokt i situasjonen; adekvat kontekstualisering (Lykkeslett, 2003). Hun diskuterer hvordan typer kunnskap flettes i hverandre og skapte en bevegelse som kommer til syne i praksissituasjoner der sykepleierne vurderer hva de skal gjøre. Lykkeslett viser blant annet til Aristoteles utledninger om *Phronesis*, *Techne* og *Episteme*. De tre formene for erfaringskunnskap, vokser frem med utgangspunkt i den moralske dimensjonen i mennesket (Lykkeslett, 2003). Med *phronesis*, forstår Lykkeslett hvordan en bruker kunnskapen sin. Hun omtaler den som praktisk handling, og hevder at *phronesis* ikke er en kunnskap i seg selv, men en måte å handle hensiktsmessig på. Slik vil *phronesis* tilrettelegge for en moralsk rett handling, fordi en vurderer og bedømmer situasjonen handlingen skal utføres i. Begrepet *techne* omhandler ferdighetsmessig kunnskap; håndverkskunnskap, og omhandler praktisk dyktighet. Lykkeslett viser til bruk av redskap i denne sammenheng, og snakker om bruk av prinsipper, språk og også hjelpemidler. Spichiger, Wallhagen og Benner (2005, s.305) beskriver *techne* som den kunnskapen en ekspert kan formulere, og som kan gi mening for andre; "The producer can provide a rational account of the artefacts production and teach others. The artefact, once produced, can stand on its own, independent of its maker". På denne måten dannes en praksis, bygget på kunnskap overført fra erfarne medarbeidere til andre. Jeg forstår det slik at sykepleierne også gjør vurderinger av hvordan de skal handle ut fra kunnskap overført fra andre, kunnskap som innehar en grad av teoretisk perspektiv, og som

kan benyttes i ulike kontekster. Episteme er den vitenskapelige kunnskapen, som omhandler de nødvendige og uforanderlige forhold. Vitenskapen kan forstås som teoretisk kunnskap (Lykkeslett, 2003). Fra Aristoteles idé, er de tre kunnskapsformene i bruk når vi vurderer hvordan vi skal handle. Sykepleierne i min studie, beskriver vurderinger de gjør, med utgangspunkt i alle de tre formene for kunnskap. De foretar kontinuerlige vurderinger av pasienten, av situasjonen, av forordninger, av det som kanskje kan kalles mavefølelsen, og som kommer til uttrykk i det kreative. Praksiskunnskap, utleder Lykkeslett, finnes i selve yrkesutøvelsen som en levende kunnskap. Denne kunnskapen lar seg ikke så lett artikulere, og viser seg i praksis som fortrolighet, i betydningen i å være kjent med, inne i og vant til, i et saksforhold (Lykkeslett, 2003). Jeg forstår det med dette utgangspunktet at praksiskunnskap utvikles over tid, og innebærer utvikling av ulike typer kunnskap som sammen danner grunnlaget for den komplekse fagutøvelsen. En litteraturstudie som omhandler sykepleieres bruk av estetisk kunnskap i håndtering av pasienter med hjerneskader, støtter en slik antakelse. Studien konkluderer med at sammen med vitenskapelig kunnskap om oppvåkning etter traumatiske hjerneskader, vil sykepleiere som tar i bruk sin intuisjon kunne oppnå bedre resultater både for effekten av rehabiliteringen, for samarbeidet i det tverrfaglige teamet og for pasientens pårørende (Alverzo, 2004). Estetisk kunnskap, som intuisjon benevnes, blir i artikkelen omtalt som *the art of nursing*, og beskrives som forutsetningen for blant annet virkelig å kjenne og føle empati med pasientene.

Som beskrevet i tidligere kapittel, har ikke sykepleierne mange fysiske redskap å ta i bruk, når de har omsorg for PTA-pasienten. De bruker seg selv i stor grad. Samtidig kommer det frem at omgivelsene påvirker pasienten. Det finnes flere sykepleieteoretikere som har sett på hvordan sykepleiens ansvarsområde også kan plasseres i det forholdet som eksisterer mellom menneske og omgivelser. Rogers beskriver i sin teori hvordan mennesket og omgivelsene eksisterer i et udelelig hele, og at sykepleiens fokus er dette hele (Kirkevold, 1992). I Kirkevolds analyse av teorien kommer det frem at Rogers fremholder at sykepleiens oppgave er å bidra til en helsefremmende funksjon av mennesket og omgivelsene som helhet gjennom medvirkning til en synkronisert, multidimensjonal og vekselvirkende utviklingsprosess av mennesket og omgivelsene. Afaf Meleis' analyse av Rogers teori, beskriver påvirkningen mellom personen og omgivelsene som et energifelt, der sykepleieintervensjoner består i å fremme, ivareta, regulere eller endre omgivelsene eller livsprosessene, for å oppnå endringer i den ene av de to, eller begge (Meleis, 2007). Rogers teori må forstås som en teori som beskriver mulighetene som ligger i livsprosessene som resulterer i person-omgivelser-

energien, og ikke som en praksisteori som beskriver retningslinjer for å bygge opp sykepleieintervensjoner (Polit & Beck, 2008). I et slikt perspektiv, forstår jeg det som at sykepleierne har kunnskap om, og gjør vurderinger av, hvordan pasienten og omgivelsene påvirker hverandre, og at det ligger et potensial for endring og bedring i å intervenere på en måte som påvirker denne gjensidige påvirkningen. Videre kan man trekke paralleller til begrepet forankring, der målet er å legge til rette for en bevissthet og forståelse av kroppen og tanken – ved å bruke omgivelsene som virkemiddel. I det følgende kapittel, vil pasientens pårørende som del av omgivelsene omtales.

