



Masteroppgave

MANES5900
September 2020

Anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse
om organdonasjon
- en kartlegging

Kandidatnummer: 101, 102 og 104

Emnekode: MANES5900

Antall ord: 14276

Fakultet for Helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMMENDRAG

Introduksjon:

Norske anestesisykepleiere er delaktig i mange faser av organdonasjonsprosessen. De uttrykker opplevelser av etiske dilemmaer og psykisk belastning i dette arbeidet, og har behov for opplæring og økt kompetanse.

Hensikt:

Hensikten er å beskrive norske anestesisykepleieres oppfatning av egen profesjonell kompetanse i organdonasjonsprosessen og peke ut et eventuelt behov for kompetansehevede tiltak.

Metode:

En tverrsnittstudie ble gjennomført på en avdeling på ett universitetssykehus i Norge. 48 anestesisykepleiere ble invitert og responsraten var 50% (n = 24). Data ble analysert med deskriptiv statistikk. Problemstilling ble operasjonalisert gjennom 4 forskningsspørsmål.

Resultat:

Totalskår i spørsmål om kompetanse var generelt høy. Flertallet opplevde seg selv som kompetent til arbeidet med donor på operasjonsstuen, men oppgav likevel et behov for opplæring på alle angitte tema. Undersøkelsen søkte å kartlegge. De fleste hadde positive holdninger til arbeidet rundt organdonasjonsprosessen. Flertallet opplevde organuttak som meningsfullt. Signifikant forskjell mellom gruppene i utvalget i spørsmål om teoretisk kunnskap og etisk kompetanse. Ellers ingen signifikant forskjell. Seks områder ble identifisert i spørsmål om hvordan kompetanse var ervervet. Flertallet mente man burde ha undervisning om organdonasjon en gang/år.

Konklusjon:

Anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse knyttet til organdonasjon anses som høy, men det er likevel behov for mer formalisert opplæring for å sikre kompetanse i alle ledd. Intern praksis og opplæring på arbeidsplassen pekes ut som den beste måten å øke profesjonell kompetanse på. Videre anbefales samme studie utført på et større utvalg for en dypere forståelse av temaet.

Nøkkelord:

Perioperative nursing, nursing anesthetist, organ procurement, tissue and organ harvesting

ABSTRACT

Introduction:

Norwegian anesthesia nurses are involved in many phases of the organ donation process. They express experiences of ethical dilemmas and psychological strain in this work, and need training and increased competence.

Purpose:

The purpose is to describe Norwegian anesthesia nurses' perception of their own professional competence in the organ donation process and to point out a possible need for competence-enhancing measures.

Method:

A cross-sectional study was conducted in a ward at a university hospital in Norway. 48 anesthesia nurses were invited and the response rate was 50% (n = 24). Data were analyzed with descriptive statistics. The problem was operationalized through 4 research questions.

Result:

Overall score in terms of competence was generally high. The majority perceived themselves as competent to work with the donor in the operating room, but nevertheless stated a need for training on all specified topics the survey sought to map. Most had positive attitudes towards the work around the organ donation process. The majority experienced organ removal as meaningful. Significant difference between the groups in the sample in terms of theoretical knowledge and ethical competence. Otherwise no significant difference. Six areas were identified in questions about how competence was acquired. The majority thought that one should be taught about organ donation once a year.

Conclusion:

Anesthesia nurses' professional competence related to organ donation is considered high, but there is still a need for more formalized training to ensure competence at all levels. Internal practice and training in the workplace are pointed out as the best way to increase professional competence. Furthermore, the same study conducted on a larger sample is recommended for a deeper understanding of the topic.

Keywords:

Perioperative nursing, nursing anesthetist, organ procurement, tissue and organ harvesting

FORORD

Vi retter en stor takk til alle anestesisykepleierne som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet. Det gav oss et datamateriale som har vært interessant og lærerikt å jobbe med.

Takk til Kätthe Meyer for tillatelse til bruk av spørreskjema. Som medveileder har hun delt av sin kompetanse og erfaring både innen fag og forskning og vært en god støtte i arbeidet med masteroppgaven.

Tusen takk til veileder Anne Eikeland, universitetslektor ved OsloMet, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, for all hjelp gjennom hele prosessen. Hennes positivitet og motivasjonsevne ville vi ikke vært foruten.

Det har vært en utfordrende tid for alle, spesielt med tanke på coronaepidemien og dens følger. Mulighet for samarbeid innad i gruppen har vært begrenset av stengte skoler, karantene og usikkerhet omkring helse. I så måte har digitale verktøy vært nødvendig for å kunne gjennomføre dette arbeidet.

Til sist, tusen takk til familie og venner for tålmodighet, tid og rom for å gjennomføre denne masteroppgaven.

Oslo, 14.09.20

Kandidatnummer 101, 102, 104

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|------|
| 1.0 INTRODUKSJON | s. 8 |
| 1.1 Presentasjon av tema | s. 8 |
| 1.2 Egen bakgrunn og forforståelse | s.10 |
| 1.3 Hensikt og forskningsspørsmål | s.11 |
| | |
| 2.0 TEORETISK RAMMEVERK | s.13 |
| 2.1 Organdonasjon | s.13 |
| 2.1.1 Definisjoner og lovverk | s.14 |
| 2.1.2 Organuttak | s.16 |
| 2.2 Anestesisykepleierens ansvar og funksjon i organdonasjonsprosessen | s.17 |
| 2.3 Profesjonell kompetanse | s.19 |
| 2.3.1 Teoretisk kunnskap | s.20 |
| 2.3.2 Praktisk kunnskap | s.20 |
| 2.3.3 Sosialt overført kunnskap | s.20 |
| 2.3.4 Etisk kunnskap | s.21 |
| 2.3.5 Utvikling av profesjonell kompetanse | s.22 |
| | |
| 2.4 Tidligere forskning | s.23 |
| 2.4.1 Litteratursøk/PICO | s.23 |
| 2.4.2 Litteraturmatrise | s.25 |
| 2.4.3 Litteratursyntese | s.31 |
| 2.4.4 Kildekritikk | s.33 |

| | |
|--|------|
| 3.0 METODE | s.34 |
| 3.1 Forskningsdesign – kvantitativ metode | s.34 |
| 3.2 Datainnsamling | s.35 |
| 3.2.1 Populasjon og utvalg | s.35 |
| 3.2.2 Inklusjon og eksklusjon | s.35 |
| 3.2.3 Rekruttering | s.36 |
| 3.3 Spørreskjema | s.36 |
| 3.3.1 Opprinnelig spørreskjema | s.36 |
| 3.3.2 Tilpasset spørreskjema | s.37 |
| 3.4 Innpass i forskningsfeltet | s.38 |
| 3.5 Analyse av data | s.39 |
| 3.6 Forskningsetikk | s.40 |
| 3.7 Anestesisykepleiers ansvar og funksjon i forskningsprosessen | s.41 |
| | |
| 4.0 RESULTATER | s.42 |
| 4.1 Beskrivelse av utvalg | s.42 |
| 4.2 Anestesisykepleiers teoretiske, praktiske, sosialt overført og etiske kunnskap om organdonasjon | s.43 |
| 4.3 Anestesisykepleiers bakgrunn og profesjonelle kompetanse | s.45 |
| 4.3.1 Yrkeserfaring og profesjonell kompetanse | s.45 |
| 4.3.2 Erfaring med organdonasjon og profesjonell kompetanse | s.47 |
| 4.3.3 Pårørendekontakt og profesjonell kompetanse | s.47 |
| 4.4 Kompetanseutvikling | s.48 |

| | |
|---|------|
| 5.0 DISKUSJON | s.50 |
| 5.1 Teoretisk kunnskap | s.50 |
| 5.2 Praktisk kunnskap | s.52 |
| 5.3 Sosialt overført kunnskap | s.54 |
| 5.3.1 Reservasjon | s.54 |
| 5.3.2 Etter organuttak - verdighet og respekt | s.55 |
| 5.3.3 Kollegial støtte og diskusjon i avdelingen | s.56 |
| 5.4 Etisk kunnskap | s.58 |
| 5.5 Oppsummering av forskningsspørsmål | s.59 |
| 5.6 Reliabilitet og validitet- metodiske betraktninger | s.60 |
| | |
| 6.0 KONKLUSJON | s.62 |
| | |
| 7.0 REFERANSER | s.63 |
| | |
| 8.0 VEDLEGG | s.69 |
| Vedlegg 1: Infoskriv til respondenter | |
| Vedlegg 2: Svar på søknad NSD | |
| Vedlegg 3: Svar fra personvernombud universitetssykehus | |
| Vedlegg 4: Svar fra klinikkleder og avdelingsleder | |
| Vedlegg 5: Godkjenning fra Käthe Meyer | |
| Vedlegg 6: Opprinnelig spørreskjema | |
| Vedlegg 7: Revidert spørreskjema | |

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Presentasjon av tema.

Formålet med denne studien var å beskrive anestesisykepleieres oppfatning av egen profesjonell kompetanse i organdonasjonsprosessen. Utfordrende aspekter for anestesisykepleiere involvert i organdonasjon ble belyst. Gjennom studien ble det identifisert tiltak som kan fremme profesjonell kompetanse.

Arbeidet med masteroppgaven var inspirert av Meyer, Bjørk og Eides forskningsarbeid publisert i 2012 med tittelen "Intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process: a national survey". Oppgaven er sterkt tilknyttet denne forskningen med tanke på metode, design og teoretisk rammeverk. I oppgaven vil det presenteres teori knyttet til tematikken, tidligere forskning og litteratur. Anestesisykepleieres ansvar- og funksjonsbeskrivelse vil settes i kontekst til masteroppgavens problemstilling. En gjennomgang av tidligere forskning har vært viktig for å identifisere hva som finnes og og hva som mangler av forskning og kunnskap på området for om mulig å identifisere tiltak for økt profesjonell kompetanse om organdonasjon.

Organtransplantasjon er en etablert og god behandling for pasienter med terminal organsvikt. For mange pasienter er dette også den eneste tilgjengelige behandlingen. Resultatene ved organtransplantasjon i Norge er gode. Ut fra både samfunnsøkonomiske betraktninger og livskvalitet, er denne behandlingen å foretrekke fremfor for eksempel livsforlengende dialysebehandling (Norsk ressursgruppe for organdonasjon - NOROD, 2020). En forutsetning for organtransplantasjon er organdonasjon. Antall donasjoner i Norge har økt de siste årene, men tilgangen dekker ikke dagens behov. Alt tyder på at dette behovet fortsetter å øke (NOROD, 2020). Et mål fra myndighetenes side er derfor å identifisere flest mulig donorer, og realisere flest mulig donasjoner.

I Norge er det donoransvarlig sykepleier og lege ved donorsykehusene som har ansvaret for organisering av internundervisning. De er også ansvarlig for kompetanseheving og oppfølging av ansatte (NOROD 2020). NOROD er en tverrfaglig gruppe med formål å øke kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som jobber med organdonasjon. NOROD er landets eneste

faglige instans for organdonasjon og har utarbeidet retningslinjer for alle oppgaver og alt helsepersonell som arbeider med organdonasjon. De tilbyr også utdanningsprogram for helsepersonell involvert i donasjonsprosessen, men kursene er ikke obligatoriske (NOROD 2020).

I et statlig tilsyn av organdonasjonsvirksomheten ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS) i 2017, ble det avdekket at sykehuset ikke har egne opplæringsplaner for de ulike oppgavene som inngår i organdonasjon. Det kunne ikke fremlegges dokumentasjon på opplæring, planer eller deltakelser på kurs i regi av NOROD (Helsetilsynet, 2018).

Til tross for at myndighetene pålegger helseforetakene rutiner som skal øke donasjonsraten, mangler det rutiner for planlegging og dokumentasjon av opplæring av aktuelt personell (Helsetilsynet, 2018, Transplantasjonslova, 2016, §10-23). En kartlegging av anestesisykepleieres kompetanse kan bidra til at tiltak for å fremme kompetanse blir identifisert.

Anestesisykepleiere er en av mange faggrupper som er involvert i organdonasjonsprosessen. De er sentrale aktører i flere ulike settinger som akuttmottak, transport i og utenfor sykehus, under røntgenundersøkelser, ved henting av donor på intensiv og under selve organuttaket på operasjonsstuen. Etisk refleksjon, klinisk kompetanse og forskning er noen av anestesisykepleierens ansvar og funksjonsområde (ALNSF, 2017), og det vil senere kommenteres på hvilken måte de benyttes i organdonasjonsprosessen.

I en norsk studie har anestesisykepleiere fortalt om sterke opplevelser og etiske utfordringer knyttet til organdonasjon og disse redegjøres for senere i oppgaven. Skal man kunne møte de ulike utfordringer anestesisykepleierne opplever, både faglig og følelsesmessig, må man vite mer om hvor "skoen trykker". Kanskje kan økt kompetanse påvirke anestesisykepleierens holdning til organdonasjon på en positiv måte. Det antydes i Lunds (2013) studie at opplæring og faglig refleksjon kan være viktig for å fremme organdonasjon. Debriefing og kollegaveiledning foreslås som mulig arenaer for refleksjon og læring. Andre studier underbygger funnene i Lunds studie. Disse peker på at kollegial og psykisk støtte, samt opplæring og undervisning, er viktige tiltak for å fremme profesjonell kompetanse. Sentrale artikler og funn i disse studiene presenteres i litteratormatrise i kapittel 2. (Gao, Plummer, & Williams, 2017, Lund, 2013, Smith, Leslie, & Wynaden, 2017, Meyer et al, 2012, Ojawoniyi, Gormley, McGleenan, & Noble, 2017, Smith, Leslie, & Wynaden, 2015, Lindstrøm og

Schilling, 2018). Studiene omhandler eller beskriver imidlertid ikke anestesisykepleiere konkret. Vi ble derfor motivert til å belyse temaet ytterligere i en masteroppgave i anestesi. Tittelen på studiens problemstilling er:

“Anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse om organdonasjon – en kartlegging”.

I neste kapittel beskrives erfaringer fra vår egen bakgrunn som intensivsykepleiere og studenter i videreutdanning i anestesi. Denne bakgrunnen har vært med å danne grunnlaget for forståelsen av tema og formulering av problemstilling. Før selve kartleggingen ble gjennomført har det også vært nødvendig å gjennomgå litteratur og artikler. De mest sentrale artiklene som dannet grunnlag for videre arbeid beskrives her kort. En grundigere gjennomgang av funn beskrives i kapittel 2.

1.2 Egen bakgrunn og forforståelse.

Vi som har skrevet denne masteroppgaven er fra tidligere intensivsykepleiere og har erfaring med organdonasjon og transplantasjon fra arbeid i intensivavdeling. Når livet til pasienten ikke kunne reddes og det kunne være aktuelt med organdonasjon, hadde man et håp om at pårørende ville samtykke til donasjon. Omsorg og ivaretagelse av verdighet for både organgiver og pårørende var i fokus. Man forsøkte å legge til rette for at pårørende kunne bruke tid og ta avskjed i rolige og skjermete omgivelser. Som studenter i videreutdanning i anestesi, fikk vi et lite innblikk i hvordan et organuttak gjennomføres på operasjonsstuen. Det var ofte mange personer involvert, hektisk stemning og mye uro på operasjonsstuen. Som regel var en grad av tidspress under uttaket. Utenfor operasjonsstuen erfarte vi at anestesisykepleiere delte opplevelser, meninger og holdninger om organdonasjon. De ytret skepsis til selv å donere organer og å samtykke til donasjon på vegne av nær familie. De sa at de hadde sett for mye og at de hadde en for nær tilknytning til praksisfeltet.

Organdonasjon har de siste årene fått mye oppmerksomhet i media og gjennom ulike kampanjer har man forsøkt å øke antall donasjoner i Norge (Stiftelsen organdonasjon, 2020). Det kan se ut som organdonasjon forekommer i høyere grad når helsepersonell har en positiv holdning (Flodén, Kelvered, Frid og Backman, 2006). Som anestesisykepleier har man i så måte en mulighet for å påvirke både familie, venner og befolkningen for øvrig - både positivt

og negativt. Som det senere vil beskrives både i litteraturgjennomgangen og i resultatene av masterarbeidet, opplever anestesisykepleiere i stor grad organdonasjon meningsfullt. De har likevel gjennom å være involvert i prosessen, hatt opplevelser og følelsesmessige utfordringer både på det personlige og yrkesmessige plan (Lund, 2013).

Gjennom søk i databaser, fikk vi innblikk i forskningsartikler som omhandlet opplevelser hos helsepersonell involvert i organdonasjon. De fleste studiene var gjennomført blant intensivsykepleiere, til dels også operasjonssykepleiere. Artikkelen presenteres nærmere i kapittel 2. En sentral artikkel som var relevant for vår studie var kartleggingen av intensivsykepleieres oppfatning av deres profesjonelle kompetanse i organdonasjonsprosessen utført av Meyer et al i 2008/2009 og publisert i 2012. Målet med studien var blant annet å identifisere intensivsykepleieres kunnskap og utdanningsbehov i organdonasjonsprosessen. Vi så en mulighet for å kunne benytte rammene omkring Meyers forskning i vår kartlegging av anestesisykepleieres kompetanse.

Ut ifra tidligere bakgrunn, erfaringer fra praksis under videreutdanning i anestesi, samt at det er gjort lite forskning omkring anestesisykepleiere og organdonasjon, ble vi motivert til ytterligere å belyse hvilke utfordringer anestesisykepleiere opplever i organdonasjonsprosessen. Vi stilte oss spørsmål om på hvilken måte vi kunne utforske temaet og hva hensikten med et slikt arbeid kunne være. Dette vil vi redegjøre for i neste kapittel.

1.3 Hensikt og forskningsspørsmål.

En masteroppgave i anestesisykepleie innebærer å gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid innenfor anestesisykepleieres ansvars- og funksjonsområde. Ett av hovedmålene med arbeidet er å vise hvordan man kan bidra til å forbedre praksis og klinisk sykepleie (Masterhåndbok, 2018). Det er svært få studier som omhandler anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon. En årsak til dette kan være at anestesisykepleie i mange land ikke er en egen spesialitet/profesjon på samme måte som i Norge. Forskningen omhandler ofte “operating room nurses” eller “perioperative nurses”. Den eneste studien som vi kan se omhandler norske anestesisykepleiere er Lunds studie fra 2013 der anestesisykepleiere ved to donorsykehus ble intervjuet om deres opplevelser og holdninger knyttet til organdonasjon.

Kartleggingen av anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse om organdonasjon var inspirert av Käthe Meyer et als (2012) og hun har også vært medveileder i studien. Meyer ga tillatelse til å benytte det allerede validerte spørreskjemaet fra kartleggingen av intensivsykepleieres kompetanse (se vedlegg 6). Det var naturlig å benytte den samme forskningsmetoden, det teoretiske rammeverket og noen av de samme forskningsspørsmålene som i Meyers' arbeid. Gjennom en tverrsnittstudie kunne man undersøke bredden av temaet, beskrive fenomenet profesjonell kompetanse med nøyaktig målbarhet og kvantifisering. Det ble mulig å eventuelt konkludere statistisk og generalisere funn (Polit og Beck, 2017). Ut ifra studiens problemstilling ble følgende forskningsspørsmål operasjonalisert:

- Hvilken teoretisk, praktisk, sosialt overført og etiske kompetanse har anestesisykepleiere om organdonasjon?
- Er det sammenhenger mellom anestesisykepleierens bakgrunn og profesjonell kompetanse om organdonasjon?
- Hvordan har anestesisykepleiere utviklet sin kompetanse?
- Hva mener anestesisykepleiere er mest viktig for å utvikle sin profesjonelle kompetanse om organdonasjon?

For å belyse tema og hensikt nærmere og begrunne forskningsspørsmålene, var det nødvendig å gjennomgå det teoretiske rammeverket for studien. Dette beskrives nærmere i neste kapittel.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet redegjøres det for hva organdonasjon er, samt anestesisykepleierens ansvar og funksjon i organdonasjonsprosessen. Sentrale lover og forskrifter som regulerer virksomheten presenteres. Videre redegjøres det for aktuell kompetanseteori av Nygren (2004), Eraut (1994, 2007) og Kirkevold (1996). Teoriene er forankret i Meyers prosjekt og dermed også relevant for vårt arbeid. Avslutningsvis i kapitlet presenteres søkehistorikk og tidligere forskning.

