

Har vi tid til at stå op og tale med vores patienter?

En undersøgelse af brugen af taburetter i sygeplejen på et sengeafsnit med akut og kritisk syge patienter

Bacheloropgave d. 2 januar 2024

UC Diakonissestiftelsen



Vejleder: Annette Møllerup

Referencesystem: APA 7th edition

Kriteriesæt B, IMRaD-strukturen

Tegn inkl. mellemrum: 59.963

Hold: SYDE20

712102 Tobias Carl Højmark Mathiassen

Resume

Dette mixed methods interventionsstudie undersøgte, om tilstedeværelsen af taburetter kunne forbedre patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem. Kvasi-eksperimentet havde forsøgs- og kontrolgruppe (n=39) på tværs af to sengeafsnit og dataen indhentes ved interviews. Mann-Whitney U-test blev brugt til statistisk analyse. Taburetterne har haft en signifikant effekt på patienternes oplevelse af, hvor ofte sygeplejerskerne sætter sig, og den tid de bruger på samtaler med patienterne. Ordanalysen viste en sammenhæng mellem taburetterne og patienternes oplevelse af sygeplejerskernes kommunikation og travlhed. Dog fremgik ikke en signifikant effekt i patienternes tilfredshed med og relation til sygeplejerskerne. Tilstedeværelsen af taburetter på sengeafsnittet forbedrede patienternes oplevelse af sygeplejerskernes kommunikation, tilstedeværelse og tiden brugt på at tale med dem. Videre forskning burde undersøge om der er grundlag for en generel praksisændring.

Abstract

This mixed methods study investigated the impact of the presence of stools on patient-nurse communication and the time spent talking to patients. A quasi-experimental design with a control group (n=39) across two wards was used. Data was collected through interviews. Mann-Whitney U test was used for statistical analysis. The stools had a significant effect on patients' perception of how often nurses sat down and the time they spent talking to patients. Word analysis showed a correlation between stools and patients' perception of nurses' communication and busyness. However, no significant effect was found on patient satisfaction with or relationship with nurses. The presence of stools on the ward improved patient perception of nurses' communication, presence, and time spent talking to them. Further research is needed to determine whether there is a basis for a general practice change.

Indhold

Introduktion: Kan en taburet gøre en forskel?	5
Hypotese	6
Metode	7
Setting: Sengeafsnit 1 og 2 på hjerteafdelingen	7
Kvasi-eksperimentet og de mange variabler	8
In- og eksklusionskriterier	9
Dataindsamling på afdelingerne	10
Forsøgets tidsrammer	10
Biases	11
Juridiske og etiske overvejelser	11
Introduktion til den strukturerede spørgeguide	11
Gennemgang af spørgeguide	12
Analyse med mixed methods - En vej til patientens oplevelse	13
Mann-Whitney U-testen - en non-parametrisk signifikansberegning	13
De enkelte ords betydning - hvad står der på og mellem linjerne?	14
Resultater	15
Præsentation af den indsamlede data	15
Respondenterne fra hjerteafdelingen	15
Alder	16
Kønsfordeling	16
Indsamlingsperioden	16
Oversigt over besvarelsene på undersøgelsesspørgsmål	16
Resultatbearbejdning og analyse	17
Resultat og analyse af Mann-Whitney U Tests	17

Gennemgang af de afviste nul-hypoteser.....	18
Gennemgang af de accepterede nul-hypoteser.....	19
Vil du foretrække at din sygeplejerske sidder ned, når I taler sammen?.....	19
Ordskyerne iført komparativ ord- og tekstanalyse.....	20
Hvilke emner har du talt med sygeplejersken om i dag?.....	20
Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med sygeplejersken.....	20
Respondenternes afsluttende kommentarer.....	22
Diskussion.....	23
Diskussion af taburet-interventionens resultater.....	23
Diskussion af undersøgelsens metode og kausale association.....	25
Konklusion.....	28
Implikationer for praksis.....	29
Litteratur.....	30
Bilag 1 - Spørgeguide.....	34
Bilag 2 - Samtykkeerklæring.....	35
Bilag 3 - Informationsmateriale.....	36
Bilag 4 - Kodebog.....	37
Bilag 5 - Datamatrice.....	38
Bilag 6 - Oversigt over besvarelserne inddelt ordinalt og på ratioskala.....	39
Bilag 7 - Oversigt over ordskyer.....	40
Bilag 8 - Respondenternes afsluttende kommentarer.....	42
Bilag 9 - Output fra SPSS: Mann-Whitney U test + Histogrammer.....	43

Introduktion: Kan en taburet gøre en forskel?

Denne undersøgelse udspringer af en undren over, at vi som pleje- og behandlingspersonale stort set altid står op og taler med vores patienter på sengeafdelingerne.

Det er en betragtning jeg har gjort mig på tværs af mine mange klinikker gennem hele sygeplejerskeuddannelsen. Her så jeg, at der på sengeafsnit sjældent er et sted at sidde for pleje- og behandlingspersonalet. Når vi skal kommunikere med patienterne, har vi ofte valgt mellem stolen til patienterne, sengekanten, eller vindueskarmen hos de patienter, der er så heldige, at have sådan en. Dog er det både uhygiejnisk og besværligt at bruge de stole, patienterne og pårørende sætter sig.

En opgørelse fra regionerne af serviceklager i den sekundære sektor fra 2018-2022 viser, at det, der fylder absolut mest i klagebunkerne på tværs af alle faggrupper, er dårlig og/eller manglende kommunikation (Jessen, 2023). Det bliver bakket op af den seneste Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), hvor akut indlagte patienter kun i nogen grad føler sig inddraget og velinformeret i deres sygdomsforløb (Center for Patientinddragelse, 2023). Derfor er der på dette kommunikative og relationelle område et potentiale for kvalitetsudvikling af vores sygeplejepraksis.

I den indledende fase foretog jeg en litteratursøgning med udgangspunkt i en PICO rettet mod kvantitative problemstillinger. Det gjorde jeg for at undersøge hvilke interventionsstudier og anden forskning, der fandtes på området (Københavns Professionshøjskole, 2023).

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Patients / Nurses	Sitting bedside	Standing bedside	Improving communication

Tabel 1. PICO

Litteratursøgningen blev foretaget på Google og efterfølgende på den største database for sundhedsvidenskabelig litteratur, Pub. Med. Begge steder brugte jeg nøgleordene Sitting + bedside + improving communication. Første ekskludering på Pub.med. på overskrifts- og abstractniveau resulterede kun 5 tilbageværende gode søgeresultater. Blandt disse var et pilotstudie fra Kansas: 'Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside' (2012). Et randomiseret klinisk forsøg (RCT), der målte effekten af siddende kontra stående samtalers indvirkningen på både tiden brugt på patienterne og deres tilfredshed (Swayden et al., 2012). I disse søgninger fandt jeg også et meget spændende studie og projekt fra USA, der hedder 'Commit to Sit' (2015-19). Her instruerede man sundhedspersonalet, over en længere periode, i at sidde ned, når de talte med deres patienter. Det blev udført i flere stater og på flere

afdelinger, og blev bearbejdet ved hjælp af de amerikanske svar på den danske LUP (Lidgett, 2016). Undersøgelserne af 'Commit to Sit' og studiet 'Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside' (2012) viste, at tilfredsheden blandt de indlagte patienterne steg, at sygeplejerskerne blev opfattet som bedre til at kommunikere/forklare og var mere empatiske og respektfulde. Videre konkluderede undersøgelserne også, at patienterne bedømte sygeplejerskerne til at bruge længere tid på samtalerne, når de sad ved sengen, end når de stod op (Lidgett, 2016; Swayden et al., 2012).

Netop manglende tid er et af de mest diskutererede problemfelter i sygeplejen lige for tiden. Vi bliver flere patienter og færre sygeplejersker fremover (Andersen Nielsen et al., 2022). Derfor er det vigtigt at sikre, at vi bruger vores sparsomme tid bedst muligt. Det kan vi gøre ved at udvikle og afprøve nye arbejdsgange, der kan være med til at fokusere og sikre kvaliteten af vores tid brugt med patienterne. Jeg mener af den grund, at det vil være interessant at udføre en lille dansk pilotundersøgelse inspireret af det amerikanske projekt 'Commit to Sit', for at undersøge hvilken betydning siddende kommunikation og pleje kan have for kvaliteten af sygeplejen. Jeg har derfor tilpasset et klinisk eksperiment til praksisudvikling på danske vilkår og i det danske sundhedsvæsen, hvor interventionen består af at sætte taburetter ved patientsengene på en hospitalsafdeling, så sygeplejerskerne nemt og tilgængeligt kan sætte sig ned, når det giver mening. Denne omtaler jeg som 'taburet-interventionen' fremover. Formålet er grundlæggende at forsøge at skabe bedre og mere hensigtsmæssige rammer for sygeplejerskerne og andet behandlingspersonale, når de skal interagere med patienterne, og at patienterne får den bedst mulige behandling med den tid, der er til rådighed.

Hypotese

Tilstedeværelsen af taburetter forbedrer patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem

Projektets hypotese er en nysgerrig afsøgning af, om noget så banalt og simpelt som en taburet, kan være med til at løfte kvaliteten af tiden brugt med patienterne og forbedre oplevelsen af nærvær, relation og kommunikationen mellem sygeplejersker og patienter. Samtidigt er det en ganske billig og forhåndenværende løsning, at sætte små taburetter ind på stuerne. Jeg går til kvalitetsudviklingen med mantraet om, at enhver innovation, skal gøre dagligdagen lettere for behandlingspersonalet. I et arbejdsmiljø som på en hospitalsafdeling, der er præget af travlhed, manglende tid og stress, vil det være kontraproduktivt at indføre kvalitetsudvikling, der tager afsæt i en ekstra opgave

til personalet. Det skal af den grund være tydeligt, at praksisændringen har til formål gøre livet lettere for både personalet og patienterne.

Metode

Det metodiske omdrejningspunkt for denne undersøgelse er et prospektivt analytisk kvasi-eksperimentelt interventionsstudie, der skal måle og beskrive effekten af taburet-interventionen (Vilstrup et al., 2023, 37). I dette afsnit vil jeg uddybende beskrive mine overvejelser ift. setting, design, dataindsamling og mixed methods-analysestrategi.

Setting: Sengeafsnit 1 og 2 på hjerteafdelingen

Undersøgelsen afholdes på et akuthospital. Det er en kardiologisk afdeling, der tæller 2 sengeafsnit, et daghospital, et modtageafsnit og et kardiologisk laboratorium.

I samråd med afdelingsledelsen besluttede jeg at afholde undersøgelsen på tværs af de to sengeafsnit på hjerteafdelingen. De omtales fremover som afdeling 1 (18 patienter) og 2 (22 patienter). Patienterne her er akut indlagte, men har længere ophold end på modtageafsnittet. Fælles for patienterne er, at de er kritisk syge hjertepatienter og indlagt til udredning, behandling og/eller observation. Ligeledes er det sygeplejefaglige personale fordelt i flydende vagtskifter, så de dækker alle tre forskellige afsnit.

For at give undersøgelsen de bedst mulige vilkår for at opnå en klinisk relevans, validitet og kausalitet mellem intervention og resultat, har jeg opdelt forsøgs- og kontrolgruppen mellem hhv. afdeling 1 og 2. Det har jeg gjort for at støtte implementeringen af taburet-interventionen. Det betyder at taburetterne blev placeret på afdeling 1, hvorfor patienterne her betragtes som forsøgsgruppen, mens patienterne på afdeling 2, var kontrolgruppen. Opdelingen skulle sikre overskuelighed og faste arbejdsgange for sygeplejerskerne på afdelingerne i implementeringsprocessen samt simplificere undersøgelsesbearbejdningen - der allerede var forkortet i kraft af undersøgelsens relativt korte tidshorisont. Selve forløbet strakte sig over perioden 5. oktober 2023 til 5. december 2023. I den første måned fra 5. oktober til 5. november fik personalet tid til at vænne sig til taburetterne, så de kunne blive en naturlig del af den daglige praksis, før dataindsamlingen begyndte. Dagen før forsøgets opstart afholdte jeg en præsentation af projektet på afdelingens morgenkonference med tilstedeværelse af ca. 20 sygeplejersker på tværs af afdelingerne.