5.1.7 Pårørende, fra håpløshet til mulighet

I samtlige intervjuer bringer sykepleierne inn pasientens pårørende som viktig del av omsorgen for pasienten i PTA-fasen. Pårørende blir omtalt i ulike sammenhenger, og får fokus av sykepleierne både fordi de er ressurser for pasienten, men også fordi de har behov som sykepleierne uttaler at de har ansvar for å dekke. Det ligger i tematikkens natur, at pårørende til pasienter som har vært utsatt for traumatiske ulykker er, eller har vært, i en form for krise. De kan ha mistet andre, eller fått flere skadede familiemedlemmer, pasienten er noens barn – eller noens forelder. Og kort tid etter skaden, kan pasienten befinne seg i PTA-fasen. I en masterstudie om omsorg for den traumatiske hjerneskadepasientens familie, skriver Geard (2007) at sykepleierne har en omfattende rolle i omsorgen for familien. Hun presenterer en modell som viser hvordan hovedessensen i familiens prosess er ”å overvinne usikkerhet”, og omsorgen til de pårørende ligger i å skape tillit, nærhet, å være i forkant, fremme refleksjon og dialog, samt en medmenneskelig interesse fra sykepleierne (Geard, 2007). Studien er ikke rettet mot pasienter i PTA-fasen spesielt, men innehar perspektivet fra hele perioden pasienten er til rehabilitering, fra kort tid etter skaden, til pasienten skulle skrives ut etter den første rehabiliteringsperioden. Et viktig tema for tenkningen rundt pasientens pårørende, blir studien konkludert med, var viktigheten av å arbeide forebyggende rundt de pårørende (ibid).

En sykepleier i min studie uttaler om pårørende:

Ikke minst de pårørende, de blir livredde! Når de ser at den kjæresten, eller ektefellen er helt forandra og ikke til å kjenne igjen! Så jeg synes ikke det er vanskelig å sette seg inn i deres funksjon... Du må informere og snakke mye med de pårørende, om dette da. At han blir en

helt annen person... Så å berolige de, og ta det med ro, liksom. Det har en naturlig forklaring, liksom..

Denne sykepleieren snakker om å gjøre det begripelig for pårørende hvorfor pasienten oppfører seg som han gjør, og sikter mot en form for forklaring som er tuftet i det naturlige. En kan med enkelhet sette seg inn i hvor fremmed og skremmende det kan virke på de pårørende at pasienten ikke vet hvem han er, hvor han er eller hva som har skjedd. Flere av sykepleierne snakker om at pårørende må få stort fokus tidlig i oppholdet til pasienten, fordi de er i en prosess som sykepleierne mener bør få gode betingelser for å utvikle seg. I et av intervjuene presiserer sykepleieren:

Pårørende er først bare redde. Så må vi få til et samarbeid. De trenger masse kunnskap og veiledning i hvordan de skal forholde seg, og vi må ha de på lag. Det er de som skal ha pasienten etterpå.

Sett opp mot hverandre uttrykker disse sitatene to viktige hensyn sykepleierne må ta høyde for. På en side, må de pårørende møtes i den krisen de er, og få hjelp til å mestre den vanskelige situasjonen. Viktig, hevder sykepleierne, er å forstå hva som skjer med pasienten her- og-nå. Videre kommer et annet hensyn inn; nemlig at de pårørende må forholde seg til pasientens hjerneskade. Denne vet man kanskje ikke omfanget av mens pasienten er i PTA-fasen, men likefrem er det sikkert at det vil være viktig for pårørende og pasient at det etableres en forståelse for fremtiden ganske tidlig i prosessen. Når jeg har sett på hvordan sykepleierne beskriver at de ivaretar de pårørende til PTA-pasienten synes det som en viktig forståelse hos sykepleierne at de pårørende møter en svært fremmed og ny verden i måten PTA-pasienten behandles på. En sykepleier sier:

Det er ikke spesielt hyggelig å komme inn i avdelingen her, den har jo ikke noe hjemmekoselig og hyggelig miljø!

En annen sier:

Omgivelsene rundt pasienten er fremmede, tilnærmingen til pasienten er fremmed, - hvordan skal de klare å se forbi det?

Det er kommet tydelig frem at de pårørende må få kunnskap som sikrer at de forstår hva som skjer. Vissheten vil sikre at de pårørende ikke opplever ytterligere krisereaksjoner. Det

fremkommer flere eksempler på hva slik kunnskap består i. En mye omtalt problematikk i intervjuene, er hvordan sykepleierne skal få de pårørende til å forstå at de også er en del av omgivelsene rundt pasienten, og at de ikke kan være hyppig eller lenge hos pasienten mens han er under skjerming. De snakker om hvilke reaksjoner de ser hos pasienter som blir for slitne når de pårørende er for lenge hos dem, og at det kan være vanskelig å balansere hensynet til de pårørende som ønsker å få være nær og tilstede hos pasienten, og hensynet til pasientens behov for lite stimuli. Dette er kunnskap pasientens pårørende ikke nødvendigvis har i det pasienten overføres til rehabiliteringsinstitusjonen. Det fremkommer også at det å informere og forklare situasjonen for de pårørende er en kontinuerlig prosess igjennom hele perioden pasienten er i PTA-fasen. I et av intervjuene reflekterer sykepleieren over at pasienten egentlig ikke bør ha pårørende hos seg, før han er orientert i den grad at han begynner å spørre etter dem. Dette perspektivet innebærer at de pårørende ikke får se pasienten over en periode, og det kan være vanskelig å anslå når de kan få komme på besøk. En annen sykepleier forteller om en type forhandling og tilpassing, der hun åpner for at de pårørende får være litt lengre inne hos pasienten, fordi de har reist langt for å komme på besøk, mot at hun legger alle andre planlagte aktiviteter med pasienten til side. Et tredje perspektiv er utfordringen som oppstår, når også pasienten kan få forventninger om å få være mer sammen med sine pårørende enn det sykepleieren vurderer som god eller riktig. De opplever at pasienten blir mer kaotisk jo mer sliten han er, men ikke ønsker at de pårørende skal gå. En sykepleier uttaler:

Det er jo ikke så lett å gjøre avtaler om sånne ting, men vi prøver å inngå sånne holdningsplaner som på en måte er en kontrakt, da.