2.1 Organdonasjon.

I Norge er transplantasjonsvirksomheten sentralisert til OUS Rikshospitalet for å sikre erfaring og kompetanse for best mulig behandling av pasientene. Organdonasjoner er avhengig av et bredt nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid for utveksling av organer. Donasjonsvirksomheten er et tverrfaglig samarbeid mellom intensiv-, anestesi-, operasjonspersonale, kirurger og transplantasjonskoordinatorer da det er behov for kompetanse på flere områder (NOROD, 2020).

Norsk ressursgruppe for organdonasjon – NOROD - er landets eneste faglige instans for organdonasjon, og er en tverrfaglig gruppe med formål å øke kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som jobber med organdonasjon. Organisasjonen ble grunnlagt i 1993 etter initiativ fra transplantasjonsmiljøet på Rikshospitalet og donasjonsmiljøet ved Helse Bergen - Haukeland universitetssykehus (Pfeffer og Albrechtesen, 2011). Organdonasjon er for de mange i helsevesenet en sjelden prosedyre, og NOROD har sammen med transplantasjonsmiljøet på OUS Rikshospitalet utarbeidet "Protokoll for organdonasjon". Dette er en veileder for alle grupper helsepersonell som tar del i prosessen, og innholdet oppdateres jevnlig i samsvar med den medisinske utviklingen (NOROD, 2020). NOROD tilbyr utdanningsprogram for helsepersonell involvert i donasjonsprosessen, men kursene er ikke obligatoriske. Kursene er utarbeidet etter modell fra European Donor Hospital Education Program (EDHEP) og består av to trinn (Blok et al, 1999, NOROD, 2020). Trinn I er et todagers fagseminar for relevant helsepersonell der man får en introduksjon til organdonasjon og transplantasjon. Trinn II retter seg primært mot intensivpersonell som er direkte involvert i identifisering og behandling av potensielle organdonorer (NOROD, 2020). Donoransvarlig

sykepleier og lege ved donorsykehusene har ansvaret for organisering av internundervisning, kompetanseheving og oppfølging av ansatte utover kursene fra NOROD.

2.1.1 Definisjoner og lovverk.

Organdonasjon er en prosess der et organ eller del av et organ gis fra et menneske i den hensikt å bli transplantert til et annet menneske. Organer som kan doneres er nyrer, lever, hjerte, lunger, bukspyttkjertel og tarm. Ulike vev, som hornhinne, benvev, sener, hjerteklaffer og blodårer, kan også doneres med tanke på transplantasjon (NOROD, 2020). Donasjon av organer til transplantasjon kan foregå med avdød eller levende giver, men de fleste organdonasjoner er fra avdøde givere (Meyer, 2006).

Organdonasjon- og transplantasjonsvirksomheten er regulert av flere lover og forskrifter, men den viktigste er “Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev - Transplantasjonslova” som trådte i kraft i 2016. I forbindelse med ny transplantasjonslov, ble forskriften om dødsdefinisjon ved donasjon av organ, celler og vev fornyet (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2016). Forskriften sier følgende om dødsdefinisjon ved donasjon av organ, celler og vev:

En person er død når det foreligger sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen med et komplett og irreversibelt opphør av alle funksjoner i storehjernen, lillehjernen og hjernestammen. Varig hjerte- og åndedrettsstans er sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen.

(Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2016)

I loven ligger det altså til rette for organdonasjoner, ikke bare etter opphørt hjernesirkulasjon, men også etter varig hjerte- og åndedrettsstans. Denne typen donasjon utføres ved flere europeiske sykehus og kalles Donation after Circulatory Death - DCD. Ved Rikshospitalet har man gjennomført noen slike donasjoner, men det har pågått en del vurdering av metoder, lovverk og etiske rammer for DCD. Fullstendig metodevurdering om DCD er i skrivende stund ferdigstilt og lagt ut til åpen høring med frist 15. september 2020 (Nye Metoder, 2020). I denne studien er det kun donasjon ved opphørt sirkulasjon til hjernen (Donation after Brain Death – DBD) som omhandles.

Etter Transplantasjonslova (2016) er det noen klare betingelser som må være oppfylt for at organdonasjon skal kunne gjennomføres. Disse beskrives og konkretiseres nærmere i Protokoll for organdonasjon (NOROD, 2020), og oppsummeres i følgende punkter:

- Erkjent intrakraniell skade eller sykdom

De aller fleste som donerer sine organer i Norge dør som følge av en alvorlig intrakraniell sykdom, oftest som følge av spontan intrakraniell blødning, hodetraume eller hypoksisk hjerneskade (for eksempel etter hjertestans). Til tross for intensiv behandling oppstår et for høyt intrakranielt trykk (hjernetamponade) og hjernesirkulasjonen opphører. Når hjernesirkulasjonen opphører, vil det føre til en ødeleggelse av hjernen.

- Respiratorbehandling

Ved respiratorbehandling tilføres kroppen oksygen slik at sirkulasjonen kan opprettholdes selv etter at døden er konstatert ved påvist opphørt hjernesirkulasjon. Dette gjør det mulig å operere ut og kjøle ned organene, for så å benytte dem til transplantasjon

- Pasienten har organer som egner seg til transplantasjon

- Samtykke fra avdøde/pårørende

Dersom avdøde har gitt samtykke, kan ikke pårørende nekte donasjon. Dersom avdøde ikke har gitt samtykke kan donasjon gjennomføres dersom det ikke foreligger forhold som tilsier at den avdøde ville motsatt seg donasjon. Pårørende skal spørres om det foreligger slike forhold. Donasjon kan ikke gjennomføres dersom en av de nærmeste pårørende nekter. Donasjon kan, etter loven, heller ikke gjennomføres dersom det ikke er mulig å få tak i pårørende, eller den avdøde ikke har pårørende.

- Pasienten må erklæres død på grunnlag av totalt opphørt sirkulasjon til hjernen

For å kunne erklære en pasient død ved total ødeleggelse av hjernen må det foreligge total bevisstløshet som ikke er medikamentbetinget eller kan skyldes nedkjøling (kroppstemperatur lavere enn 33 grader). Pasienten må ha opphør av egenrespirasjon og opphør av alle hjernereflekser. For å diagnostisere dette gjøres flere kliniske tester. Endelig må det foreligge en objektiv påvisning av opphevet blodsirkulasjon til hjernen.

I følge NOROD (2020) er det ingen absolutte begrensninger i forhold til alder eller kjønn for hvem som kan donere organer, og de aller fleste religiøse retninger stiller seg positive til

organdonasjon. Noen medisinske tilstander som aktiv kreftsykdom eller misbruksproblematikk kan forhindre mulighetene til å donere organer til transplantasjon, men dette går vi ikke nærmere inn på i oppgaven.

Etter dødens inntreden må blodtilførselen til de indre organer opprettholdes slik at organfunksjonen bevares inntil selve organuttaket kan finne sted. I denne tiden overvåkes og behandles pasienten som oftest i en intensivavdeling etter egne retningslinjer for organbevarende behandling (NOROD, 2020)

2.1.2 Organuttak.

Et organuttak er formelt sett en partiell obduksjon. Man omtaler ikke organuttak som en vanlig operasjon for å presisere at man opererer på en avdød person (NOROD, 2020). Erfaringsmessig er det mest vanlig å benytte ordet organuttak. På operasjonsstuen er et stort team klare for å ta imot organdonoren. Ofte har man et tidspress for å korte ned tiden til transplantasjon. Teamet består av 2-4 kirurger og en eller to operasjonssykepleiere (avhengig av hvilke organer som skal doneres), transplantasjonskoordinator, anestesisykepleier og anestesilege (NOROD, 2020).

Pasienten kommer fra intensivavdelingen til operasjonsstuen intubert og kunstig ventilert med som oftest normal hudfarge og temperatur. Monitorering og medisinsk utstyr er allerede etablert på intensivavdelingen. Standard utstyr ved organdonasjon er arteriekanyler, 3-lumen sentralt venekateter, grove perifere venekanyler, termometer, ventrikkelsonde, urinkateter, varmelaken og blodvarmer (NOROD, 2020).

Anestesisykepleieren monitorer og overvåker kontinuerlig EKG, invasiv blodtrykkmåling, perifer oksygensaturasjon (SaO₂), timediurese og temperatur som ved et vanlig kirurgisk inngrep og etter generelle retningslinjer i Norsk standard for anestesi (ALNSF/NAF, 2016). Anestesisykepleieren skal dokumentere i henhold til samme standard og avdelingens retningslinjer (ALNSF/NAF, 2016). Spesielt for organuttak er dokumentasjon av tiden fra organene er operert ut, nedkjølt og konserveret, til blodtilførsel fra organmottaker er etablert. Dette kalles kald ischemitid og skal være så kort som mulig da det kan ha betydning for utfall og resultater av transplantasjon (NOROD, 2020).

Ved organuttak er det spesielt viktig at anestesisykepleieren innehar nødvendig kunnskap om de patofysiologiske følger av intrakraniell trykkstigning og hjernetamponade. Sirkulatorisk instabilitet og sirkulasjonskollaps kan raskt oppstå som følge av tap av autonome reguleringsmekanismer. Hovedmålet er å bevare tilstrekkelig oksygenering og perfusjon av organene (Meyer, 2006). Retningslinjer beskrives på detaljnivå i “Protokoll for organdonasjon”, og vil ikke utdypes ytterligere (NOROD, 2020).

Ved opphevet intrakraniell sirkulasjon er spinale reflekser intakte. Dette kan gi blodtrykkstigning ved for eksempel blæredistensjon og muskulære spasmer ved hypoksi. Det benyttes derfor en rekke “vanlige” anestesimidler og medikamenter under et organuttak og det er anestesisykepleierens oppgave å administrere disse (NOROD, 2020).

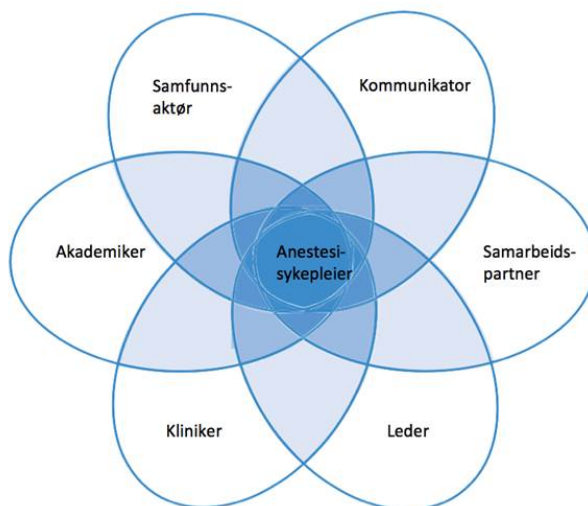
Når alt er klart for uttak av organer, avklemmes aorta. Kunstig ventilasjon og monitorering avsluttes. Anestesisykepleierens ansvar og funksjon knyttet til selve organuttaket er avsluttet, men pasientomsorgen videreføres gjennom stell av den døde (NOROD, 2020). Med alle forberedelser, selve uttaket av organer og stell av den døde, tar et organuttak alt fra 6 til 8 timer (NOROD, 2020).

2.2 Anestesisykepleierens ansvar og funksjon i organdonasjonsprosessen.

Anestesisykepleieres yrkesutøvelse er lovmessig regulert gjennom Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven. Videre reguleres yrkesutøvelsen av “Norsk standard for anestesi” som gir generelle retningslinjer for alt anesthesiologisk arbeid og skal sikre en viss standard i utøvelsen av faget (Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund – ALNSF, 2016). En ytterligere konkretisering av anestesisykepleiernes ansvar og funksjon er nedfelt i “Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere”, utarbeidet av ALNSF (ALNSF, 2017). I tillegg forholder anestesisykepleiere seg til “Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (NSF, 2019).

Som nevnt tidligere, kan anestesisykepleiere være involvert i organdonasjonsprosessen i flere ulike settinger, men i denne undersøkelsen hadde anestesisykepleierne sin primære funksjon

på operasjonsstuen under organuttak, samt ved henting av donor på intensivavdeling. De medisinske behandlingsprinsippene for ivaretagelse av organdonor er i hovedsak de samme, men i organdonasjonsprosessen utfordres også andre ikke-kliniske roller. Figuren under er hentet fra Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (ALNSF, 2017) og beskriver anestesisykepleierens ulike roller. Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområde vil beskrives nærmere ved hjelp av denne figuren.



Figur 1 Anestesisykepleierens ansvar og funksjonsområde (ALNSF, 2017)

Ved henting av organdonor på intensivavdelingen kan pårørende til stede, andre ganger har de allerede tatt farvel og reist fra sykehuset. Som vi kommer tilbake til senere i oppgaven, kan det å møte pårørende være både utfordrende og vanskelig, men også meningsfullt både for anestesisykepleieren og den nære familien (Lund, 2013). I grunnlagsdokumentet sies det at anestesisykepleieren som kommunikator skal møte pårørende (og pasient) på en rolig og trygg måte. Hun/han skal sikre forståelse, vise respekt og empati og inngi tillit ved å opprettholde konfidensialitet og diskresjon (ALNSF, 2017). Tiden anestesisykepleieren har til rådighet når organdonor hentes er begrenset. Likevel bør det være mulighet for å ivareta og respektere pårørende og organgivers rettigheter, verdier, ønsker og behov.

Anestesisykepleierens rolle som kliniker er sentral under et organuttak på operasjonsstuen. Anestesisykepleieren har sammen med anestesilege, ansvar for forberedelse, tilpasning og gjennomføringen av anestesian. Anestesisykepleieren

monitorerer, overvåker og iverksetter tiltak i henhold til gjeldende retningslinjer for anestesi under organuttak (NOROD, 2020). Anestesisykepleieren må inneha kunnskap om både anatomi/fysiologi, farmakologi og bruk/tolkning av medisinsk-teknisk utstyr.

Organdonasjon er et teamarbeid der mange aktører i ulike deler av prosessen må utføre sine oppgaver for at en vellykket donasjon skal kunne finne sted. I

Grunnlagsdokumentet (ALNSF, 2017) sies det at anestesisykepleieren skal ivareta pasienter og pårørende på individnivå, men også samarbeide med annet helsepersonell for å møte befolkningens behov for helsetjenester. Under hele organdonasjonsprosessen samarbeider anestesisykepleieren med transplantasjonskoordinator. Sammen med anestesileger, operasjonssykepleiere og kirurger, planlegges det når organuttak kan utføres (NOROD, 2020). Anestesisykepleiere samarbeider med intensivavdelingen som tilrettelegger og gjør klart for at donor kan hentes til organuttak. Organuttak utføres både på lokalsykehus og universitetssykehus. Etter at et organuttak er avsluttet, er det anestesisykepleiers ansvar sammen med operasjonssykepleiere å stelle den avdøde, noen ganger er også transplantasjonskoordinator med (NOROD, 2020).

I dette kapittelet er anestesisykepleierens ansvar og funksjon i organdonasjonsprosessen beskrevet og konkretisert. Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområde involverer også arbeid med forskning og utvikling. Dette vil omhandles nærmere i kapittel 3.

2.3 Profesjonell kompetanse.

Profesjonell kompetanse er et sentralt begrep i studien til Meyer et al (2012), og benyttes også i denne studien. Det finnes en rekke teorier om begrepet profesjonell kompetanse, men for å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmålene, var det naturlig å benytte samme teorigrunnlag som i Meyer et als (2012) arbeid. Profesjonell kompetanse ble derfor sett ut fra Nygren (2004), Eraut (1994) og Kirkevolds (1996) teorier og betraktninger. I tillegg er NSF's definisjoner av ulike sykepleiekunnskaper benyttet (NSF, 2008). De aktuelle teoriene og definisjonene dannet grunnlag for en inndeling av profesjonell kompetanse i fire ulike kunnskapsområder; teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap.

Kunnskapsområdene beskrives videre i kapittelet.

2.3.1 Teoretisk kunnskap.

Teoretisk kunnskap utgjør ifølge NSF (2008) fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Den danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag. Ulike temaer innen teoretisk kunnskap som er nødvendig innenfor den aktuelle profesjonen kan være nedfelt i rammeplaner for utdanning, i funksjon- eller ansvarsbeskrivelser og i retningslinjer på arbeidsplassen. Den teoretiske kunnskapen kan også omhandle lover og forskrifter om arbeidsfelt og samarbeidspartnere (Nygren, 2004). I kartleggingen av anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon, hadde mange av anestesisykepleierne tilegnet seg kunnskap gjennom teori. De anså likevel ikke teoretisk kunnskap som en viktig måte å tilegne seg kunnskap på.

2.3.2 Praktisk kunnskap.

Praktisk kunnskap defineres som å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie og som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene (NSF, 2008). Eraut (1994) refererer til Ryle (1949) som omtaler skillet mellom teoretisk og praktisk kunnskap som “knowing that” og “knowing how”. For eksempel har anestesisykepleiere gjennom utdanning, tilegnet seg teoretisk kunnskap om reaksjoner hos pårørende i sorg eller krise. På hvilken måte man forholder seg til pårørende til organdonor i praksis er som Eraut påpeker, avhengig av hvilke erfaringer man har gjort seg, både i og utenfor yrkeslivet (Eraut, 1994). Den enkelte sykepleiers samlede erfaringer, ervervet gjennom livserfaring og yrkespraksis gir erfaringskunnskap. En sykepleier trenger både praktiske ferdigheter, rasjonelle ferdigheter og samhandlingsferdigheter (NSF, 2008). Som sykepleier er man ofte i situasjoner hvor tidligere erfaringer kan være nyttige, men ingen situasjoner er helt like. En individtilpasset sykepleie krever evne til å reflektere og se nyansene i de ulike situasjonene og å anvende forskningsbasert kunnskap, kritisk vurderingsevne og faglig skjønn. Resultatet kan da bli en annen vurdering og tilnæringsmåte til en konkret situasjon enn det som var riktig i tidligere sammenlignbare situasjoner (NSF, 2008).

2.3.3 Sosialt overført kunnskap.

Sosialt overført kunnskap er kunnskap som utvikles i yrkespraksis gjennom fellesskapet (Eraut, 2007). Eraut beskriver at utviklingen av denne kunnskapen skjer gjennom en

kontinuerlig triangulering og gjennom gjensidig avhengighet mellom kollegaer. Støtte fra kollegaer vil gi økt trygghet og selvfølelse slik at man tør å søke utfordringer. I motsatt fall vil manglende støtte kunne påvirke faglig utvikling eller etisk refleksjon (Eraut, 2007). Uerfarne sykepleiere finner ofte støtte i verdien i arbeidet de utfører. Tilbakemeldinger og oppfølging fra kollegaer i hver enkelt situasjon er derfor viktig for kompetanseutvikling. Videre vil verdien av tilbakemeldingene øke dersom sykepleieren er “sosialt inkludert” i avdelingen (Eraut, 2007). Nygren og Kirkevold sier som Eraut at utviklingen av profesjonell kompetanse alltid påvirkes av omgivelsene, eksempelvis arbeidsplassens sosiale kultur (Kirkevold, 1996; Nygren, 2004).

Flere av studiene som presenteres i litteratormatrisen, viser at perioperative sykepleiere bekymrer seg for - og er opptatt av - ivaretagelse av verdighet og respekt for organdonor. På hvilken måte og i hvilken grad man har mulighet for å vise respekt for den avdøde donor, vil blant annet være avhengig av avdelingens og kollegaers holdninger. Om organdonasjon oppleves meningsfullt eller ikke vil antagelig også være påvirket av kollegaers og arbeidsplassens kultur. Som Eraut (2007) sier, vil ledelsen ved en avdeling følgelig ha et stort ansvar for å fremme en kultur som tilrettelegger for at kunnskap kan utvikles gjennom fellesskapet. Manglende struktur i en virksomhet bidrar til å vanskeliggjøre opplæring fra en mer erfaren kollega og hindre muligheter til å skape relasjoner. For at kunnskap skal kunne skapes og overføres gjennom fellesskapet, må det tilrettelegges for at kollegaer kan samarbeide, gi hverandre tilbakemeldinger og utveksle kunnskap og erfaring (Eraut, 2007).