Det har været et mål, at gøre implementeringen af interventionen billig og bæredygtig ift. både tid og penge. Derfor har jeg med hjælp fra ledelsen og Regionens Genbrug og Donation skaffet 15 taburetter til brug i forsøget. Det betyder, at start-udgifterne beløber sig til 0 kroner, samt at genbrug stemmer overens med både tidens ånd om genbrug,

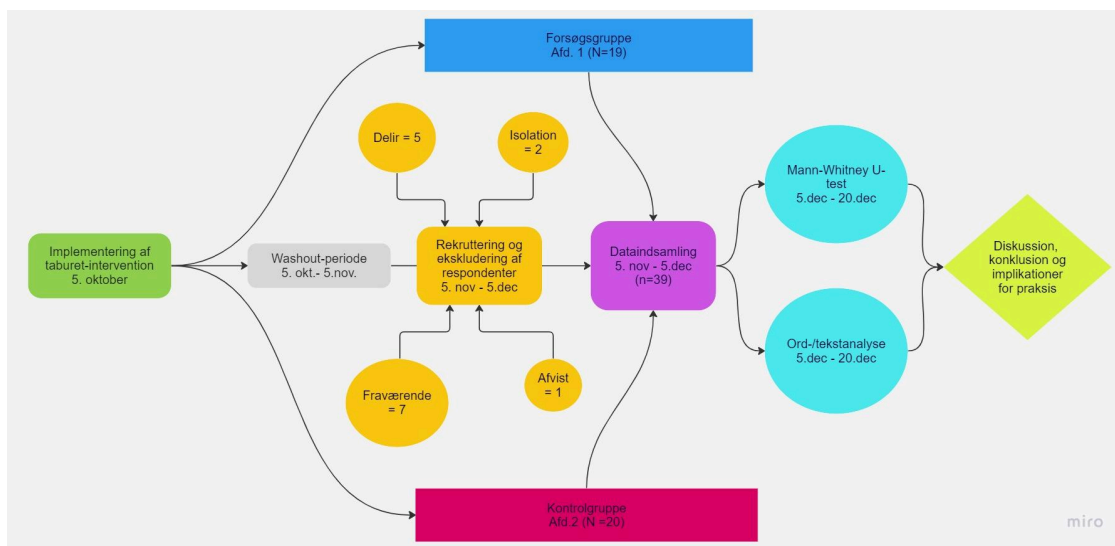


Billede 1. Taburetten under håndvask

hensyn til miljøet og regionens egne forpligtelser ift. cirkulær økonomi og ressourceeffektivitet (Andersen, 2023). Denne type taburetter kaldes også for sadelstole. Denne model har de fordele, at de har hjul, kan justeres i højde, er ganske små, og derfor af en størrelse, hvor de nemt kan rulles ind under vasken på stuerne eller placeres mellem sengene, som det ses på billedet venstre for. Jeg påførte hver enkelt taburet en label med stuenummer og teksten "personale", for at undgå at de forlader patientstuerne, og at pårørende og patienter bruger dem.

Kvasi-eksperimentet og de mange variabler

I dette kvasi-eksperiment med forsøgs- og kontrolgruppe, er der indsamlet data fra 19 patienter fra afdeling 1 og 20 patienter fra afdeling 2 (N=39).



Figur 1. Flowchart over undersøgelsesdesign

Dataen blev indsamlet gennem strukturerede interviews med spørgsmål målrettet de kommunikationssituationer, patienterne har haft på indsamlingsdagen. Spørgsmålene er overvejende kvantitative, med to simple kvalitative spørgsmål for at støtte besvarelsene - dette uddybes i følgende afsnit. Det gør denne undersøgelse til et

studie med en mixed methods-analyse med overvægt mod det kvantitative forskningsfelt. Af den grund er dette studie positivistisk forankret med et afsæt i pragmatismen, mens jeg ikke kan se mig fri for at låne fra hermeneutikken, konstruktivismen og dele fra fænomenologien undervejs (Friberg & Öhlén, 2014, 334). Besvarelsene er indhentet, sammenlignet og analyseret vha. operationalisering af spørgeguide, datamatrice, kodning og statistisk analyse.

Det overordnede ansvar for fordelingen af patienterne til afdeling 1 eller afdeling 2 sker gennem de visiterende sygeplejersker og læger på modtageafsnittet. Det er af den grund ikke muligt for mig at udføre en randomiseret allokering af patienterne, som et randomiseret klinisk forsøg (RCT) ville kræve. Jeg har derfor et kontrolleret kvasi-studie, hvilket betyder at evidensniveauet ikke har samme vægt som et RCT (Billhult & Gunnarsson, 2014, 122).

Undersøgelsen er udført som enkeltblinding i den forstand, at patienterne ikke ved, hvilken behandling de får og ikke får, da selve taburettens tilstedeværelse ikke er afgjort af hvem patienten er, men efter hvor de er blevet visiteret til. Dog er forsøget ikke dobbeltblindet, da personalet har været bevidste om interventionens formål (Vilstrup et al., 2023, 81). Yderligere har antallet af patienter indlagt på afdelingerne været skiftende, da HjerTEafdelingen overordnet har en relativt stor gennemstrømning af patienter. Det kan være med til både at minimere og løfte tiden til at tale med patienterne. Dog vil travlhed eller manglen på samme i de allerfleste tilfælde være ligeligt fordelt mellem de to afdelinger, da man overtager, overflytter, og kompenserer ift. udskrivelser, dødsfald, personale og antal indlagte.

In- og eksklusionskriterier

Som et led i at komme confounders og risikofaktorer til livs og styrke validiteten og generaliserbarheden har jeg udvalgt in- og eksklusionskriterier ift. rekruttering af respondenterne til undersøgelsen (Vilstrup et al., 2023, 73). Det er efterstræbt at alle respondenterne i undersøgelsen har haft lignende vilkår, derfor har jeg kun rekrutteret patienter, der har været indlagt i mere end 24 timer. For at sikre generaliserbarheden optræder patienterne ikke mere end én gang i undersøgelsen.

En del af patienterne på hjerTEafdelingen er genindlagte fra tidligere indlæggelser. Det kan eks. være hjertesvigtspatienter og endocarditis-patienter, der ofte har gentagne genindlæggelser og længere indlæggelsesforløb. Afdeling 1 er specialiseret i endocarditis-patienter, hvilket kan betegnes som et mindre selektionsbias (Vilstrup et al., 2023, 74). Af den grund har jeg ikke inkluderet patienter indlagt med endocarditis, da disse patienter har større sandsynlighed for at have oparbejdet en god relation med personalet end de øvrige indlagte. Yderligere har jeg sikret mig, at respondenterne har tilstrækkelig dansk sprogforståelse, så der ikke opstod misforståelser i hverken

besvarelser eller samtykket til undersøgelsen. Jeg fravælger også respondenter på baggrund af demens og/eller Alzheimers diagnoser, for at beskytte patienterne. Af samme grund vælger jeg respondenter fra i delir og patienter i palliativ pleje. Jeg vælger også at ekskludere patienter i svær akut og kritisk tilstand. Patienterne ekskluderes ved en Early Warning Score (EWS) på > 7 (Haase & Højskov, 2019, 193).

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Mere end 24 timers indlæggelse Dansktalende	Demens (alzheimers) Delir Endocarditis Senterminal fase /palliativ pleje Svær akut og kritisk tilstand (EWS>7)

Tabel 2. In- og eksklusionskriterier

Dataindsamling på afdelingerne

For at bakke op om forsøgets ånd om tilstedeværelse og øjenhøjde, har jeg besluttet, at jeg selv vil foretage dataindsamlingen gennem korte strukturerede interviews siddende ansigt-til-ansigt med patienterne på afdelingerne. Alle respondenterne er introduceret på samme vis eller tilstræbt samme vis med præsentationen:

"Jeg er interesseret i hvordan sygeplejerskerne kan blive bedre til at kommunikere og behandle vores patienter, så derfor har jeg nogle spørgsmål jeg gerne vil stille dig. Du kan ikke svare forkert. Det handler nemlig om hvordan du har oplevet det. Det handler i stedet for mig om, at svarene bliver så ærlige og konstruktive så muligt"

Dette er gjort for at sikre så ligefremme og ærlige besvarelser som muligt. Jeg har ikke optaget og transskriberet samtalerne, i stedet har jeg undervejs i interviewene noteret svarene i svarkategorierne på min spørgeguide (bilag 1), der introduceres i det følgende afsnit. Som afslutning i alle interviews har jeg gennemgået svarene med respondenterne, så jeg sikrer, at jeg ikke har misforstået og/eller fejlrefereret svar.

Forsøgets tidsrammer

Dataindsamlingen med respondenterne tager sit afsæt i de kommunikationssituationer, patienterne har haft i løbet af den givne dagvagt fra 07.00 - 15.00 på sengeafsnittene på dagen. Indsamlingen blev udført efter dagvagten i tidsrummet fra kl. 15.00-17.00. Denne form og dette tidsrum er valgt for at kunne sammenligne og generalisere den indsamlede data på tværs af afdelinger. Selve dataindsamlingen strakte sig fra den 7. november til 30. november, hvor jeg interviewede patienterne på afdelingerne 2 gange ugentligt. Disse intervaller er valgt for at sikre et så stort antal forskellige respondenter

som muligt. Samt for at sikre, at brede undersøgelsen ud på et så stort antal forskellige sygeplejersker som muligt.

Biases

Det er undladt at bruge undersøgelsesassistenter til indsamling af data. Disse bruges ofte i denne type undersøgelser til at maksimere antallet af respondenter, og vil i dette tilfælde have bestået af sygeplejersker på afdelingerne. Jeg undlader at bruge dem til indsamling af data for at minimere risikoen for et selektionsbias ift. hvilke respondenter, der inkluderes og hvilke data der indsamles. De vil have haft et incitament for at deres patienter giver positivt ladet svar, for at sætte dem selv i et godt lys, samt at deres data er "god" i relation til selve undersøgelsen (Vilstrup et al., 2023, 75).

Når det er sagt, er det vigtigt at være opmærksom på mit eget personlige bias. Sideløbende med undersøgelsen arbejder jeg på afdelingen som studerende. Af den grund besluttede jeg, at jeg ikke ville tage vagter på forsøgs- og kontrolafsnittet for at undgå, at jeg påvirkede forsøget (Vilstrup et al., 2023, 73). Af samme grund havde jeg for øje, at holde mig så neutral og objektiv som muligt i selve indsamlingssituationerne og udelukkende fokuserede på at fremkalde patienternes svar så reelt som muligt.

Juridiske og etiske overvejelser

Alle inkluderede respondenter blev informeret om forsøgets overordnede formål og har i den forbindelse leveret et informeret samtykke med en underskrevet samtykkeerklæring, der opbevares på Hjerteafdelingens forskningsafdeling på et aflåst kontor i et aflåst dokumentskab. Udkastet til samtykkeerklæringen er vedhæftet som bilag 2. Indsamlingen af samtykke foregår ved indsamlingstidspunktet, hvor respondenterne straks anonymiseres og bliver givet et id-nummer. Respondenterne har desuden fået udleveret informationsmateriale med kontaktoplysninger på mig, så de til enhver tid kan stille spørgsmål og tilbagekalde samtykke. Informationsmaterialet er vedhæftet som bilag 3. Begge disse juridiske bilag er udarbejdet efter Københavns Professionshøjskoles retningslinjer (Brønnum et al., 2023).

Introduktion til den strukturerede spørgeguide

Herunder vil jeg give et overblik over den udarbejdede spørgeguide. I dette afsnit vil jeg gennemgå spørgsmålenes konstruktion, skala og formål.

Spørgeguiden dannede rammen om det strukturerede interview. Denne form gjorde det muligt for mig at holde hvert interview ganske kort (5-10 min), og muliggjorde derfor inklusionen af flere respondenter end et semistruktureret interview ville have gjort. Dermed kunne jeg også ensrette, rammesætte og kvantificere dataen, så både databearbejdningen og indhentningen af data bliver sammenlignelig og giver de bedste vilkår for generaliserbare resultater (Vilstrup et al., 2023, 103).

I en del af forskning på området er det beskrevet, at der først efter 3 måneder har været målbare effekter af Commit To Sit-interventionen (Lidgett, 2016). For at imødekomme denne udfordring, har jeg valgt at inkludere to meget simple kvalitative spørgsmål i mit ellers struktureret interview, så jeg giver mig selv muligheden for også at omfavne patienternes kvalitative indsigter og pointer. Sproget er forsøgt holdt i et simpelt og neutralt sprog for at sikre en let forståelse af spørgsmålene. I spørgeguiden har jeg brugt forkortelsen 'spl.' frem for at skrive sygeplejerske.

Gennemgang af spørgeguide

ID__

Spørgeguide - Har vi tid til at stå op og tale med vores patienter?

Stue __ Afdeling __ Køn __ Alder __ Dato __

1) Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?
Antal gange __

2) Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?
Minutter __

3) Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?
__ Meget ofte __ Ofte __ Ind imellem __ Sjældent __ Slet ikke

4) Hvilke emner har du talt med spl. om i dag?

5) Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?
__ Meget god __ God __ Nogenlunde __ Mindre god __ Dårlig

6) I hvor høj grad oplever du, at spl. har tid til at tale med dig?
I meget høj grad __ I høj grad __ I nogen grad __ I mindre grad __ Slet ikke __

7) Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.?