Tilsvarende sier en annen sykepleier:

Det hender at hverken pårørende eller pasienten er spesielt samarbeidsvillige, prøver å gi råd om at; nå er det kanskje på tide at dere tar en liten tur i kantina, får dere litt mat, kanskje? Og så kan du slappe helt av... Sove. Slappe av litt på rommet... Det er ikke bestandig de er enige i det!

I dette sitatet har sykepleieren snakket om utfordringene som dukker opp når pasienten er på vei ut av PTA-fasen, men fremdeles blir sliten og har behov for en viss grad av skjerming. Samtidig kommer det frem i noen av intervjuene at sykepleierne ikke bør ha en forutinntatt innstilling til de pårørendes behov;

Noen av dem har bare mer enn nok med seg selv...

Sykepleierne viser til at ingen pårørende er like, eller har samme behov. Det fremkommer at dette er en side av pårørendearbeidet de må ta med i betraktningen.

Likt i mange av intervjuene, snakker sykepleierne om at de pårørende kan virke beroligende på pasienten fordi de representerer noe kjent og trygt. De kan komme inn som en faktor for å skape ro. Slik blir pårørende en ressurs for pasienten. Flere ganger snakker sykepleierne om denne muligheten, og at det kan være verdt å bringe de pårørende på banen tidlig. Selv om pasienten ikke klarer å forholde seg til dem med en gang, vil han etter hvert kunne kjenne dem igjen, og slik er de regelmessige møtene viktige tiltak.

Når sykepleierne snakker om pårørende barn, har de et annet perspektiv. Samtidig med at pasienten kan få ro ved å møte sitt barn, kan det virke svært skremmende på barnet å oppleve sin forelder så kaotisk og fremmed. Derfor sier flere av sykepleierne at hensynet til barnet er viktigere enn pasientens. En sykepleier forteller:

Hun er veldig urolig, ligger på gulvet, skjermes... Men nå vil hun plutselig se dattera si, spør etter henne. Så nå diskuterer vi om vi skal la dattera komme, da. Men vi har liksom beskytta, hu er så lita, bare tre år, hu vesle... Og mor er jo ikke den... Hu er jo ikke våken...

Her ligger et etisk dilemma i hvilke hensyn som veier tyngst, og det kommer frem at det ikke ligger noen klare svar for hvorvidt pasienten bør få treffe barnet sitt eller ikke. Sykepleierne skaper en type beskyttelse mellom pasient og pårørende, og gjør grundige overveielser for når tiden er moden for å åpne opp for kontakt.

Mye litteratur er skrevet om pårørende i krise, og det finnes også mye som omhandler pårørende til pasienter med traumatiske hjerneskader. En sentral forståelse i møte med de pårørende, er at de trenger hjelp både til å erkjenne sine egne muligheter og ressursene de har, og til å ta disse i bruk. I en rapport om samarbeid mellom ansatte og pårørende til pasienter med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse, blir verdiene i møtet mellom de ansatte i helsevesenet og de pårørende beskrevet som: likeverdighet, møte/ nærværenhet, selvaktelse, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring (Norby, Kjønnsberg, & Hummelvold, 2008). Rapporten skisserer ulike måter for hvordan samarbeidet mellom partene kan legges til rette ved en aktiv innstilling og kunnskap hos de ansatte. I det å hjelpe de pårørende ved å redusere stressnivået og øke mestringsnivået, kunne sykepleierne bistå de pårørende til å ta i bruk sine

ressurser. I perspektivet å aktivisere ressurser og potensial, bringer den medisinske sosiologen Antonovsky (2000) inn begrepet salutogenese. Fremfor å fokusere på det syke og problematiske, og heller fokusere på faktorer som bygger opp under helse og velvære, vil man få et positivt forhold mellom helse, stress og mestring. Når sykepleierne skal samarbeide med de pårørende vil et slikt perspektiv gi rom for å mobilisere krefter hos de pårørende. I en artikkel om helsefremming i sykepleie, skriver Gammersvik og Alvsvåg (2009) om prosesser som skaper mening og mestring. De viser blant annet til begrepet Empowerment, og fremholder sykepleieres spesielle ansvar i å legge til rette for prosesser som fører til økt grad av selvstendighet. Sykepleierne i min studie beskriver overgangen mellom å ivareta de pårørendes behov for støtte, kunnskap og omsorg i en svært kritisk situasjon, og til å sette dem i stand til å fungere som ressurser for seg selv og pasienten, som en prosess. Mange hensyn skal tas, og det ligger som en enighet blant sykepleierne i studien, at dette er et svært viktig ansvar.