2.3.4 Etisk kunnskap.

Ifølge NSF (2008) innebærer etisk kunnskap å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. Sykepleiere kommer ofte i dilemmaer hvor etisk kunnskap og refleksjon danner grunnlaget for hvordan den aktuelle situasjonen håndteres (NSF, 2008). Eraut mener etisk kunnskap i en profesjonell sammenheng kan være utfordrende å håndtere. Han peker på at personlige meninger og holdninger kan komme i konflikt med avdelingens retningslinjer eller profesjonens normer når moralske dilemmaer skal løses (Eraut, 1994). Et eksempel på et etisk dilemma som omhandles i denne studien er hjertestans hos donor under organuttak – noe som kan inntreffe som følge av opphørt hjernesirkulasjon. I følge “Protokoll for organdonasjon” skal donor i slike tilfeller

resuciteres. Dette forsvares med at sirkulasjonsstans som oftest er forbigående og skyldes tamponade i hjernen som trykker ned mot lillehjernen (NOROD, 2020). I Lunds studie fra 2013, var den første reaksjonen fra respondentene at det å resuscitere en allerede død person var et overtramp og usmakelig. Videre bekymret anesthesisykepleierne seg for om kvaliteten på organene ville bli dårligere på grunn av surstoffmangel. Etter hvert gjorde de seg refleksjoner over om det likevel var verdt å forsøke å redde organene når man først hadde fått et samtykke og man hadde lagt ned så mye ressurser (Lund, 2013). Erfaringsmessig vil det i en situasjon med spontan hjertestans under et organuttak, være nytteløst å bruke tid på etiske refleksjoner da organskade kan oppstå etter få sekunder. I en avdeling som utfører organdonasjoner bør det derfor tilrettelegges for refleksjon og diskusjon utenom klinisk arbeid (Lund, 2013). Anesthesisykepleieren kan på den måten bevisstgjøre seg på hvilke etiske prinsipper som utfordres og forsøke å finne en mening og retning for handling i en vanskelig situasjon.

2.3.5 Utvikling av profesjonell kompetanse.

Kompetanseutvikling ble tidligere ofte beskrevet som de formelle trinnene profesjonsutøvere går gjennom for å bli eksperter på et bestemt område, samt deres utvikling av ferdigheter (Nygren, 2004). Etter hvert har man ifølge Nygren (2004) erkjent nødvendigheten av å se profesjonell kompetanse og kunnskap i et mer helhetlig perspektiv. Kompetanse utvikles i ulike kontekst, både i og utenfor utdanning og yrkesliv, og utviklingen skjer kontinuerlig. Profesjonell kompetanse er nødvendig for å kunne handle i profesjonelle sammenhenger, og i samsvar med en forståelse av mennesker og menneskers utvikling. NSF (2008) peker også på at utvikling av sykepleierens kompetanse skjer i prosess gjennom både yrkespraksis og livet generelt. I denne undersøkelsen blir anesthesisykepleierne spurt om hvordan de har utviklet sin kompetanse og hva de ser på som mest viktig for utvikling av kompetanse. I spørreskjemaet er det nevnt flere alternativer som for eksempel å lese litteratur, debriefing, diskusjoner i avdelingen eller opplæring av en mer erfaren kollega. I et åpent felt i spørreskjemaet, var det også mulig å nevne andre måter å tilegne seg kunnskap om organdonasjon på.

Teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap må virke sammen for å utvikle profesjonell kompetanse. Gjennom prosesser som intuisjon, erfaring og refleksjon kan oppgaver og utfordringer løses. Til sist vil alltid ens egne personlige trekk og evner påvirke yrkesutøvelsen (Kirkevold, 1996).

2.4 Tidligere forskning.

I studien er eksisterende kunnskap og tidligere forskning benyttet for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål. I dette kapittelet beskrives det systematiske litteratursøket i tekst og tabellform og sentrale/relevante artikler presenteres i en litteraturmatrise og –syntese. Til slutt i kapittelet redegjøres det for aktuell kildekritikk.

2.4.1 Litteratursøk – PICO.

De systematiske kunnskapsøkene ble gjennomført med bakgrunn i problemstilling og forskningsspørsmål og strukturert etter PICO-modellen. PICO representerer en måte å dele opp spørsmål vi ønsker å få svar på eller belyse, slik at aktuelle søkeord struktureres på en hensiktsmessig måte (Helsebiblioteket, 2016).

PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er en forkortelse for elementer beskrevet i tabellen under.

Tabell a PICO-modellen.

| | |
|-----------------------------------|--|
| P: Population/patient/ problem | Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om? |
| I: Intervention | Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)? |
| C: Comparison | Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis). |
| O: Outcome | Hvilke endepunkter er du interessert i? |

Kunnskapssøket omhandler 1) utfordrende aspekter ved organdonasjon og 2) profesjonell kompetanse om organdonasjon. Søkene er strukturert etter denne inndelingen i søkestrategi 1 og 2 (se tabell b). Funn fra begge søkestrategier overlapper hverandre i varierende grad. I oppgaven har vi i størst grad inkludert artikler fra søkestrategi 1. Sentrale artikler er presentert skjematisk i en litteraturmatrise under.

Fordi anestesisykepleie ikke er en spesialisert utdanning i alle land, er søkeordet ”perioperativ nursing” inkludert i søkestrategien. Dette kan være en svakhet, da vi ikke spesifikt vet om artikler omhandler anestesisykepleiere. Det er mange likhetstrekk i våre funn.

Via helsebiblioteket har vi gjort litteratursøk i Medline, Cinahl, Cochrane og Epistemonikos. Søkehistorikk, aktuelle søkeord, kombinasjoner av søkeord og antall treff har vi presentert skjematisk i PICO-skjemaer beskrevet i neste avsnitt. Medical Subject Headings (MeSh) har

vært et viktig verktøy i søkeprosessen i de forskjellige databaser. For å finne relevante søkeord, har vi dessuten fått assistanse fra bibliotekar og hentet søkeord fra sentrale artikler. Faglige retningslinjer og lovverk samt egen praksiserfaring om organdonasjon er benyttet som bakgrunnskunnskap. Transplantasjonskoordinator ved OUS Rikshospitalet Kätthe Meyer har bidratt med fagkunnskap innen organdonasjon og forskning, samt erfaringskunnskap fra praksis.

I søkeprosessen har på langt nær alle treff i de forskjellige databasene vært relevante for vår problemstilling. Det er derfor valgt ut noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for å snevre inn treffraten. Forskning som er publisert siste fem år, skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk og som er fagfellevurdert, er inkludert i søkene. Artikler skrevet på andre språk enn de overnevnte er ekskludert av den grunn at vi ikke har hatt ressurser eller tid til å oversette artikler fra språk vi ikke snakker/forstår selv. Artikler som omhandlet DCD og donasjon fra levende giver - "living-donor" - ble ekskludert. Artikler som åpenbart ikke kunne relateres til vårt tema ble heller ikke tatt med i studien. I utgangspunktet forsøkte vi å benytte de samme søkeord og kombinasjoner i de forskjellige databasene, men på grunn av få eller ingen treff ved enkelte søkekombinasjoner ble søket åpnet mer opp for å øke treffraten. Flere artikler overlapper i de forskjellige databasene. Tabellen under beskriver databaser, søkeord og treff etter PICO-modellen.

Tabell b Det systematiske litteratursøket etter PICO-modellen

| Database | P Populasjon | I Ikke relevant | C Sammenligning | O Ikke relevant | Antall treff/Antall relevante |
|------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Søkestrategi 1) | | | | | |
| Medline | Tissue and organ procurement | | Perioperativ nursing | | 18/4 |
| | Tissue and organ harvesting | | Nursing anesthetist | | |
| Cinahl | Tissue and organ procurement | | Perioperativ nursing | | 16/8 |
| | Tissue and organ harvesting | | Nursing anesthetist | | |
| Epistemonikos | Tissue and organ harvesting | | Perioperativ nursing | | 0 |
| | Tissue and organ harvesting | | Nursing anesthetist | | |
| Epistemonikos | Organ procurement | | | | 18/0 |
| Søkestrategi 2) | | | | | |
| Epistemonikos | | | Perioperativ nursing | | 0 |
| | | | Nurse anesthetist | | 12/0 |
| Cochrane | Organ and tissue procurement | | Nurse anesthetist | | 1/0 |
| | Organ and tissue procurement | | Nursing | | 10/0 |

2.4.2 Litteraturmatrise.

I tabellen under vises relevante og sentrale artikler som ble benyttet som teoretisk rammeverk og som dannet grunnlag for problemstilling, forskningsspørsmål og diskusjon. En syntese av artikler og funn presenteres videre i neste kapittel.

Tabell c Litteraturmatrise med sentrale og relevante artikler

| Forfatter Årstall | Tittel | Hensikt | Populasjon/ Kontekst | Design/ Metode | Resultat |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------|--|
| Smith, Zaneta. 2017 *1 + 2 | Duty and dilemma: Peri-operative nurses hiding an objection to participate in organ procurement surgery. | Belyse sykepleieres opplevelse av å reservere seg mot deltakelse ved organuttak av samvittighetsårsaker | N: 5 perioperative sykepleiere | Kvalitativ grounded theory. | En rekke organisatoriske og kulturelle barrierer sto i veien for å kunne motsette seg, og dermed ufrivillig bli deltagende i organdonasjon. De burde føle trygghet og støtte om de ønsker å motsette seg og ikke bli tvunget til deltagelse. |
| Gao, Weili; | Peri- | Oppdage og evaluere | Primærstudier | Systematisk review | 1: Sykepleiere følte stress, utfordring, og |

| | | | | | |
|--|---|---|---|----------------------------|---|
| Plummer, Virginia; Williams, Allison. 2017 *1 + 2 | operative nurses' attitudes towards organ procurement -a systematic review. | perioperative sykepleieres opplevelser av organdonasjon. | publisert på engelsk fra 1990-2014 | | fysisk utmattelse gjennom organdonasjonsprosessen. 2: De fant sin egen måte å håndtere slike følelser og oppnå støtte. 3. Det fantes både positive og negative følelser mot organdonasjon. 4. Det kreves kontinuerlig støtte for sykepleiere, særlig uerfarne og nyutdannede. |
| Smith, Zaneta; Leslie, Gavin; Wynaden, Dianne. 2014 *1 + 2 | Australian peri-operative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: a grounded theory study. | Kartlegge perioperative sykepleieres opplevelser av å være deltagende i multiorgan-donasjon. | N: 35 perioperative sykepleiere. (33 kvinner + 2 menn) | Kvalitativ grounded theory | Deltagelse i organdonasjon representerer en kompleksitet av sosialpsykologiske utfordringer. Sykepleiere uttrykker at de "tar på seg en maske" for å håndtere situasjonen og samtidig prøve å finne mening. |
| Smith, Zaneta; Leslie, Gavin; Wynaden, Dianne 2016 *2 | Coping and caring: support resources integral to peri-operative nurses during the process of organ procurement surgery. | Å diskutere nivå og omfang av støtte perioperative sykepleiere mottar ved organdonasjon og effekten støtte har på overordnet velbefinnende. | N: 35 perioperative sykepleiere med tidligere erfaring med organdonasjon. | Kvalitativ grounded theory | 3 nivåer av støtte ble indentifisert. 1: Mangel på støtte i operasjonsstuemiljøet - organisatorisk 2: Støtte fra operasjonsteamet 3: Ekstern profesjonell støtte Det er behov for å anerkjenne innad i helseorganisasjoner behovet perioperative sykepleiere har for organisert støtte gjennom organdonasjonsprosessen. |
| Smith, Zaneta.; Leslie, Gavin og Wynaden, Dianne 2015 *2 | Experiential learning not enough for organ procurement surgery: implications for peri-operative nursing education. | Å kartlegge graden av manglende utdanning, tidligere erfaringer og forberedelse som hindrer perioperative sykepleiere til å skaffe seg praksiserfaring fra organdonasjon. | N: 35 perioperative sykepleiere med kirurgisk erfaring om organdonasjon. | Kvalitativ grounded theory | Nivå av kunnskap og erfaring var påvirkende i perioperative sykepleieres erfaringer når det gjaldt deltagelse i organdonasjon. 6 nivåer om kunnskap og erfaring ble indentifisert og behovet for utdanning for å suksessfullt kunne delta i organdonasjon. |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | | | | <p>1: Tidligere erfaring og eksponering av organdonasjon</p> <p>2: Manglende profesjonelle utviklingsmuligheter</p> <p>3: Manglende ressurser til utdanning</p> <p>4: Manglende veiledningsmuligheter</p> <p>5: Tidligere kunnskap om organdonasjon før detakelse.</p> <p>6: Deling av kunnskap gjennom team.</p> |
| <p>Perrin, Karen; Jones, Barbara; Winkelmann, Cecelia.</p> <p>2013 *2</p> | <p>The Co-Existence of Life and Death for the Peri-operative Nurse.</p> | <p>Å finne ut påvirkningskraften organdonasjon har på personlige og miljømessige krefter og funksjoner.</p> | <p>N: 7 Sykepleiere som har vært med på minst to organdonasjoner fra start til slutt. (6 kvinner + 1 mann)</p> | <p>Kvalitativt dybdeintervju med fokus på:</p> <p>1: Kirurgisk intervensjon</p> <p>2: Fremtredende egenskaper ved kirurgi</p> <p>3: Påvirkningen av deltakere ved organuttak</p> <p>4: Miljømessig kontekst for kirurgien</p> <p>5: Opplevelsen av å være med den avdøde etter kirurgi</p> <p>6: Hvor meningsfullt det var for sykepleieren å være delaktig i organdonasjon</p> | <p>Tre grunnelementer ble trukket frem:</p> <p>1: Eksistensielle problemer</p> <p>2: Mestringsmekanismer</p> <p>3: Støtte av/fra medarbeidere.</p> |
| <p>Ross, Ann; Reilly, Janet; Halla, Emily; and Anderson, Kathryn</p> <p>2020</p> | <p>Organ Procurement Process in the operating room: The effects of an educational session on levels of confidence and understanding in operating room registered</p> | <p>Mål om å fastslå effekten av et online undervisningskurs om organuttaksprosedyre på selvtillit og forståelse for operasjonssykepleiere og "operasjonsteknikere".</p> | <p>N: 59 Operasjonssykepleiere og "operasjonsteknikere".</p> | <p>Retrospektiv pre/post-test design.</p> | <p>Forståelse og selvtillit om organuttaksprosedyren var generelt økende blant deltakere etter nettbasert kurs.</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | nurses and surgical technologists | | | | |
| Gao, Weili; Plummer, Virginia; and McKenna, Lisa 2019 | Lived experiences of international operating room nurses in organ procurement surgery: A phenomenological study. | Mål om å undersøke operasjonssykepleieres selvopplevd erfaring av deltakelse I organuttakssprosedyrer fra avdødgiver. Fokus på 4 punkter: 1: Surrealiteten av død 2: Personlige og profesjonelle utfordringer 3: Å bli sterkere 4: Personlige ønsker og tro. | n: 18 internasjonalt registrerte operasjonssykepleiere. | Fenomenologisk studie. | Det er essensielt å tilby klinisk utdanning og støtte angående kultur og praksisoverføring for internasjonale operasjonssykepleiere, for å øke og opprettholde den profesjonelle selvtiliten, yrkestilfredshet, helse og trivsel under organuttakskirurgi. |
| Smith, Zaneta; Woods, Cindy; Usher, Kim; and Lea, Jackie. 2019 | Australian perioperative nurses' attitudes, levels of knowledge, education and support needs related to organ donation and procurement surgery. A National survey. | Målet med studien var å undersøke australske operasjonssykepleieres selvrapporterte holdninger, kunnskap, grad av utdanning og støtte I relasjon til deltakelse I donasjons/organuttakskirurgi. | n: 452 australske perioperative sykepleiere. | Online spørreundersøkelse gradert med likert skala og ordinal multikategorisk skala. | Generelt rapporterte perioperative sykepleiere kjennskap til organdonasjonsprosessen, men, etterlyste kunnskap og utdanning I forskjellige aspekter ved organuttak. Flertallet støttet organdonasjon, og hadde positive holdninger mot organdonasjon. Likevel rapporterte de mangel på støttende ressurser, og tilgang på relevant utdanning. |
| Lund, Henrik. 2013 | Organdonasjon. Anestesisykepleieres opplevelser ved organuttak, og deres holdninger til donasjon av egne organer. | Målet med studien var å undersøke anestesisykepleieres opplevelser under organuttak og deres holdninger til donasjon av egne organer. | N: To grupper ved hvert sykehus. Intervjuer utført ved to norske sykehus. Ett donorsykehus og ett donor- og transplantasjonssykehus. | Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju. | Begreper knyttet til skillet mellom levende pasient og donor var anderledes mellom intensivsykepleiere og anestesisykepleiere. Anestesisykepleiere uttrykker at det er urfordrende og være delaktig I avslutning av ventilasjon og monitorering. Først her omtales pasienten som død. Ethiske problemstillinger angående hvem som gir og får spesielt friske eller slitne organer. Paradoks at donor gis full anestesi. |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | Møte med pårørendes sorg/fortvilelse opplevdes vanskelig. Alle uttrykte viktigheten av verdighet, omsorg og respekt for donor og pårørende. Donasjon av egne organer: Språk I holdning mellom sykehus og i gruppene. De fleste oppgav skepsis til donasjon av egne organer og særlig pårørendes organer på grunn av egne opplevelser ved organuttak. |
| Meyer, Käthe Birgitte et al, 2009 | Intensivsykepleieres kompetanse I organdonasjonsprosessen | Målet var å beskrive intensivsykepleieres kompetanse I organdonasjonsprosessen og identifisere utdanningsbehov. + Drøfte teoriens plass I forskning. | N: 572 intensivsykepleiere ved 28 norske donorsykehus | Empirisk studie med survey design. | Intensivsykepleiere hadde positiv holdning til organdonasjon. Utfordrende situasjoner: <ul style="list-style-type: none"> • Tiden mellom identifisering av donor til spørsmål om donasjon. • Kommunikasjon med pårørende I tiden mellom liv og død. Studien viste sammenheng mellom kompetanse og deltakelse på NORODkurs. NORODkurs ble ansett som viktig i utvikling av kompetanse. Teori har betydning for hele forskningsprosessen, og gir mulighet til å kritisere, teste og anvende forskning. |
| Flodén, Anne; Berg, Marie; og Forsberg, Anna. 2011 | ICU nurses' perceptionsof responsibility and organisation in relation to organ donation – A phenomenographic study. | Målet var å studere intensivsykepleieres opplevelse av deres profesjonelle ansvar og organisatoriske aspekter I relasjon til organdonasjon og deres forståelse og oppfattelse av | N: 15 sykepleiere fra 6 forskjellige sykehus, med forskjellige geografiske nedslagsfelt | Fenomenografisk studie med intervjuer. | 3 Hovedpunkter. <ul style="list-style-type: none"> • intensivsykepleieres opplevelse av sitt profesjonelle ansvar • Organisasjonens rolle I forhold til organdonasjon |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | hjernedødbegrepet | | | <ul style="list-style-type: none"> • Død og dødsdiagnostikk <p>Tvetydigheten og forskjellige oppfatninger av hjernedødsdiagnostikken viste seg å være viktig aspekt i behandlingen av hjernedøde pasienter. Mangelen på struktur og tilstrekkelig organisering er en begrensende faktor. Begge disse faktorene er essensielle for intensivsykepleieres mulighet for å imøtekomme profesjonelt ansvar i organ-donasjonprosessen.</p> |
| Schilling, Maie; og Lindstrøm, Kine 2018 | Operasjonssykepleieres profesjonelle kompetanse I organ-donasjonsprosessen | Mål: Beskrive norske operasjonssykepleieres oppfatning av egen profesjonell kompetanse I organ-donasjonsprosessen, og evt identifisere kompetansehevede tiltak. | N: 151 operasjonssykepleiere. Utvalg hentet fra 9 av 26 donorsykehus i Norge | Kvantitativ metode. Tversnittstudie med deskriptiv statistikk | <p>58 % opplevde organuttak som ikke eller litt tyngende. 10 % opplevde organuttak som tyngende. 67% mente organ-donasjon påvirket arbeidet på en positiv måte. 64%-77% var positiv til donasjon av egne/families organer. 70% opplevde seg som kompetente til jobben med organ-donasjon, men etterlyste likevel mer opplæring innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juridiske rammebetingelser • Medisinsk behandling av donor • Innhenting av samtykke til donasjon • Gjennomføring av donasjonsprosessen • Organuttak • Tilbakemelding til donorsykehus og pårørende • Transplantasjoner <p>De fleste hadde positive holdninger til arbeidet rundt</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | organdonasjonsprosess en og samarbeidet med uttaksteamet. |
|--|--|--|--|--|---|

2.4.3 Litteratursyntese.

I denne studien ble 13 forskningsartikler lagt til grunn for belysning av problemstilling og forskningsspørsmål. 5 av studiene (Smith et.al 2015-2019) var kvalitative studier, mens en var en systematisk oversikt. Gao et. al (2017), Meyer et.al (2009), Lindstrøm og Schilling (2018) og Ross et.al (2020) er kvantitative studier. Perrin et.al (2013), Lund (2013), Gao et.al (2019) og Floden et.al (2011) er kvalitative forskningsartikler.