8) I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med spl. ?
__ I meget høj grad __ I høj grad __ I nogen grad __ I mindre grad __ Slet ikke

9) Vil du foretrække at din spl. sidder ned, når I taler sammen?
__ Ja __ Nej __ Ved ikke

Afsluttende kommentarer

Billede 1. Spørgeguiden

Spørgsmål 1 og 2 er konstrueret, så de kan registreres i hver deres ratioskala med numeriske værdier. I 1. spørgsmål spørges der: "Hvor *mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?*", hvorefter værdien registreres i svarfeltet. I 2. spørgsmål: "*Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?*" efterspørges det patientens estimat af den tid, der er blevet brugt på at tale med vedkommende. I begge spørgsmål er der tale om oplevet tid eller situationer. Det er netop den oplevede tid jeg ønsker at undersøge, hvor jeg med disse spørgsmål får muligheden for at se, om der er en kausal association mellem det antal gange sygeplejerskerne har sat sig og de minutter patienten oplever, at samtalerne har varet.

Spørgsmålene 3, 5, 6 og 8 følger alle en ordinalskala, hvor svarmulighederne er rangordnet på Likert-skala 5 med et interval, hvor 1 er den laveste score til 5, der er den højeste (Se kodebog på bilag 4). Spørgsmål 3 spørges der: "*Hvor ofte oplever du,*

Spørgeguiden blev tematisk opdelt med tanke på, at spørgsmål kan påvirke besvarelsenerne på andre spørgsmål. Indledningsvist indhentes de beskrivende data - *stue, afdeling, alder, køn og dato*. Disse gør det muligt at lave en sammenligning, der er valid og har reliabilitet.

Alder, køn og stue er et værktøj til at afgøre om forsøgs- og kontrolgruppen kan betrages som repræsentative for baggrundspopulationen. Alder listes som konkret værdi, mens kønnet noteres i en kategorisk nominalskala, som biologisk køn ud fra CPR nr. - kønnene inddeles med talværdierne 1 = mand og 2 = kvinde.

at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?" Dette spørgsmål bruges til at undersøge, om der er tale om en enkeltstående forekomst, når respondenterne svarer på hvor mange gange sygeplejersken har sat sig i løbet af dagen. Spørgsmål 5: *"Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?"* har til formål at beskrive om, der skulle være sammenhæng mellem om sygeplejersken sætter sig ved patienten og deres relation. Ved spørgsmål 6: *"I hvor høj grad oplever du, at spl. har tid til at tale med dig?"* undersøger jeg, om der er en sammenhæng mellem den siddende tilstedeværelse og patienternes oplevelse af travlheden. Det 8. spørgsmål: *"I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med spl.?"* er et klassisk tilfredsheds-undersøgende spørgsmål. Med dette forsøger jeg at klarlægge, om der skulle være en sammenhæng mellem patienternes tilfredshed med kommunikationen og taburet-interventionen. Spørgsmål 4 og 7 er simple kvalitative spørgsmål. I spørgsmål 4 spørges der: *"Hvilke emner har du talt med spl. om i dag?"*. Jeg forventer at indsamle 2-3 emner fra hver respondenter i overskrifter. Her ønsker jeg at undersøge om emnerne overordnet kan klassificeres og om, de kan belyse sammenhænge mellem emnerne, relationer, samtalerne længde, og det har gjort en forskel at sygeplejersken har siddet ned eller ej. Spørgsmål 7: *"Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.?"* Bruges her til at undersøge om samtalerne har en forskellig karakter, når/hvis sygeplejersken har siddet og talt med patienten. Ved spørgeguidens sidste spørgsmål, 9: *"Vil du foretrække at din spl. sidder ned, når I taler sammen?"*, er der tale om en decideret meningsmåling blandt patienterne, hvor jeg ønsker svar på, om patienterne overhovedet ønsker, at sygeplejerskerne sidder ned, når vi taler med dem eller om det blot er en forestilling, jeg har båret med mig. Svarene kodes med talværdierne: 1 = ja, 2 = nej og 3 = ved ikke.

Analyse med mixed methods - En vej til patientens oplevelse

Jeg har valgt at gøre brug af både kvantitative og kvalitative analysemetoder. Derfor klassificeres dette som en indlejret mixed method tilgang.

Mann-Whitney U-testen - en non-parametrisk signifikansberegning

Databearbejdningsprogrammet IBM SPSS Statistics (SPSS) er blevet brugt til at analysere de kvantitative data. Her er den deskriptiv statistik og crosstabulation brugt til at sammenfatte, komprimere og give et overblik over undersøgelsens beskrivende data (Vilstrup et al., 2023, 94).

Jeg benytter mig af det, der kan kaldes t-testens non-parametriske artsfælle, Mann-Whitney U-test (Vilstrup et al., 2023, 164). Det er en af de mest almindelige non-parametriske statistiske regnemetoder, og bruges til en række forskellige formål, eksempelvis til effektberegninger af interventioner ud fra signifikans beregninger

(Petersen, 2023, 135; *Lærd Statistics*, 2015). For at kunne bruge Mann-Whitney U testen, skal dataen leve op til 4 kvalificerende antagelser. For det første skal de afhængige variabler være indsamlet på simple ratio skalaer eller som ordinale værdier. For det andet skal den uafhængige variabel være kategoriske på to grupper, mens den tredje antagelse går på, om observationerne er af hinanden uafhængige. Dvs. at respondenterne ikke fremgår mere end én gang i undersøgelsen i en af enten forsøgs- eller kontrolgruppen. Den fjerde antagelse går på, at spredningen af data skal være rimelig jævn. Det betyder at mine data som udgangspunkt lever op til de første 3 antagelser. Dog vil den 4. antagelse først kunne bedømmes ved visuel inspektion på beregnet data (McClenaghan, 2022; *Lærd Statistics*, 2015)

Mann-Whitney U-testen blev derfor brugt som hypotesetest til at undersøge om taburet-interventionen har haft en effekt eller ej og til teste om disse effekter er statistisk signifikante med $P < 0,05$ (Petersen, 2023, 134). Den uafhængige variabel i denne analyse er af den grund, om hvorvidt respondenterne har været en del af forsøgs- eller kontrolgruppen. De afhængige variabler på rangordnet ordinale- og simple ratio-skalaer blev derfor undersøgt med Mann-Whitney U-test som associations- og correlationsanalyse (*Lærd Statistics*, 2015).

Derfor har jeg valgt, at lave en statistisk hypotese-test, hvor nulhypotesen:

H_0 : *Tilstedeværelsen af taburetter har ingen betydning for patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem*

Står overfor den alternative hypotese:

H_1 : *Tilstedeværelsen af taburetter forbedrer patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem*

Dvs. at såfremt taburetterne ikke har en effekt, vil der ikke være en signifikant forskel på de to gruppers besvarelser (Vilstrup et al., 2023, 127). Ved brug af new-proceduren for Mann-Whitney i SPSS, regnes fordelingen, den eksakte signifikans for besvarelserne. Derudover udarbejdes også histogrammer, der har til formål at visualisere fordelingen af data (*Lærd Statistics*, 2015).

De enkelte ords betydning - hvad står der på og mellem linjerne?

I dette afsnit vil jeg beskrive min tilgang til den kvalitative data, der består af respondenternes ord, deres frekvenser i undersøgelsen og afsluttende kommentarer. Jeg har lånt analyseværktøjer fra litteraturvidenskaben for at give et indblik i patienternes oplevelse ud fra et relativt simpelt kilde-/datamateriale.

Med udgangspunkt i besvarelserne ved spørgsmål 4 og 7 vil jeg lave en komparativ ord- og tekstanalyse med øje for sammenhæng mellem både de kvantitative og kvalitative temaer og data. Her vil jeg naturligvis falde for min egen forforståelse, når der kigges og sammenlignes på tværs af ords betydning og værditilskrivelse (Friberg & Öhlén, 2014, 341)

Først vil jeg lade respondenternes ord gruppere, sammenfatte og kode for at skabe et overblik og forståelse for helheden. Jeg vil opdele besvarelsene i forsøgs- og kontrolgrupperne (afdeling 1 & 2) ved brug af wordclouds(ordskyer) for at skabe et visuelt produkt, der let og overskueligt kan analyseres ift. frekvenser af ord og ordklasser/kategorier og -typer, der efterfølgende kan analyseres. Disse er udarbejdet med den amerikanske hjemmeside tagcrowd.com. Derfor fremgår bogstaverne Æ, Ø og Å ikke i ordskyerne. Respondenterne har i dataindsamlingen haft mulighed for at få tilføjet afsluttende kommentarer efter dataindsamlingen. Disse udsættes for en induktiv indholdsanalyse i relation til de øvrige besvarelser (Mathar & Larsen, 2023, 40).

Undervejs vil jeg udvælge særlige ord, forekomster, sammenhænge, temaer, kategorier og undtagelser. Det er et forsøg på at begå en metonymisk analyse af ordenes konnotationer og denotationer (Nølke, 2023; Harder, 2022). En metonymi er et udtryk for, at en lille del kan udgøre og symbolisere en større helhed (Fafner, 2023). Derfor vil denne analyse kigge på hvordan enkelte ord, emner og sætninger, kan betragtes i den større helhed og kontekst som denne undersøgelse er foretaget i. Alle ord består af en denotation, hvilket også kan kaldes for grundbetydning, men foruden denne har en hel del ord også konnotationer, der betegnes som en værdi og med-betydning, der ikke kan adskilles fra den kontekst og det samspil, ordet er brugt i (Ulbæk, 2005, 28). Fælles for elementerne i denne kvalitative analyse del er, at jeg ønsker at kigge efter meningsbærende enheder for at bringe ellers skjulte nuancer og pointer frem i lyset sideløbende med og i association til kvantitative resultater (Mathar & Petersen, 2023, 43).

Resultater

Præsentation af den indsamlede data

De følgende tabeller og grafer vil illustrere om den indsamlede data afspejler baggrundspopulationen for patienter med akut og kritisk hjertesygdom og kan understøtte undersøgelsens validitet og reliabilitet (Petersen, 2023, 110). Oversigten over alle indsamlede data er vedlagt som datamatrice på bilag 5.

Respondenterne fra hjerteafdelingen

I det følgende gennemgår jeg opgørelserne af alder, køn og indsamlingsdato for respondenterne samlet, men også fordelt på kontrol- og forsøgsgrupper, hvor det er hensigtsmæssigt. Disse er udført med SPSS' værktøjer til deskriptiv statistik.

I alt er der lavet interview med 39 patienter fordelt på de to afdelinger.

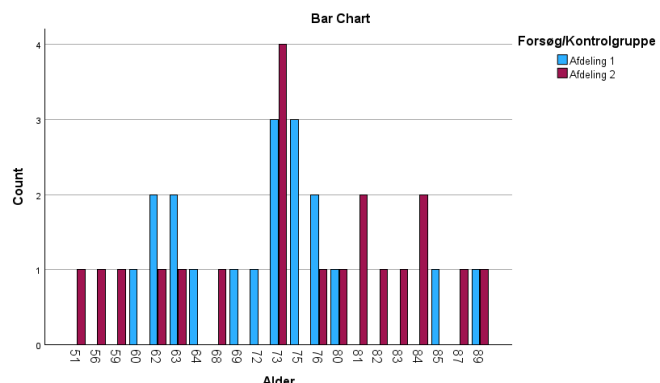
		Forsøg/Kontrolgruppe			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Afdeling 1	19	48,7	48,7	48,7
	Afdeling 2	20	51,3	51,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Undervejs er 5 patienter blevet fravalgt, kva delir eller mistanke derom.

Covid-19 er desværre stadig en faktor. Derfor er der ekskluderet 2 patienter i isolation. Ud fra afdelingens princip om mindst muligt unødvendig gang og hold på isolationsstuer har dette vægtet højere end mine undersøgelsesformål. 1 patient har afvist at deltage. Patienter der på indsamlingsdatoerne har været til undersøgelse og behandling på anden hospitaalsafdeling er også blevet fravalgt. Det drejer sig om 7, hvoraf enkelte efterfølgende er blevet inkluderet på et senere tidspunkt.

Alder

Respondenterne spænder i alderen fra 51 til 89 år. Gennemsnitsalderen for respondenterne er 73 år. Foruden dette fordeler respondenterne sig relativt jævnt på begge afdelinger.



Graf 1. Barchart over aldersfordelingen

Kønsfordeling

Den kønslige fordeling fremgår af tabellen højre for og viser at undersøgelsen har besvarelser fra 53,8 % mænd mod 46,2 % kvinder. Imidlertid er der ikke lige kønsfordelingen, når der kigges nærmere på fordeling mellem forsøgs- og kontrolgruppe. Det fremgår, at der er flere mandlige respondenter på afdeling 1 og omvendt flere kvindelige respondenter på afdeling 2.