Beskrivelsene av hvor fremmed omgivelsene er for pasientens pårørende, er også et interessant perspektiv i intervjuene. Iboende forventninger til hvordan det er å komme på besøk i en sykehusavdeling, er et fenomen det er forsket en del på. Flere filosofer har skrevet om arkitekturens og omgivelsenes betydning for mennesker. Goffman, Foucault og Martinsen har med noe ulikt perspektiv, utledet fra at omgivelsene i institusjoner påvirker menneskene som befinner seg der, sosialt, relasjonelt og kulturelt (Jacobsen, 2010). Sett i en slik sammenheng, kan en tenke at pårørendegruppen som sykepleierne snakker om i min studie, møter utfordringer i at de befinner seg i en ukjent situasjon, annerledes enn det de kanskje har forventet i rollen som pårørende. Dette kan forstås som at de pårørende har utfordringer i å føle tillit til at pasienten får den omsorgen han har behov for, under behandlingen. De kan også ha problemer med at de ikke kan gå frem på en såkalt konvensjonell måte under besøkene, men må innrette seg i et system der for eksempel det å prate, ha med gaver, private eiendeler, ikke tillates. Disse spørsmålene gir ikke min studie svar på. To av sykepleierne snakker om at når pasienten er så kaotisk, mener de det er viktig for de pårørende at han i det minste ser stelt og pen ut – det kan synes som at det å gjøre pasienten representativ er en måte å kompensere for alle de vanskelige sidene ved at pasienten befinner seg i PTA-fasen, og måten han blir ivaretatt på.

I et av intervjuene oppsummerer sykepleieren innstillingen hun har til omsorgen for de pårørende på denne måten:

Ja, de blir jo ressursen til den pasienten om en stund, selv om han kanskje ikke her-og-nå kjenner igjen sønnen sin, kanskje kaster han ut, og ikke vil ha noe med han å gjøre... Så er jo ikke det lett. Det er jo lett å bli såra... og ikke skjønne at... - En må jo forklare at det er sykdom og ikke pappan... så dem ikke forsvinner. Vi må jo passe på at de er der... De trengs jo!

5.2 Oppsummering av studiens sentrale funn

Studiens vitenskapelige essens består i hvordan sykepleierne skjerner pasientene og omgivelsene fra hverandre. Ved bruk av virkemidler som måten å oppføre seg på, snakke på, og vise med fysiske (taktile) tegn hva de vil, hjelper de pasientene til å finne ro, til å kunne orientere seg, samt å bryte uønskede atferdsmønstre. Denne forståelsen har ledet til det jeg har beskrevet som *den semipermeable omsorgen*, et uttrykk hentet fra fysiologien, og som jeg opplever gir et godt bilde på måten denne studien omhandler fenomenet sykepleie til pasienten i PTA-fasen.

Karakteristisk ved sykepleie til pasienter i denne fasen, er måten sykepleierne beskriver seg selv som virkemiddel. De forteller hvordan de med sin tilstedeværelse og måte å snakke på, påvirker pasienten. Det fremkommer at ulike typer personlighet påvirker pasienten på ulikt vis, og at det er avgjørende for hvor godt sykepleierne håndterer pasienten, at de er kjent med måten de oppfører seg på, og er vare for hvilke signaler pasienten gir som respons på tilnærmingen. Et viktig funn er måten sykepleierne beskriver målet om å forankre pasienten. Beskrivelsene av denne forankringen tegner et bilde av å hjelpe pasienten som befinner seg i et endeløst kaos, der ingen ting gir ordentlig mening, til å finne fysiske holdepunkter som gir kroppen opplevelse av hvor den befinner seg, i faste rammer. Forankringen er også av en kognitiv karakter, der utvalgt informasjon blir brukt som en type mentale holdepunkter eller rammer, som hjelper pasienten til å kunne orientere sine tanker mot den verden som er den virkelige verden.

Et sentralt tema i studien er sykepleiernes opplevelse av det å forholde seg til forordninger lagt i samarbeid i teamet rundt pasienten, og hvordan disse forordningene kan by på utfordringer når deres egne faglige vurderinger tilsier at forordningene ikke er til pasientens beste. Det er grunnleggende viktig at pasienter i PTA-fasen får et behandlingstilbud som ivaretar deres behov for skjerming, slik sykepleierne i studien ser det. Deres sårbarhet for

stimuli krever en oppmerksomhet mot hvordan miljøet kan tilpasses for å dekke dette behovet. Sykepleierne ytrer ønske om å samarbeide med andre yrkesgrupper for å gi den gode omsorgen, både av hensyn til at det er utmattende og intenst å være inne hos pasienten lenge og ofte, samtidig med at pasienten har behov for at omsorgspersonene har krefter og viser kreativitet i å finne tiltak som både gir ro og som sikrer forankring til tilværelsen. Det kommer frem at forordninger lagt i samarbeid oppleves som viktig, og noe sykepleierne opplever som en hensiktsmessig tilnærming til pasienten. Samtidig er det viktig for sykepleierne at de får forståelse for beslutninger de fatter om å tilnærme seg pasienten annerledes enn forordnet, dersom deres faglige vurderinger tilsier det.

Sykepleierne angir hvordan sansning av og forståelse for pasienten ligger til grunn for omsorgen. Dette beskriver sykepleierne som helt sentralt for å få kjennskap til pasientens situasjon, og de setter sansing og forståelse over det formelle tester kan kartlegge av informasjon. Det er sentralt i studien at erfaringskunnskapen utvikles over tid, og innebærer en kompleks læring.

Videre har det vært et viktig funn i studien måten sykepleierne beskriver nærhet til pasienten som en helt avgjørende faktor i å danne gode omsorgssituasjoner. Det er kun ved å være helt nær at sykepleierne fanger signaler pasienten gir, og får kjennskap til pasienten som åpner for de beste tilnærmingene. Samtidig ligger det en forutsetning i å kunne mestre å være så nær, at det også ivaretas en viss distanse til pasienten. Denne distansen sikrer det profesjonelle i rollen sykepleierne har i relasjonen til pasienten, og gir rom for forståelse og refleksjoner som blant annet gir utholdenhet. Behovet for distanse på tross av nærhet, forklares i at det er intenst, krevende og involverende å være sammen med pasienten over tid.