Ingen av studiene omhandlet anestesisykepleiere, med unntak av Lund (2013). I følge Smith et.al (2017) var det en rekke organisatoriske og kulturelle barrierer som sto i veien for at perioperative sykepleiere skulle kunne motsette seg deltakelse i organuttak. Det ble etterlyst trygghet og støtte dersom man ønsket å motsette seg. Gao et.al (2017) understrekte at det kreves kontinuerlig støtte for perioperative sykepleiere i organdonasjonsprosessen. Særlig gjaldt dette uerfarne og nyutdannede sykepleiere. Respondentene i studien opplevde stress og fysisk utmattelse gjennom organdonasjonsprosessen, men fant egne måter å håndtere det på. Dette samsvarer med Smith et.al (2014) som beskriver kompleksiteten av sosialpsykologiske utfordringer i organdonasjonsprosessen. Perioperative sykepleierne “gjemte seg bak en maske” for å håndtere ulike utfordringer og samtidig finne mening.

Smith et.al (2016) beskrev tre nivåer for behov for støtte; støtte i operasjonsmiljøet og på et organisatorisk nivå, støtte i operasjonsteamet og ekstern profesjonell støtte. Floden et al. (2011) understøttet at struktur og organisering i virksomheten var essensielt for intensivsykepleieres mulighet til å imøtekomme profesjonelt ansvar i organdonasjonsprosessen.

Smith et al. (2015) beskrev områder som påvirket perioperative sykepleieres erfaringer i organdonasjonsprosessen. Tidligere erfaring og eksponering for organdonasjon samt mulighet for deling av kunnskap var noen komponenter. Ressurser til utdanning og veiledning var viktig for utvikling av profesjonell kompetanse. Ross et al. (2020) støttet disse funnene og viste hvordan forståelse og selvtillit om organuttaksprosedyren var økende hos respondenter som hadde deltatt i nettkurs. I Meyers forskning fant man at deltakelse på NOROD-kurs ble

ansett som viktig for utvikling av profesjonell kompetanse og ga også økt kompetanse (Meyer et al, 2012). Gao et al. (2017) pekte på klinisk utdanning og internasjonal praksisoverføring som viktig. Videre så det ut til at støtte til operasjonssykepleiere med ulike syn på organdonasjon relatert til kulturelle forhold var essensielt. Tilsammen hadde tiltakene god effekt på profesjonell selvtillit, yrkestilfredshet, helse og trivsel under organuttakskirurgi (Gao et al., 2017).

I forskningen av Smith et al. (2019) etterlyste perioperative sykepleiere utdanning og kunnskapsutvikling, samt “støttende” ressurser innen ulike aspekter i organdonasjonsprosessen. Flertallet var likevel positive til organdonasjon og rapporterte også at de hadde kunnskaper om organdonasjon. Lindstrøm og Schilling (2018) beskrev at operasjonssykepleierne anså seg selv som kompetente, men at de hadde behov for mer opplæring innen juridiske rammebetingelser og samtykke til donasjon. De hadde behov for økt kunnskap om medisinsk behandling av donor og gjennomføring av donasjonsprosessen. Videre var det behov for kompetanse om selve organuttaket.

Perrin, Jones og Winkelman (2013) beskrev at eksistensielle forhold og personlige tanker om liv og død påvirket sykepleiere som arbeidet med organdonasjon. De utviklet ulike mestringsmekanismer og trengte støtte fra medarbeidere. Lund (2013) identifiserte utfordringer anestesisykepleiere opplevde i organdonasjonsprosessen. Å forstå når donor var virkelig død opplevdes vanskelig. Avslutning av ventilasjon og monitorering etter organuttak ble av flere ansett som dødstidspunkt. Å administrere generell anestesi til en allerede død person var et paradoks. Møter med pårørende var utfordrende, men alle uttrykte viktigheten av verdighet, omsorg og respekt for donor og pårørende. Mange av anestesisykepleierne oppgav skepsis til donasjon av egne eller families organer, på grunn av tidligere opplevelser under organuttak (Lund, 2013). I Lindstrøm og Schillings (2018) datamateriale var de fleste (64-77 %) av operasjonssykepleierne positive til donasjon av egne/families organer. De hadde positive erfaringer i samarbeidet med uttaksteam. 58% opplevde organuttak som ikke eller litt tyngende, mens 10% av operasjonssykepleierne mente det var tyngende.

Meyer et al. (2012) beskrev at intensivsykepleiere var positive til organdonasjon, men påpekte utfordringer knyttet til tiden fra identifisering av donor til spørsmål om donasjon. Kommunikasjon med pårørende i denne tiden synes de var spesielt krevende. Flodén et al.

(2009) fant at tvetydigheten og forskjellige oppfatninger av hjernedød-diagnostikken var en begrensende faktor for intensivsykepleierne til å være profesjonelle i donasjonsprosessen.

2.4.4 Kildekritikk.

Forskningen som fremkommer i vårt systematiske kunnskapssøk, har som fellesnevner at de ikke omtaler anestesisykepleiere konkret, med unntak av Lunds studie (2013). Vi finner likevel artiklene tematisk relevante, fordi de bekrefter funn fra Lund sin studie samt erfaringer fra praksis. 5 av 12 artikler har samme førsteforfatter (Zaneta Smith) og i 4 av 5 av disse artiklene er utvalg og metode lik. Dette kan være en svakhet fordi det kan påvirke graden av representativitet, og muligens gi et snevert og lite nyansert bilde av populasjonen. Den siste av artiklene til Zaneta Smith et al. (2019), baserer seg på et annet og mye større utvalg, og har mange fellesnevner med Käthe Meyer et als (2012) arbeid. Til tross for at det er forskjellige spesialiseringers kompetanse som undersøkes, kan funnene sammenlignes. 7 av 13 artikler fra vårt søk, er fra Australia og man kan stille spørsmål om dette er representativt for norske forhold.

Ser man på organdonasjonsprosessen i sin helhet, er det interessant at det finnes fellesnevner mellom operasjonspersonell og intensivpersonell. Mange av studiene vi har benyttet har kvalitativ tilnærming. Kvalitative studier bidrar med dybdekunnskap, men belyser ikke bredden av et tema. Funn kan derfor heller ikke generaliseres eller testes statistisk (Johannesen et al. 2016)

3.0 METODE

3.1 Forskningsdesign - kvantitativ metode.

Forskningsdesign beskrives som en overordnet plan for en undersøkelse. Man utarbeider et eller flere forskningsspørsmål og vurderer videre hvordan det er mulig å gjennomføre undersøkelsen fra start til slutt (Johannessen et al., 2016). Kvantitativ metode egner seg for å beskrive fenomener som lar seg undersøke med nøyaktig målbarhet og kvantifisering og krever ofte et strengt og kontrollert design (Polit & Beck, 2017). I kvalitativ metode søker man derimot beskrivende data ved hjelp av skrevne eller talte ord og observerbar adferd (Olsson og Sörensen, 2013). Den vanligste måten å samle inn kvantitative data på er ved hjelp av spørreskjema (Johannessen et al., 2016).

Vi har som Meyer et al.(2012) valgt kvantitativ metode med survey design. Arbeidet er en tverrsnittstudie, som vil si at undersøkelsen ble utført på *ett* bestemt tidspunkt (Johannessen et al., 2016). For å samle data og besvare våre forskningsspørsmål, har vi benyttet et prekodet spørreskjema, som ifølge Johannesen et al. (2016) innebærer en standardisering, hvor man kan se på likheter og variasjoner i respondenters svar. En standardisering muliggjør en generalisering fra utvalg til populasjon, og man kan nå mange respondenter. Et spørreskjema vil gi opplysninger som kan videreføres i statistiske analyser, for å undersøke sammenhenger mellom fenomener.

I kvantitativ metode gjøres en innsamling av data med mål om å kunne konkludere statistisk validitet og generalisering av funn (Polit & Beck, 2017). Før innhøsting av data må man ha en klar formening om kriterier for populasjonen man ønsker å undersøke. Det anbefales å ha et klart skille mellom en tilgjengelig populasjon og en målpopulasjon (Polit & Beck, 2017). Kriterier som brukes for å definere en populasjon har implikasjoner for hvordan resultat og validitet i funn tolkes (Polit & Beck, 2017). For å oppnå et representativt utvalg kan man gjøre en tilfeldig trekning av alle respondentene. Et utvalg er representativt når alle viktige egenskaper er representert i utvalget som det ville vært i populasjonen. Det vil være viktig for undersøkelsen at alle variabler vi ønsker å undersøke er likt fordelt i utvalg og populasjon (Johannessen et al., 2016). En utvelgelse vil i de aller fleste tilfeller gi en fordeling i utvalget

som ligger forholdsvis tett opp mot fordelingen i populasjonen. Denne fremgangsmåten kalles også en sannsynlighetsutvelging. En sannsynlighetsutvelging garanterer ikke utvalg som er representative, men gir med stor sannsynlighet god representativitet. Å ha representative utvalg er viktig for å kunne benytte innsamlede data opp mot statistisk teori, for så videre kunne generalisere funn, og med det kunne konkludere med at funn fra et utvalg er representative for hele populasjonen (Johannessen et al., 2016).

3.2 Datainnsamling.

3.2.1 Populasjon og utvalg.

Utvalget i dette arbeidet er anestesisykepleiere på *en* avdeling ved et universitetssykehus. Ideelt sett skulle man gjerne invitert alle anestesisykepleiere som arbeider på de 27 donorsykehusene i Norge til å delta i undersøkelsen. Etter rammer for et masterarbeid, kan det på grunn av begrenset tid, utføres undersøkelser med færre deltakere enn det som er ønskelig i forhold til å generalisere funnene (Masterhåndbok, 2018). En utvidelse av undersøkelsens omfang kan imidlertid være en mulighet i et senere prosjekt. Det må tas høyde for at respondenter av forskjellige grunner ikke blir deltagende i undersøkelsen og et slikt bortfall kan potensielt representere en feilkilde i resultatene (Johannessen et al., 2016).

3.2.2 Inklusjon og eksklusjon.

Inklusjonskriterier:

- Sykepleiere med videreutdanning i anestesi
- Snakker og forstår norsk
- Anestesisykepleiere som har deltatt i organuttak/organdonasjonsprosessen.
- Anestesisykepleiere som arbeider på et donorsykehus.

Respondenter som ikke oppfylte inklusjonskriterier ville blitt ekskludert. Ingen ble ekskludert fra studien.

3.2.3 Rekruttering.

Spørreskjemaet benyttet i denne studien ble utformet i "Nettskjema" via Universitetet i Oslo (UiO.no, 2018). Rekruttering av respondentene på den aktuelle avdelingen ble utført av en kontaktperson på avdelingen. Spørreskjema ble administrert via jobb-E-post. Alle svardata ble automatisk avidentifisert gjennom nettskjema slik at konfidensialitet og personvern ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Spørreskjemaet ble distribuert medio november 2019. Skjemaet lå åpent for svar omtrent 8 uker og ble stengt medio januar 2020. Det ble sendt ut en påminnelse i løpet av disse ukene. Da vi ikke visste hvem som hadde svart eller ikke, ble påminnelsen sendt til alle de tidligere inviterte. Svarprosenten økte noe etter dette.

3.3 Spørreskjema.

I Meyers et als (2012) studie ble spørreskjema benyttet som verktøy for datainnsamling og skjemaet ble da validert ved hjelp av faktoranalyse og testet ut på flere intensivsykepleiere. Å utvikle spørreskjemaer er et stort og omfattende arbeid og det anbefales å benytte allerede validerte og utprøvde skjemaer dersom det er mulig (Polit og Beck, 2017). I forkant av denne studien ble det derfor søkt om å benytte spørreskjemaet fra Meyers kartlegging. Ikke alle spørsmål egnert seg i forhold til anestesisykepleieres ansvar og funksjon i organdonasjonsprosessen. Det var nødvendig å tilpasse skjemaet til denne målgruppen og endringene beskrives nærmere under (samt vedlegg 5-7).

3.3.1 Opprinnelig spørreskjema.

Meyer et als studie publisert i 2012 var en del av et nasjonalt prosjekt ("Nasjonal undersøkelse om organdonasjon") der hensikten var å kartlegge legers og intensivsykepleieres holdninger, kunnskap og opplæringsbehov for å videreutvikle undervisningstilbudet vedrørende organdonasjonsprosessen. Dette prosjektet ble presentert i Meyers masteroppgave i sykepleievitenskap (Meyer, 2009). I det opprinnelige prosjektet var spørreskjemaet todelt. I den første delen (del a) var det spørsmål om intensivbehandling og organdonasjon. Del a) var utviklet og validert av Margareta A. Sanner og oversatt til norsk av Käthe Meyer. Del a) ble utfra forskningsspørsmålene i masteroppgaven, ikke benyttet og kommenteres ikke ytterligere

i oppgaven. Del to av skjemaet (del b) var utviklet og validert av Meyer. Denne delen bestod av 22 spørsmål som var utformet for å dekke aspekter av profesjonell kompetanse innen teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap. I tillegg ble intensivsykepleierne spurt om hvordan de hadde tilegnet seg kompetanse. Del b) dannet grunnlag for det tilpassede spørreskjemaet som ble benyttet i denne masteroppgavens datainnsamling (se vedlegg 6 og 7).

Under oversettelsen av det svenske instrumentet, mente Meyer at det ikke i stor nok grad ville fange opp fenomenet "kompetanse". Sentrale begreper i litteraturen om profesjonell kompetanse dannet derfor utgangspunkt for utvikling av tilleggsspørsmål. Da studien ble publisert, påpekte Meyer at spørreskjemaet hadde lav intern validitet innenfor to av subskalaene (etisk kompetanse og sosialt mediert kunnskap) og mente skjemaet burde utvikles videre for bruk i lignende studier.

3.3.2 Tilpasset spørreskjema.

For å tilpasse spørreskjemaet til anestesisykepleieres ansvars- og funksjonsområde i organdonasjonsprosessen, ble det gjort et utvalg av spørsmål. I tillegg ble noen av spørsmålene omformulert. Endringene ble utført i samarbeid med - og under godkjenning av Meyer (vedlegg 5). Videre ble skjemaet testet ut på anestesisykepleiere med relevant erfaring. Ingen videre endringer ble gjort etter utprøvingen.

Spørreskjemaet innledes med tre bakgrunns-spørsmål, to av disse var spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer og ett åpent spørsmål om antall års praksis som anestesisykepleier. Spørsmålene med definerte svaralternativer var fra del a). Spørsmål om kjønn ble utelatt da vi mente det ikke var relevant i vår undersøkelse. Spørsmålet om *samtaler* med pårørende til organdonor, ble omformulert til *møter* med pårørende. Dette fordi anestesisykepleiere som oftest har begrenset tid og mulighet til lengre samtale med pårørende ved for eksempel henting av organdonor på intensivavdelingen.

De ti første spørsmålene i skjemaets hoveddel om kompetanse skulle besvares ved hjelp av en 5-punkts Likert-skala med svaralternativene *i liten grad/ikke i det hele tatt, i mindre grad, usikker, i noen grad, i stor grad*. Bruk av skalaer med flere verdier gir respondentene mulighet til å nyansere svarene sine. Ved bruk av en skala med minst fem verdier har man

mulighet til å gjøre mer avanserte og omfattende statistiske analyser enn det som er mulig med færre verdier (Johannessen et al., 2016).

Noen av spørsmålene ble endret. For eksempel ble *”I hvilken grad har du kunnskap til å gi de pårørende tilstrekkelig informasjon om dødsdiagnostikk?”* omformulert til *”I hvilken grad har du tilstrekkelig kunnskap om dødsdiagnostikk ved organdonasjon?”*. Spørsmål som utelukkende handlet om intensivbehandling eller pårørendeinformasjon på intensiv ble fjernet fra skjemaet, for eksempel *”I hvilken grad har du kunnskap til å gi pårørende nødvendig informasjon om behandling av en potensiell donor”*. Vi valgte å beholde spørsmål om egen kunnskap om organbevarende behandling og hva som skjer på intensivavdelingen i organdonasjonsprosessen. Dette fordi noen av spørsmålene var formulert som påstander og disse skulle besvares på en 5-punkts Likert-skala med svaralternativer som *enig, litt enig, verken enig eller uenig, mindre enig, uenig*.

Resten av spørreskjemaet var i hovedsak likt det opprinnelige skjemaet. Begge skjemaer presenteres for øvrig i vedlegg 6 og 7.

3.4 Innpass i forskningsfeltet.

Etter endt videreutdanning i anestesisykepleie, arbeidet vi på ulike anesesiavdelinger ved forskjellige sykehus. En av oss arbeidet da på den samme avdelingen som respondentene i undersøkelsen. Alle hadde erfaring med organdonasjon fra tidligere intensivpraksis og hadde god forforståelse om organdonasjon. Kunnskap og oppfatninger om virkeligheten som brukes til å tolke det som skjer, er viktig for forskning (Johannessen et al, 2016). Når man skal forske i eget fagfelt kreves det en spesiell bevissthet i den rollen man har. Utfordringen ligger i å ikke ignorere kjennskapen til feltet, men å utnytte den, samtidig som man prøver å distansere seg til den (Thornquist, 2018). Man kunne stille seg kritisk til at en av forskerne hadde en så nær forbindelse til respondentene, men det var ikke mulig å identifisere svarene til respondentene. Den som arbeidet i forskningsfeltet hadde mulighet til å informere deltakerne muntlig og være tilgjengelig for eventuelle spørsmål vedrørende undersøkelsen og dette ble oppfattet som positivt.

3.5 Analyse av data.

For å kunne svare på studiens forskningsspørsmål var det nødvendig å utføre flere statistiske analyser av datamaterialet. Dataene ble eksportert fra Nettskjema til Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) via Microsoft Excel. Det ble benyttet deskriptiv statistikk og frekvensanalyse og disse presenteres i tekst, tabeller og figurer. Ved normalfordeling av de kontinuerlige variablene blir data presentert ved gjennomsnitt og standardavvik, mens ved skjevfordeling er median og variasjonsbredde benyttet (Polit & Beck, 2017, Aamot et al., 2005).

I denne studien finnes det bare ett utvalg og få respondenter. Det er likevel mulig å utføre statistiske analyser for å kunne trekke optimale slutninger om fordelinger i utvalget - såkalt slutningsstatistikk. Ved slutningsstatistikk er det grunnleggende spørsmålet om resultatene er statistisk signifikante eller ikke (Johannessen et al. 2016). I denne undersøkelsen er t-test og "One-way analysis of variance" (ANOVA) benyttet for å teste om forskjeller i gjennomsnitt mellom grupper er statistisk signifikante. Benyttelsen av disse vil forklares ytterligere i resultatkapittelet. P-verdi verdi er satt til 0,05.