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Køn	Mand	12	9	21
	Kvinde	7	11	18
Total		19	20	39

Tabel 4. Kønsfordeling

Indsamlingsperioden

I forsøget på at skabe gennemsigthed og overblik ifm. dataindsamlingsperioden har jeg valgt at udarbejde tabel 4. Denne viser, at jeg indsamlede 5 besvarelser pr. indsamlingsdag frem til den sidste dag, hvor det lykkedes at samle 4 besvarelser. Jeg skiftede mellem hhv. 3 og 2 besvarelser fra hvert afsnit.

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Indsamlingsdato	07.11.23	3	2	5
	09.11.23	2	3	5
	14.11.23	3	2	5
	17.11.23	2	3	5
	21.11.23	3	2	5
	23.11.23	2	3	5
	28.11.23	2	3	5
	30.11.23	2	2	4
	Total	19	20	39

Tabel 5. Oversigt dataindsamlingen

Oversigt over besvarelserne på undersøgelsesspørgsmål

For at sikre den bedst mulige transparens, har jeg valgt at inkludere fælles deskriptive opgørelser af respondenternes ordinale og simple skala-besvarelser på bilag 6. Af bilaget fremgår en liste over spørgsmål og dertilhørende frekvens og procentuel inddeling samlet for både kontrol- og forsøgsgruppen (hhv. 2 og 1). Respondenternes skriftlige besvarelser vedlægges som bilag 7 og 8.

Resultatbearbejdning og analyse

Resultat og analyse af Mann-Whitney U Tests

Mann-Whitney U testen er blevet udført i SPSS på dataen fra spørgsmålene 1, 2, 3, 5, 6 og 8. I dette afsnit præsenteres en oversigt over output fra udførte hypotesetests på tværs af afdelingerne.

Ud fra nedenstående tabeloversigt gennemgås om nul-hypotesen holder eller om den alternative hypotese accepteres ift. signifikansberegningerne.

Mann-Whitney U Test på tværs af Afd.1 + Afd.2		
Spørgsmål	Signifikansberegning (P)	Afgørelse
1	< 0,001	Afvis nulhypotese
2	0,003	Afvis nulhypotese
3	< 0,001	Afvis nulhypotese
5	0,101	Accepter nulhypotese
6	0,006	Afvis nulhypotese
8	0,771	Accepter nulhypotese

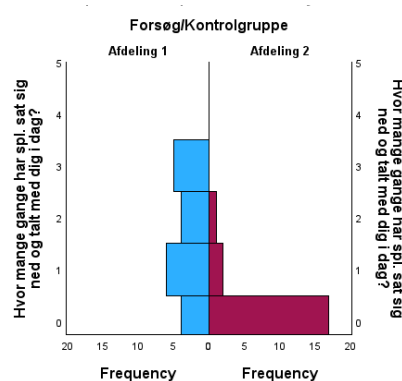
Tabel 6. Signifikansberegninger - Mann Whitney U Test

Tabellen ovenfor viser de eksakte signifikansberegninger, hvor signifikans vises ved $P < 0,050$. Det betyder at nul-hypotesen som udgangspunkt kan afvises ved spørgsmål 1, 2, 3 og 6, mens nulhypotesen accepteres ved spørgsmål 5 og 8. Disse gennemgås nu opdelt, for efterfølgende at samle resultaterne i en fælles konklusion. Dataoutput og mean-beregningerne af besvarelserne er vedhæftet som bilag 9. Ved visuel inspektion afgør jeg, at fordelingerne af data er tilstrækkeligt velfordelt til, at de lever op til den fjerde antagelse. Mann-Whitney U testen kan derfor bruges til at afgøre den statistiske signifikans i disse tilfælde. Mann-Whitney U testen udføres med udgangspunkt i medianværdier, men for at nuancere beregningerne vælger jeg i gennemgangen at medregne mean-værdierne.

Gennemgang af de afviste nul-hypoteser

Spørgsmål 1: Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?

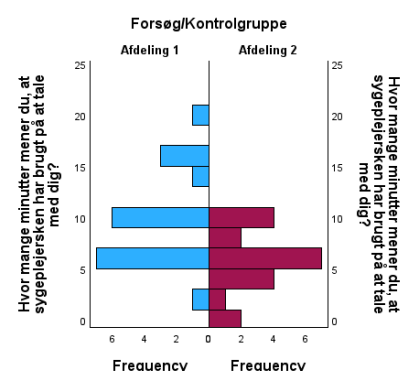
Det fremgår at mængden af gange sygeplejerskerne bedømmes til at have siddet hos patienterne, har været signifikant højere på afdeling 1 med mean = 1,53 overfor afdeling 2 med mean = 0,20, og en $P < 0.001$. Derfor antages det, at taburet-interventionen har haft en effekt på dette aspekt af undersøgelsen.



Graf 2. Histogram over fordelingen i spg. 1

Spørgsmål 2: Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?

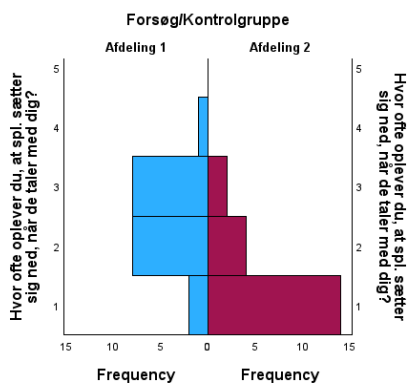
Patienternes oplevelse af tiden brugt på samtaler er estimeret til at være signifikant højere på afdeling 1 der har mean = 9,32 overfor afdeling 2 med mean = 5,15. Sammen med $P = 0,003$ viser disse at taburetterne har haft en forlængende effekt på patienternes oplevelse af tiden brugt på samtalerne med dem.



Graf 3. Histogram over fordelingen i spg. 2

Spørgsmål 3: Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?

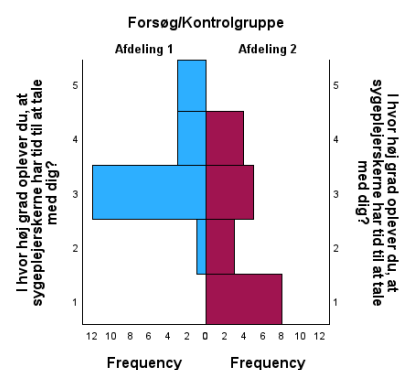
Patienterne oplever oftere, at sygeplejerskerne sætter sig ned på afdeling 1, hvor mean = 2,42. Dog ligger besvarelsene ganske samlet i den lave ende af skalaen, men kva den store overvægt 14 gange "slet ikke" fra afdeling 2, hvilket giver mean = 1,40. Mann-Whitney U testen viser en $P < 0,001$, og derfor, at taburetterne har haft en signifikant effekt på hvor ofte sygeplejersken sætter sig.



Graf 4. Histogram over fordelingen i spg. 3

Spørgsmål 6: I hvor høj grad oplever du, at spl. har tid til at tale med dig?

Sygeplejerskerne blev af patienterne bedømt til at have bedre tid til samtaler på afdeling 1 med mean = 3,42 overfor afdeling 2 med mean = 2,25. Her er $P = 0,005$. Dataen fortæller derfor, at taburet-interventionen har haft en signifikant indvirkning på patienternes oplevelse af sygeplejerskernes travlhed.



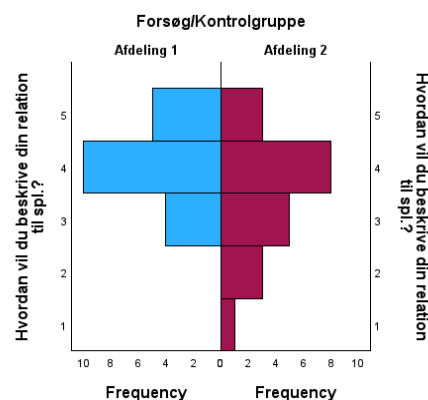
Graf 5. Histogram over fordelingen i spg. 6

Gennemgang af de accepterede nul-hypoteser

Spørgsmål 5: Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?

Ud fra besvarelsene er der ikke nogen signifikant forskel på afdeling 1, der har mean = 4,05 og afdeling 2 hvor meanværdien er = 3,45. P er på dette spørgsmål udregnet til 0,101. Dog er det en betragtning værd, at afdeling 1 tæller ingen besvarelser i svarkategorierne "Dårlig" og "Mindre god", mens der er 4 besvarelser i denne del af spektret for afdeling 2.

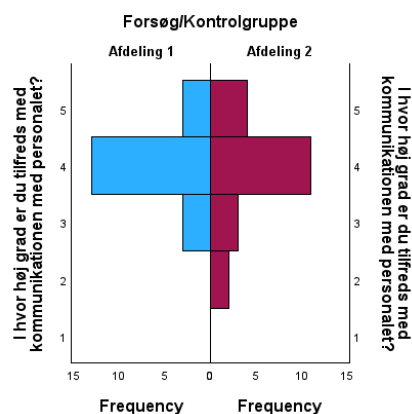
Denne forskel har dog ikke været stor nok til at kunne påvise en sammenhæng mellem taburet-interventionen og patienternes oplevelse af relationen til sygeplejerskerne.



Graf 6. Histogram over fordelingen i spg. 5

Spørgsmål 8: I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med spl. ?

Når det kommer til den målte tilfredshed med kommunikationen hos patienterne, har der ikke været en signifikant effekt af taburet-interventionen, hvor p er udregnet til 0,771. På afdeling 1 er mean = 4 og på afdeling 2 er mean = 3,85.



Graf 7. Histogram over fordelingen i spg. 8

Vil du foretrække at din sygeplejerske sidder ned, når I taler sammen?

Jeg har valgt at bearbejde denne del af data deskriptivt med en tabel fra SPSS som output. Det fremgår af tabel 7 at patienterne ønsker at sygeplejerskerne

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Vil du foretrække at din sygeplejerske sidder ned, når I taler sammen?	Ja	13	15	28
	Ved ikke	6	5	11
Total		19	20	39

Tabel 7. Deskriptivopgørelse af spørgsmål 9

sætter sig, når de skal tale med patienterne. Ingen af patienterne har svaret "nej" til dette spørgsmål. Derimod er besvarelsene fordelt således at 71,8 % har svaret "ja" til at de foretrækker at sygeplejersken sætter sig, mens 28,2 % har svaret "ved ikke". Det er en tendens, der går igen på både afdeling 1 og 2, og derfor har taburet-interventionen ikke haft en påvist effekt på, om patienterne ønsker at sygeplejerskerne sidder eller ej.

Ordskyerne iført komparativ ord- og tekstanalyse

I dette afsnit vil jeg analysere ordskyerne for spørgsmål 4 og 7 (Bilag 7) samt de afsluttende kommentarer ganske kort (bilag 8).

Hvilke emner har du talt med sygeplejersken om i dag?

Ved første øjekast var det svært at fremdrive forskelle i besvarelserne mellem afdeling 1 og 2, når det kommer til emnerne sygeplejerskerne har talt med patienterne om ud fra ordskyerne (Bilag 7), da der på frekvensniveau ser der ud til at være nogenlunde samstemmighed. Af den grund har jeg valgt at kategorisere emnerne i en tabel med 4 temaer ud fra ordenes denotative betydning: Behandling, symptomer, omgivelser og fritid.

Temaer/afd.	Afdeling 1	Afdeling 2
Behandling	Blodtryk, Ekg, Kag, Undersøgelser, Sygdom, Vask, Medicin, Bad	Blodprøver, blodsukker, blodtryk, dosering/medicin, ekg, kag, helbred/sygdom, hjertet, operation, sting medicin
Symptomer	Åndedræt, smerter, Tryghed	
Omgivelser	Pude, udskrivelser, transport, tilpasning, behandlingsplan, hjemmesituation, mad	Hjemmehjælp, tilværelse, rent, tøj, transport, udskrivelser, visitering, opfølgning, håndklæder
Fritid	Etnicitet, identitet, fodbold, vejr/vejret/vind	Bøger

Tabel 8. Inddeling af ordkategorier - Spørgsmål 4

I tabellen ovenfor er det tydeligt, at der er en relativt god lighed om emnerne, der relaterer sig til patienternes behandling og omgivelser. Dog åbenbarer der nogle forskelle, når det kommer til emnerne, der drejer sig om patienternes symptomer og fritid. Her er der en mindre overvægt hos afdeling 1 af emner, der direkte omhandler patienternes velvære og velbefindende, mens jeg i besvarelser fra afdeling 2 ikke fandt samme type ord. Det samme gør sig gældende ved emnerne, der ikke omhandler patienternes behandling, hvor der på afdeling 1 har været flere samtaler rettet mod fritid og personlighed.

Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med sygeplejersken

Jeg undersøger her de ord, der har flest forekomster i ordskyerne på hhv. afdeling 1 og 2 (se figur 4 & 5 nedenfor), for at de udledte pointer har bedst mulig vægt og validitet på tværs af grupperne. Det betyder samtidigt, at jeg sorterer i besvarelserne og i nogen grad ser bort fra enkelt forekomster og ligheder på tværs af grupperne.