Sykepleierne snakker om at mange pasienter har en atferd som kan være svært utfordrende. Vevet sammen, er tilnærmingen for å ivareta ro og opplevelse av trygghet, også kilde til uro som kan eskalere til utagerende atferd. Sykepleierne forteller om hvordan de balanserer måter å håndtere pasienten på, der målet er ivaretagelse og omsorg, men responsen kan være utagering av både verbal og fysisk art.

Et siste viktig funn har vært sykepleiernes oppmerksomhet mot og involvering av pasientens pårørende. Det ligger i fremstillingene at pårørende har behov for mye omsorg, samtidig med at sykepleierne tenker om de pårørende som sentrale for pasienten både underveis mens

pasienten er i den forvirrede fasen, og også særlig i livsløpsperspektivet etter ervervede hjerneskader.

Sykepleie til pasienten i PTA-fasen viser et menneskesyn der ønsket om å gjøre det som vurderes som til det beste for pasienten, veier tungt. Utfordringene står i kø, det kan være en lang vei fra det totale kaos til at pasienten gjenvinner evne til å orientere seg. Hensyn til etiske dilemma, hensyn til samarbeid, hensyn til ivaretagelse av profesjonalitet, hensyn til trygghet både for pasienten og sykepleieren kommer i kjølvannet av hensynet til at pasienten som sies *ikke er i den verden vi er, i det hele tatt*, opplever å få den beste omsorg.

6 Konklusjon

Sykepleierne står i mange utfordrende situasjoner når de har omsorg for pasienter i PTA-fasen. Fagfelt mangler vitenskapelig grunnlag for å etablere evidensbasert praksis. Forskning verden over viser at det gjenstår arbeid med å bygge opp en felles forståelse av fenomenet PTA, samtidig med at det fastholdes at det er av stor betydning at en tar hensyn til kontekstuelle og individuelle hensyn når en legger til grunn behandlingsstrategier. Hensikten med denne studien har vært å utforske og beskrive erfaringene til sykepleierne som arbeider ved en enhet for rehabilitering av traumatiske hjerneskader, og som har god kjennskap til pasienter i PTA-fasen. Sykepleierne i studien beskriver hvordan de opplever å få til gode omsorgssituasjoner med pasientene i denne fasen, og de beskriver situasjoner som kjennetegner det vanskelige og ikke gode ved omsorgssituasjonene. De har også fortalt om hvordan de bruker seg selv i denne omsorgen.

Studien er bygget på en tilnærming inspirert av den fenomenologiske forskningstradisjonen. Designet og den valgte metoden åpnet for å samle inn fortellinger om erfaringer sykepleierne har gjort seg, i løpet av tiden de har arbeidet med pasienter i PTA-fasen. Utvalget av sykepleiere som informanter, består av sykepleiere med minst ett års erfaring fra arbeidet med disse pasientene. Jeg opplevde at mange viste interesse, og ønsket å bidra til å skape kunnskap om feltet. Jeg gjennomførte åtte intervjuer, og opplevde å få rike og fylldige data for analysen. Analyseprosessen resulterte i en syntetisering av studiens vitenskapelige essens, og seks meningsemner som sammen beskriver fenomenet sykepleie til pasienter i posttraumatisk amnetisk fase.

Begrepet den semipermeable omsorgen, symboliserer hvordan sykepleierne skjærmer pasienten fra omgivelsene, ved å lukke ute sterke stimuli og åpne for en varsom tilnærming til omverdenen på en måte som bidrar til at pasienten kan orientere seg, og oppleve å være forankret med sin kropp og i sine tanker. Studien viser at sykepleierne ivaretar pasienter de beskriver er i tilstander preget av kaos og reaksjoner som angst, aggresjon og sterk uro. For pasienter i PTA-fasen, beskriver sykepleierne at skjærming er det viktigste omsorgstiltaket. Det er videre av avgjørende betydning for omsorgen at sykepleierne foretar grundige

vurderinger av faglig, skjønsmessig og etisk karakter, når tiltak iverksettes. Studien åpner for mange områder det bør forskes videre på.

Å undersøke pasientenes perspektiver, kan legge grunnlag for å forstå hvordan skjermingspraksisen har virkning på pasientenes opplevelser. Lite kunnskap foreligger om hvor mye pasientene erindrer etter å ha våknet fra PTA-fasen, og så langt litteratursøk har vist, finnes få studier gjennomført fra pasientenes perspektiv. Videre studier av pasientenes erfaringer kan utdype hva som vekker de sterke reaksjonene mange PTA-pasienter fremviser, og hvordan forholdene kan legges til rette på en måte som kan forhindre de negative reaksjonene. Slike studier kan danne kunnskap om hvordan en kan hjelpe pasientene på en bedre måte å gjenvinne evne til orientering og forhindre katastrofe- eller krisereaksjoner.

Funnene i studien viser erfaringer fra ett enkelt foretak. Det vil være av stor interesse å undersøke hvordan pasienter i PTA-fasen behandles i andre foretak i Norge, og erfaringer knyttet til personalet som har omsorg for pasientene der. Slik vil en kunne legge for dagen hvordan ulike eller like praksiser har påvirkning på varighet og utfall på PTA-fasen, og legge grunnlag for sammenlikning på et nasjonalt plan.

Studien viser også den store graden av de pårørendes ansvar og involvering i situasjoner der pasienten er i PTA-fasen etter traumatiske hjerneskader. Det er ved behandlingssykehuset gjennomført et knippe studier som viser sykepleiernes og de pårørendes perspektiver etter skader som krever innleggelse og rehabilitering, men ingen av disse har tatt for seg det helt spesielle ved PTA-fasen og den avgrensede perioden denne fasen representerer. Videre forskning vil være av stor betydning for å forstå hva det innebærer å være pårørende for pasienter i denne fasen, hvilket vil kunne legge grunnlag for en praksis som ivaretar, støtter og mobiliserer pasientens pårørende.