Et av forskningsspørsmålene i undersøkelsen var å undersøke om det var en sammenheng mellom anestesisykepleierens bakgrunn og profesjonell kompetanse. *Bakgrunn* ble i denne studien definert som 1) antall års erfaring, 2) antall ganger involvert i organdonasjon og 3) erfaring med å møte pårørende. De kontinuerlige variablene besto av mange verdier og for å få en bedre oversikt over sammenheng mellom bakgrunn og kompetanse, ble variablene rekodet i grupper. Antall års erfaring ble inndelt i 0-11 år, 12-23 år og 24-33 år. Inndeling ble på grunnlag av spredningen i antall års erfaring (mean =13, median=12). Frekvensanalyse av antall deltakelser i organdonasjon viste at nesten 80 % av anestesisykepleierne hadde deltatt i organdonasjon mer enn 20 ganger. Vi delte derfor inn denne variabelen i 2 grupper; under 20 eller lik/over 20 deltakelser. Når vi undersøkte frekvensfordeling av antall møter med pårørende var mean og median for antall møter med pårørende henholdsvis 2,08 og 2,00. Det ble vurdert hensiktsmessig å rekode variabelen "antall møter med pårørende" i 2 grupper; under 2 eller lik/over 2 møter.

3.6 Forskningsetikk.

Studien er utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata - NSD (2018). Personopplysninger ble vurdert som ikke sensitive og prosjektet som samtykkebasert med lav ulempe for personvernet (Vedlegg 2). Godkjenning fra Personvernet på det aktuelle universitetssykehuset ble innhentet (Vedlegg 3). Klinikkleder ved den aktuelle klinikken ble informert om prosjektet og ga godkjenning til å inkludere de ansatte i studien (Vedlegg 4).

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for mennesker og beskytte deres helse og rettigheter. Helsinkideklarasjonen og forskningsetikkloven trekkes frem som viktige faktorer innenfor forskningsetikk, og ingen som arbeider med forskning kan unngå å forholde seg innenfor rammene til gjeldende lover, regler og retningslinjer (Johannessen et al, 2016). Som anestesisykepleiere har vi gjennom yrkesetiske retningslinjer, et faglig, etisk og juridisk forsvarlig ansvar for egen praksis (NSF, 2019). I tillegg er vi gjennom loven pålagt å sikre pasienter forsvarlig helsehjelp, samtidig som de ikke påføres skade, unødig lidelse eller smerte (Helsepersonelloven, 2001). Prinsippet om autonomi og integritet sikres ved at deltakere er informert om prosjektets hensikt, bruken av resultater, frivillig deltakelse og retten til å trekke seg fra studiet uten negative konsekvenser. Våre respondenter mottok et informasjonsskriv sammen med spørreundersøkelsen hvor dette er informert om (Vedlegg 1). Deres svar på undersøkelsen regnes derfor som tilstrekkelig samtykke (Johannessen et al., 2016). Personopplysninger er avidentifisert og ingen besvarelse kan knyttes til den enkelte respondent. Prinsippet om å gjøre godt sikres ved at resultatene fra forskningen anses å være til nytte for faggruppen det forskes på. Resultatene skal kunne bidra til ny viten om behovet for kompetansehevede tiltak for faggruppen. Prinsippet om å ikke gjøre skade ble vurdert, men studien anses å ikke ha skadelig innvirkning på deltakerne. I prinsippet om rettferdighet legges det vekt på at alle som fyller inklusjonskriteriene har muligheten til å delta i studien. Behovet for å verne spesielt om svake grupper anses ikke som relevant. (Johannessen et al., 2016, Malterud, 2017, Olsson & Sörensen, 2013).

3.7 Anestesisykepleiers ansvar og funksjon i forskningsprosessen.

Anestesisykepleiere har en forsknings- og fagutviklende funksjon som innebærer å holde seg kontinuerlig oppdatert innen spesialiteten. Man skal tilegne seg ny forsknings- og erfaringsbasert kunnskap ved å delta på kurs og følge ALNSFs etterutdanningsprogram. Anestesisykepleieren skal også arrangere og delta i relevante undervisningsopplegg. I tillegg skal han/hun delta i utarbeidelse av kvalitetssikringsrutiner samt kontinuerlig evaluere eget og andres arbeid (ALNSF, 2017).

Hensikten med denne studien var å kartlegge anestesisykepleieres kompetanse og kompetanseutvikling, og må i så måte sies å oppfylle anestesisykepleierens rolle som fagutvikler. I tillegg oppfylles den akademiske/forskningsutviklende funksjon et masterarbeid representerer. (Masterhåndbok 2018)

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres funn gjennom tekst, tabeller og figurer. Først beskrives utvalg og svarprosent. Videre presenteres anestesisykepleiernes grad av kunnskap i innen teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap. For å besvare studiens forskningsspørsmål ble respondentenes bakgrunn (yrkeserfaring, deltakelser ved organuttak og møter med pårørende) sammenlignet med grad av profesjonell kompetanse. Avslutningsvis presenteres data om hvordan respondentene har utviklet sin profesjonelle kompetanse og hva de anser som mest viktig for å utvikle profesjonell kompetanse.

4.1 Beskrivelse av utvalg.

Totalt svarte 24 av 48 (50 %) av de inviterte deltakerne på spørreskjemaet. Respondentenes yrkeserfaring som anestesisykepleiere varierte fra 1,5 til 33 år (mean 13 år, SD=8,59). Median yrkeserfaring var 12 år. De fleste av anestesisykepleierne hadde vært involvert i organdonasjon mer enn 20 ganger, se tabell a. Gjennomsnittet for antall deltakelser i organdonasjon var 4,54 (SD =0,997) og median 5. Videre hadde 14 av 24 (58,3 %) anestesisykepleierne hatt 1-5 møter med pårørende til organgiver. 5 av anestesisykepleierne hadde aldri møtt pårørende til organdonor. Gjennomsnittet for antall møter med pårørende var 2,08 ganger (SD=0,88).

Tabell d
*Hvor mange ganger deltatt i
organdonasjon*

| | N | % |
|-------|----|------|
| Aldri | 0 | 0 |
| 1-5 | 2 | 8,3 |
| 6-10 | 2 | 8,3 |
| 11-20 | 1 | 4,2 |
| >20 | 19 | 79,2 |

Tabell e
Antall møter med pårørende

| | N | % |
|-------|----|------|
| Ingen | 5 | 20,8 |
| 1-5 | 14 | 58,3 |
| 6-10 | 4 | 16,7 |
| 11-20 | 0 | 0 |
| >20 | 1 | 4,2 |

4.2 Anestesisykepleiers teoretiske, praktiske, sosialt overført og etiske kunnskap om organdonasjon.

Grad av profesjonell kompetanse innen teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap presenteres i tabell c. Mean temaskår viser gjennomsnittlig skår for hvert kunnskapsområde og mean spørsmålsskår viser gjennomsnittsskår for hvert enkelt spørsmål. Total profesjonell kompetanseskår er gjennomsnittsskår for hele spørreskjemaet. Til slutt vises gjennomsnittsskår for spørsmålet om i hvilken grad anestesisykepleierne samlet sett vurderte egen kompetanse for å ivareta organdonor. Fordeling og sortering av spørsmål i de fire kunnskapsområdene ble utført i samarbeid med Meyer slik at dette i størst mulig grad samsvarte med inndeling i hennes arbeid (Meyer et al, 2012).

Tabell f Anestesisykepleiernes profesjonelle kompetanse innen teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap; mean tema skår, mean spørsmål skår og standardavvik - SD.

| | N | Mean Tema-skår | Mean Spørsmål-skår | SD |
|---|-----------|----------------|--------------------|-------------|
| Tema: Teoretisk kunnskap | 24 | 3.97 | | .50 |
| Dødsdiagnostikk | 24 | | 4.08 | .72 |
| Intensivprosessen | 24 | | 3.54 | .98 |
| Organbevarende behandling | 21 | | 4.00 | .78 |
| Anestesi ved organuttak | 23 | | 4.61 | .50 |
| Benyttelse av protokoll for organdonasjon | 22 | | 3.68 | 1.13 |
| Overgangen fra liv til død er vanskelig | 24 | | 3.92 | 1.10 |
| Tema: Praktisk kunnskap | 24 | 3.31 | | .84 |
| Kunnskap om krise hos pårørende | 23 | | 2.78 | .90 |
| Samarbeid med intensivpersonell | 24 | | 4.08 | .93 |
| Møte med pårørende i gråt og sinne | 23 | | 2.96 | 1.3 |
| Tema: Sosialt overført kunnskap | 24 | 3.73 | | .60 |
| Viktighet av nok tid for pårørende til organdonor | 24 | | 3.63 | 1.64 |
| Aksept for å reservere seg for å delta i organuttak | 24 | | 3.29 | 1.16 |
| Diskusjoner om organdonasjon i avdelingen | 23 | | 3.04 | 1.11 |
| Verdighet og respekt for donor | 24 | | 3.33 | 1.83 |
| Følelsesmessige utfordringer etter organuttak | 24 | | 3.54 | 1.22 |
| Organdonasjon oppleves meningsfullt | 24 | | 4.67 | .76 |
| Kollegial støtte | 23 | | 4.35 | .71 |
| Opplæring fra mer erfaren kollega | 24 | | 3.92 | 1.06 |
| Tema: Etisk kunnskap | 24 | 3.71 | | 1.16 |
| AHLR ved hjernetamponade hos donor | 24 | | 3.71 | 1.16 |
| Sumskår profesjonell kompetanse | 24 | 3.68 | | .43 |

| | | | | |
|---|----|------|--|-----|
| Egen vurdering av kompetanse for å ivareta organdonor | 24 | 4.54 | | .72 |
|---|----|------|--|-----|

Tabell c viser at gjennomsnittskår på total profesjonell kompetanse var 3,68 (SD=0,43). Høyest temaskår var teoretisk kunnskap (mean 3,97, SD=0,5). Lavest temaskår var praktisk kunnskap (3,31, SD=0,60). Høyest gjennomsnittskår hadde spørsmålet om organdonasjon var meningsfullt (4,67, SD= 0,76). Anestesisykepleierne hadde høy grad av kompetanse innen kunnskap om anestesi ved organuttak (4,61, SD=0,50).

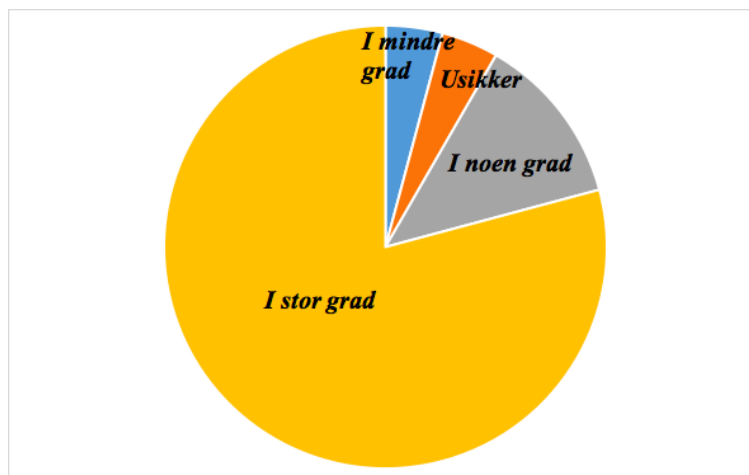
Frekvensanalysen viste at over halvparten (62,5 %) av anestesisykepleierne hadde høy grad av kompetanse for å ivareta organdonor (skår 4,54, SD=0,72). 33,3 % mente de hadde en viss grad av kompetanse. En av anestesisykepleierne hadde i liten grad kompetanse til å ivareta organdonor. Ingen vurderte seg til ikke å inneha kompetanse for å ivareta organdonor. Tabell d viser meanskår på spørsmålet om egen kompetanse for tre grupper - yrkeserfaring 0-11 år, 12-23 år og 24-33 år.

Tabell g Meanskår for kompetanse for å ivareta organdonor innen tre erfaringsgrupper.

| Antall års erfaring | N | Meanskår | SD |
|---------------------|----|----------|------|
| 0-11 år | 11 | 4,27 | 0,91 |
| 12-23 år | 10 | 4,70 | 0,48 |
| 24-33 år | 3 | 5,00 | 0,00 |
| Total | 24 | 4,54 | 0,72 |

Som vist i tabell c var anestesisykepleierne i høy grad positive til organdonasjon (mean skår 4,67, SD=0,76). Resultatene fra frekvensanalysen viste at 79 % opplevde organdonasjon i stor grad meningsfullt, 13 % i noen grad, 4 % var usikre og 4 % mente organdonasjon var mindre meningsfullt. Resultatene illustreres under i figur 2.

Figur 2 Anestesisykepleiernes frekvensfordeling for i hvilken grad de opplever mening når organdonasjon gjennomføres.



4.3 Anestesisykepleiers bakgrunn og profesjonelle kompetanse.

I dette kapitlet vises sammenhengen mellom anestesisykepleierens bakgrunn og profesjonell kompetanse om organdonasjon. I studien hadde vi definert bakgrunn som antall års yrkeserfaring som anestesisykepleier, antall deltakelser i organdonasjon og antall møter med pårørende til organdonor.

4.3.1 Yrkeserfaring og profesjonell kompetanse.

For å undersøke om det var forskjeller i profesjonell kompetanse hos anestesisykepleiere med ulik yrkeserfaring, benyttet vi inndelingen 0-11 år, 12-23 år og 24-33 år. I tabell h vises meanskår for teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap fordelt i de tre erfaringsgruppene. ANOVA er benyttet for å undersøke om det er forskjell i mean kompetanseskår i gruppene.

Tabell h Meanskår innen teoretisk, praktisk, sosialt overført og etisk kunnskap i erfaringsgruppene 0-11 år, 12-23 år og 24-33 år. Resultat av ANOVA for undersøkelse av forskjeller mellom gruppene.

| | Erfaring | N | Mean | SD | Sig. |
|---------------------------|----------|----|------|------|-------|
| Teoretisk kunnskap | 0-11 år | 11 | 3,73 | 0,48 | *0,02 |
| | 12-23 år | 10 | 4,07 | 0,41 | - |
| | 24-33 år | 3 | 4,56 | 0,19 | *0,02 |
| | Total | 24 | 3,97 | 0,50 | — |
| Praktisk kunnskap | 0-11 år | 11 | 3,02 | 0,98 | — |
| | 12-23 år | 10 | 3,53 | 0,69 | — |
| | 24-33 år | 3 | 3,67 | 0,58 | — |
| | Total | 24 | 3,31 | 0,84 | — |
| Sosialt overført kunnskap | 0-11 år | 11 | 3,90 | 0,59 | — |
| | 12-23 år | 10 | 3,66 | 0,45 | — |
| | 24-33 år | 3 | 3,29 | 0,32 | — |
| | Total | 24 | 3,73 | 0,53 | — |
| Etisk kunnskap | 0-11 år | 11 | 3,73 | 0,79 | — |
| | 12-23 år | 10 | 3,40 | 1,51 | — |
| | 24-33 år | 3 | 4,67 | 0,58 | — |
| | Total | 24 | 3,71 | 1,16 | — |

*=p < 0,05 - = p > 0,05/ ikke relevant

Tabell h viser at gruppen med mest erfaring har høyest meanskår innen teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. ANOVA viste at det var en signifikant forskjell ($p=0,02$) i meanskår mellom gruppene innen teoretisk kunnskap. Det var en signifikant forskjell mellom gruppene med minst (0-11 år) og mest (24-33 år) erfaring. Det var ingen signifikante forskjeller i erfaringsgruppene innen praktisk, sosialt overført eller etisk kunnskap.

4.3.2 Erfaring med organdonasjon og profesjonell kompetanse.

Som tidligere nevnt var det etter frekvensfordelingen hensiktsmessig å dele inn antall deltakelser i organdonasjon i 2 grupper; de med 0-20 og de med 20 eller flere deltakelser. Fordi man hadde kun 2 variabler, kunne t-test benyttes for å undersøke om det var forskjell mellom gruppene. Tabell i viser resultatene av mean kompetanseskår for gruppene. T-test viste ingen signifikante forskjeller i mean kompetanseskår mellom gruppene.

Tabell i Meanskår profesjonell kompetanse for anestesisykepleiere med 0-20 eller over 20 deltakelser i organdonasjon.

| Kompetanseområder: | | Teoretisk kunnskap | Praktisk kunnskap | Sosialt overført kunnskap | Etisk kunnskap |
|--------------------|----------|--------------------|-------------------|---------------------------|----------------|
| 0-20 | N | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Meanskår | 3,83 | 2,93 | 3,75 | 4,00 |
| | SD | 0,65 | 1,42 | 0,53 | 0,71 |
| Over/lik 20 | N | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | Meanskår | 4,00 | 3,41 | 3,72 | 3,63 |
| | SD | 0,47 | 0,64 | 0,63 | 1,26 |
| <i>P-verdi</i> | | 0,51 | 0,27 | 0,92 | 0,54 |

4.3.3 Pårørendekontakt og profesjonell kompetanse.

De to gruppene av anestesisykepleiere (under eller over/lik 2 møter med pårørende) hadde rimelig lik kompetansescore innen både teoretisk, praktisk og sosialt overført kunnskap. Innen etisk kunnskap var meanskår relativt høy i gruppen med færrest møter med pårørende sammenlignet med gruppen som hadde 2 eller flere pårørende-møter. Når t-test ble utført, fant man at det innen etisk kunnskap, var en signifikant forskjell mellom gruppene ($p < 0,05$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene innen teoretisk, praktisk eller sosialt overført kunnskap. Resultatene vises i tabell j.

Tabell j Meanscore for profesjonell kompetanse fordelt på anestesisykepleiere med under 2 eller over/lik 2 møter med pårørende til organdonor.

| Kompetanseområder: | | Teoretisk kunnskap | Praktisk kunnskap | Sosialt overført kunnskap | Etisk kunnskap |
|--------------------|-----------|--------------------|-------------------|---------------------------|----------------|
| Under 2 møter | N | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | Meanscore | 3,98 | 3,27 | 3,79 | 4,00 |
| | SD | 0,46 | 0,88 | 0,64 | 1,05 |
| Over/lik 2 møter | N | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Meanscore | 3,93 | 3,47 | 3,48 | 2,60 |
| | SD | 0,69 | 0,73 | 0,31 | 0,89 |
| <i>P-verdi</i> | | 0,871 | 0,66 | 0,30 | 0,01* |

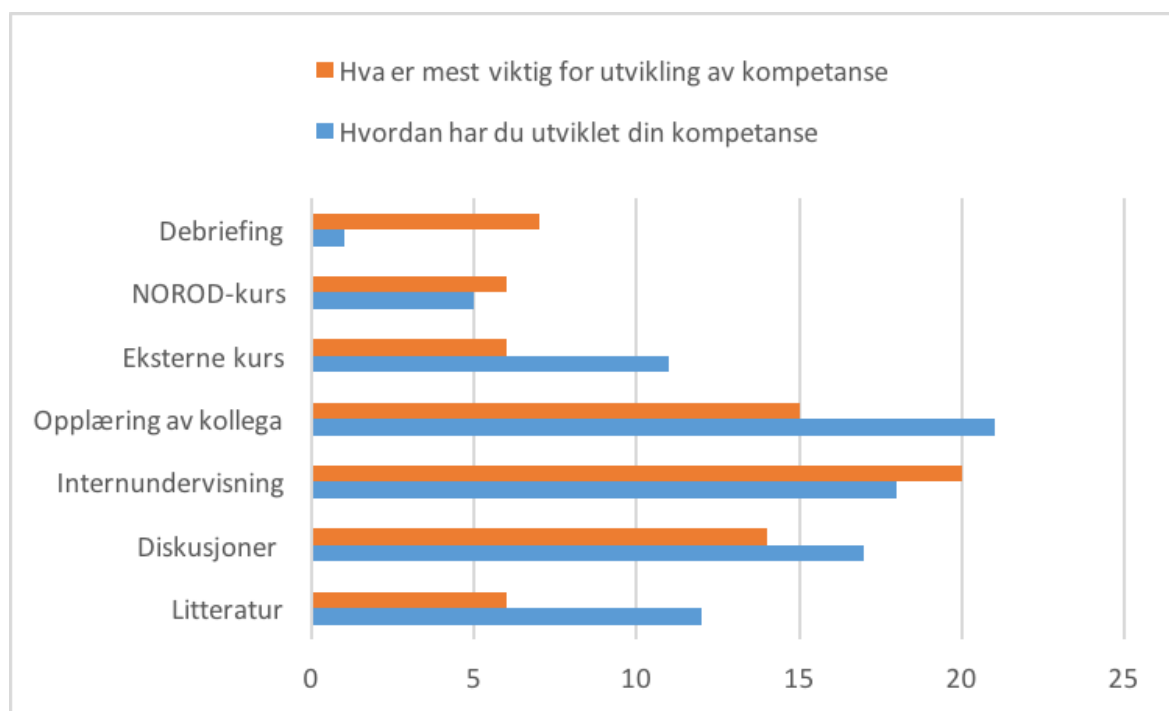
* $p < 0,05$

4.4 Kompetanseutvikling.

De to siste forskningsspørsmålene i denne studien omhandlet kompetanseutvikling.