Det hyppigst nævnte ord på afdeling 1 er ordet 'søde' med 5 forekomster, mens det mest brugte ord på afdeling 2 er ordet 'korte' med 8 forekomster. Her er forskellen

mellem de to afdelinger tydelig, da ordet 'korte' kun er blevet nævnt 3 gange på afdeling 1.

Ordsky: Afdeling 1

abne (1) afslappet (1) betryggende (1) empatiske (1) faglige (1) flinke (1)
 forklarende (2) glade (1) gode (1)
 hjælpsomme (3) informativt (1) informerende (1)
 korte (3) lette (1) ligefremme (1) lyttende (2)
 nærværende (2) observante (1) omsorgsfulde (1)
 oplysende (1) opmærksomme (1) opsøgende (2) ordentlige (1)
 overfladiske (1) professionelle (2) rolige (1)
 søde (5) svarende (2) tålmodige (2)
 tilfredsstillende (1) troværdige (1) udadvendte (1) vejledende (1) venlig (1)
 vidende (1)

Figur 4. Ordsky - Afdeling 1 - spørgsmål 7

Ordsky: Afdeling 2

abne (1) afdelingen (1) afvisende (1) anerkendende (1) dejlige (1) effektive (1)
 empatiske (1) engageret (1) faglige (1) forvirrende (1) information (1)
 informative (1) konstruktive (1) korte (8) løse (1) lydhøre (1)
 manglende (1) opsøgende (1) optimistiske (1) overfladiske (1) præcise (1)
 praktiske (2) professionelle (2) rare (1) rolige (1)
 sludrende (1) smilende (1) søde (5) tilstede (1) travle (5)
 uddybdende (1) ufuldstændigt (1) upersonligt (1) upræcis (1) usikre (1)
 venlige (7)

Figur 5. Ordsky - Afdeling 2 - spørgsmål 7

Dog er der i ordskyen for afdeling 2 også en del forekomster af både ordene 'søde' og 'venlige'. Derfor betyder det ikke, at afdeling 1 opfattes som værende sødere eller mere vellidte end afdeling 2, men i stedet at patienterne oplever samtalerne med sygeplejerskerne på afdeling 2 som travle og mere kortfattet. Dette understreges videre af ordet 'travle' er blevet brugt 5 gange til at beskrive samtalerne på afdeling 2.

Venlig har som ord næsten samme denotative betydning som ordet 'søde', dog bærer 'venlig' en større både personlig og følelsesmæssig distance med sig, når vi kigger på ordets konnotationer. Venlig er i højere grad et ord, man ville bruge om fremmede, mens 'søde' peger i retning af, at en form for relation er etableret.

I ordskyen for afdeling 1 optræder der flere ord, der har selve sygeplejerskernes ageren i samtalerne som omdrejningspunkt. Ordene 'hjælpsomme', 'lyttende', 'opsøgende', 'nærværende' og 'tålmodige' er alle positivt ladet ord, der har flere end en enkelt forekomst på afdeling 1. I besvarelserne fra afdeling 2 finder jeg også positivt ladede ord, men disse har enkelte forekomster. Det er ord som eks. 'anerkendende', 'optimistiske', 'dejlige', 'empatiske' og 'konstruktive'. Forskellen i frekvenserne beretter om en større identifikation af positive indtryk på afdeling 1, men også ordene bærer en forskel med sig. På afdeling 1 har de fleste positive ord en aktiv handling som deres udgangspunkt, hvor det lyttende, hjælpsomme og nærværende står overfor mere passive positive dyder som optimisme, empati og anerkendelse. Disse betragtninger bakkes op af, at jeg i besvarelserne fra afdeling 1 kun finder et enkelt direkte negativt ladet ord, 'overfladiske'. Hvorimod der i besvarelserne fra afdeling 2 er flere forekomster af negative ladet ord. Jeg kan her fremhæve ordene 'afvisende', 'ufuldstændige' og 'upersonligt', som eksempler herpå.

Derfor indikerer disse ordskyers små delelementer overordnet, at patienterne overordnet på afdeling 1 har oplevet samtalerne som værende både mere behagelige og af en mere betydelig dybde end for patienterne på afdeling 2.

Respondenternes afsluttende kommentarer

I denne delanalyse vil jeg kort gennemgå respondenternes afsluttende kommentarer (Bilag 9). Jeg har udvalgt de udsagn, der har samtalerne som omdrejningspunkt.

Ganske påfaldende har 3 respondenter fordelt på begge afsnit uafhængigt af hinanden valgt at tilføje udsagn, der alle påpeger, at patienterne også har et ansvar for dialogen med sygeplejerskerne. *“Man er selv ansvarlig for dialogen”, “Man skal selv være opsøgende” og “Man får svar som man spørger”*. Det viser, at de er bevidste om de kommunikative situationer i sundhedsvæsenet og at de ønsker at være aktive partnere og bidrage til og præge kommunikationen, så den bliver så god som mulig.

Respondenterne på begge afdelinger refererer også til det travle sundhedsvæsen, hvilket pænt taler sammen med de foregående analyser. Ved udsagnene *“Det virker ikke til, at de har tid, og de virker til at være i tvivl” og “Kommunikationen består ofte bare af overlevering af informationer”* fortæller patienterne, at kommunikationen er både sparsom tidsligt og informativt, men også at den er blevet oplevet som ensidig og praktisk.

I forbindelse med den udførte taburet-intervention, har respondenterne også et par interessante betragtninger. Bla. har en respondent på afdeling 2 beskrevet at pågældende *“Har svært ved at høre, derfor ville jeg gerne at spl. sidder ned”*. Dette udsagn fortæller, at respondenter tidligere har oplevet problemer ved at høre og hvad sygeplejerskerne har sagt, hvilket er et stort problem for den videre behandling af patienten. Det tidslige aspekt fylder også i disse afsluttende kommentarer, eksempelvis beskriver en respondent på afdeling 1 at *“Når spl. sætter sig signalerer de, at de har god tid, men de kan være svære at få kontakt til”*. Dette viser at patienterne tolker på sygeplejerskernes tilstedeværelse, og at taburetterne her ville kunne være med til at indirekte kommunikere tid og rum til samtale med patienterne. Det bakkes op af, at to respondenter fra afdeling 2 tilføjer, at *“Øjenhøjde er vigtigt”* for deres kommunikation med sygeplejerskerne.

Diskussion

Her vil jeg behandle og vurdere metodevalg og resultater for at kunne sammendrage en ud fra undersøgelsen en plausibel, stærk og konsistent konklusion.

Diskussion af taburet-interventionens resultater

I denne del vil jeg vurdere resultaterne og deres betydning i forhold til udvalgt forskning, teoretikere og teori om omsorg, nærvær og kommunikation. Særligt vælger jeg at benytte mig af Kari Martinsen, Hartmut Rosa og en enkelt rapport fra Etisk Råd.

Taburet-interventionen har haft en signifikant effekt på patienternes oplevelse af, hvor ofte sygeplejerskerne sætter sig ned, og hvor meget tid de bruger på samtaler med patienterne. De statistiske resultater kan forklares ved, at taburetterne har gjort det nemmere for sygeplejerskerne at sætte sig ned og tale med patienterne. Dette har medført at patienter har oplevet, at de får mere tid og opmærksomhed fra sygeplejerskerne. Patienterne på afdeling 1 har oplevet samtalerne med sygeplejerskerne som værende mindre travle og af en mere betydelig dybde end patienterne på afdeling 2. De kvalitative resultater viser, at patienterne på afdeling 1 har oplevet samtalerne med sygeplejerskerne som værende mere engagerede og nærværende. Dog kan der ikke argumenteres for, at der er en association mellem taburet-interventionen og patienternes tilfredshed med kommunikationen og relationen til sygeplejerskerne. Desuden gav patienterne i overvejende grad udtryk for, at de ønskede, at sygeplejerskerne sidder ned, når de taler med dem. Undersøgelsens resultater er derfor i tråd med tidligere forskning, der viste at siddende kommunikation og sygepleje kan have en positiv indvirkning på patienternes oplevelse af sygeplejerskernes kommunikation og tilstedeværelse (Lidgett, 2016; Swayden et al., 2012).

Et særligt interessant resultat af denne undersøgelse er den forskelligt opfattede tid. Respondenterne på afdeling 1 oplevede generelt, at sygeplejerskerne sad mere ned, var mindre travle og brugte mere tid på at tale med dem. Når respondenterne anslår tiden brugt med dem til at have været længere på afdeling 1, betyder det derfor at de har oplevet, at samtalerne har føltes længere - ikke at samtalerne nødvendigvis har været det. Det kan skyldes, at den siddende kommunikation har givet en større følelse af nærvær og værdi for patienterne. Dermed kan den forlængede oplevede tid også danne grobund for at nærværende omsorg og relationsdannelse kan opstå mellem sygeplejerske og patient på sigt. Netop dette underbygger resultaterne fra den kvalitative analyse, der viser at patienterne oplevede sygeplejerskerne som mere tilgængelige, samt at samtalerne var mere dybdegående og meningsfulde.

Risikoen ved det modsatte; at patienterne oplever, at vi ikke har tid til at tale med dem, er at patienterne ikke får sagt, hvordan de egentlig har det eller ønsker deres behandling. Patienterne ønsker ofte ikke at forstyrre sygeplejerskerne, fordi de fornemmer og ved hvor travle de er. Hvilket en respondent fra afdeling 1 bakker op med kommentaren: *“Ønsker generelt ikke at forstyrre spl.”*(bilag 9). Derfor vil der være nogle vigtige elementer af patienternes væren: bekymringer, udfordringer og utryghed, som aldrig bliver opdaget.

Det Ethiske Råd udgav forrige år en rapport og 7 budskaber med fokus på ‘Omsorg i sundhedsvæsenet’. Heri beskrives det, at:

“...udvise omsorg for en patient fordrer, at man er sanseligt nærværende og retter sin opmærksomhed mod patienten. Det fordrer også et overskud, fordi man er nødt til at være fuldt tilstede i de situationer, hvor patienten er klar til at give udtryk for sine inderste ønsker, tanker og forhåbninger” (Det Ethiske Råd, 2021 s.9).

Denne beskrivelse understreger vigtigheden af at være nærværende for vores patienter. Ifølge Kari Martinsen går nærvær og omsorg hånd-i-hånd. Nærværet opstår kun, hvis man er sansende, opmærksom og sårbar med hele sin person (Martinsen, 2018). Nærvær og gode patientrelationer er et uundgåeligt aspekt af god, omsorgsfuld og helhedsorienteret sygepleje. Under et nyligt foredrag (oktober 2023) på Diakonissestiftelsen, talte Martinsen om koblingen mellem tiden, nærværet, relationerne og Hartmut Rosas resonans-begreb. Hartmut Rosa inddrages i denne kontekst, da han ligeledes mener, at omsorg er en vigtig faktor i at skabe mening og tilhørsforhold gennem livet, og at denne først kan opstå når vi møder den anden i deres væren. Her er tale om en verdensbegræftelse, og den er beskrevet som *“en basal accept og positiv bedømmelse af den menneskelige verdensrelation”* (Rosa, 2021, 167), hvilket kan betragtes som den naturlige og sansende videreførelse af relation og omsorg, der sikrer at man ikke bliver fremmedgjort fra sig selv, sine medmennesker og livsverden (Rosa, 2021, 452).

I Bevegelig Berørt (2018) skriver Martinsen at *“hastigheden er i ferd med å bli ineffektiv”* (Martinsen, 2018, 43). Hvilket taler sammen med undersøgelsens resultater om den oplevede tid. Martinsen beskriver videre paradokset, at det ikke nødvendigvis giver mere tid, når man skynder sig meget (Martinsen, 2018, 53). Tværtimod bliver risikoen for ineffektivitet og fejl større, samt at hastigheden ofte kan skygge for det sansende nærvær. Dette behandler Martinsen bla. i afsnittet *“Tiden er knapp, utnyttet den”* (Martinsen, 2018, 57). Derfor kan man med fordel skabe bedre tid for sig selv og sine patienter. Her kan sygeplejersker bruge netop taburet-interventionen som redskab til at skabe et rum, hvor tiden og nærværet får bedre vilkår. Dermed kan taburet-interventionen bruges til at træde ud af den ineffektive hastighed, og effektivisere den tid sygeplejerskerne har til rådighed.

Derfor efterlader denne undersøgelse af, om taburet-interventionen kan forbedre patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem, mig med spørgsmålet:

Har vi tid til at stå op og tale med vores patienter?

Diskussion af undersøgelsens metode og kausale association

Trods der i denne undersøgelse er brugt både kvantitative metode og en anelse kvalitativ analysetilgang, så vil afsættet for denne metodediskussion være fokuseret på de kvantitative kvalitetskriterier som validitet og reliabilitet, supporteret af enkelte kvalitative kriterier (Frederiksen et al., 2023, 161). Prioriteringen er lavet ud fra undersøgelsens overvægt mod det kvantitative felt.