Til slutt vil jeg påpeke behovet for videre undersøkelser av betydningen det har for sykepleierne som har omsorg for pasientene i PTA-fasen, at omsorgen oppleves som krevende. Dette grunnlaget viser et behov for å tilpasse rammer og ressurser på en måte som ivaretar sykepleiernes beste, og således også pasientenes beste. Det bør undersøkes om det foreligger åpninger for å tenke nytt om hva rehabilitering i denne oppvåkingsfasen innebærer, da på et bredere og tverrfaglig nivå.

Litteraturliste

- Ahmed, S., Bierley, R., Sheikh, J. I., & Date, E. S. (2000). Post-traumatic amnesia after closed head injury: a review of the literature and some suggestions for further research. *Brain Injury, 14*, 765-780.
- Alverzo, J. P. (2004). The use of aesthetic knowledge in the management of brain injury patients. *Rehabilitation Nursing, 29*[3], 85-90.
- Alverzo, J. P. (2005). Predictors of disorientation among brain injury and stroke patients during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing, 30*[6, Nov/Dec].
- Alverzo, J. P. (2006). A review of the literature on orientation as an indicator of level of consciousness. *Journal of Nursing Scholarship, Second Quarter*.
- Alverzo, J. P. & Galski, T. (1999). Nurses assessment of patients' cognitive orientation in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing, 24*, (7), 12-23.
- Andelic, N., Sigurdardottir, S., Brunborg, C., & Roe, C. (2008). Incidence of Hospital-Treated Traumatic Brain Injury in the Oslo Population. *Neuroepidemiology, 30*, 120-128.
- Anderson, A. L. & Novack, T. A. (2002). Measuring recovery of orientation during acute rehabilitation for traumatic brain injury: value and expectations of recovery. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 17*, 210-219.

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Baker, C., Wuest, J., & Stern, P. N. (1992). Method slurring: the grounded theory/phenomenology example. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1355-1360.
- Baker, F. (2001). Rationale for the effects of familiar music on agitation and orientation levels of people in posttraumatic amnesia. *Nordic Journal of Music Therapy* 10[1], 32-41.
- Bengtsson, J. (2006). Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative and community in skilled ethical comportment. *Advanced Nursing Science*, 14[2], 1-21.
- Bergland, Å., Kirkevold, M. (2011) Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien Forskning* 01, 15-25.
- Blystad, A. (2005). Noen tanker om positivisme i kvalitativ forskning. In C.Foss & B. Ellefsen (Eds.), *Helsetjenesteforskning, perspektiver, metoder og muligheter*. Universitetsforlaget.
- Brekke, M. (2006). Analyse og fortolkning av tekst i forskningen. In M.Brekke (Ed.), *Å begripe teksten, om grep og begrep i tekstanalyse*. Høyskoleforlaget

- Brown, D., Lyons, E., & Rose, D. (2006). Finding the missing bits of the puzzle. *Brain Injury* 20[9], 937-946.
- Bush, B. A., Novack, T. A., Malec, J. F., Stringer, A. Y., Millis, S. R., & Madan, A. (2003). Validation of a model for evaluating outcome after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 1803-1807.
- Chua, K. S., Ng, Y. S., Yap, S. G., & Bok, C. W. (2007). A brief review of traumatic brain injury rehabilitation. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 36, 31-42.
- Churchill, S.D., Wertz, F. (2001). An introduction to phenomenological research in psychology. In: K.J. Schneider, J.F.T. Bugental, F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research and Practice*. Sage.
- Crotty, M. (1996). *Phenomenology and Nursing Research*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Dahl, B. (2008). *Rehabiliteringssykepleieren, ivaretaker av eksistensielle og praktiske behov*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo, institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. (2 ed.) Studentlitteratur.
- DeGuise, E., LeBlanc, J., Feyz, M., Thomas, H., & Gosselin, N. (2005). Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19[4], 263-269.

- DeGuise, E., LeBlanc, J., Feyz, M., Thomas, H., & Gosselin, N. (2006). Prediction of outcome at discharge from acute care following traumatic brain injury. *Brain Injury* 21[6], 527-536.
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 9[127], 1228-1231.
- Eiken, T., Tynes, T., Grimsrud, T. K., Sterud, T., & Aasnæss, S. (2008). *Psykososialt arbeidsmiljø. Delrapport* (Rep. No. Stamirapport 11). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Ekebergh, M. (2007). Lifeworld based reflection and learning - a contribution to the reflective practice in nursing and nursing education. *Reflective Practice Journal*, 8[3].
- Engelmann, C. M. & Siert, L. (2007). Cognitive disturbances following severe traumatic brain injury. *Ugeskrift for læger* 169, 217-219.
- Fagermoen, M. S. (2001). Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 68-80.
- Fagermoen, M. S. (2003). Narrativ Analyse - en metodediskusjon. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 3-19.

- Fakhry, S. M., Trask, A. L., Waller, M. A., Watts, D. D., & ITRC Neurotrauma Task Force. (2004). Management of brain-injured patients by an medicine-based protocol improves outcomes and decreases hospital charges. *The Journal of Trauma*, 56, 492-499.
- Feske, S. (1998). Coma and confusional states: Emergency diagnosis and management. *Neurologic Emergencies*, 16[2].
- Finset, A. & Krogstad, J. M. (2002). *Hodeskade. Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Foss, C. & Ellefsen, B. (2005). Bidrag om kunnskapsutvikling og tilfredshetsforskning. In C.Foss & B. Ellefsen (Eds.), *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter* Universitetsforlaget.
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning* 5[2].
- Geard, A. (2007). *Omsorg for pasientens familie. En kvalitativ studie av sykepleieres vurdering av egen rolle i omsorgen for den traumatiske hjerneskadepasientens familie*. Masteroppgave. Høgskolen i Oslo.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A.Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (pp. 8-22). Duquesne University Press.
- Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ø. V. (1992). *Menneskets Fysiologi*. (2 ed.) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Heggen, K. (2004). Akademisk arbeid og roller. In B.Christiansen, K. Heggen, & B. Karseth (Eds.), *Klinikk og akademia. Reformen, rammer og roller i sykepleierutdanningen* (pp. 37-57). Universitetsforlaget.

Helse og omsorgsdepartementet (2011). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, LOV-1999-07-02-62. http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=phlsvl*& (25.05.11)

Hem, M. H. & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43[1], 101-108.

Holm, S. (2006). Viden og vidensproduksjon. In M.Lorensen (Ed.), *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holte, J. S. (2001). *"Som en livbøye i opprørt hav"- Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. (Rep. No. 10). Høgskolen i Hedmark.

Hummelvold, J. K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 6-17.

- Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens - en arena for samarbeid* (Rep. No. 13, 2005). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ingram, N. (1994). Knowledge and level of consciousness: application to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 881-884.
- Jacobsen, F. (2010). Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår. Et fokus på kontinuitet fremfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem. *Michael* 7, 198-217.
- Jung, S. (2006). *Kameraovervåkning i et diskursanalytisk perspektiv*. Universitet i Oslo, Samfunnsvitenskapelige fakultet.
- Kim, E. (2002). Agitation, aggression, and disinhibition syndromes after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 17, 297-310.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier. Analyse og evaluering*. (vols. 3) Ad Notam Gyldendal A/S.
- Konsmo, T. (1998). Hva kan vi lære av historier? *Sykepleien*, 86[11], 57-60.
- Kosh, Y., Browne, S., King, C., Fitzgerald, J., & Cameron, I. (2010). Post-traumatic amnesia and its relationship to the functional outcome of people with severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24[3], 479-485.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. (2 ed.) London: Sage Publications, Inc.
- Leach, K., Kinsella, G., Jackson, M., & Matyas, T. (2006). Recovery of components of memory in post-traumatic amnesia. *Brain Injury*, 20[12], 1241-1249.
- Lehr, R. P. (1995). Neurophysiological Substrates of Learning. In M.A.Ashley & D. K. Krych (Eds.), *Traumatic Brain Injury Rehabilitation*. CRC Press, Inc.
- Levin, H. S., O'Donnel, R. N., & Bush, B. A. (1979). The Galveson Orientation and Amnesia Test. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 675-684.
- Lian, O. S. (2003). *Når helse blir en vare*. Høyskoleforlaget AS.
- Lien, T. (2006). *Veiledningens hemmelighet. Læring og relasjoner*. Fagbokforlaget
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienten. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 2[6], 84-96.
- Lykkeslett, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap. En studie av sykepleieres praksiskunnskap*. Doktorgradsavhandling. Institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Mackay, L. E., Bernstein, B. A., Chapman, P. E., Morgan, A. S., & Milazzo, L. S. (1992). Early intervention in severe head injury: long-term benefits og a formalized program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 635-641.

- Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2 ed.) (vols. 3) Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1992). Omsorg i Sykepleien- en moralsk utfordring. In K.Jensen (Ed.), *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg*. (2 ed.) Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2 ed.) (vols. 2) Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review* 50, 370-396.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing. Development and Progress*. (4 ed.) Lippincott Williams & Wilkins.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag AS.
- Norby, K., Kjøsberg, K., & Hummelvold, H. K. (2008). *Samarbeid mellom ansatte og pårørende til personer med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse* (Rep. No. 5). Høgskolen i Hedmark.

- Nortvedt, F. (2008a). Kroppsfenomenologisk forskning - i grenseland mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden* 28[89], 53-55.
- Nortvedt, P. (2000). Vitenskap, sansning og fenomenologi. Analyse og kritikk av Kari Martinsens teorier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 19.
- Nortvedt, P. (2008b). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsson, D. M. & Graffagnino, C. (2005). Consciousness, coma and caring for the brain injured patient. *American Association of Critical Care Nurses* 16.
- Omery, A. & Mack, C. (1995). Phenomenology and science. In A.Omery, C. Kasper, & G. Page (Eds.), *In search for nursing science*. Sage Publications.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8 ed.) Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Ponsford, J. (2004). Rehabilitation following traumatic brain injury and cerebrovascular accident. In J.Ponsford (Ed.), *Cognitive and Behavioural Rehabilitation, from Neurobiology to Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pryor, J. (2005). What cues do nurses use to predict aggression in people with acquired brain injury? *Neuroscience Nursing*, 38[3], 177-183.

Pryor, J. (2006). What do nurses do in response to their predictions of aggression? *Journal of Neuroscience Nursing*, 38[3], 177.

Richards, L. & Morse, J. M. (2007). *Readme first for a Users guide to qualitative methods*. (2 ed.) London: Sage Publications.

Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1995). *On becoming a person. A therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.

Sandel, M. E. & Mysiw, W. J. (1996). The agitated brain injured patient. Part 1: definitions, differential diagnosis, and assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 617-623.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigour in qualitative research. *Advanced Nursing Science* 8[3], 27-37.

Sorbo, A., Rydenhag, B., Sunnerhagen, K. S., Blomquist, M., Svensson, S., & Emanuelson, I. (2005). Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Injury*, 19, 493-503.

Spichiger, E., Wallhagen, M. I., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 303-309.

Strand, L. (1992). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Tate, R. L., Perdices, M., Pfaff, A., & Jurjevic, L. (2001). Predicting duration of post-traumatic amnesia (PTA) from early PTA measurements. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 16*, 525-542.