Anestesisykepleierne ble i spørreskjemaet bedt om å krysse av på de 3 viktigste av i alt 7 forhåndsbestemte alternativer for måter å tilegne seg kompetanse på. De skulle også angi hvilke av disse de mente var den beste mulige måten å utvikle kompetanse på.

Figur 3 Figuren viser hvordan anestesisykepleierne hadde utviklet sin kompetanse (blå søyle) og hva de mente var mest viktig for utvikling av kompetanse (oransje søyle). Tallene på den horisontale akse viser hvor mange som har krysset av for de ulike alternativene.



Opplæring av en mer erfaren kollega, internundervisning og diskusjoner i avdelingen var hvordan de fleste har tilegnet seg kompetanse. Det var også dette de anså som mest viktig for utvikling av kompetanse. Relativt mange hadde tilegnet seg kompetanse gjennom litteratur, men de anså det som mindre viktig. Samme gjaldt for eksterne kurs. 5 av anestesisykepleierne i avdelingen hadde deltatt på NOROD-kurs. Svært få hadde utviklet sin kompetanse gjennom debriefing, men mange anså dette som viktig for utvikling av kompetanse. Til sist mente 41,7 % av anestesisykepleierne at man burde ha undervisning om organdonasjon hvert semester, mens 58,3 % mente det ikke var nødvendig med mer enn en gang i året.

Anestesisykepleierne hadde mulighet til å kommentere om det var andre måter de har utviklet sin kompetanse på. Kommentarene var: “2 dager med tx kurs jeg fikk på jobben”, “årlig kontakt med donorenheten”, ”erfaring i løpet av mange år” og “lang erfaring”. I forbindelse med spørsmålet om hva som var mest viktig for å utvikle sin kompetanse, nevnte en av respondentene “de to dagene vi får tilbud om på jobben er viktige, husker ikke arrangør. En annen mener at lang erfaring med denne type operasjoner var viktig. En kommenterte: “Aldri hørt om NOROD-kurs”.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes resultatene opp mot teoretisk rammeverk, tidligere forskning og erfaringskunnskap. Diskusjonen er i hovedsak strukturert etter de fire temaene innen profesjonell kompetanse; teoretisk, praktisk, sosialt overførbar og etisk kunnskap. Ulik type kunnskap benyttes i forskjellig grad etter hva som kreves av anestesisykepleieren i den aktuelle situasjonen. Dette kommer også til uttrykk gjennom diskusjonen da kunnskapstemaene til en viss grad overlapper hverandre. Kildekritikk og styrker og svakheter ved eget arbeid diskuteres underveis samt i slutten av kapitlet.

5.1 Teoretisk kunnskap.

Som anestesisykepleier må man inneha kunnskaper innen relevante medisinske basisfag, naturvitenskapelige og sykepleiefaglige emner (ALNSF, 2017). Teorien danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag (NSF, 2019). Anestesisykepleierne i denne studien hadde høy kompetanse innen teoretisk kunnskap, som er et viktig grunnlag for å forstå, handle og reflektere (NSF, 2019). Ifølge Nygren (2004) kreves yrkesrelevant handlingskompetanse for å kunne løse faglige oppgaver i konkret yrkespraksis. Man tilegner seg disse kompetansene kontinuerlig i prosess og utvikler de kunnskaper og ferdigheter som til enhver tid er nødvendige innen sin egen profesjon (Nygren, 2004).

Anestesisykepleierne i undersøkelsen hadde god kunnskap om dødsdiagnostikk ved organdonasjon. En av årsakene til dette kan være at man i nasjonale lover og forskrifter, har en entydig dødsdefinisjon. Det kreves at endelig opphør av sirkulasjonen til hjernen er påvist objektivt (Transplantasjonslova, 2016, Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2016). Ser man resultatene opp mot Lund sin studie, kunne det se ut til å være en diskrepans mellom teori og følelser (Lund, 2013). Flere av anestesisykepleierne han intervjuet tenkte på avklemming av aorta eller stopp av ventilatoren som dødstidspunkt selv om de egentlig visste at pasienten var erklært død. Man kan undre seg over hvorfor anestesisykepleiere til tross for høy teoretisk kunnskap, ser ut til å ha vanskelig for å forholde seg til dødsdiagnostikk i praksis. Usikkerhet med tanke på dødsdefinisjon blant helsepersonell som arbeider med organdonasjon finner man igjen i flere andre studier (Perrin et al, 2013, Gao et al, 2017, Smith, 2015). Studiene påpekte at den viktigste årsaken til usikkerhet om organdonor var

“virkelig” død, var at donor så veldig vital og levende ut. Pasienten hadde ingen synlige skader, var varm i huden, pustet ved hjelp av respirator og hjertet slo. I Lunds studie hadde anestesisykepleierne observert at pasienten “beveget seg”. Til tross for at man visste dette skyltes dype reflekser og perifer smerte-sensorikk, opplevdes det ubehagelig (Lund, 2013). Å gi generell anestesi under et organuttak er beskrevet å underbygge tvil om pasienten virkelig er død (Lund, 2013, Regehr, 2003). Usikkerhet omkring dødsdiagnostikk, kan muligens utfordre anestesisykepleierens etiske yrkesutøvelse ved at man kan stå i fare for å utsette en pasient for krenkende, ulovlige handlinger (NSF, 2019). Personlige meninger og holdninger kan komme i konflikt med den teoretiske kunnskapen, for eksempel avdelingens retningslinjer, som gir klare føringer om hvordan døden skal konstateres (Eraut, 1994, NOROD, 2020). I situasjoner som denne er etisk refleksjon situasjoner er etisk refleksjon i praksis viktig. for å sikre pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger og ivareta pasientens integritet (ALNSF, 2017).

Anestesisykepleierne i studien var noe usikre omkring organdonasjonsprosessen på intensivavdelingen. Mange av anestesisykepleierne i studien hadde lang yrkeserfaring innen anestesi, men kanskje begrenset innblikk i arbeidet på en intensivavdeling. Om respondentene hadde intensivutdanning eller annen erfaring ble heller ikke kartlagt i studien. Kanskje kan opplevelsen av usikkerhet omkring dødsdiagnostikk også grunne i manglende kunnskap og erfaring med organdonasjonsprosessen på intensiv. I intensivavdelingen har sykepleierne mulighet til å følge forløpet til donasjon på en annen måte. Av egen erfaring har vi observert at pasientene blir sykere og at det til slutt skjer en irreversibel og total ødeleggelse av hjernen. Alle kliniske tester, samtaler med pårørende, cerebral angiografi og endelig beslutning om donasjon gjennomføres mens pasienten er på intensivavdelingen. Det viser seg likevel at intensivsykepleierne også opplever usikkerhet omkring at organdonor virkelig er død og i Meyers et al (2012) undersøkelse skåret sykepleierne lavt innen kunnskap om dødsdiagnostikk. I den kartleggingen omhandlet imidlertid spørsmålet kunnskap å informere pårørende om dødsdiagnostikk, og kan i så måte ikke likestilles med resultatet i denne undersøkelsen. Det kan likevel gi oss informasjon om at teoretisk kunnskap er viktig for å bli trygg i klinisk praksis.

“Protokoll for organdonasjon” inneholder de til enhver tid gjeldende retningslinjer for alt helsepersonell som arbeider med organdonasjon i Norge og er utarbeidet av NOROD. I studien så man at anestesisykepleierne til en viss grad benyttet protokollen. Kanskje skyldes

dette at anestesisykepleierne var svært erfarne og visste hva de skulle gjøre uten å benytte skriftlige retningslinjer. I den grad man velger å ikke følge prosedyrer, kan man se for seg at det stiller større krav til erfaring og kompetanse. I tillegg kan det å følge prosedyrer være en kvalitetssikring i seg selv fordi handlinger blir utført på samme måte hver gang. Som anestesisykepleier er man både lovmessig og yrkesetisk pålagt å arbeide kunnskapsbasert og sikre forsvarlig helsehjelp (NSF, 2019). I en situasjon der prosedyrer ikke blir fulgt og det er mangel på kompetanse, kan man tenke seg at det kan forringe kvaliteten på arbeidet som utføres. Eksempelvis vil det i organdonasjonsprosessen kanskje føre til at uttak tar lenger tid, ischemitid øker og prognose for mottaker kan bli dårligere.

Erfaringsmessig benyttes ikke selve protokollen utarbeidet av NOROD, dette er et stort dokument som omhandler alt helsepersonell involvert i donasjonsprosessen. Av erfaring benyttes derimot avdelingens egne retningslinjer. Dette kommer ikke frem i undersøkelsen og det kan være en svakhet med spørreskjemaet. Avdelingens retningslinjer bygger på protokollen utarbeidet av NOROD og svarene i undersøkelsen kan derfor antagelig belyse grad av teoretisk kunnskap.

5.2 Praktisk kunnskap.

Det er gjort forskning innen kommunikasjon og samhandling mellom intensivpersonell og pårørende til organdonor (Meyer et al, 2012), men lite innen anestesifeltet. Tidligere var det mest vanlig at pårørende hadde dratt fra intensivavdelingen når anestesipersonalet hentet donor, men de siste årene har det erfaringsmessig blitt mer akseptert at pårørende er til stede og tar et endelig farvel. Data fra undersøkelsen viste en lav kunnskapsskår om krise hos pårørende og hvordan man kan møte pårørende i sorg, gråt og sinne. Flesteparten av anestesisykepleierne hadde hatt mellom en og fem møter med pårørende, mens fem av anestesisykepleiere aldri hadde møtt pårørende til organdonor.

I Lunds studie oppga flere av informantene at de sjelden forholdt seg til pårørende i donorsituasjonen og at det var godt å slippe å forholde seg til dem. De påpekte likevel at det hadde blitt mer vanlig at de var til stede. I Smiths studie fra 2015 beskriver operasjonssykepleierne å være uforberedt når de måtte forholde seg til sørgende pårørende. Dette skjedde som oftest utenfor operasjonsavdelingen, på intensiv eller postoperativ avdeling

enten før eller etter donasjon. Smith pekte på at operasjonssykepleiere generelt har begrenset kontakt med pårørende, og at det derfor oppleves spesielt krevende å møte pårørende i sorg (Smith et al, 2015). Slik kan det også være for anestesisykepleiere. Man kan undre seg over om noen har valgt nettopp denne spesialiseringen for å beskytte seg selv mot utfordringer som kan oppstå i kontakt med pårørende. I Smiths (2015) studie ble det beskrevet at sykepleiere hadde nok utfordringer med sine egne følelser relatert til selve organuttaket. De hadde ikke ressurser til å ta seg av pårørende i tillegg. Anestesisykepleiere har beskrevet at det er problematisk å forholde seg til pårørende da de på grunn av liten tid ikke kan stille opp med handling i situasjonen. Det ble antydnet at distanse ble brukt som forsvarsmekanisme i følelsesmessige krevende situasjoner og at dette kunne true anestesisykepleierens profesjonalitet (Lund, 2013).

Anestesisykepleierne har beskrevet at de pårørende levendegjorde den avdøde på en måte som fremkalte mye følelser. De viste til episoder der pårørende holdt igjen sengen eller at donors barn lå i sengen og gråt når de kom for å hente. I slike situasjoner kunne de se på seg selv som en bøddel, og at de kom for å frarane organer (Lund, 2013). Andre har også beskrevet at det er svært viktig for helsepersonell som arbeider med organdonasjon at pårørende ikke har en følelse av at organene blir stjålet (Flodén et al, 2006). Det å møte pårørende ser altså ut til å være utfordrende på flere plan. Hva handler disse utfordringene egentlig om? Ifølge både NSF (2008) og Eraut (1994) er den praktiske kunnskapen avhengig av tidligere erfaringer fra liv og yrkespraksis. Tidligere erfaringer vil påvirke hvordan den enkelte sykepleier møter forskjellige situasjoner. Med tanke på antall møter med pårørende den enkelte anestesisykepleier har i denne studien, er det kanskje ikke erfaringsmessig nok for å håndtere en slik vanskelig situasjon. Med lite erfaring med slike møter kan det være vanskelig å imøtekomme en individtilpasset tilnærming. Kan man anta at evnen til å reflektere og se nyanser i hver enkelt situasjon blir enklere med mer erfaring? Kan mer erfaring være med på å gjøre møter med pårørende mindre utfordrende? Tiltak for å redusere utfordringene anestesisykepleiere opplever, og redusere stress hos pårørende kan være å involvere anestesisykepleiere i større grad. På den andre siden kan man spørre seg om det nødvendigvis et mål i seg selv at anestesipersonell skal møte pårørende. Noen ganger kan det være lite hensiktsmessig, fordi det å møte nye mennesker i en sårbar posisjon kan representere en ekstra belastning for pårørende. Dersom anestesipersonell er usikre og ukomfortable i situasjonen, vil man kanskje heller ikke klare å utstråle den trygghet som pårørende trenger? Dette kan være etisk utfordrende, og kommer blant annet i konflikt med målet om å gjøre

godt (NSF, 2019). Et tiltak for å unngå at pårørende eksponeres for mange nye ansikter, kan være at intensivpersonell leverer pasienten til operasjon. Fra vår erfaring som intensivsykepleiere vet vi dessuten at pårørende har mulighet til å ta et siste farvel med donor på intensiv etter organuttak.

Bare en av informantene i Lunds studie beskrev det som noe positivt og meningsfullt at pårørende var til stede. Anestesisykepleieren beskrev at det hadde gitt henne en mulighet til å vise respekt for både pasient og pårørende. De pårørende fikk også en mulighet til å se at sin kjære ble lagt i trygge hender og at omsorgen ble videreført helt inn til det siste (Lund, 2013).

Vår undersøkelse tyder på et godt samarbeid med intensivpersonell. Interaksjoner mellom anesthesi- og intensivsykepleiere i organdonasjonsprosessen er lite beskrevet i litteraturen. For både intensiv- og anestesipersonell er det vist at verdighet og respekt for den avdøde og deres pårørende er av stor betydning (Lund, 2013, Meyer et al, 2012, Lindstrøm og Schilling, 2018)

5.3 Sosial overført kunnskap.

Til tross for at anestesisykepleierne relativt sjelden forholdt seg til pårørende til organdonor, mente de det var viktig at pårørende fikk nok tid med den avdøde. Kanskje oppleves dette viktig fordi pårørende da blir mer avklart med situasjonen når anestesipersonell henter donor og at den følelsesmessige belastningen for anestesisykepleieren blir mindre. Kanskje er det et uttrykk for respekt for den vanskelige situasjonen de pårørende står i.

5.3.1 Reservasjon.

Alle respondentene i vår undersøkelse har besvart spørsmålet om reservasjon mot å delta i organdonasjon. Likevel er det usikkert hvor mange som i praksis har vært involvert i en situasjon der en anestesisykepleier har reservert seg mot å delta i organuttak. Det ser til å være uklart om det er aksept for dette i avdelingen (score 3,2). Det kan ha oppstått situasjoner der anestesisykepleier nettopp har opplevd dødsfall i nær familie, donor kan være familie eller bekjent, og organuttak kan være ekstra belastende. I Lunds (2013) studie beskrev en av informantene en situasjon der en nær kollega ble donor etter akutt hjerneblødning på jobb et par dager tidligere. Det opplevdes vanskelig, spesielt da en av kirurgene kom med en

“sleivete” kommentar. Informanten kjente på en ekstra sensitivitet relatert til å ivareta respekt og verdighet. Annen forskning viste at sykepleiere involvert i organdonasjon-/uttak hadde vanskelig for å formidle at de ønsket å reservere seg mot å delta i inngrepet (Smith et al, 2017). Mange hadde erfart negative reaksjoner fra kollegaer dersom de ytret et ønske om ikke å delta ved organdonasjon. De beskrev også at dersom de reserverte seg, ville det bety økt arbeidsbelastning på andre kollegaer (Smith, 2016). Hva gjør det med det sosiale miljøet? Årsakene til reservasjonen kunne være ulike, men ofte var det relatert til etiske, moralske og religiøse betraktninger. Tidligere forskning viste at operasjonspersonell (inkludert anestesisykepleiere) oppga personlig tro/religion, selvpreservasjon og/eller at donor var kjent for de, som årsaker til reservasjon. Bare 5 % av deltakerne i undersøkelsen hadde åpent uttrykt reservasjon mot å delta under organdonasjon, av disse hadde like mange fått støtte som negative reaksjoner (Smith et al, 2019).

Ifølge NSF's (2019) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, kan sykepleieren av samvittighetsgrunner be seg fritatt for plikter som hører inn under vedkommendes funksjonsområde, der dette er hjemlet i lov eller skriftlig akseptert av arbeidsgiver. Så vidt vi kan se, åpnes det ikke opp for at helsepersonell kan reservere seg mot å delta ved organdonasjon i det norske lovverket. Helsemyndighetene pålegger heller helsepersonell å være positive til, og fremme organdonasjon (Helsetilsynet, 2017). Organuttak utføres ofte på vakttid med et begrenset antall personer på jobb. I en virksomhet som utfører mange donasjoner, vil det kanskje være vanskelig å reservere seg mot å delta i disse inngrepene?

5.3.2 Etter organuttak - Verdighet og respekt.

Studier har vist at helsepersonell involvert i organuttak opplever at de utfordres på sine egne eksistensielle verdier omkring liv og død, sin egen dødelighet og ensomhet i døden (Perrin et al 2013). Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere kan kjenne på en følelse av tomhet, tristhet og sorg på vegne av donor og pårørende. For noen blir livets kompleksitet mer tydelig, og det kan bli enda viktigere for de å leve livet til det fulle. (Lund 2013, Regehr et al, 2004, Smith et al, 2015).