Design

Valget af det kvasi-eksperimentelle forsøgsdesign blev gjort i et forsøg på at skabe de bedst mulige forudsætninger for undersøgelsens formål. Det kvasi-eksperimentelle design gav mig mulighed for at udføre forsøget med en nogenlunde matchende forsøgs- og kontrolgruppe. Det er det bedst mulige og mest udførbare valg af design i dette tilfælde, da det ikke er muligt for mig at udføre en randomiseret allokering. Ud fra de vilkår undersøgelsen blev udført i, mener jeg, at denne metode giver den stærkest mulige reliabilitet, når det ikke har været muligt at lave et RCT. Mann-Whitney U testen vil derfor være det oplagte valg, når undersøgelsen bruger både afhængige ordinale og ratioskala variabler (Vilstrup et al., 2023, 153).

Det er dog vigtigt at bemærke, at undersøgelsen er begrænset af at være baseret på et relativt lille antal respondenter (N=39). På trods af disse begrænsninger giver undersøgelsen dog et vigtigt bidrag til forskningen i, hvordan taburet-interventionen kan bruges til at forbedre patienternes oplevelse af sygeplejen.

Validitet og reliabilitet

I relation til undersøgelsens interne validitet er det relevant at vende eventuelle informationsbias ift. spørgeguiden. I løbet af dataindsamlingen blev det tydeligt, at spørgsmål 4 og 7 var svære at besvare for nogle af respondenterne. Hvorfor der også er enkelte besvarelser uden svar her. Derfor udarbejdede jeg en ændret hjælpepetekst til både spørgsmål 4 og 7. Det hjalp patienterne undervejs, at spørge om de kunne "*nævne hvilke emner de havde talt med sygeplejersken om i overskrifter?*". Til spørgsmål 7, hjalp det patienterne, hvis jeg i stedet blot sagde "Beskriv med 3 eller få ord dine samtaler med spl.?" i stedet for at det absolut skulle være 3 eller tillægsord.

En videre betragtning ift. spørgeguide er, at spørgsmål 5, hvor jeg beder respondenter om at beskrive en relation, og derefter præsenterer en Likert-skala, virker både kontraintuitivt og kluntet. Selve skalaen er heller ikke fordelagtigt inddelt og fremstår anklagende frem for at henvise til et kendskab mellem de to parter. Netop den anklagende form kan have været med til at påvirke resultaterne, da det må antages at være svært for patienterne at kritisere en sygeplejerske, der ellers arbejder for at hjælpe dem. I samme regi, kan spørgsmålet om tilfredshed med kommunikationen findes, hvor det nemt kan mistolkes og responderes på som en overordnet tilfredshedsmåling ift. behandlingen - hvilket bestemt ikke var formålet med undersøgelsen. Foruden disse aber dabej vil jeg dog argumentere for, at der er en relativt god og stærk sammenhæng mellem den udarbejdede spørgeguide, og undersøgelsesspørgsmålet, da operationaliseringen gør det muligt, at undersøge det kommunikative fænomen ud fra omkringliggende faktorer som oplevet tid, rammer og samtalerne dybde og form. Dette styrker den eksterne validitet. Ift. til dette har jeg undervejs også slettet stuenumre fra besvarelserne, da jeg ikke ville bruge dem i analysen af data og samtidigt udgør de en minimal, men dog stadig en risiko ift. anonymiseringen af patienterne.

Interviewet og den strukturerede spørgeguide er en afprøvet dataindsamlingsmetode, der er særligt god til at fremkalde og indfange meninger og oplevelser over mange observationer, hvilket følger undersøgelsens formål (Frederiksen et al., 2023, 34). Jeg kunne dog have haft en større sikkerhed ved at optage og transskribere samtalerne. Det ville have styrket transparensen, men kva besvarelsernes korte og simple natur har jeg valgt at prioritere et øget antal respondenter over den større arbejdsbyrde transskriberingerne ville kræve (Frederiksen et al., 2023, 162). Derfor vil jeg argumentere for, at der er rigelig sikkerhed i den efterfølgende fælles gennemgang af besvarelserne. Jeg har allerede fra start været bevidst om eventuelle faldgruber og områder, hvor jeg skal være opmærksom på ikke at lede og påvirke respondenternes svar men fremkalde respondentens svar mest objektivt, så der er størst mulig garanti for at dataen er valid.

I forhold til forsøgs- og kontrolgruppen er det forsøgt sikret, at disse har været så godt matchet som muligt, så en overvejende mængde confounders elimineres, så der således sikres en øget reliabilitet. Forsøgs- og kontrolgruppens aldersinterval (51-89 år) stemmer overens baggrundspopulationen, da risikoen for at udvikle hjertesygdom stiger med årene og at halvdelen af danskerne over 55 år rammes af en hjerte-kar-sygdom (Hjerteforeningen, 2023). Ligeledes har begge grupper et samlet aldersgennemsnit på 73, hvilket korrelerer med, at den gennemsnitlige alder for udvikling af hjertesvigt er 72 år (Kjærgaard, 2021). Denne undersøgelse har flere besvarelser fra mænd end kvinder. Det kan skyldes, at kvinder rammes senere af

hjerter-kar-sygdom end mænd, da de kvindelige kønshormoner har en beskyttende effekt frem mod menopause, men særligt kva at mænd generelt lever mere usundt og med flere risikofaktorer kvinder (Hjerteforeningen, 2023). Den eneste faktor der er forskellige mellem de to grupper er kønsfordelingen, hvilket kunne være et resultat af en stokastisk variation. Dog har respondenterne ens aldersfordeling, lignende sygdomshistorie, og vilkår på afdeling ift. tid, samme personale, travlhed og minimumslængde på indlæggelserne.

Perioden fra d. 5. oktober til 5. november, valgte jeg at bruge som wash-out-periode med det formål at styrke pålideligheden og validiteten af resultaterne, således at taburetterne var blevet en mere naturlig del af sygeplejerskernes praksis før jeg begyndte dataindsamlingen (Billhult & Gunnarsson, 2014, 122). Derudover har de mange indsamlingsdage gjort det muligt at brede besvarelserne ud på mange forskellige sygeplejerskers behandling og kommunikation. Netop sygeplejerskerne er et gennemgående holdepunkt i undersøgelsen, da de alle har haft vagter skiftende på begge afsnit, og af den grund er med til at underbygge reliabiliteten og validiteten.

En intermediær faktor i udførelsen af interventionen, kan dog være sygeplejerskernes bevidsthed om forsøget. Derfor vil der være risiko for, at Hawthorne-effekten kan have påvirket dataindsamlingen (Aarhus Universitet). Det betyder, at de kan have været tilbøjelige til at sætte sig mere ned generelt og være mere opmærksomme på kommunikationen på tværs af begge afsnit. De fleste variabler er dog ens for begge afdelinger, hvilket muliggør en direkte sammenligning, da forsøgs- og kontrolgruppen har så mange fællestræk, og derfor det kun den eksperimentelle manipulation i kraft af indsættelsen af taburetten som eneste væsentlige forskel mellem de to grupper patienter. Netop dette mener jeg giver undersøgelsen en relativt stærk validitet og overførbarhed til andre sengeafsnit med samme grad af akut og kritisk syge patienter.

Konklusion

På baggrund af undersøgelsens resultater kan det konkluderes, at taburetter på patientstuerne kan være et simpelt, billigt og effektivt middel til at forbedre patienternes oplevelse af sygeplejen. Taburet-interventionen forbedrer sygeplejerskernes vilkår og omstændigheder, når det kommer til at skabe et rum, hvor patienterne føler, at der er tid til dem. Overordnet er der kausal association og signifikant effekt af taburetterne på de områder, der henvender sig konkret til det antal gange som sygeplejersken har siddet, den oplevede tid og oplevelsen af travlhed. Dette bakkes op af den ord- og tekstanalyse, der grundlæggende viste en tydelig sammenhæng mellem tilstedeværelsen af taburetter og patienternes oplevelse af sygeplejerskernes tilstedeværelse, travlhed og kommunikationens dybde. Derfor kan det, baseret på undersøgelsens resultater og teorier om omsorg, nærvær og kommunikation, konkluderes, at taburet-interventionen bidrager til at skabe en mere omsorgsfuld og nærværende sygepleje. Grundlæggende er det også tydeligt, at patienterne ønsker, at sygeplejerskerne sidder mere ned, når de taler med dem.

Dog har taburet-interventionen ikke haft en signifikant indvirkning på de dele af undersøgelsen, der beskæftiger sig med patienternes oplevelse af tilfredsheden med kommunikationen og relationen til sygeplejerskerne. Det er derfor vigtigt at have i mente, at denne undersøgelse er udført over en ganske kort periode, og at der er tale om en relativt lille test af taburettens og den siddende kommunikations effekt på patientoplevelsen. Derfor peger resultaterne i denne undersøgelse på nogle stærke tendenser og områder med potentiale, der med fordel kan forskes yderligere i. Samlet set antyder denne undersøgelse at taburet-interventionen er et lovende initiativ, der kan forbedre patientoplevelsen i flere henseender.

Implikationer for praksis

Foruden at give sygeplejerskerne et samtaleredskab, kan taburet-interventionen også bære flere andre afledte effekter med sig. Eksempelvis kan tabureten bruges, når der skal tages blodprøver, lægge perifere venekateter og udføre sårpleje. Det kan forbedre sygeplejerskernes arbejdsstillinger og minimere tiden brugt på at hente skamler eller indstille patient-sengene til arbejdet. Imidlertid kan taburetterne også på sigt bruges som et kommunikationsredskab i sig selv, hvor tabureten kan bruges af sygeplejerskerne til at signalere, om man har tid eller ej til at tale med patienten.

Det er dog vigtigt at huske, at taburet-interventionen ikke skaber mirakler. Det er blot et værktøj, der kan hjælpe sygeplejersker til at optræde mere nærværende og omsorgsfulde i deres kommunikation med patienterne. Derfor efterlader denne undersøgelse også flere uudforskede perspektiver på implementeringen af taburet-interventionen. Ved at fortsætte forskningen i interventionen, kan vi opnå en bredere og mere dybdegående forståelse af de ovennævnte afledte effekter og om der er grundlag for en konkret praksisændring. Derfor vil det være oplagt at undersøge sygeplejerskernes perspektiv på at bruge taburetterne i deres daglige arbejde. Det kan gøres mhb. på en konkret implementering og udbredelse til flere sengeafsnit, samt en generel optimering af kommunikationssituationerne med relevant kommunikationsteori. Det vil yderligere være interessant at følge den videre udvikling i patienternes tilfredshed med kommunikationen og relationen mellem sygeplejersker og patienterne på en længere sigt, end det har været muligt i denne undersøgelse.

Litteratur

Aarhus Universitet. *Hawthorne-effekten*. Metodeguiden. Tilgået 28 Oktober, 2023, vis

<https://metodeguiden.au.dk/hawthorne-effekten>

Andersen, L. F. (2023, March 15). *Om miljø- og klimaudvalget*. Region Hovedstaden.

Tilgået 11 Oktober, 2023, via

<https://www.regionh.dk/politik/politiske-udvalg-og-fora/politiske-udvalg/miljoe-og-klimaudvalget/Sider/Miljoe-og-klimaudvalget.aspx>

Andersen Nielsen, S., Fischer, A., Sørensen, L. M., & Ernst, A. E. (2022, 19 Oktober).

'De offentlige sygehuse styrtbløder personale': 2400 sygeplejersker har forladt regionerne på ét år. *DR*.

<https://www.dr.dk/nyheder/politik/folketingsvalg/de-offentlige-sygehuse-styrtbløder-personale-2400-sygeplejersker-har>

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2014). Kvantitative undersøgelsesdesign og stikprøver.

M. Henricson (red.), *Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination* (pp. 115-127). Munksgaard.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2014). Spørgeskemaundersøgelser. M. Henricson (red.),

Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination (pp. 139-151).

Munksgaard.

Brønnum, L., Høyer Lundh, M., & Kofod-Jensen, L. (2023). *Juridiske retningslinjer for*

studerendes indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter

Sundhedsuddannelserne på Københavns Professionshøjskole. Københavns Professionshøjskole.

Center for Patientinddragelse. (2023). *Landsresultat LUP*. Region Hovedstaden. Tilgået

19 September, 2023, via

<https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/aktuel-undersogelse/Documents/Rapport%20p%C3%A5%20landsplan%202022.pdf>

Det Ethiske Råd. (2021). · *OMSORG I SUNDHEDSVÆSENET 7 BUDSKABER FRA*

DET ETISKE RÅD. UER Alm.del - Bilag 8: Omsorg i

- sundhedsvæsenet_2022_7_budskaber. Tilgået 8 September, 2023, via
<https://www.ft.dk/samling/20211/almdel/uer/bilag/8/2535463.pdf>
- Det Ethiske Råd. (2022). *Omsorg i sundhedsvæsenet*. Det Ethiske Råd.
https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637997857938238345/DER_Omsorg%20i%20sundhedsv%C3%A6senet_2022_Redeg%C3%B8relse.pdf
- Fafner, J. (2023, April). *metonymi - Talefigur og litterært stiltræk* - *lex.dk*. Den Store Danske. Tilgået 21 December, 2023, via
<https://denstoredanske.lex.dk/metonymi>
- Frederiksen, M., Toubøl, J., & Carlsen, H. B. (2023). *Grundbog i mixed methods: Integration som forskningspraksis* (1.udg.). Djøf Forlag.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2014). Fænomenologi og hermeneutik. M. Henricson (red.), *Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination* (pp. 333-360). Munksgaard.
- Haase, K., & Højskov, I. E. (2019). Sygepleje og cirkulation. S. Hundborg (red.), *Sygepleje: Klinisk beslutningstagen. Bind 1. FADL*.
- Harder, P. (2022, Februar). *denotation* | *lex.dk – Den Store Danske*. Den Store Danske. Tilgået 21 December, 2023, via <https://denstoredanske.lex.dk/denotation>
- Hjerteforeningen. (2023). *Fakta om Hjerte-kar-sygdom | Danmark*. Hjerteforeningen. Tilgået 5 December, 2023, via
<https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/>
- Jessen, B. (2023, 12 Maj). *Patienter klager mest over kommunikation og opførsel*. Ugeskrift for Læger. Tilgået 19 September, 2023, via
<https://ugeskriftet.dk/nyhed/patienter-klager-mest-over-kommunikation-og-opfoersel>
- Kjærgaard, J. (2021, 23 april). *Hjertesvigt - Patienthåndbogen på sundhed.dk*. Sundhed.dk. Tilgået December 5, 2023, via
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/oevrige-tilstande/hjertesvigt/>

- Københavns Professionshøjskole. (2023). *Sundhedsfaglig - Opgaveskrivning - Bibliotek at KP*. KP Bibliotek. Tilgået 28 November, 2023, via <https://bibliotek.kp.dk/kp/opgaveskrivning/sundhedsfaglig>
- Lidgett, C. D. (2016, Oktober). Improving the patient experience through a commit to sit service excellence initiative. *Patient Experience Journal*, 3(2), 67-72. <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1148&context=journal>
- MANN-WHITNEY U TEST USING SPSS STATISTICS *Statistical tutorials and software guides*. (2015). Lærd Statistics. Tilgået 21 December, 2023, via <https://statistics.laerd.com/premium/spss/mwut/mann-whitney-test-in-spss.php>
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforl.
- Mathar, H., & Larsen, N. S. (2023). Indholdsanalyse. *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (pp. 39-51). Samfundslitteratur.
- McClenaghan, E. (2022, 6 juli). *Mann-Whitney U Test: Assumptions and Example*. Technology Networks. Tilgået 8 December, 2023, via <https://www.technologynetworks.com/informatics/articles/mann-whitney-u-test-assumptions-and-example-363425>
- Nøkke, H. (2023, April). *konnotation - Et ords bibetydninger - lex.dk*. Den Store Danske. Tilgået 21 December, 2023, from <https://denstoredanske.lex.dk/konnotation>
- Petersen, R. A. (2023). Analytisk statistik. In H. Mathar (red.), *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (pp. 127-141). Samfundslitteratur.
- Petersen, R. A. (2023). Indledende bearbejning af indsamlede kvantitative data. In H. Mathar (red.), *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (pp. 101-113). Samfundslitteratur.
- Rosa, H. (2021). *Resonans: en sociologi om forholdet til verden*. Eksistensen.
- Steinbock, D. (n.d.). *TagCrowd*. TagCrowd: create your own word cloud from any text. Retrieved December 21, 2023, from <https://tagcrowd.com/>
- Swayden, K. J., Anderson, K. K., Connelly, L. M., Moran, J. S., McMahon, J. K., & Arnold, P. M. (2012, Februar). Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 86(2),

166-171.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399111003053?via%3Dihub>

Ulbæk, I. (2005). *Sproglig tekstanalyse: introduktion til pragmatisk tekstlingvistik*.

Academica.

Vilstrup, D. L., Bennich, B. B., & Pihl, G. T. (2023). *Basal epidemiologi og statistik*.

Munksgaard.

Wille, N. E. (2007). *Fra tegn til tekst: en indføring i teorier om sproglig kommunikation*.

Samfundslitteratur.

Bilag 1 - Spørgeguide

ID__

Spørgeguide - Har vi tid til at stå op og tale med vores patienter?

Stue __ Afdeling __ Køn__ Alder __ Dato __

1) Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?

Antal gange __

2) Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?

Minutter ____

3) Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?

__ Meget ofte __ Ofte __ Ind imellem __ Sjældent __ Slet ikke

4) Hvilke emner har du talt med spl. om i dag?

5) Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?

__ Meget god __ God __ Nogenlunde __ Mindre god __ Dårlig

6) I hvor høj grad oplever du, at spl. har tid til at tale med dig?

I meget høj grad __ I høj grad __ I nogen grad __ I mindre grad __ Slet ikke__

7) Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.?

8) I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med spl. ?

__ I meget høj grad __ I høj grad __ I nogen grad __ I mindre grad __ Slet ikke

9) Vil du foretrække at din spl. sidder ned, når I taler sammen?

__ Ja __ Nej __ Ved ikke

Afsluttende kommentarer

Bilag 2 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring i forbindelse med opgaver/projekter i

Uddannelse: Sygeplejerskeuddannelsen - Diakonissestiftelsen

Opgave/projekt: Bachelorprojekt

Udarbejdet af: Tobias Carl Højmark Mathiassen

Formålet med opgaven/projektet:

at forsøge at skabe bedre og mere hensigtsmæssige rammer for sygeplejersker og andet behandlingspersonale, når de skal interagere med patienterne, og at patienterne får den bedst mulige behandling med den tid, der er til rådighed.

Opgavens/ projektets problemformulering :

En undersøgelse af om tilstedeværelsen af skamler/taburetter kan forbedre patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem.

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående opgave/projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den/de studerende, der udarbejder opgaven/projektet.

Jeg er blevet informeret om:

- 1) At deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
- 2) At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse.
- 3) At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.
- 4) At fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at prøven er afsluttet.
- 5) At der ingen risici er ved at deltage i projektet.

Navn:

Underskrift:

Dato:

Bilag 3 - Informationsmateriale

Information om deltagelse i opgaver og projekter:

Dato: _____

Jeg er studerende ved Sygeplejerskeuddannelsen Diakonissestiftelsen

I forbindelse med mit studium er jeg i gang med at udarbejde en opgave/et projekt, der omhandler:

En undersøgelse af om tilstedeværelsen af skamler/taburetter kan forbedre patienternes oplevelse af kommunikationen og tiden brugt på at tale med dem.

Til dette formål har jeg brug for at få kontakt med ca. 40 patienter

Formålet er grundlæggende at forsøge at skabe bedre og mere hensigtsmæssige rammer for sygeplejersker og andet behandlingspersonale, når de skal interagere med patienterne, og at patienterne får den bedst mulige behandling med den tid, der er til rådighed.

Jeg vil spørge, om du vil deltage i opgaven/projektet på følgende betingelser:

- 1) Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med, blive anvendt.
- 2) Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- 3) Oplysninger der indgår i opgaven/projektet vil blive opbevaret forsvarligt indtil opgaven/projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.
- 4) Der er ingen risici forbundet ved deltagelse i opgaven/projektet.

Såfremt du har spørgsmål og eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte mig på 3049 5540

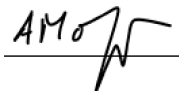
Med venlig hilsen

Tobias Carl Højmark Mathiassen _____

Vejleder er:

Navn: Annette Møllerup

Underskrift: _____



Arbejdstelefonnummer: 3838 4448

Arbejds- E-mail: amol@ucdiakonissestiftelsen.dk

Kontaktoplysninger til Københavns Professionshøjskoles databeskyttelsesrådgiver (DPO): Karsten

Holt, e-mail: kp@dpotem.dk, telefon: 71 74 90 20

Bilag 4 - Kodebog

Inddeling i forsøgs- og kontrolafsnit					
Forsøgsafsnit	Afdeling 1				
Kontrolafsnit	Afdeling 2				
Kodning af spørgsmål til ordinalskala	1	2	3	4	5
Spørgsmål 6: I hvor høj grad oplever du, at sygeplejerskerne har tid til at tale med dig?	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Spørgsmål 3: Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?	Slet ikke	Sjældent	Ind i mellem	Ofte	Meget ofte
Spørgsmål 8: I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med personalet?	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Spørgsmål 5: Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?	Dårlig	Mindre god	Nogenlunde	God	Meget god
Kodning af spørgsmål til nominalskala	1	2	3		
Spørgsmål 9: Vil du foretrække at din sygeplejerske sidder ned, når I taler sammen?	Ja	Nej	Ved ikke		
Køn	Mand	Kvinde	Andet		
Kodning til spørgsmål af reel numeriskværdi	Antal minutter				
Spørgsmål 2: Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?					
	Antal gange				
Spørgsmål 1: Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?					
	År				
Alder					
Kodning til spørgsmål med skriftelige svar	Temaer/tillægsord				
Spørgsmål 7: Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.?					
Spørgsmål 4: Hvilke emner har I talt om i dag?					

Bilag 5 - Datamatrice

Udgang 1		Udgang 2		Udgang 3		Udgang 4		Udgang 5		Udgang 6		Udgang 7		Udgang 8		Udgang 9		Kommentarer
ID	Adgang	Ken	Adler	Dato	Spørgsmål 1	Spørgsmål 2	Spørgsmål 3	Spørgsmål 4	Spørgsmål 5	Spørgsmål 6	Spørgsmål 7	Spørgsmål 8	Spørgsmål 9					
1	1	1	75	7/11	0	7	3	String, med, medicin	5	3	Vejløge, smeltede, professionelle	4	1					
2	1	1	75	7/11	0	2	1	Behandling, væk, bad	4	4	Atslæppe	3	1					
3	1	2	75	7/11	2	6	2	Medicin, Hebræer	5	2	Lytende, Ophængte, Tilfredsstillende	4	1					
4	1	2	73	7/11	0	6	2	Udskrivelse, medicin	4	3	Åbne, Igenkender	4	1					
5	2	2	59	7/11	0	4	3	Hebræer, opfyldning	4	4	Åbne, lydhøre, opmærksomme	5	1	Igenkender er meget vigtig. Det er rart når man går for sig selv og analysere				
6	2	2	81	9/11	0	3	4	3	System, Medicin, Hjemmeløb	4	3	Sæde, venlige, alsidende	5	1	Der er ikke altid tid til at spørge			
7	2	1	81	9/11	0	0	1	Rent blø, håndbøger, undersøgelse	5	4	1	4	1					
8	2	2	89	9/11	0	10	1	Undersøgelse	5	4	Sæde, rolige, venlige	5	1					
9	1	1	76	9/11	2	5	3	System, bøger	4	3	Åbne, professionelle	4	1	I vil helst samle under 4 opne				
10	1	1	63	9/11	0	10	2	2	4	3	Korte, tvoveretlige, gode	4	1	Givner generelt ikke at forsyne sigl				
11	1	2	62	14/11	0	5	1	2	3	3	Lytende, forklarende	3	1	I kommunikationen består ofte bare af overlevering af informationer				
12	1	1	64	14/11	1	13	3	Medicin, Undersøgelse	3	3	Forklarende, ævrense, gode	4	1					
13	1	1	60	14/11	1	13	2	Elig, Udskrivelse, BT, Tæmnet, Hjemmesituation, transport	4	3	Nærværende, faglige, overblikke	4	1	Når sigl, sætter sig signaleter, de, at de har god tid, men de kan være svære at få kontakt				
14	2	1	73	14/11	0	5	1	KAG, Mær, medicin	1	1	Forværende, udlæstning, mangende information	2	3					
15	2	1	73	14/11	0	0	1	Medicin	2	1	Ligende, korte, udvare	2	1	Det vil ikke til, at de har tid, og de vil ikke til at være i tvil				
16	2	2	73	17/11	0	5	5	1	Medicin, sygdom, livsstil	4	4	Professionelle, faglige, Engageret	5	1	Har været ned at have derfor, vil sig gerne at sigl, sidder ned			
17	2	2	84	17/11	0	3	1	Hebræer, medicin, EKG	4	3	2	1	Lung venet, når man siger på koden					
18	2	2	80	17/11	1	5	2	Operation, medicin, Bøger	4	2	1	3						
19	1	1	71	17/11	2	20	3	Biodykkel, medicin, andelsstat	5	5	5	3	Man får selv som man spørger					
20	1	1	81	17/11	3	15	3	Emicel, helbred, behandling, undersøgelse, identitet	4	4	3	Emicel, information, venlig	5	1	Tilskudholdet er vigtig for trykden			
21	2	2	87	21/11	2	5	1	Biodykkel, medicin	1	1	1	1	Man skal selv være opsigende					
22	2	2	62	21/11	1	10	1	Medicin, medicin	4	4	1	1						
23	1	2	75	21/11	3	9	3	Udskrivelse, biodykkel, vejlet	4	4	3	Sæde, ævrense, tilmodige	4	3				
24	1	1	76	21/11	3	10	3	KAG, Undersøgelse, mad	4	4	3	Opsynende, hjælpesomme, udværende	5	1				
25	1	1	76	21/11	0	15	3	Medicin, læsning, tryk	4	4	5	Sæde, hjælpesomme	5	1	Det sætter meget til, personale			
26	1	1	82	23/11	0	10	1	Udskrivelse, transport, vækning	4	4	1	Lege, korte, praktiske, om afdelingen	4	3				
27	2	2	84	23/11	0	7	1	Udskrivelse, medicin	4	4	1	Leve, upersonlig, korte	4	1	Jeg får ikke al, at vide			
28	1	1	85	23/11	0	10	3	3	System, smertel	3	5	Korte, omsorgfulde	4	3				
29	1	2	69	23/11	3	15	4	4	5	5	Indførende, nærværende, tilmodige	4	3					
30	2	1	57	23/11	0	3	2	Medicin, sygdom	2	2	4	Vejløge, korte, tavle	4	1	Har manglet information			
31	2	1	63	28/11	0	1	1	Undersøgelse, sygdomssituation	2	3	2	Korte, overblikke, venlige	4	1				
32	2	2	68	28/11	0	5	5	1	Doering, Medicin, Biodykkel og biodykkel	3	3	Vejløge, kommunikative, præcise	4	1				
33	2	2	83	28/11	0	5	5	2	Hebræer, biodykkel	3	3	Dejlige, sæde, rare	4	1				
34	1	2	73	28/11	1	5	5	2	Vind, vej, med, medicin	4	4	Hjælpsomme, sæde, rolige	4	1	Man er selv ansvarlig for dialogen			
35	1	1	89	28/11	3	5	5	2	Tilstand, sygdom, behandling	4	4	3	3					
36	1	2	62	30/11	0	10	1	Biodykkel, medicin	5	4	3	Opsynende, velsigende, observante	4	3	Føler ikke at der har været et behov for at samle			
37	2	2	73	30/11	0	10	1	Biodykkel, biolskaker, biodykkel	5	5	3	Informative, opsigende	4	1				
38	2	1	56	30/11	0	5	5	2	Mad, kag, biodykkel	3	3	effektive, empatiske, praktiske	4	1	Igenkender er vigtigst			
39	1	1	80	30/11	2	6	5	3	Hjemmesituation, tilpasning, udskrivelse	3	3	Korte, opsigende, sæde	3	1				

Bilag 6 - Oversigt over besvarelsene inddelt ordinalt og på ratioskala.

Report

Forsøg/Kontrolgruppe		Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?	Hvor mange minutter mener du, at sygeplejersken har brugt på at tale med dig?	Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?	Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?	I hvor høj grad oplever du, at sygeplejerskerne har tid til at tale med dig?	I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med personalet?
Afdeling 1	Mean	1,53	9,32	2,42	4,05	3,42	4,00
	Std. Deviation	1,124	4,643	,769	,705	,838	,577
Afdeling 2	Mean	,20	5,15	1,40	3,45	2,25	3,85
	Std. Deviation	,523	3,133	,681	1,099	1,209	,875
Total	Mean	,85	7,18	1,90	3,74	2,82	3,92
	Std. Deviation	1,089	4,424	,882	,966	1,189	,739

Spørgsmål 1

Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	21	53,8	53,8	53,8
	1	8	20,5	20,5	74,4
	2	5	12,8	12,8	87,2
	3	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 2

Hvor mange minutter mener du, at sygeplejersken har brugt på at tale med dig?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	5,1	5,1	5,1
	1	1	2,6	2,6	7,7
	2	1	2,6	2,6	10,3
	3	3	7,7	7,7	17,9
	4	1	2,6	2,6	20,5
	5	11	28,2	28,2	48,7
	6	3	7,7	7,7	56,4
	7	2	5,1	5,1	61,5
	9	1	2,6	2,6	64,1
	10	9	23,1	23,1	87,2
	13	1	2,6	2,6	89,7
	15	3	7,7	7,7	97,4
	20	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 3

Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	16	41,0	41,0	41,0
	Sjældent	12	30,8	30,8	71,8
	Ind i mellem	10	25,6	25,6	97,4
	Oft	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 5

Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dårlig	1	2,6	2,6	2,6
	Mindre god	3	7,7	7,7	10,3
	Nogenlunde	9	23,1	23,1	33,3
	God	18	46,2	46,2	79,5
	Meget god	8	20,5	20,5	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 6

I hvor høj grad oplever du, at sygeplejerskerne har tid til at tale med dig?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	8	20,5	20,5	20,5
	I mindre grad	4	10,3	10,3	30,8
	I nogen grad	17	43,6	43,6	74,4
	I høj grad	7	17,9	17,9	92,3
	I meget høj grad	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 8

I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med personalet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	2	5,1	5,1	5,1
	I nogen grad	6	15,4	15,4	20,5
	I høj grad	24	61,5	61,5	82,1
	I meget høj grad	7	17,9	17,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Spørgsmål 9

Vil du foretrække at din sygeplejerske sidder ned, når I taler sammen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	28	71,8	71,8	71,8
	Ved ikke	11	28,2	28,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Bilag 7 - Oversigt over ordskyer

Spørgsmål 4: Hvilke emner har du talt med spl. om i dag? - Afdeling 1

andedraettet (1) bad (1) **behandling** (2) behandlingen (1)
behandlingsplan (1) **blodtryk** (2) blodtrykket (1) bt (1) ekg (1) etnicitet (1)
fodbold (1) fritid (1) **helbred** (2) hjemmesituation (1)
hjemmesituationen (1) hygiejne (1) identitet (1) kag (1) **mad** (3)
medicin (9) pude (1) smerter (1)
sygdom (3) telemetri (2) tilpasning (1) tilstand (1) toj (1)
transport (1) tryghed (1) **udskrivelse** (3) udsskrivelse (1)
undersøgeaeser (1) **undersøgelser** (3) vask (1) vejr (1)
vejret (1) vind (1)

Spørgsmål 4: Hvilke emner har du talt med spl. om i dag? - Afdeling 2

blodprover (5) blodsukker (1) **blodtryk** (2)
bøger (1) dosering (1) **ekg** (2) handklæder (1) helbred (1) hjemmehjælp (1)
hjertet (2) kag (1) **mad** (3) **medicin** (10)
medicin (2) motion (1) operation (1) opfølgning (1) rent (1) sting (1)
sygdom (3) sygdomssituation (1) tilværelse (1) toj (1) transport (1)
udskrivelse (2) **undersøgelser** (3) visitering (1)

Spørgsmål 7: Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.? - Afdeling 1

abne (1) afslappet (1) betryggende (1) empatiske (1) faglige (1) flinke (1)
forklarende (2) glade (1) gode (1)
hjaelpsomme (3) informativt (1) informerende (1)
korte (3) lette (1) ligefremme (1) lyttende (2)
naervaerende (2) observante (1) omsorgsfulde (1)
oplysende (1) opmaerksomme (1) opsogende (2) ordentlige (1)
overfladiske (1) professionelle (2) rolige (1)
sode (5) svarende (2) talmodige (2)
tilfredsstillende (1) trovaerdige (1) udadvendte (1) vejledende (1) venlig (1)
vidende (1)

Spørgsmål 7: Beskriv med 3 tillægsord dine samtaler med spl.? - Afdeling 2

abne (1) afdelingen (1) afvisende (1) anerkendende (1) dejlige (1) effektive (1)
empatiske (1) engageret (1) faglige (1) forvirrende (1) information (1)
informative (1) konstruktive (1) korte (8) lose (1) lydhore (1)
manglende (1) opsogende (1) optimistiske (1) overfladiske (1) praecise (1)
praktiske (2) professionelle (2) rare (1) rolige (1)
sludrende (1) smilende (1) sode (5) tilstede (1) travle (5)
uddbydende (1) ufuldstaendigt (1) upersonligt (1) upraecis (1) usikre (1)
venlige (7)

Bilag 8 - Respondenternes afsluttende kommentarer

Afd.	Afluttende kommentarer
2	Øjenhøjde er meget vigtigt. Det er rart når man kan gå for sig selv og snakke
2	Der er ikke altid tid til at spørge
1	Vil helst samtale under 4 øjne
1	Ønsker generelt ikke at forstyrre spl.
1	Kommunikationen består ofte bare af overlevering af informationer
1	Når spl. sætter sig signalerer de, at de har god tid, men de kan være svære at få kontakt til
2	Det virker ikke til, at de har tid, og de virker til at være i tvivl
2	Har svært ved at høre, derfor ville jeg gerne at spl. sidder ned
2	Lang ventetid, når man ringer på klokken
1	Man får svar som man spørger
1	Tillidsforholdet er vigtigt for trygheden
2	Man skal selv være opsøgende
1	Det skifter meget ift. personale
2	Jeg får ikke alt, at vide
2	Har manglet information
1	Man er selv ansvarlig for dialogen
1	Føler ikke at der har været et behov for at samtale
2	Øjenhøjde er vigtigt

Bilag 9 - Output fra SPSS: Mann-Whitney U test + Histogrammer

Spørgsmål 1: **Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?**

Total	N = 39
Mann-Whitney U	60,000
Wilcoxon W	270,000
Test Statistic	60,000
Standard Error	32,455
Standardized Test Statistic (Z)	-4,006
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<,001
Exact Sig.(2-sided test)	,000

		Forsøg/Kontrolgruppe	
		Afdeling 1	Afdeling 2
Hvor mange gange har spl. sat sig ned og talt med dig i dag?	0	4	17
	1	6	2
	2	4	1
	3	5	0
Total		19	20

Spørgsmål 2: **Hvor mange minutter mener du, at spl. har brugt på at tale med dig?**

Total	N = 39
Mann-Whitney U	87,000
Wilcoxon W	297,000
Test Statistic	87,000
Standard Error	34,947
Standardized Test Statistic (Z)	-2,947
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,003
Exact Sig.(2-sided test)	,003

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Hvor mange minutter mener du, at sygeplejersken har brugt på at tale med dig?	0	0	2	2
	1	0	1	1
	2	1	0	1
	3	0	3	3
	4	0	1	1
	5	4	7	11
	6	3	0	3
	7	0	2	2
	9	1	0	1
	10	5	4	9
	13	1	0	1
	15	3	0	3
	20	1	0	1
Total		19	20	39

Spørgsmål 3: **Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?**

Total	N = 39
Mann-Whitney U	66,000
Wilcoxon W	276,000
Test Statistic	66,000
Standard Error	33,491
Standardized Test Statistic (Z)	-3,702
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<,001
Exact Sig.(2-sided test)	,000

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Hvor ofte oplever du, at spl. sætter sig ned, når de taler med dig?	Slet ikke	2	14	16
	Sjældent	8	4	12
	Ind i mellem	8	2	10
	Ofte	1	0	1
Total		19	20	39

Spørgsmål 5: Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?

Total	N = 39
Mann-Whitney U	131,500
Wilcoxon W	341,500
Test Statistic	131,500
Standard Error	33,403
Standardized Test Statistic (Z)	-1,751
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,080
Exact Sig.(2-sided test)	,101

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
Hvordan vil du beskrive din relation til spl.?	Dårlig	0	1	1
	Mindre god	0	3	3
	Nogenlunde	4	5	9
	God	10	8	18
	Meget god	5	3	8
Total		19	20	39

Spørgsmål 6: I hvor høj grad oplever du, at spl. har tid til at tale med dig?

Total	N = 39
Mann-Whitney U	94,500
Wilcoxon W	304,500
Test Statistic	94,500
Standard Error	33,798
Standardized Test Statistic (Z)	-2,826
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,005
Exact Sig.(2-sided test)	,006

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
I hvor høj grad oplever du, at sygeplejerskerne har tid til at tale med dig?	Slet ikke	0	8	8
	I mindre grad	1	3	4
	I nogen grad	12	5	17
	I høj grad	3	4	7
	I meget høj grad	3	0	3
Total		19	20	39

Spørgsmål 8: I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med spl. ?

Total	N = 39
Mann-Whitney U	179,000
Wilcoxon W	389,000
Test Statistic	179,000
Standard Error	30,984
Standardized Test Statistic (Z)	-,355
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,723
Exact Sig.(2-sided test)	,771

		Forsøg/Kontrolgruppe		Total
		Afdeling 1	Afdeling 2	
I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen med personalet?	I mindre grad	0	2	2
	I nogen grad	3	3	6
	I høj grad	13	11	24
	I meget høj grad	3	4	7
Total		19	20	39