Tate, R. L., Pfaff, A., & Jurjevic, L. (2000). Resolution of disorientation and amnesia during post-traumatic amnesia. *Journal of Neuro Psychology, 68*, 178-185.

Teasel, R., Bayona, N., Marshall, S., Cullen, N., Bayley, M., Chundamala, J. et al (2007). A systematic review of the rehabilitation of moderate to severe acquired brain injuries. *Brain Injury, 21*, 107-112.

Thomas, H., Feyz, M., LeBlanc, J., Brosseau, J., Champoux, M. C., Christopher, A. et al (2003). North Star Project: Reality Orientation in an Acute Care Setting for Patients With Traumatic Brain Injuries. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 18*.

Thorn, S. (2000). Neurological Rehabilitation Nursing; a review of the research. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 1029-1038.

Turner-Stokes, L., Nair, A., Sedki, I. D. P. B., Wade, D. T. (2005). Multi-diciplinary rehabilitation for aquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Review, 3*.

- Wade, D. T., King, N. S., Wenden, F. J., Crawford, S., & Caldwell, F. E. (1998). Routine Follow up after head injury: a second randomised controlled trial *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 65, 177-183.
- Watson, J. (1985). *The philosophy and science of caring*. (2 ed.) Boulder, Colorado: Colorado Assosiated University Press.
- Weir, N., Emmah, J., Fleming, J., Wiemers, A., & Zemljic, C. (2006). Objective and behavioural assessment of the emergence from post-traumatic amnesia (PTA). *Brain Injury*, 20[9], 927-935.
- Wergeland, C. (2007). Skjerming. Ei tvitydig omsorg. Kva kan vere best muleg skjerming for personar I psykisk krise? Hovedfagsoppgave. Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Wertz, F. (1985). Method and findings in a phenomenological psychological study of a complex life-event: Being criminally victimized. In: A. Giorgi (ed). *Phenomenology and psychological research (pp 155-187)*. Duquesne University Press.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297.
- Willumsen, L. H. (2006). Narratologi som tekstanalytisk redskap. In M.Brekke (Ed.), *Om å begripe teksten, om grep og begrep i tekstanalyse*. Høyskoleforlaget

World Health Organization (2011). Health topics rehabilitation.

<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> (25.05.11)

VEDLEGG 1

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven er sykepleiere og pasienter i posttraumatisk amnetisk fase (PTA-fasen), og siktemålet er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer og opplevelser fra omsorgen for disse pasientene.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju ca 8 sykepleiere som arbeider eller har arbeidet i enhet for traumatiske hjerneskader ved xxxHF.

For å få god og detaljert informasjon, vil jeg be deg fortelle fra en eller flere situasjoner der du hadde omsorg for pasienter i PTA-fasen. Det vil bare være du og meg tilstede når vi møtes.

Møtene vil vare den tiden det tar å fortelle, det er vanlig med inntil time.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis i fortellingene.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli fjernet fra studien. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen juni 2012.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Avtaler om tid og sted gjør vi sammen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 92282962, eller sende en e-post til anne-stine.roberg@sunnaas.no. Du kan også kontakte min veileder Ida Torunn Bjørk ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, på telefon 22850577 eller e-post i.t.bjork@medisin.uio.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Anne-Stine Røberg

Lindemannvei 27

1453 Bjørnemyr

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien om sykepleiere og pasienter i PTA-fasen, og ønsker å være med på intervju.

Signatur Telefonnummer

VEDLEGG 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
 NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
 N-5007 Bergen
 Norway
 Tel: +47-55 58 21 17
 Fax: +47-55 58 96 50
 nsd@nsd.uib.no
 www.nsd.uib.no
 Org.nr. 985 321 884

Ida Torunn Bjørk
 Institutt for helse og samfunn
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0318 OSLO

Vår dato: 11.11.2010

Vår ref: 25401 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25401	<i>Sykepleieres erfaringer og opplevelser med pasienter i posttraumatisk amnetiske fase</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ida Torunn Bjørk</i>
Student	<i>Anne-Stine Bergquist Røberg</i>

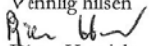
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

 Bjørn Henriksen


 Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
 Vedlegg: Prosjektvurdering
 Kopi: Anne-Stine Bergquist Røberg, Lindemannvei 27, 1453 BJØRNEMYR

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

VEDLEGG 3

Personvernombudet for forskning**Prosjektvurdering - Kommentar**

Prosjektnr: 25401

Utvalget består av ca. åtte sykepleiere med erfaring fra omsorg for pasienter i posttraumatisk amnetisk fase.

Utvalget rekrutteres ved at det informeres om prosjektet på møter som sykepleierne deltar på, og de som ønsker å delta bes kontakte sin teamleder.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, og det gjøres lydopptak av intervju. Personvernombudet forutsetter at det under intervju ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter eller pårørende.

Det registreres navn på informantene; i datamaterialet erstattes navn med referansenummer som viser til en atskilt navneliste.

Når prosjektet er fullført, og senest innen 30.06.2012, skal de innsamlede opplysningene anonymiseres ved at navneliste og lydopptak slettes og eventuelle indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives/kategoriseres slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

VEDLEGG 4



Anne-Stine Røberg (her)

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbe:



Dato: 10.11.2010

Arkivkode:

Intervju av sykepleiere i forbindelse med mastergradsstudie

Det vises til brev av 25.10.2010 hvor det bes om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved enhet for traumatisk hjerneskade i forbindelse med mastergradsstudie, gjennom intervju av inntil 8 sykepleiere.

Søknaden innvilges.

Lykke til med et viktig prosjekt.

Med vennlig hilsen



			
-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