Når aortatangen er satt på og ventilatoren skrudd av, er anestesisykepleierens oppgaver i forbindelse med organuttaket avsluttet. Anestesisykepleieren har videre sammen med operasjonssykepleier ansvar for stell av den avdøde (NOROD, 2020). Forskning har vist at

stell av den døde kan oppleves belastende, men også som en fin avslutning av donasjonen (Gao et al, 2019) Operasjonssykepleiere har beskrevet stell som belastende da de sjelden opplever dødsfall på operasjonsstuen og har liten erfaring med å forholde seg til et dødt menneske (Gao et al, 2016). Dersom de ikke fikk nok tid til å utføre stell av den døde på en verdig, rolig og respektfull måte, var dette spesielt negativt. Mange følte det ekstra belastende dersom den avdøde var i samme alder som egne barn, andre slektninger eller en selv (Gao et al, 2016) Anestesisykepleierne opplevde tiden på operasjonsstuen etter at organuttaket var avsluttet til en viss grad følelsesmessig utfordrende. De var noe usikre på om verdighet og respekt for donor og pårørende ble ivaretatt. Andre studier beskriver flere faktorer som kan være til hinder for dette. På operasjonsstuen kan det være mange personer involvert, høyt snakk, mye støy og ofte en grad av tidspress i forbindelse med et organuttak. Det er stort fokus på det rent operasjonstekniske og at ulike kirurger får gjennomført organuttaket på best mulig måte. Operasjonssykepleiere rapporterer om både fysisk og psykisk stress (Gao et al, 2016, Regehr et al, 2004, Smith et al, 2012, 2014, 2015, Smith, 2016, Flodén og Forsberg 2009). Mange erfarer stress i forbindelse med et organuttak, men det beskrives også at stell av den døde etter at uttaket er avsluttet kan være en fin måte å gi “den siste pleie og omsorg”. Flere sykepleiere opplevde at dette ga en mulighet til å ta farvel, vise respekt for både donor og pårørende og avslutte donasjonsprosessen mentalt for sin egen del (Gao et al, 2016, Regehr et al, 2004, Smith et al, 2012, 2014, 2015, Smith, 2016).

5.3.3 Kollegial støtte og diskusjon i avdelingen.

Anestesisykepleierne i undersøkelsen opplevde høy grad av støtte fra sine kollegaer, men sjelden at aspekter ved organdonasjon diskuteres i avdelingen. Dette samsvarer med funn i andre studier (Meyer et al, 2012, Smith, 2015). Studier har pekt på kollegastøtte og debriefing som strategier for å mestre de emosjonelle utfordringene de opplever ved organdonasjon (Perrin et al, 2013, Regehr et al, 2004, Lund, 2013). Det teoretiske perspektivet underbygger at profesjonell yrkesutøvelse utvikles i praksis, og at diskusjoner legger til rette for bevissthet og refleksjon (Nygren, 2004, Eraut, 2007). I vårt arbeid på intensiv, opplevde vi at man ofte hadde flere andre kollegaer i umiddelbar nærhet. På den måten var det enklere å få støtte, og man hadde muligheter til å diskutere underveis. I tillegg kan det påpekes at i spesielt kompliserte tilfeller, var man ofte to eller flere intensivsykepleiere. I anestesiavdelingen derimot, jobber man ofte mer alene, og tilgangen på den umiddelbare kollegastøtten og

debriefen kan utfordres på grunn av det. Det hadde kanskje vært hensiktsmessig å være flere under eksempelvis et donoruttak. Er det organisatoriske faktorer eller avdelingskultur som hindrer dette? Det vil selvfølgelig også alltid være et spørsmål om ressursbruk i helsevesenet. I følge Eraut (2007) kan mangelen på kollegial støtte ha en negativ påvirkning på faglig utvikling og etisk refleksjon. For å øke kompetanseutvikling kan dessuten tilbakemeldinger og oppfølging fra andre kollegaer være viktig. Fra organisasjon og ledelse sin side er det derfor viktig, til tross for stramme budsjetter, å prioritere at kollegaer kan samarbeide. Dette vil tilrettelegge muligheten for kunnskapsutvikling gjennom fellesskapet (Eraut, 2007). Anestesisykepleiere i denne studien anså både opplæring fra kollega og diskusjoner i avdelingen som viktige for å utvikle sin kompetanse, noe som understreker teorien til Eraut (2007).

Operasjonssykepleierne i Smith et al (2014) undersøkelse var bekymret for negative konsekvenser dersom de uttrykte usikkerhet omkring organdonasjon og de lot være å dele sine tanker. Smith et al (2014) definerte dette å gjemme seg bak en maske - "hiding behind a mask". Sykepleierne utviklet andre strategier enn kollegastøtte for mestring, og for å finne mening i det de var med på. De beskrev at de fokuserte på å "få jobben gjort" og på det rent kirurgiske under uttaket. På denne måten beskyttet de seg selv og sine følelser. De søkte støtte i samtaler med nære venner, familie eller fikk profesjonell hjelp. Til slutt fant de trøst i at de var med på å redde andre liv og respektere den avdødes og deres pårørendes siste vilje, de var en del av noe større.

Det kan se ut til anestesisykepleierne i undersøkelsen har mulighet for opplæring fra en mer erfaren kollega (score 3,92) og de fleste hadde utviklet sin kompetanse gjennom denne type opplæring. Som tidligere nevnt, fant vi en signifikant forskjell i teoretisk kunnskap mellom anestesisykepleierne med mest og minst erfaring. Forskjellen på hvordan erfarne og uerfarne sykepleiere vurderer sin kunnskap, underbygges av Eraut (1994) og Nygrens (2004) teori om utvikling av profesjonell kompetanse. Videre var internundervisning og diskusjoner i avdelingen de hyppigste måtene de hadde tilegnet seg kunnskap om organdonasjon. Disse tre måtene å tilegne seg kunnskap på ble også ansett som mest viktig. Dette samsvarer med en kartlegging av operasjonssykepleieres kompetanse utført i samme avdeling som vår undersøkelse, samt på lokale donorsykehus (Schilling og Lindstrøm, 2018), samt Meyer et al (2012) undersøkelse av intensivsykepleieres kompetanse. Mange anesthesi- og intensivsykepleiere svarer at de har utviklet kompetanse gjennom å lese litteratur, men de vurderer det ikke som like viktig for utvikling av kompetanse.

Det kan altså se ut som erfaring gjennom intern praksis og opplæring på arbeidsplassen er den beste måten å utvikle profesjonell kompetanse om organdonasjon på. Dette er mulig å gjennomføre på den aktuelle avdelingen i vår undersøkelse da mange av anestesisykepleierne har mye erfaring med organdonasjon. Det er mange som kan dele av sine erfaringer og gjennomføre denne opplæringen. Man kan kanskje tenke seg at sykehus og avdelinger med mindre erfaring, kan være mer avhengige av eksterne kurs og seminarer for å utvikle kompetanse. I Schilling og Lindstrøms kartlegging fra 2018, fant de ingen forskjell mellom universitets- og lokalsykehus. Debriefing ser ikke ut til å være vanlig å gjennomføre i avdelingen.

5.4 Etisk kunnskap.

Ifølge Protokoll for organdonasjon bør donor recusiteres dersom sirkulasjonsstans oppstår. I Lund sin studie fra 2013 fremkom det et skille mellom de som hadde reflektert over dette tidligere og de som gjorde refleksjonene der og da i intervjusituasjonen. For de som reflekterte der og da var den spontane førstereaksjonen at dette var et overtramp overfor en død person. De var også bekymret for hva en surstoffmangel ville gjøre med kvaliteten på organene og om resuscitering ville være fånyttet. Etter noe diskusjon endret holdningene seg. Man reflekterte over om det var bedre å forsøke å “redde” organene når man først hadde fått samtykke til donasjon, og det var lagt ned så mange ressurser. Vi kan ikke finne at temaet med resuscitering av donor er diskutert i andre studier. På spørsmålet i vår undersøkelse om dette ville være problematisk for anestesisykepleierne var de usikre og på grensen til at dette i noen grad ville være problematisk. Kanskje hadde de ikke opplevd dette eller reflektert så mye over temaet. Hjertestans ved organuttak på operasjonsstuen skjer relativt sjelden og det er i så fall kirurgenes avgjørelse om det skal settes i gang resuscitering. Anestesisykepleieren assisterer i så fall ved AHLR (NOROD, 2020). Sirkulasjonsstans hos donor representerer her et etisk dilemma for anestesisykepleierne. Ifølge NSF (2019) vil det da være den etiske kunnskapen og refleksjonen som danner grunnlaget for hvordan hver enkelt håndterer situasjonen. I Lund (2013) er det tydelig hvordan anestesisykepleierne veier for og imot når resuscitering diskuteres. Dette understreker det Eraut (1994) sier om at etisk kunnskap i profesjonell sammenheng kan være vanskelig å håndtere. Han sier videre at personlige meninger og holdninger kan komme i konflikt med retningslinjer og profesjonsnormer når etiske dilemmaer oppstår. Det kan stemme overens med at til tross for klare retningslinjer i NORODs protokoll, opplever anestesisykepleiere tvil når det kommer til resuscitering.

Anestesisykepleierne i denne studien hadde høy skår på etisk kunnskap. Man kan undres på om dette bidrar til at etiske dilemmaer lettere lar seg identifisere, og kanskje anta et det igjen stimulerer til mer etisk refleksjon i avdelingen. Dette er ifølge NSF (2019) en styrke for det sykepleierfaglige verdigrunnlaget.

5.5 Oppsummering av forskningsspørsmål.

I spørsmålene som omhandlet de forskjellige kompetanseområdene var det generelt høy skår (2,78-4,67). Innen praktisk kunnskap skåret anestesisykepleierne lavt på kunnskap om pårørendes krisereaksjoner og møter med pårørende (under 3). Anestesisykepleierne opplevde organdonasjon som i høy grad meningsfullt (4,67). Kartleggingen viste at anestesisykepleierne totalt sett hadde høy grad av kompetanse om organdonasjon (3,31 – 4,54).

Det var en signifikant forskjell i teoretisk kompetanse mellom gruppene med mest (24-33 år) og minst (0-11 år) erfaring. Innen praktisk, sosialt overførbart og etisk kunnskap var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Sammenheng mellom antall deltakelser i organdonasjon (0-20 eller lik/over 20 deltakelser) og profesjonell kompetanse ble undersøkt. Praktisk kunnskap utpekte seg med lavest score på 2,93 i gruppen med minst erfaring, men det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Når vi undersøkte betydningen av pårørendekontakt for profesjonell kompetanse, var det en signifikant forskjell i meanskår mellom gruppene innen etisk kunnskap. Spesielt her, var at respondenter med 2 eller flere møter skåret lavere i punktet om etisk kunnskap enn gruppen med 0-2 møter.

Videre i spørreskjemaet om hvordan anestesisykepleierne hadde utviklet sin kompetanse, og hva som var viktigst for å utvikle sin profesjonelle kompetanse, var det syv punkter; Debriefing, NOROD-kurs, eksterne kurs, opplæring av kollega, internundervisning og litteratur. Opplæring av en mer erfaren kollega, internundervisning og diskusjoner i avdelingen var hvordan de fleste hadde tilegnet seg kompetanse. Det var også dette de anså som viktigst for utvikling av kompetanse. Relativt mange hadde tilegnet seg kompetanse gjennom litteratur, men de anså det som mindre viktig. Samme gjaldt for eksterne kurs. 5 av anestesisykepleierne i avdelingen hadde deltatt på NOROD-kurs. Svært få hadde utviklet sin

kompetanse gjennom debriefing, men mange anså dette som viktig for utvikling av kompetanse.

41,7 % av anestesisykepleierne mente man burde ha undervisning om organdonasjon hvert semester, mens 58,3 % mente det ikke var nødvendig med mer enn en gang i året.

5.6 Reliabilitet og validitet – Metodiske betraktninger.

Reliabiliteten av en studie sier noe om hvor pålitelig data er (Johannesen et al, 2016). Det er flere måter å teste reliabilitet på. Undersøkelsen kan gjentas i samme utvalg på forskjellige tidspunkt, eller andre forskere kan vurdere data. Validitet handler om relevansen innsamlede data representerer for et fenomen som skal undersøkes (Johannesen et al, 2016).

Begrepsvaliditet handler om samsvaret mellom et fenomen som undersøkes og operasjonaliserte variabler. Ytre validitet handler om generalisering og graden et utvalg er representativt for populasjonen. Det sier også noe om i hvor stor grad det er relevant å overføre resultater fra en undersøkelse til andre områder og situasjoner (Johannesen et al, 2016).

Det kan være vanskelig å vurdere reliabiliteten av resultatene i vår studie. Utvalget er lite, og instrumentet er ikke prøvd ut flere ganger i samme utvalg. Det er ikke gjort tilsvarende undersøkelser på anestesisykepleiere i Norge før. Det kan likevel påpekes at instrumentet er brukt i to separate nasjonale kartlegginger i andre utvalg (Meyer et.al, 2012 og Lindstrøm og Schilling, 2018) - blant henholdsvis intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere. Funnene fra disse studiene samsvarer med mange av våre funn. Det styrker reliabiliteten. Til tross for at arbeidsoppgaver og arbeidssted ikke nødvendigvis er de samme mellom operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og anestesisykepleiere, kan man si at det er noen glidende overganger i de respektive rollene de har i organdonasjonsprosessen. Vi anser derfor at resultatene fra studiene er overførbare mellom spesialitetene.

Usikkerheten med selvrapporterte data representerer en kilde til redusert validitet. Ifølge Johannesen et.al (2016), kan selvrapporterte data innebære flere feilkilder. Det vil derfor være viktig for validiteten at respondenter har tilstrekkelig kunnskaper om det de blir spurt

om. Fordi respondenter har besvart spørreskjemaet individuelt uten mulighet for veiledning, finnes det en mulighet for at misforståelser kan oppstå underveis. Det kan føre til at det svares feilaktig, enten bevisst eller ubevisst, noe som reduserer validiteten. Det kan være en styrke at en i gruppen er ansatt på avdelingen undersøkelsen ble utført. Hun kunne da være tilgjengelig for spørsmål og klargjøring, om noe var uklart i spørreskjema. En pretest av spørreskjema ble gjort i forkant av undersøkelsen på 5 anestesisykepleiere, uten at endringer av skjema ble nødvendig. Faren for bias ble også redusert. Det kan tyde på at skjema er forståelig og brukervennlig, og faren for skjevhet i informasjonen minker. At funn fra to større studier (Meyer et.al 2012, Lindstrøm og Schilling, 2018) dessuten samsvarer med denne studien, kan tyde på at spørreskjema ikke representerer en reduksjon i validiteten.

Spørreskjema er validert fra før. Datainnsamling og statistiske analyser er utført på samme måte i disse tre studiene. Det styrker validiteten. Det kan videre være svært interessant å bruke instrumentet i en større kartlegging av anestesisykepleiere, uten endringer fra dagens spørreskjema. Det vil da være lettere å teste reliabiliteten data. Det mangler studier som omhandler anestesisykepleiere konkret som vi kan sammenligne oss med. Det kan være en trussel for den ytre validiteten.

Validiteten i studien kan videre kommenteres i flere punkter. Vi anser at innsamlet data svarer godt på forskningsspørsmålene i studien, og mener derfor at data er relevante for kompetanse som fenomen. Et utvalg på 24 respondenter er lite, når målpopulasjonen er alle anestesisykepleiere som jobber ved et donorsykehus. Det er en svakhet. Det kan diskuteres om 24 respondenter kan produsere data som er representative for hele populasjonen. I tillegg er utvalget hentet fra et universitetssykehus, som ifølge NOROD (2020) står for flest organuttak. Utvalget kan derfor kanskje ikke sees på som representativt for anestesisykepleiere på mindre donorsykehus. En nasjonal kartlegging vil være nødvendig for å få frem slike nyanser og øke validiteten. I forhold til ytre validitet, ser vi at kartleggingen av operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere, gav resultater som er overførbare til utvalget i studien. Dette til tross for forskjellig spesialisering. Videre er det en svakhet i studien av vi forsker på “våre egne”.

6.0 KONKLUSJON

Anestesisykepleierne i denne studien oppfattet seg selv som i høy grad kompetent i arbeidet med donor, de anga høy kompetanse om dødsdiagnostikk. De fant donasjonsprosessen meningsfull. Møte med pårørende og deres krisereaksjoner hadde lavest score. De fleste anestesisykepleierne i studien hadde få møter med pårørende, 5 anestesisykepleiere hadde aldri møtt pårørende til organdonor. Det var en signifikant forskjell i teoretisk kunnskap mellom anestesisykepleierne med mest og minst erfaring. Internundervisning og diskusjoner i avdelingen var de hyppigste måtene å tilegne seg kunnskap på, ved siden av opplæring av mer erfaren kollega. Få hadde deltatt på NOROD-kurs, flere angav eksterne kurs og litteratur som mindre viktig for utvikling av kompetanse. Debriefing var lite brukt i avdelingen, men flere mente dette var viktig for å øke kompetansen. Behovet for opplæring og repetisjon ble beskrevet som nyttig, gjerne en gang i året gjennom undervisning. Anestesisykepleierne uttrykte positive holdninger til arbeidet rundt organdonasjonsprosessen.

Denne studien viste at profesjonell kompetanse knyttet til organdonasjonsprosessen blant anestesisykepleierne på en avdeling på et universitetssykehus anses som høy. Erfaring gjennom intern praksis og opplæring på arbeidsplassen kan se ut som er den beste måten å utvikle profesjonell kompetanse om organdonasjon på. Kontinuerlig kursing og informasjon er likevel viktig for å øke, og vedlikeholde, bevisstgjøring om organdonasjon blant anestesisykepleierne. Ved å sette formelle krav til kompetanse er det mulig å utvikle kompetanseplaner for å formalisere og kvalitetssikre teoretiske og praktiske ferdigheter om organdonasjon. Studien gir svar på forskningsspørsmålene.

Dersom en slik studie skulle vært gjort en gang til, kan det være interessant å utføre en nasjonal kartlegging av anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon med nøyaktig samme instrument. Dette for å få frem nyanser og øke kvaliteten. I tillegg vil validiteten øke med flere respondenter. En annen mulighet er å gjennomføre en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer for å få en dypere forståelse av tematikken. Her får respondentene mulighet til å utdype meningene sine, det kan i tillegg stilles oppfølgingsspørsmål fra intervjuerne.

7.0 REFERANSER

Aghayan, H., Arjmand, B., Emami-Razavi, S.-H., Jafarian, A., Shabanzadeh, A., Jalali, F., . . . Jebelifar, S. (2009). Organ Donation Workshop – a Survey on Nurses' Knowledge and Attitudes toward Organ and Tissue Donation in Iran. *The International journal of artificial organs*, 32, 739-744. doi:10.1177/039139880903201005

ALNSF. (2017. Juni). Grunnlagsdokument for anesthesisykepleiere.

<https://www.alnsf.no/anesthesisykepleierne/grunnlagsdokument/grunnlagsdokument>

ALNSF. (2016). Norsk standard for anestesi. <https://www.alnsf.no/anesthesisykepleierne/norsk-standard-for-anestesi>

Austin, E. A., Lovett, P., Moore, W. C., & Zuzarte, I. (2018). Pediatric Perioperative Nurses and the Ethics of Organ Donation After Cardiac Death. *AORN Journal*, 107(4), e1-e8. doi:10.1002/aorn.12110

Bani, M., Mazza, U., Valsecchi, M., & Rezzonico, G. (2019). The impact of multi-organ procurement surgery in the nursing team: An Italian qualitative study. *Death Studies*, 1-7. doi:10.1080/07481187.2019.1648329

Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* (1. Utg. ed.). Oslo: Akribe.

Blok, G. A., van Dalen, J., Jager, K. J., Ryan, M., Wijnen, R. M., Wight, C., . . . Cohen, B. (1999). The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation. *Transpl Int*, 12(3), 161-167. doi:10.1007/s001470050205

Bruun, A. M. G. (2015). Anesthesisykepleierens kompetanse. In I. L. Hovind (Ed.), *Anesthesisykepleie* (2. ed.). Oslo: Akribe.

Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 131-140. doi:10.1111/ijn.12050

Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: The Falmer Press.

Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33(4), 403-422. doi:10.1080/03054980701425706

- Flodén, A., Kelvered, M., Frid, I., & Backman, L. (2006). Causes Why Organ Donation Was Not Carried Out Despite the Deceased Being Positive to Donation. *Transplantation Proceedings*, 38(8), 2619-2621. doi:<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.07.031>
- Flodén, A., & Forsberg, A. (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 306-313. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.002
- Flodén, A., Berg, M., & Forsberg, A. (2011). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation--a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(6), 305-316. doi:10.1016/j.iccn.2011.08.002
- Gao, W., Plummer, V., & Williams, A. (2017). Perioperative nurses' attitudes towards organ procurement: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 302-319. doi:10.1111/jocn.13386
- Gao, W., Plummer, V., & McKenna, L. (2019). Lived experiences of international operating room nurses in organ procurement surgery: A phenomenological study. *Nursing & Health Sciences*. doi:10.1111/nhs.12651
- Helsebiblioteket.no (2016, juni)PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2016). *Rundskriv til forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev* (IS-7/2016) (Rundskriv). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/forskrift-om-dodsdefinisjonen-ved-donasjon-av-organer-celler-og-vev/Rundskriv%20til%20forskrift%20om%20dodsdefinisjonen%20ved%20donasjon%20av%20organer,%20celler%20og%20vev.pdf/_/attachment/inline/5e250ccf-ee61-4f52-af60-b450ef0a35f9:09f19b86066d3dbcc8a8f98e56636609f7fcb521/Rundskriv%20til%20forskrift%20om%20dodsdefinisjonen%20ved%20donasjon%20av%20organer,%20celler%20og%20vev.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev. *FOR-2015-12-21-1813*. Retrieved from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-21-1813>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *LOV-2015-05-07-25: Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og ve - Transplantasjonslova*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2015-05-07-25?q=donasjon>
- Helsetilsynet. (2018. 12. Mars). Rapport etter tilsyn Oslo universitetssykehus HF Håndtering av blod og blodkomponenter samt aktivitet knyttet til organdonasjon. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo/2017/oslo-universitetssykehus-hf-handtering-av-blod-og-blodkomponenter-samt-aktivitet-knyttet-til-organdonasjon-2017/>
- Helsepersonelloven. (2001). *LOV-1999-07-02-64: Lov om helsepersonell m.v.,.* Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindstrøm, K. & Schilling, M. (2018) *Operasjonssykepleieres profesjonelle kompetanse i organdonasjonsprosessen*. Gjøvik: NTNU, Institutt for Helsevitenskap
- Lund, H. (2013). *Anestesisykepleieres opplevelser ved organuttak og deres holdninger til donasjon av egne organer*. Oslo: UiO, Institutt for sykepleievitenskap og helsevitenskap
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Materstvedt, L. J., & Hegvik, J.-A. (2004). Organdonasjon, elektiv ventilasjon og etikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(19), 2501-2503.
- Meyer, K. (2006). Organdonasjon. In Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (Ed.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe.
- Meyer, K. (2009). *Intensivsykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen - en nasjonal kartlegging*. Retrieved from Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsevitenskap
- Meyer, K., & Bjørk, I. (2008). *Change of focus: From intensive care towards organ donation* (Vol. 21).

- Meyer, K., Bjørk, I. T., & Eide, H. (2012). Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 104-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05721.x
- NOROD. (2020). NOROD - Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon. Retrieved from <http://www.norod.no>
- NOROD. (2020). Protokoll for organdonasjon. In. Oslo: Oslo universitetssykehus. Retrieved from: http://www.norod.no/wp-content/uploads/2020/06/Protokoll_for_organdonasjon160620-nett.pdf
- NSD Norsk senter for forskningsdata. (2018). <https://nsd.no>
- Norsk sykepleierforbund-NSF.(2008) Sykepleie et selvstendig og allsidig fag (Online) Oslo: Norsk Sykepleierforbund: Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund – NSF.(2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (online) Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nyemetoder.no. (2020. 11. september). Fullstendig metodevurdering om "Organdonasjon med bruk av normoterm regional perfusjon hos pasienter som dør av hjerte- og åndedrettsstans når livsforlengende behandling avsluttes". <https://nyemetoder.no/om-systemet/horing>
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse - Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ojawoniyi, F., Gormley, K., McGleenan, E., & Noble, H. R. (2017). Organ donation and transplantation: Awareness and roles of healthcare professionals—A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, n/a-n/a. doi:10.1111/jocn.14154
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2013). *Forskningsprosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oslomet (2018). Masterhåndbok. <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/emne/MANES5900/2018/HØST>

- Personopplysningsloven. (2015). LOV-2000-04-14-31: Lov om behandling av personopplysninger. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>
- Perrin, K., Jones, B., Winkelman, C. (2013). The Co-Existence of Life and Death for the Perioperative Nurse. *Death Studies*, 37(9), 789-802.
doi:10.1080/07481187.2012.692460
- Pfeffer, P. F. & Albrechtsen, D. (2011). *En Gave for livet : historien om organtransplantasjon i Norge*. Oslo: Unipub.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Regehr, C., Kjerulf, M., Popova, S. R., & Baker, A. J. (2004). Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 430-437. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00905.x
- Ross, A., Reilly, J., Halla, E., Anderson, K. (2020). Organ Procurement Processes in the Operating Room: The Effects of an Educational Session on Levels of Confidence and Understanding in Operating Room Registered Nurses and Surgical Technologists. *Journal of Perioperative Nursing*, 33. doi:10.26550/2209-1092.1072
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. In B. S. Brinchmann (Ed.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, Z., Leslie, G., & Wynaden, D. (2014). Australian perioperative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 705-715.
doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.004
- Smith, Z., Leslie, G., & Wynaden, D. (2015). Experimental Learning Not Enough for Organ Procurement Surgery: Implications for Perioperative Nursing Education. *Progress in Transplantation*, 25(4), 339-350. doi:10.7182/pit2015689
- Smith, Z., Leslie, G., & Wynaden, D. (2016). Coping and caring: support resources integral to perioperative nurses during the process of organ procurement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3305-3317. doi:10.1111/jocn.13676

- Smith, Z. (2017). Duty and dilemma: Perioperative nurses hiding an objection to participate in organ procurement surgery. *Nurs Inq*, 24(3). doi:10.1111/nin.12173
- Smith, Z., Woods, C., Usher, K., Lea, J. (2019). Australian perioperative nurses' attitudes, levels of knowledge, education and support needs related to organ donation and procurement surgery: A national survey. *Journal of Perioperative Nursing*, 32. doi: 10.26550/2209-1092.1044
- Stiftelsen organdonasjon (2020). Bli organdonor. <https://organdonasjon.no>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*, Bergen: Fagbokforl.
- Universitetet i Oslo (2018). Nettskjema. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Aamot, G., Gulbrandsen, Pål. Laake, Petter, Aavitsland, Preben, Bretthauer, Michael. (2005). Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 16(125), 2183-2187. Retrieved from <http://tidsskriftet.no/2005/08/oversiktsartikkel/presentasjon-av-statistiske-analyser-i-tidsskriftet>

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse om organdonasjon”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon – avdød giver. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med prosjektet er å belyse hvilke utfordringer anestesisykepleierne opplever og identifisere hvilke tiltak som kan være aktuelle for å fremme profesjonell kompetanse ved organdonasjon. Forskningsspørsmålene er:

- Er det sammenheng mellom anestesisykepleierens bakgrunn og profesjonell kompetanse om organdonasjon?
- Hvilken teoretisk, praktisk, etisk og sosialt overført kompetanse har anestesisykepleiere om organdonasjon?
- Hva mener anestesisykepleiere er mest viktig for å utvikle sin profesjonelle kompetanse om organdonasjon?
- Hva er anestesisykepleierens behov for kompetanse?

Kartleggingen er en masteroppgave i anestesisykepleie ved OsloMet - storbyuniversitetet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet – storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

Studentveiledere: Universitetslektor ... og transplantasjonskoordinator ved OUS,

...

Masterstudenter: ...

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du har erfaring med organdonasjon (avdød giver) og/ eller organtransplantasjon. Det er din nærmeste leder som velger ut deltakere og vi som gjennomfører prosjektet kan ikke identifisere deltakerne.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta vil du bli bedt om å fylle ut et elektronisk spørreskjema. Det vil ta deg ca. 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om din bakgrunn/arbeidserfaring som anestesisykepleier samt spørsmål om kompetanse og erfaringer ved organdonasjon. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det at du svarer på spørreskjemaet regnes som et tilstrekkelig samtykke til deltakelse. Utfylt spørreskjema blir automatisk anonymisert ved levering og masterstudentene har ingen mulighet til å spore data tilbake til deg som respondent. Dette innebærer at det ikke vil være mulig å trekke tilbake samtykke etter at spørreskjema er levert. Skulle det likevel være spørsmål bes du ta kontakt med din kontaktperson i avdelingen som videreformidler henvendelsen til masterstudentene.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Prosjektgruppen består av 3 mastergradsstudenter, veileder ved OsloMet og ekstern medveileder (se over).

Spørreskjema sendes elektronisk ut via OsloMet til aktuelle kontaktpersoner i foretaket.

Datamateriale blir kryptert og lagret på ekstern lagringsenhet.

Ved eventuell publikasjon vil funn og resultater ikke kunne spores til den enkelte respondent.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2020. Alt innsamlet datamateriale slettes etter prosjektets avslutning.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra OsloMet – storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med OsloMet ved;

- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen mail: ingridj@oslomet.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ; ”Anestesisykepleieres profesjonell kompetanse om organdonasjon” og har fått anledning til å stille spørsmål. Ved å svare på spørreundersøkelsen samtykker jeg til å delta i prosjektet. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i mai 2020.

Vedlegg 2

- **SD Personvern**

24.01.2019 17:50

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 879222 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 24.1.2019. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.12.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom det benyttes ekstern leverandør av spørreskjema, vil denne være å regne som databehandler i prosjektet. NSD legger i så fall til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17

(tast 1)

NSD Personvern

04.12.2018 17:20

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 879222 er innsendt og mottatt.

Vedlegg 3

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til

Fra: Personvernombudet ved

Dato: 25.10.2019

Saksnummer: 19/25193

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

«Anestesisykepleieres profesjonelle kompetanse om organdonasjon»

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er OsloMet.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

For Personvernombudet

Personvernrådgiver, jurist

HF

Direktørens stab | Personvern

Vedlegg 4

Svar fra klinikkleder og avdelingsleder ble sendt per epost. På grunn av anonymisering vises de som tekst, kopiert fra selve korrespondansen. Hvis ikke disse vedleggende er gode nok som bekreftelse, kan vi fremvise mail uten anonymisering.

Svar fra Klinikkleder:

For meg er dette en intereressant oppgave å kartlegge – anbefales . Avdelingsleder gir sin vurdering og svarer med kopi til meg

...

Klinikkleder
Akuttklinikken

Svar fra Avdelingsleder:

Hei ...!

Støtter ... kommentar og godkjenner at prosjektet kan gjennomføres i vår avdeling.

Dere må i tillegg søke personvernombudet ved ... om godkjenning av prosjektet, e-postadr.: ...
Der kan du legge ved denne e-posten, som viser godkjenningen fra min side.

Lykke til med prosjektet!

mvh

...

Avdelingsleder
Avdeling for anestesisykepleie | Akuttklinikken

Vedlegg 5



Oslo universitetssykehus HF
Rikshospitalet
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Sentralbord: 02770



Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
Avdeling for transplantasjonsmedisin
Seksjon for transplantasjonskirurgi

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

23.1.2018

Oppgis ved all henvendelse

Ad. Søknad om bruk og tilpassing av spørreskjema

Jeg viser til søknaden om å tilpasse skjemaet «intensivsykepleieres profesjonelle kompetanse i organdonasjonsprosessen» til en kartlegging av anestesisykepleieres kompetanse i organdonasjonsprosessen.

Jeg gir tillatelse til å benytte skjemaet som mal og grunnlag for å utarbeide et spørreskjema som er tilpasset anestesisykepleieres funksjon i organdonasjonsprosessen.

Med vennlig hilsen

Käthe Meyer, RN, CETC, PhD



Vedlegg 6.

Käthe Meyer

b) Spørsmål om kompetanse i organdonasjonsprosessen

1. I hvilken grad har du kunnskap til å gi pårørende tilstrekkelig informasjon om dødsdiagnostikk?

I stor grad I liten grad

2. I hvilken grad har du kunnskap til å gi pårørende nødvendig informasjon om behandling av en potensiell donor?

I stor grad I liten grad

3. I hvor stor grad mener du at du har kunnskaper om organpreservasjon?

I stor grad I liten grad

4. I hvilken grad har du kunnskaper om hva som skjer på operasjonsstuen under organuttak?

I stor grad I liten grad

5. I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan du skal møte pårørende i sorg?

I stor grad I liten grad

6. I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan du skal støtte pårørende som er i krise?

I stor grad I liten grad

7. I hvilken grad opplever du tilfredsstillelse når donasjonsprosessen fører til organdonasjon?

I stor grad I liten grad

8. I hvilken grad planlegger og tilrettelegger du avslutning i avdelingen sammen med pårørende?

I stor grad I liten grad

9. I hvilken grad bruker du ”Protokoll for organdonasjon” når du har ansvar for en potensiell donor?

I stor grad I liten grad

10. I hvilken grad får du støtte i vanskelige situasjoner fra dine kollegaer?

I stor grad I liten grad

11. I hvilken grad gis det mulighet for at en uerfaren intensivsykepleier får opplæring av en annen med mer erfaring når det er en potensiell donor i avdelingen?

I stor grad I liten grad

12. I overgangen fra liv til død opplever jeg at det er vanskelig å kommunisere med pårørende

Enig Uenig

13. Når pårørende reagerer med kraftig gråt eller sinne synes jeg det er vanskelig å vite hvordan jeg skal forholde meg til dem

Enig Uenig

14. I vår avdeling uttrykkes det verdighet og respekt for potensiell donor og pårørende under organdonasjonsprosessen

Enig Uenig

15. På vår avdeling diskuterer vi ofte aspekter ved donasjonsprosessen

Enig Uenig

16. Hvis noen på vår avdeling er ukomfortabel/ usikker i organdonasjonsprosessen er det aksept for å trekke seg fra situasjonen

Enig Uenig

17. Organdonasjon kan tas opp i en samtale med pårørende på et tidlig stadium når behandlingsteamet begynner å tenke på donasjon

Enig Uenig

18. I organdonasjonsprosessen mener jeg det er viktig at pårørende får den tiden de trenger

Enig Uenig

19. Når døden er diagnostisert snakker jeg ikke lenger til pasienten, men henvender meg isteden til pårørende

Enig Uenig

20. Jeg synes tiden fra identifisering av en potensiell donor til spørsmålet om organdonasjon tas opp med pårørende er vanskelig

Enig Uenig

21. Det må tas mange blodprøver før en potensiell donor blir medisinsk godkjent. Mener du det er:

Uproblematisk Problematisk

22. I tamponeringsfasen må behandlingen ofte intensiveres. Mener du det er:

Uproblematisk Problematisk

Til slutt:

23. Hvis du ser på dine kvalifikasjoner under ett, i hvilken grad føler du deg kompetent til å ha ansvar for en potensiell donor?

I stor grad I liten grad

24. Hvordan har du utviklet din kompetanse i organdonasjonsprosessen?
(Her kan du sette flere kryss)

- gjennom litteratur
- diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en mer erfaren intensivsykepleier
- eksterne kurs
- NOROD kurs
- tverrfaglig debriefing/ refleksjonsgrupper

25. Hva mener du har mest betydning for utvikling av kompetanse i donasjonsprosessen? (sett kryss ved de du mener er de 3 viktigste)

- litteratur
- åpent miljø for diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en erfaren intensivsykepleier
- eksterne kurs
- NOROD kurs
- tverrfaglig debriefing/ refleksjonsgrupper

26. Hvor ofte mener du det er nødvendig med undervisning i organdonasjon?

Hvert semester 1 gang pr år sjeldnere

Varmt takk for at du har besvart spørsmålene!

Eventuelle kommentarer:

Vedlegg 7.

14.9.2020

Anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon – Vis - Nettskjema

Anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon

Bakgrunnsspørsmål

1. Hvor mange års erfaring har du som anestesisykepleier? *

2. Hvor mange ganger har du vært involvert i organdonasjonsprosessen?

- Aldri
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

3. Hvor mange møter med pårørende til organdonor har du hatt?

- Ingen
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

Kompetanse om organdonasjon

Sett kryss ved det svaret som passer for deg på spørsmålene under

1 = I liten grad/ikke i det hele tatt

2 = I mindre grad

3 = Usikker

4 = I noen grad

5 = I stor grad

4. I hvilken grad har du tilstrekkelig kunnskap om dødsdiagnostikk ved organdonasjon?

- 1
- 2
- 3
- 4

14.9.2020

Anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon – Vis - Nettskjema

 5

5. I hvilken grad har du kunnskap om prosessen på intensiv før organuttak?

 1 2 3 4 5

6. I hvilken grad har du kunnskaper om organbevarende behandling?

 1 2 3 4 5

7. I hvilken grad har du kunnskaper om anestesi ved organuttak?

 1 2 3 4 5

8. I hvilken grad har du kunnskaper om hvordan du skal møte sorg og krisereaksjoner hos pårørende til organdonor?

 1 2 3 4 5

9. I hvilken grad opplever du organdonasjon som meningsfullt?

14.9.2020

Anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon – Vis - Nettskjema

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

10. I hvilken grad planlegger og samarbeider du med intensivpersonell ved overflytning av donor mellom intensiv og operasjonsavdelingen?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11. I hvilken grad benytter du "Protokoll for organdonasjon"?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. I hvilken grad får du støtte i vanskelige situasjoner fra dine kollegaer?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. I hvilken grad gis det mulighet for at en uerfaren anestesisykepleier får opplæring av en med mer erfaring ved organdonasjon?

14.9.2020

Anestesisykepleieres kompetanse om organdonasjon – Vis - Nettskjema

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Sett kryss ved det svaret som passer for deg på spørsmålene under

1 = Enig

2 = Litt enig

3 = Verken enig eller uenig

4 = Mindre enig

5 = Uenig

14. Jeg opplever overgangen fra liv til død ved organdonasjon som vanskelig

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Dersom jeg i møte med pårørende opplever at de reagerer med kraftig gråt eller sinne synes jeg det er vanskelig å vite hvordan jeg skal forholde meg til dem

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

16. I vår avdeling uttrykkes det verdighet og respekt for donor og pårørende

- 1
- 2
- 3
- 4

5

17. I vår avdeling diskuterer vi ofte ulike aspekter ved organdonasjon

1

2

3

4

5

18. Dersom noen i vår avdeling er ukomfortable og usikker ved organdonasjon er det aksept for å trekke seg fra situasjonen

1

2

3

4

5

19. I organdonasjonsprosessen mener jeg det er viktig at pårørende får den tiden de trenger

1

2

3

4

5

Sett kryss ved det svaret som passer for deg på spørsmålene under

1 = I liten grad/ikke i det hele tatt

2 = I mindre grad

3 = Usikker

4 = I noen grad

5 = I stor grad

20. Ved tamponade og opphørt hjernesirkulasjon kan donor få hjertestans. I følge "Protokoll for organdonasjon", skal donor i slike tilfeller resusciteres. I hvilken grad mener du dette er problematisk?

20. Ved tamponade og opphørt hjernesirkulasjon kan donor få hjertestans. I følge "Protokoll for organdonasjon", skal donor i slike tilfeller resusciteres. I hvilken grad mener du dette er problematisk?

- 1 2 3 4 5

21. I hvilken grad opplever du tiden på operasjonsstuen etter at organuttak er avsluttet som følelsesmessig utfordrende?

- 1 2 3 4 5

22. Når du ser på dine kvalifikasjoner under ett, i hvilken grad føler du deg kompetent til å ha ansvar for en organdonor?

- 1 2 3 4 5

23. Hvordan har du utviklet din kompetanse om organdonasjon?

- gjennom litteratur
- diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en mer erfaren anestesisykepleier
- eksterne kurs
- NOROD-kurs
- tverrfaglig debriefing og refleksjonsgrupper

annet, beskriv:

24. Hva mener du har mest betydning for utvikling av kompetanse om organdonasjon?

Sett kryss ved de du mener er de 3 viktigste

- gjennom litteratur
- diskusjoner i avdelingen
- internundervisning
- opplæring av en mer erfaren anestesisykepleier
- eksterne kurs
- NOROD-kurs
- tverrfaglig debriefing/refleksjonsgrupper

annet, beskriv:

25. Hvor ofte mener du det er nødvendig med undervisning om organdonasjon?

- hvert semester en gang i året sjeldnere

Tusen takk for at du besvarte spørsmålene!

Eventuelle kommentarer: