

# Masteroppgave

Masterstudium i sykepleie – klinisk forskning og  
fagutvikling deltid

September 2021

## Å ta den viktige samtalen

Hvilke utfordringer møter intensivsykepleier i arbeidet med identifisering av  
potensiell donor og organpreservering på intensivavdeling i Norge?

Kandidatnavn:201

Emnekode: Masyd5900

29329 ord

## Innhold

1.0	INNLEDNING .....	5
1.1	Bakgrunnen for valg av tema .....	6
1.2	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	7
1.3	Samfunnsnytt og organdonasjon .....	8
1.4	Avgrensning .....	9
1.5	Oppgavens oppbygging .....	11
2.0	ORGANDONASJON .....	12
2.1	Sentrale begreper .....	12
2.2	Juridiske rammeverk .....	13
2.3	Beskrivelse av intensivsykepleiers ansvar og funksjon .....	14
2.3.1	Intensivavdeling .....	16
2.4	Forløpet i en organdonasjon .....	17
2.4.1	Prosedyre for melding av potensiell donor .....	18
2.4.2	Hva skjer når en potensiell donor dør .....	19
2.4.3	Hvilke rutiner gjelder etter at pårørende har samtykket .....	21
2.5	Sykepleieoppgaver .....	21
2.5.1	Forventninger til intensivsykepleier ved organdonasjon .....	22
2.5.2	Intensivsykepleierens oppgave ved organbevarende behandling .....	23
3.0	TIDLIGERE FORSKNING PÅ FELTET .....	25
3.1.	Intensivsykepleier har en sentral rolle .....	25
3.2	Kommunikasjon .....	26
3.3	Samhandling .....	29
3.4	Kommunikasjon og ivaretagelse av pårørende .....	30
3.5	Etiske vurderinger .....	33
4.0	TEORETISK REFERANSERAME .....	35
4.1	Hva er kommunikasjon .....	35

4.2	Travelbees teori om kommunikasjon.....	36
4.2.1	Intensivsykepleiers kommunikasjon og evner .....	37
4.2.2	Kommunikasjonens innhold .....	39
4.2.3	Verbal og nonverbal kommunikasjon.....	39
4.2.4	Kommunikasjonsteknikker .....	40
4.2.5	Kommunikasjonsbrudd .....	41
4.3	Kommunikasjonsteori fra Nordentoft & Ravn Olesen .....	42
4.3.1	Fremgangsmåte i en informasjonssamtale .....	45
4.4	Dreyfus og Dreyfus kompetansemodell .....	46
4.5	Schøns refleksjonsmodell .....	47
5.0	STUDIENS DESIGN OG METODE.....	49
5.1	Litteratursøk.....	49
5.2	Valg og begrunnelse av metode.....	50
5.2.1	Fenomenologi .....	50
5.2.2	Fokusgruppeintervju .....	51
5.3	Forforståelsen for refleksivitet og forskerrollen .....	53
5.4	Forberedende arbeid til intervjuene .....	55
5.4.1	Intervjuguiden .....	55
5.3.2	Rekruttering og utvalg av informanter.....	56
5.5	Praktisk gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	57
5.5.1	Gruppe 1 .....	59
5.5.2	Gruppe 2 .....	60
5.6	Transkripsjon .....	61
5.6	Analyse og fortolkning .....	62
5.8	Etiske refleksjoner .....	65
5.9	Troverdighet, relevans og overførbarhet.....	67
5.9.1	Troverdighet.....	67

5.9.2	Relevans.....	67
5.9.3.	Overførbarhet.....	67
6.0	PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN.....	69
6.1	Kommunikasjonsutfordringer mellom intensivsykepleier og vakthavende lege ved identifisering av potensiell donor .....	69
6.2	Kommunikasjonsutfordringer ved ivaretagelse av pårørende i forbindelse med organbevarende behandling .....	74
6.2.1	Før pårørende har mottatt dødsbudskapet fra legen.....	76
6.2.2	Når pårørende blir eller er informert om at døden har inntruffet.....	79
6.3.	Intensivsykepleierens erfaring med organdonasjon kan ha betydning for kommunikasjonen.....	82
6.3.1	Intensivsykepleieren føler seg utilstrekkelig og alene om oppgavene.....	84
6.3.2	Intensivsykepleier har behov for kollegial støtte og samarbeid.....	87
7.0	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	88

## 1.0 INNLEDNING

Denne besvarelsen er en del av Masterstudium i sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMetropolitan universitet - og er skrevet ut fra egen interesse for forskning i temaet. Jeg har valgt å fordype meg i intensivsykepleieres utfordringer i forbindelse med identifisering av aktuelle donorer og organpreservering. Dette er en av de store utfordringene intensivsykepleiere møter i sitt arbeid ved en intensivavdeling på sykehusene i Norge. Da jeg startet med dette studiet fant jeg ikke en egen beskrivelse av hvilke kunnskaper og ferdigheter som en intensivsykepleier måtte ha.

Intensivsykepleiere sine oppgaver og roller på intensivavdelingen er mange og krevende. Det er ekstra utfordringer i forbindelse med å ivareta en potensiell donor og pårørende som har opplevd akutt oppstått sykdom og krise, spesielt når de etter kort tid får spørsmålet om de kjente til avdødes holdning til organdonasjon. En potensiell donor er definert slik:

*«Når døden er konstatert, eller når det er svært sannsynlig at døden vil inntreffe innen kort tid og videre livreddende behandling er formålsløs, skal det vurderes om pasienten kan være aktuell donor»* (Transplantasjonsloven 2015, §11).

I denne oppgaven har ikke avdøde avklart sitt standpunkt til organdonasjon.

Intensivsykepleieres oppgaver er krevende og kan være utmattende. De skal i løpet av en kort tidsramme opparbeide gode relasjoner til og tillit fra pårørende, ivareta intensivpatienten (senere potensiell donor), samarbeide med alt tverrfaglig helsepersonell som er involvert i behandlingen, og formidle endringer av betydning til behandlingsansvarlig lege. Dette byr på utfordringer, spesielt i de tilfeller hvor det bare er en intensivsykepleier som ivaretar alle de berørte i en donasjonsprosess.

Intensivsykepleiere arbeider for at flere skal bli identifisert som potensielle donorer, og at det iverksettes organbevarende behandling. På denne måten arbeider de for at organer blir godt ivaretatt. De arbeider også for å ivareta pårørende, slik at de kan ta en riktig og veloverveid avgjørelse når de får spørsmål om de ønsker å donere organer på vegne av avdøde.

Min bakgrunn fra intensivavdeling er lang, og er de siste 20 årene fra Barneintensiv OUS Rikshospitalet i Oslo. Jeg har vært deltakende i organdonasjon og ivaretatt resipienter - de

fleste har vært barn - samt informasjonssamtaler, kommunikasjon med pårørende og etterlattsamtaler. Jeg har også deltatt på NOROD sine kursdager, som jeg følte gav meg ny kunnskap på flere områder om organdonasjon.

Helsepersonellet er pålagt å vurdere om pasienter som allerede er døde eller som kommer til å dø innen kort tid og hvor livreddende behandling ikke vil ha effekt, kan være en potensiell donor (Transplantasjonsloven 2015, §4).

Intensivsykepleier skal også å formidle endringer av betydning til behandlingsansvarlig lege. I min studie forutsetter jeg at avdøde ikke har avklart sitt standpunkt til organdonasjon. I en slik situasjon er det pårørende som må avgi et svar på om avdøde ville motsatt seg organdonasjon.

På en intensivavdeling trenes det regelmessig på situasjoner som krever kunnskaper og samarbeid ved hjertestans. Ved organdonasjon er ikke slik kompetanse trening prioritert. Det er opp til den enkelte intensivsykepleier å melde seg på kompetansehevende kurs rundt organdonasjon. Temaet er sensitivt ettersom og intensivsykepleier er bindeleddet mellom det øvrige helsepersonellet og de pårørende. Intensivsykepleiers arbeide i forbindelse med en eventuell organdonasjon kan være avgjørende for om pårørende gir et positivt eller negativt svar på spørsmålet om organdonasjon.

### **1.1 Bakgrunnen for valg av tema**

Studien skal belyse og diskutere utfordringer intensivsykepleiere har ved identifisering og organbevarende behandling. Dette kan føre til ny kunnskap som intensivsykepleiere kan benytte seg av i praksis i samhandlingen med annet helsepersonell og pårørende. Selv om intensivsykepleiere arbeider selvstendig, må hun samarbeide med kollegaer og annet tverrfaglig helsepersonell. I denne studien viser til utfordringer som krever mer samarbeid og tilrettelegging fra ledelsen på intensivavdelingen, slik at kunnskapen om dette feltet økes.

Det er mange fokus å forholde seg til for intensivsykepleiere og de må identifisere hvilke utfordringer som de møter i sitt samarbeide med tverrfaglig helsepersonell og pårørende. De trenger en unik kompetanse i forhold til sin rolle og funksjon i forbindelse ved identifisering og organbevarende behandling. Dette vet man ikke nok om, fordi det har vært større fokus på pårørende og mindre på intensivsykepleier de siste 10 årene. Det er

flere studier som viser til at intensivsykepleiere har behov for økte kunnskaper og mer trening på kommunikasjon, (Jawoniyi & Gormley 2015, s. 99, Siminoff, et al, 2013, s. 101, Meyer, et al, 2011, Meyer & Bjørk, 2007, s. 138). Det er funnet studier på utfordringer som intensivsykepleiere har ved organdonasjon.

Det er en forventning til at intensivsykepleiere ivaretar pårørende som er i en akutt krise, og som kommer til å få spørsmålet om de visste hva avdøde ønsket om å donere organer. Oppgaven deres er å bygge relasjoner og tillitt ved hjelp av empati og gode kommunikasjonsferdigheter. På denne måten vil pårørende føle seg trygge og positive til organdonasjon. Intensivsykepleiere er til stede på avdelingen hele døgnet, og er oftest den nærmeste til å bli godt kjent med pårørende.

Når mediene tar opp temaet organdonasjon, øker interessen for temaet, som for eksempel etter «Livet på vent (2011), (TV2 19. januar 2011) og programmet «Nytt på nytt» i januar 2019 (NRK.no, 2019). Men ifølge Syversen Bøe (2013) er folk fremdeles like uforberedt på organdonasjon når de får spørsmål om dette på intensivavdelingen (Syversen Bøe, 2013, s. 6). Etter programmet i 2019 ble det registrerte nesten 25 000 personer gjennom digitalt donorkort. Det betyr at det er færre pårørende som må svare for et kjært familiemedlem, hvordan de stilte seg til organdonasjon, om de skulle få et slikt spørsmål. Det er vanskelig å forestille seg for en utenforstående hvordan organdonasjonsprosessen er, men gjennom siden til «Stiftelsen Organdonasjon» kan den norske befolkningen få et innblikk i hva det er å gi og hvordan det er å motta et organ (Stiftelsen Organdonasjon.no).

## **1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

Hensikten med denne studien er å få undersøkt intensivsykepleieres utfordringer ved identifisering og organpreservering på intensivavdelingen. Disse utfordringene kan synliggjøre om det er noe som kan forbedre intensivsykepleieres arbeidsbelastning og samarbeid med annet involvert helsepersonell. Dette kan igjen gi flere identifiserte potensielle donorer og bedre relasjoner til pårørende.

Jeg ønsker at studien skal gi nye muligheter til økt innsikt og fagkunnskaper for intensivsykepleiere i et vanskelig tema som kan ha betydning for videre praksis i dette feltet. Intensivsykepleiere blir beskrevet som hun eller intensivsykepleier i oppgaven, fordi

det er et overtall av kvinner i yrket. Der teorien skriver sykepleier, vil dette begrepet bli brukt.

### **Problemstilling**

Problemstillingen har blitt til etter flere runder med samtaler med intensivsykepleiere som arbeider med fagområdet donasjon, ved gjennomgang av artikler som omhandler temaet, og ved diskusjoner med kollegaer.

**«Hvilke utfordringer møter intensivsykepleier i arbeidet med identifisering av potensiell donor og organpreservering på intensivavdeling i Norge?»**

**Under nevnes andre aktuelle temaer i intervjuguiden:**

1. Kompetansen til intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess.
2. Hvilke ferdigheter som er viktig for intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess.
3. Hva som forventes av en intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess?

### **1.3 Samfunnsnyten og organdonasjon**

Organdonasjon er et behandlingstilbud i Norge til pasienter med terminal organsvikt i ett eller flere organer, som kan ha nytte av et nytt organ. Det er mange som står på venteliste. På grunn av den medisinske utviklingen innenfor nevrokirurgi overlever flere hodeskadepasienter, noe som igjen gjør at færre kan blir organdonorer. Livsstilsykdommer som diabetes og høyt blodtrykk er noen av gruppene (NOU 2011:21.) som kan ha nytte av et nytt organ.

I Norge har vi kun ett transplantasjonssykehus: OUS Rikshospitalet. Alle donorsykehus har en donoransvarlig lege, men det er ikke alle som har en donoransvarlig sykepleier.

I de fleste tilfeller er det ikke andre livsforlengende behandlingsalternativer for de som står på ventelister til nytt organ, og resultatene der norske pasienter får et nytt organ er gode og gir mange pasienter et høyere livskvalitet og et lengre liv (NOROD.no). Det er ønskelig at alle som kan ta stilling til organdonasjon informerer sine nærmeste om sitt valg. Det gjør oppgaven lettere for pårørende å svare på spørsmålet om hva avdødes holdning til organdonasjon er når dette er kjent.



I dag kan alle finne informasjon om organdonasjon fra «Stiftelsen Organdonasjon (1996)» som er rettet mer mot allmenheten, og Norsk Ressursgruppe for organdonasjon, «NOROD (1993)», som er den eneste tverrfaglig gruppe i Norge som arbeider for å gi helsepersonell økte kunnskaper og holder kurs for helsepersonell som arbeider med organdonasjon på donorsykehusene (Norsk Ressursgruppe for organdonasjon, [NOROD].2020) Lastet ned 18.03.2019]. «Protokoll for Organdonasjon» er utarbeidet gjennom et samarbeid mellom NOROD og OUS Rikshospitalet, og den har en veiledningsfunksjon med retningslinjer for helsepersonellet og oppdateres jevnlig. Alt er tilgjengelig på nettet og «Protokollen for organdonasjon» finnes også i papirformat på sykehusene. Helt fremst i «Protokoll for organdonasjon» vises rekkefølgen og retningslinjer for tiltak og grenseverdier, som er viktig å følge (Norod, 2020). Er man i tvil kan transplantasjonskoordinator tilkalles for veiledning, men man kan lese i protokollen hvordan hele prosessen foregår i detalj (Protokoll for organdonasjon, Feb. 2020).

Pr. 31.12.2019 er det 26 donorgodkjente sykehus med en donoransvarlig lege, og de fleste har en donoransvarlig sykepleier, som er ressurspersoner for helsepersonellet. (Protokoll for organdonasjon, 2020 feb. Kap. 9). Alle donorsykehusene skal ha rutiner for identifisering og behandling av potensiell organdonor, og systemer som sikrer at organdonasjon blir et tema når det er aktuelt (Transplantasjonsloven 2015, §4). I Norge ligger transplantasjonsprosenten per million innbyggere (PMP) på 21,09 PMP i 2019, noe som er under de 30 PMP som regjeringen fra 2007 ønsket for å gi organer til de som står på venteliste for organdonasjon. Avslagsprosenten er fallende fra 21 % i 2018 til 16% i 2019, noe som er svært positivt. Også tallet på henviste donorer er stigende fra 310 i 2018 til 329 i 2019. Dette viser at det nytter å ha fokus på temaet. Det er 448 på venteliste per 31.12.2019 (Bakkan, P.A., 2020, 19.02)

#### **1.4 Avgrensning**

Organdonasjon skjer både fra levende og død giver. Denne oppgaven omhandler kun død giver (Transplantasjonsloven 2015, §10) som ikke har tatt standpunkt til organdonasjon etter sin død. I Norge har vi kun ett transplantasjonssykehus, OUS Rikshospitalet. I denne oppgaven blir all informasjon om pasient (ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven pbrl 2017 § 3-3), gitt til pårørende. Det er kun nærmeste pårørende som skal informeres, og det må avklares tidlig hvem disse er.

Denne oppgaven er basert på mine tolkninger og forståelse av innsamlede data, teori og tidligere forskning. Det ville vært naturlig å skrive et kapittel om omsorg til pårørende, men siden mine funn bærer preg av kommunikasjonsutfordringer, vil ordet omsorg ikke bli brukt. Jeg har valgt å bruke ordet ivareta, da jeg vil fokusere på hvordan intensivsykepleier bruker verbal- og nonverbal kommunikasjon for å få vite noe om hvilke behov pårørende har.

Det vil ikke bli tatt hensyn til tro og religion i denne oppgaven, da det kan utfordre andre problemer i forhold til språket og andre kulturer. Jeg forholder meg til «norsk kontekst» i denne studien. Utfordringer med å språk og kulturelle forhold som styrer hvordan en opptrer rundt dødsfall, ikke blir diskutert i denne studien.

Utfordringer defineres som noe man strekker seg etter, i en situasjon, der man kan bruke sine ferdigheter og evner. Grensene presses til det ytterste av hva man egentlig kan klare, og det er noe man kan oppnå (Fixdal, 2018, 28. mai). Denne definisjonen passer til intensivsykepleiers oppgaver som i denne situasjonen er krevende og kompleks.

Kompetanse defineres av Kunnskapsdepartementet som *«evnen til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner, og ser kompetansebegrepet som summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse anvendes i samspill»* (Meld. St. 14 (2019–2020) s. 14).

I min studie avsluttes organdonasjon når avdøde går til organuttak. Dette på grunn av begrensninger i studien. Intensivsykepleier -personlig.

Når andre spesielle faggrupper ikke er nevnt, blir det brukt en samlebetegnelse som helsepersonell, fordi det er mange involverte faggrupper og annet personale som er inkludert i en organdonasjon.

Pasienten vil bli beskrevet som intensivpasient (/han), men i overgangen mellom liv og død, blir potensiell donor brukt og donor/avdød når dødstidspunktet er bekreftet.

Gjennom fokusgruppeintervju, vil jeg fokusere på utfordringer tilknyttet til kompetanse, samarbeid og forventninger på intensivavdelingen til intensivsykepleier..

Å yte god omsorg er intensivsykepleierens fremste oppgave. Begrepet betyr at sykepleier ønsker å gjøre situasjonen best mulig for pasienten og deres pårørende (Travellbee, 2002, s. 171) Omsorg blir ikke behandlet som eget tema i besvarelsen.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 2 presenteres organdonasjon. I kapittel 3 beskriver jeg tidligere forskning. Videre følger kapittel 4 der jeg gjennomgår teorien jeg har benyttet. Kapittel 5 er en beskrivelse av metoden som er benyttet for å svare på problemstillingen, inklusive litteratursøket. I kapittel 6 beskrives og diskuteres funnene opp mot tidligere forskning, teori og erfaring og en evaluering av metoden. Konklusjonen kommer i Kapittel 7.

## **2.0 ORGANDONASJON**

De viktigste begrepene som blir brukt i oppgaven vil defineres her. Jeg begynner med sentrale definisjoner, viktige lover og forskrifter. Videre kommer intensivsykepleiers ansvar- og funksjonsbeskrivelse, litt om intensivavdelingen. Videre kommer kapittel om organdonasjon som inneholder, hva er dagens praksis, forløpet i organdonasjon inklusive identifisering. Fortsetter med hvilke symptomer som fører til opphørt sirkulasjon til hjernen og beskriver hvilke undersøkelser som fører til avklaringen om opphørt sirkulasjon til hjernen. Til slutt beskrives forventninger til sykepleieoppgaver og ansvar. Dette er viktig oppgaver for intensivsykepleier, for at organene skal kunne doneres.

### **2.1 Sentrale begreper**

Organdonasjon er en prosedyre der organer, som er gitt fra et menneske blir tilgjengelig for transplantasjon til et annet menneske etter at døden har inntruffet (Transplantasjonsloven 2015, §3a). For at organdonasjon skal skje, er det helt sentralt at intensivsykepleieren og lege på intensivavdelingen har kunnskaper og samarbeider om identifisering av potensiell donor og iverksetter organbevarende behandling.

En potensiell donor er en person som er død, eller som med stor sannsynlighet vil dø innen kort tid, og der livsforlengende behandling vil være formålsløst (Transplantasjonsloven 2015, §11).

#### **Definisjon på Organbevarende behandling:**

Organbevarende behandling blir iverksatt når pasienten er blitt en potensiell donor/donor for å ivareta organenes funksjon. Behandlingen fortsetter etter at objektivt dødstidspunkt er satt og frem til organuttak (Ehåndboka.ous, 2020).

#### **Definisjon på hjernetamponade:**

Blodtilførselen til hjernen (storehjerne, lillehjerne og hjernestamme) er opphørt på grunn av høyt trykk i skallehulen (Ehåndboka.ous, 2020)

Blodsirkulasjonen er opphørt til hjernen og kroppen holdes kunstig i live. En person som er hjernedød kan ikke tenke eller føle noe og puster ikke selv, men hjertet slår.

Begge disse uttrykkene kommer til å bli brukt ettersom det passer i teksten.

### **Definisjon på DBD:**

*«Donation after Brain Death. Organdonasjon etter total ødeleggelse av hjernen hos personer der åndedrett og hjertevirksomhet opprettholdes med kunstige midler»*

(Ehåndboka.ous, 2020).

Når pasienten er erklært DBD, stå skal dette stadfestet av 2 leger (Transplantasjonsloven §10).

**Pårørende** eller **Nærmeste pårørende** er definert i Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 bokstav b (Transplantasjonsloven 2015, §3).

## **2.2 Juridiske rammeverk**

I Norge er all organdonasjon og transplantasjon frivillig og regulert ved LOV-2015-05-07-25, i Lov om donasjon og transplantasjon av organer, celler og vev, (Transplantasjonsloven, 2015), (FOR-2015-12-21-1813) Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev, (Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon, 2015), i Rundskriv, til forskrift om dødsdefinisjonen ved donasjon av organer, celler og vev, IS-7/2016 (Helsedirektoratet, 2016) og i Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon (Forskrift om humane organer til transplantasjon) [FOR-2015-12-07-1401].

Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon (2015, §3) regulerer vilkår for å stille diagnosen «død» når åndedrett og hjertevirksomhet opprettholdes ved kunstige midler. Bestemmelsen lister opp fem vilkår som alle må være oppfylt:

1. Erkjent intrakraniell sykdomsprosess (det vil si sykdom eller skade i skallehulen).
2. Total bevisstløshet, som ikke er medikamentelt betinget, eller kan skyldes nedkjøling (kroppstemperatur lavere enn 33 grader).
3. Opphør av eget åndedrett.
4. Opphør av alle hjernenervereflekser.
5. Objektiv påvisning av opphevet blodtilførsel til hjernen.

I oppgaven henvises det til ulike lover, paragrafer og rundskriv der det blir referert til i teksten.

Helsepersonell er pålagt å identifisere og melde potensiell donor til transplantasjonskoordinator (Transplantasjonsloven 2015, §4). Dette blir ikke alltid fulgt, av ulike grunner. I dag er organdonasjon mer aktuelt enn noensinne da ventelistene er lange og flere potensielle donorer blir «lokalisert» fordi flere ankommer intensivenheten. Hos en potensiell donor opprettholdes hjerte- og åndedrett funksjoner ved hjelp av respirator, frem til avdødes holdning til donasjon er kjent eller at pårørende har bekreftet sitt samtykke og organuttak blir gjennomført. Alle utgifter som nærmeste pårørende har i forbindelse med organdonasjon skal kompenseres av helseforetaket dersom det ikke blir dekket av annet regelverk (Transplantasjonsloven 2015, §18).

Norge samarbeider med andre land gjennom Skandiatransplant, et felles register for nordiske land og Eurotransplant. Disse partnere deler organer gjennom et gjensidig forpliktende samarbeid og har felles kriterier for utveksling av organer, slik at disse kan brukes best mulig (NOU 2011:21, s. 59).

Spesialisthelsesloven - Lov om spesialisthelsetjenesten, [sphl] (sist endret 2019) ligger til grunn for at pasienten skal få et forsvarlig behandlingstilbud (NSFLIS.no, Funksjon- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier, 2017).

Funksjonsbeskrivelsen for donoransvarlig sykepleier er ikke rettet direkte mot intensivoppgaver (NOROD.no, Januar 2018) men har som ansvar blant annet å ivareta de ansatte.

Helsepersonelloven [hpl] (LOV-1999-07-02064) viser til at helsepersonell har en autorisasjon etter §48a og lisens etter §49, som bidrar til å utføre faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner for øvrig, etter § 4 i kapittel 2(hpl. 1999). Alt helsepersonell har taushetsplikt for alt de får informasjon om gjennom sitt arbeide, men kan dele nødvendig informasjon for å gi forsvarlig helsehjelp (hpl. 1999, §21, & §25). Pasienter og pårørende skal forsikres om at det som er gitt av informasjon, ikke blir gitt videre.

### **2.3 Beskrivelse av intensivsykepleiers ansvar og funksjon**

Intensivsykepleier har en grunnutdanning med autorisasjon (NSLIS, 2.6. 2002) og er i tillegg en fagperson med kunnskaper som gir sykepleie til de mest akutte og kritisk syke pasienter, i alle aldersgrupper hele døgnet, som er innlagt på en intensivavdeling. Det

gjelder både medisinske og kirurgiske pasienter (Stubberud, 2005, s. 27, Nsf, 2017). Intensivsykepleier kan arbeide innenfor flere arenaer, men i denne oppgaven er arbeidet relatert til intensivavdeling.

Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) definisjon av intensivsykepleie:

*«Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som er manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleiere er å etablere en terapeutisk relasjon til intensivpasienten og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak» (NSFLIS, 2004, s. 4).*

Selve grunnlaget for all sykepleie skal være *«barmhjertelighet, omsorg og respekten for menneskerettighetene»*, (NSF, 2016) noe som beskriver hva intensivsykepleiere ofte står i fordi pasientene er ofte svært syke, og det er pårørende som får all informasjon. Dette kan være ressurskrevende i perioder fordi pårørende kan være i krise etter akutt oppstått alvorlig sykdom. Sykepleieren har plikt til å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenester, og er faglig og etisk ansvarlig for egne handlinger i praksis. Det betyr blant annet at hun må holde seg oppdatert for at arbeidet hun utfører er faglig etisk og juridisk forsvarlig, og i tillegg erkjenner grenser for egen kompetanse (NSF, 2016,). I denne studien handler det blant annet om at sykepleier deltar aktivt i beslutningsprosesser der livreddende behandling ikke har effekt. I forbindelse med ivaretagelse av pårørende, er det viktig å behandle den avdødes kropp med respekt (NSF, 2016). Intensivsykepleier har på intensivavdelingen også et ansvar for pårørende, spesielt der pasienten ikke er i stand til å motta informasjon. Det er viktig at sykepleier viser respekt og omtanke for pårørende og tilser at de får den informasjonen som de har behov for (NSF, 2016). Jeg vil også trekke frem respekten for kollegers og annet helsepersonells arbeid, og fokuset på det tverrfaglige samarbeidet, som kan være et faglig- og etisk veiledningsansvar (NSF, 2016).

I årene fremover vil akutt og/eller kritisk syke pasienter kunne representere spesielle utfordringer for intensivsykepleierne. Det forventes at intensivsykepleier innehar høy kompetanse, slik som på identifisering og organpreservering, samarbeide med lege og

ivaretagelse av pårørende. For noen pasienter med alvorlig organsvikt, vil kun nye organer være livreddende behandling. Intensivsykepleier er den av helsepersonellgruppen som står ved sengen hele døgnet, og samarbeider med andre intensivsykepleiere og annet tverrfaglig helsepersonell. Det kan også oppstå utfordringer i forbindelse med å definere og tydeliggjøre sin særegne funksjon i forhold til andre helseprofesjoner (Norsk sykepleieforbund.no [NSF], 2020).

Intensivsykepleiers oppgaver på en intensivavdeling er mange, og hun må være klar til å omstille seg raskt når det kreves i pasientbehandlingen, fordi det ofte oppstår situasjoner med en sammensatt sykdomsbilde og tilstanden til en pasient kan forverres raskt. Ved hjelp av teknisk utstyr som respirator og fysiologiske parametre, blant annet blodtrykk, puls og respirasjon, overvåkes pasienten kontinuerlig på en skjerm ved pasienten.

Intensivsykepleiere skal ha kunnskaper om kommunikasjonsferdigheter om hvordan man ivareta pårørende som er i krise. Krise defineres som en *«En krise er en hendelse som har et potensial til å true viktige verdier og svekke en virksomhets evne til å utføre sine samfunnsfunksjoner»*. (NOU 2000: 24 Et sårbart samfunn). En akutt oppstått sykdom/traume kan gi en krise som påvirker menneskers liv og helse. Intensivsykepleier kan skape trygghet og dempe uro gjennom rolig og kontrollert dialog, som igjen kan bidra til mestring hos pårørende, slik at pårørende kan motta informasjon og forstå den. (Helsedirektoratet, 2019, NSF, 2016).

Pasientens pårørende er en viktig målgruppe, og skaper utfordringer for intensivsykepleieren når intensivpasienten er ustabil eller svever mellom liv og død. I denne studien er definisjonen av pårørende den samme som i Pasient- og brukerrettighetsloven- (1999) [pbrl], §1-3-b.

### 2.3.1 Intensivavdeling

En intensivavdeling er en egen avdeling som behandler pasienter som er alvorlig og kritisk syke, og som andre avdelinger ikke kan ta seg av. Personalet er spesialutdannet for dette arbeidet, som for eksempel ved organdonasjon, blant annet fordi det er behov for avansert teknisk utstyr, som respirator, for å yte hjelp til gassutveksling i lungene. Pasientene kan også ha svikt i ett eller flere organer (NSFLIS, 2014, s. 9). Intensivpasienten blir ivaretatt



av en eller flere intensivsykepleiere, og det er ofte intensivsykepleiere som har mest kontakt med pårørende og samarbeider med annet helsepersonell. (Stubberud, 2005, s. 24). Annet helsepersonell som er involvert i pasienten er anestesilege eller lege med egen spesialistutdannelse. På intensivavdeling dør pasienter ofte og uventet, og da blir pårørende kontaktet, om de ikke allerede er til stede på avdelingen.

I denne oppgaven som handler om organdonasjon fra død giver, blir all informasjon om pasient gitt til pårørende, som de har rett på ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven pbrl (2017 § 3-3). Det er kun nærmeste pårørende som skal informeres, og det må avklares tidlig hvem disse er.

#### **2.4 Forløpet i en organdonasjon**

Organdonasjon er det vanligste og beste behandlingstilbudet for pasienter med alvorlig organsvikt. Organdonasjon er den eneste tilgjengelige behandling som kan redde liv og gi en bedre livskvalitet (Norod, 2020).

Etter gjennomført identifisering, kan organbevarende behandling bli iverksatt, og denne pågår frem til organuttak, dersom pårørende ikke trekker tilbake samtykket. Det forventes at intensivsykepleier ivaretar pårørende, og samarbeider med lege og annet tverrfaglig personale som deltar i behandlingen.

Både intensivsykepleier og behandlende lege har kontakt med transplantasjonskoordinator på OUS Rikshospitalet, men det er legen som avgjør når det er tid for å ta opp spørsmålet om organdonasjon. Intensivsykepleier står ved sengen 24 timer i døgnet og iverksetter ordinert behandling, overvåker, samarbeider med lege og har kontakt og informerer pårørende. Intensivsykepleier er den nærmeste til å ha løpende kontakt med pårørende for å avtale informasjonsmøter, og hjelper pårørende med å få dekket deres behov. Det kan være behov for overnatting, samtale med prest, hvordan pårørende ønsker å planlegge en avskjed og om de vil ha syning etter organuttak. Pårørende er forskjellige, og noen vil være på avdelingen stort sett hele tiden, mens andre ønsker å trekke seg tilbake.

Helsepersonelloven (1999), Norod (2020) og Meyer (2005) kap. 14 i intensivboka (Stubberud, 2005), beskriver intensivsykepleiers oppgaver i stor grad.

#### 2.4.1 Prosedyre for melding av potensiell donor

Det er behandlende lege som bør kontakte transplantasjonskoordinator for å melde potensiell donor. Også dersom man er tvil skal det meldes (Norod 2020).

Pasientgruppen som kommer til intensivavdelingen, og som kan bli potensielle donorer, er de med akutt intrakraniell sykdomsprosess (sykdom eller skade i skallehulen).

Her er det tre hovedgrupper som skiller seg ut. Intrakraniell blødning utgjør 47%, Cerebral anoksi etter hjerte- og respirasjonsstans utgjør 31% og traumatisk hjerneskade er 18 % (Bakkan, 2019). Intrakraniell blødning er en stor blødning, og som gir høye trykk i hjernen som klemmer av blodforsyningen til hjernen og hjernen blir skadet. Cerebral anoksi etter hjerte- og respirasjonsstans skjer også akutt, som for eksempel etter et stort hjerteinfarkt, slik at man blir bevisstløs og ikke puster. Da dør/skades hjernen på grunn av oksygenmangel. Den siste store gruppen med traumatiske hjerneskader kommer fra ulike ulykker, for eksempel trafikkulykker eller fall fra sykkel, der hodet har fått et hardt slag eller skaden i hodet, ikke er forenelig med liv (Norod, 2020).

Leger og intensivsykepleiere arbeider hardt for å gi den behandling som pasienten trenger for å overleve (Norod 2020). Pårørende vil få fortløpende informasjon fra anestesileger og intensivsykepleiere ved sengen, men også fra anestesileger i et eget rom utenfor pasientrommet, der intensivsykepleier er deltagende. Intensivsykepleiere ivaretar også pårørende, og legger til rette for praktiske ønsker som pårørende har, sørger for mat, hvilerom og samtale med prest om de ønsker.

I de tilfeller der helsepersonellet tviler på om pasienten vil overleve og man mistenker dødelig utfall, er helsepersonellet pålagt å identifisere potensiell donor og informere pårørende om muligheten for at pasienten kan dø. Intensivsykepleier melder ifra til anestesileger om endringer og legen bestemmer hvordan videre forløp skal håndteres. Videre forløp er å iverksette organbevarende behandling og å informere pårørende om situasjonen. Tiden fra pasienten har blitt identifisert som potensiell donor frem til opphørt blodsirkulasjon til hjernen, kan ta alt fra timer til dager. I denne overgangen kan potensiell donor bli ustabil og kreve ekstra overvåkenhet fra intensivsykepleier, som raskt iverksetter nødvendige tiltak for å opprettholde blodtrykket og god perfusjon til organene. Det er flere symptomer som fremtrer i forbindelse med opphørt sirkulasjon til hjernen. Disse kan være lysstive pupiller eller økt intrakranielt trykk og pasienten blir ustabil sirkulatorisk.

Pårørende kan i denne tiden bli informert om spørsmålet om organdonasjon. Tidspunktet for å spørre om organdonasjon er ikke tidsbestemt. Har avdøde gitt samtykke til organdonasjon, kan ikke pårørende nekte, ifølge loven (Transplantasjonsloven 2015, §13). Videre i samme lov, som gjelder der avdøde ikke har gjort til kjenne sitt standpunkt for organdonasjon, blir pårørende spurt om avdøde ville motsatt seg organdonasjon. I denne sammenhengen kan pårørende nekte. Dersom det ikke er pårørende til avdøde, blir det ikke en organdonasjon (Transplantasjonsloven 2015, §13). Transplantasjonsloven (2015) § 12 som omhandler iverksettelse av organbevarende behandling, skal legen drøfte dette opp med pårørende og forklare hvor lenge behandlingen skal gis, med tanke på organdonasjon. Her står det også at dersom de nærmeste pårørende nekter, kan ikke behandlingen igangsettes.

I noen tilfeller kan spørsmål bli stilt tidlig, enten fra pårørende eller at legen vurderer tidspunktet utfra pårørendes ståsted. I andre tilfeller vil ikke spørsmålet om avdødes holdning til å bli organdonor, bli stilt før alle kliniske undersøkelser er utført og dødstidspunkt er bekreftet. Intensivsykepleier er med på informasjonssamtaler og støtter pårørende som har tatt et valg om organdonasjon, eller ikke.

Preservering av organene vil fortsette, også etter at avdøde har fått objektivt påvist hjernetamponade og pårørende har gitt samtykke til organdonasjon utfra avdødes vilje, frem til organuttak. Organbevarende behandling kan gjennomføres i tre til fire dager, uten å påvirke kvaliteten til organer som kan doneres. Kortversjonen viser rekkefølgen på tiltak og grenseverdier som er viktig å følge (NOROD, 2020). Er man i tvil kan transplantasjonskoordinator tilkalles for veiledning.

#### 2.4.2 Hva skjer når en potensiell donor dør

Pasienten med intrakranielle sykdommer/traume i hjernen, er en gruppe som kan bli potensiell organdonor, når man ser at pasienten ikke kan reddes. Neste mål vil være å bevare organer slik at de kan doneres bort. I denne fasen kan de kliniske tegnene ikke være helt klare og det er helt nødvendig med» *kunnskaper om de patofysiologiske følger av intrakraniell trykkstigning og hjernetamponade*» (Norod, 2020). Etter hjernetamponade kan det bli ustabil blodtrykk og sirkulasjonskollaps, på grunn av at de autonome reguleringsmekanismer bortfaller. Da er det nødvendig å komme i gang med nødvendige

tiltak som kan kompensere for dette, og det krever «full medisinsk innsats» for å vedlikeholde sirkulasjonen i organene (Norod, 2020).

Når sirkulasjonen til hjernen opphører, vil alle hjernens sentrale reguleringsmekanismer bortfalle og det kan bli store fysiologiske endringer i sirkulasjonen og respirasjon (Norod, 2020). Dette må intensivsykepleier ha kunnskaper om for å iverksette tiltak fortløpende.

Endringer som kan skje:

1. Hypertensjon og bradykardi kan forekomme når blir ischemi (tidsrom uten sirkulasjon, 2011 21 s. 11), i ponsområdet (hjernebroen) fordi de sympatiske og vagale sentre blir kraftig stimulert.
2. «Sympatisk storm» skjer når det blir ischemi i medulla oblongata (forlengende marg) som gir stigende blodtrykk og tachykardi (rask puls) fordi det oppstår en selektiv stimulering av de sympatiske fibrene. Årsaken er at funksjonene i det vagomotoriske sentrene opphører.
3. Når hjernestammen er totalt ødelagt vil bortfall av kantonus utløse raskt blodtrykksfall og sjokk hos donor, på grunn av opphør av sympatiske stimulering i hjernen.

(Norod, 2020)

Pårørende får informasjon kontinuerlig om endringer i utviklingen til pasienten. I protokollen for organdonasjon er det beskrevet 4 faser som er viktig at legen informerer om sammen med intensivsykepleier.

Det er :

1. Målet er at pasienten overlever
2. Håpet om overlevelse gradvis forsvinner
3. Alt håp om overlevelse er ute
4. Spørsmålet om organdonasjon stilles

Når pårørende har fått spørsmålet om hva avdøde ville ønsket og de har samtykket, vil organbevarende behandling fortsette frem til organuttak. Pårørende blir i denne tiden

ivaretatt av intensivsykepleier. Avskjed planlegges i samråd med intensivsykepleier og pårørende ut fra de rammer som er mulig før og etter organuttak.

### **Godkjenning av potensiell donor**

Potensiell donor skal være godkjent av transplantasjonskoordinator og transplantasjonskirurgene før det iverksettes videre diagnostikk og spørsmålet om organdonasjon tas opp med pårørende (Norod, 2020).

Når hjernetamponade er objektivt påvist og pårørende har erkjent at pasienten er død, kan transplantasjonskoordinator organisere et donorteam for å operere ut organene.

#### **2.4.3 Hvilke rutiner gjelder etter at pårørende har samtykket**

Intensivsykepleier endrer måten å kommunisere med pårørende etter dødstidspunktet, fordi de pårørende har forstått at den avdøde er død, og at det er organene som blir behandlet. Intensivsykepleier er den som i de fleste tilfeller har mest kontakt med pårørende, fordi de gjerne vil være nær den som er alvorlig syk. I den forbindelse må intensivsykepleiere ha gode kunnskaper om empati og kommunikasjonsferdigheter. Dette for å gi den informasjonen og omsorgen til pårørende som de har behov for (Meyer 2005, s. 156).

Pårørende som har samtykket på vegne av den avdøde tilbys hjelp til å tilrettelegge for en avskjed, når de opplever å måtte ta farvel med sin kjære før organuttak. Avdøde fremstår som levende, fordi det pågår organbevarende behandling og de naturlige dødstejnene uteblir, og pårørende kan ikke bli ved sengen når hjertet sluttet å slå. Pårørende kan, om det er mulig, få litt alene tid på rommet når de tar farvel. Det er også viktig å støtte pårørende med de emosjonelle reaksjonene som de har og ved å vise respekt for den gaven som de har gitt.

De fleste intensivavdelinger tilbyr syning etter organuttak, slik at pårørende kan se at avdøde har de naturlige dødsmerkene, som blek og kald i huden (Norod 2020)

### **2.5 Sykepleieoppgaver**

Intensivsykepleier har kompetanse til å ivareta intensivpatient, men i forbindelse med identifisering og organpreservering er det behov for ekstra kompetanse, da dette oftest er et

forløp med kort tidsrom og det er et svært sensitivt tema som blir tatt opp. Å spørre om organdonasjon like etter at pårørende har opplevd akutt sykdom/skade i hodet, krever mer kompetanse om temaet og praktisk erfaring for å forstå den komplekse situasjonen som intensivsykepleier står i. Intensivsykepleier bør ha kompetanse på hvordan man skal identifisere potensiell donor, gi organbevarende behandling, gi omsorg til pårørende, og i tillegg inneha gode kommunikasjonsferdigheter i oppbyggingen av relasjonene til pårørende. Hun må også samarbeide tverrfaglig med annet helsepersonell som er involvert i en organdonasjon, der samarbeid med ulike yrkesgrupper inngår (Regjeringen.no, 2018).

### 2.5.1 Forventninger til intensivsykepleier ved organdonasjon

I følge «Protokoll for organdonasjon» har intensivsykepleier disse oppgavene:

- Skal ivareta pårørende på intensivavdelingen gjennom organdonasjonen og ringe pårørende for å tilby etterlattsamtale to til tre måneder etter donasjonen. Årsaken til dette er at det ofte er få møter mellom personalet og pårørende på grunn av kort liggetid.
- Ta vare på pårørende og potensiell donor. Dette gjelder hele forløpet fra livreddende behandling fra intensivpasienten til å ivareta potensiell donor og pårørende.
- Bidra med nødvendig god kompetanse som og felles forståelse sammen med handlingsteamet.
- Intensivsykepleier kan vise empati, kompetanse og tillit gjennom kommunikasjon
- Delta på informasjonssamtalene med legen og pårørende
- Intensivsykepleier bør også gi informasjon til de pårørende.
- Intensivsykepleier bør skjerme pårørende fra å ofte forholde seg til nye personer i behandlingsteamet.

Blodprøver til immunologiske institutt, til forlikelighet mot resipient, bør tas så tidlig som mulig. Dette gjøres av intensivsykepleier uten å formidle dette til pårørende, dersom de ikke er informert.

### 2.5.2 Intensivsykepleierens oppgave ved organbevarende behandling

Pasienter med intrakranielle sykdommer/traume i hjernen er en gruppe som kan bli potensiell organdonor, og når man ser at pasienten ikke kan reddes vil neste mål være å bevare organer slik at de kan ha doneres bort. I denne fasen kan de kliniske tegnene ikke være helt klare og det er helt nødvendig med «*kunnskaper om de patofysiologiske følger av intrakraniell trykkstigning og hjernetamponade*» (Norod, 2020). Etter hjernetamponade kan det bli ustabil blodtrykk og sirkulasjonskollaps, på grunn av at de autonome reguleringsmekanismer bortfaller. Da er det nødvendig å komme i gang med nødvendige tiltak som kan kompensere for dette, og det krever «*full medisinsk innsats*» for å vedlikeholde sirkulasjonen i organene (Norod, 2020).

Når sirkulasjonen til hjernen opphører, vil alle hjernens sentrale reguleringsmekanismer bortfalle og det kan bli store fysiologiske endringer i sirkulasjonen og respirasjon (Norod, 2020). Dette må intensivsykepleier ha kunnskaper om for å iverksette tiltak fortløpende og det er nevnt tidligere i kapittel 2.4.2.

#### Beskrivelse av feltet

På intensivavdelingen er det ikke visittider, så pårørende kan komme og gå som de ønsker. Pårørende kan bli bedt om å gå fra rommet i kortere perioder, slik som ved stell eller andre hendelser med nærliggende pasienter. I tilfeller der man ser at døden vil inntreffe, blir det en prioritering å legge pasienten på enerom slik at pårørende skjermes.

Noen intensivavdelinger er inndelt i egne rom, men de fleste har et større rom med flere intensivpasienter sammen. Det er lagt opp slik for at intensivsykepleiere skal være tilgjengelig i akutte situasjoner. På sykehusene er pårønderom tilgjengelig i nærheten av intensivavdelingen. Dette rommet deles med andre pårørende på hele intensivavdelingen. Pårørende til organdonor har ikke et eget rom de kan trekke seg tilbake til for å få formidlet sine tanker til familien eller vise sine følelser. I noen tilfeller får pårørende overnatte på nærliggende hotell, om det er ledige rom, eller på egnede rom på sykehuset, slik at de kan være i nærheten.

Intensivsykepleier kontakter pårørende og tilbyr etterlattsamtale etter 3-4 måneder etter organuttak. Til stede ved samtalen vil pårørende møte personalet som ivaretok pasient og

få muligheter til å spørre om det de lurer på. Pårørende får vite hvilke organer som er brukt og overfladisk informasjon om mottaker. De får også et takkebrev signert av direktøren ved OUS Rikshospitalet, som en takk for velvillighet til organdonasjon, på vegne av de transplanterte (NOROD.no, 2020). Alle pårørende til donor, blir invitert til en felles sammenkomst av enkelte helseregioner med jevne mellomrom.



### **3.0 TIDLIGERE FORSKNING PÅ FELTET**

Under dette kapitlet vil jeg ta for meg forskning som er på feltet og som vil bli drøftet opp mot teori og mine funn. Tidligere forskning har vist at intensivsykepleier har behov for mer trening på kommunikasjon og å få økt kunnskapen om organdonasjon, (Meyer, et al, 2011, s. 113). Sentrale temaer er rollen til intensivsykepleier, kommunikasjon, samhandling, kommunikasjon og ivaretagelse av pårørende og etiske vurderinger til slutt.

#### **3.1. Intensivsykepleier har en sentral rolle**

Intensivsykepleiere har en sentral rolle i en organdonasjonsprosess, alt fra identifisering av potensiell donor, organbevarende behandling, kommunikasjon og vurdering av potensiell donor til ivaretagelse av pårørende og samarbeid med tverrfaglig helsepersonell. Studier har vist at intensivsykepleier er en viktig kobling i forbindelse med identifisering av potensiell donor (Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699, Orøy, et al, 2011, s. 9, Floden, et al, 2011, s. 10, Meyer, et al, 2011, s. 108, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136, Ingram, et al, 2002, s. 256).

En undersøkelse fra Storbritannia viser at samarbeid og omsorg til pårørende førte til flere identifiserte potensielle donorer, fordi pårørende ble fulgt opp fra akutt innleggelsen og gjennom hele forløpet (Garside, et al, 2012, s. 232). Spesialiserte sykepleier som arbeidet med organdonasjon, hadde en egen rolle i akuttmottaket i forbindelse med identifisering av potensielle donorer Garside, et al, 2012, s. 228).

En svensk studie viser til at Intensivsykepleierne som ikke hadde nok kunnskaper om hjernedød, førte til vanskeligheter i forbindelse med ivaretagelse av potensiell donor, fordi de ikke hadde tatt stilling til hva det betød. (Floden, et al, 2011, s. 7)

En annen norsk studie fra 2010, viser at intensivsykepleiere trenger mer kunnskap og trening på kommunikasjonsferdigheter i forbindelse med avsluttende behandling (Lind, et al, 2012, s. 1148). Undersøkelsen viser at 16 av 27 familier ikke var involvert i beslutningen om avsluttende behandling. Det var gjennomført få informasjonssamtaler, og det var ikke noen klare tegn på samarbeid mellom leger og sykepleiere. Det var kun faktabasert informasjon. Sykepleierne var vennlig og støttende, men vage i kommunikasjonen (Lind, et al, 2012, s. 1146).

Å ha vært deltagende i spørsmålet om organdonasjon tidlig, var av stor betydning for intensivsykepleiers kommunikasjon i organdonasjonsprosessen (Meyer, et al, 2011, s. 112). Pårørende har mange ulike reaksjoner fordi de er i en krise, og intensivsykepleierne etterlyste behov for ulike strategier for å håndtere ulike situasjoner (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Det var viktig at det var utdanningsmateriale og guidelines, til bruk på avdelingen ved organdonasjon, for eksempel «Protokoll for organdonasjon» som finnes i Norge. (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135).

Det er viktig å identifisere flere potensielle donorer fordi det er mange som står på venteliste på organer. Internasjonale studier viser at mangel på kunnskap, gjør at helsepersonellet ikke identifiserer potensiell donor, men også kommunikasjon er et kritisk tema, blant annet på grunn av mangel på kriterier på hjernedød, og det å forstå forskjellen på koma og hjernedød (Daly, 2006, s. 82). Studien fra United Kingdom viste at dersom bare en potensiell donor ble registrert ved hvert av de 211 akuttmottakene i landet, ville donorøkningen være på 22 % (Garside, et al, 2012, s. 232). De spesialiserte sykepleierne var en god støtte og veileder for helsepersonellet i organdonasjonsprosessen. En norsk studie viser til at kunnskap og profesjonell kompetanse hos intensivsykepleiere var avgjørende for å vinne pårørendes tillit, og kommunikasjonsprosessen var viktig når det ble spurt om organdonasjon (Meyer & Bjørk, 2007, s. 138). Intensivsykepleierne mente at det å preservere organer var meningsfylt og veldig viktig at «gaven» som var gitt, ble ivaretatt best mulig slik at resipienten hadde et godt utgangspunkt for et godt liv (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135).

### **3.2 Kommunikasjon**

Kommunikasjon og omsorg har vært et ord som går igjen i alle studier og flere internasjonale studier viser at disse ferdighetene er av stor betydning når informasjon blir gitt pårørende og når spørsmålet om organdonasjon blir tatt opp (Jawoniye & Gormley, 2015, s. 699, Berntzen & Bjørk, 2014, s. 5, Siminoff, et al, 2013, s.103, Siminoff, et al,2009, s. 42, , Meyer, et al, 2011, s. 111, Meyer & Bjørk, 2007, s.135, Daly, 2006, s. 83, Long, et al, 145, 2006, s. 144, Ingram, et al, 2002, s. 256, Frid, et al, 1998 s. 27 ).

I noen tilfeller har ikke pårørende blitt spurt om hva pasienten ønsket, og pårørende har blitt informert om at behandlingen avsluttes. I andre familier som fikk være deltagende i avsluttende behandling, ble pårørende forberedt gjennom gradvis informasjon (Lind, et al, 2012, s. 1146).

Å ta opp spørsmålet om organdonasjon tidligere, slik at pårørende får tid til å tenke gjennom svaret, var sett på som profesjonell håndtering av en vanskelig oppgave, men også at flere ble mer positiv til organdonasjon (Groot, et al, 2016, s.13). Annen litteratur trekker frem det samme og i tillegg er det viktig å tenke på hvordan informasjonen blir lagt frem og hvordan måten det blir spurt på, som svært viktig (Jacoby, et al, 2005, s. 186). Kommunikasjonsferdigheter er en viktig del av hele organdonasjonsprosessen, men også den delen der det blir krevd mer av helsepersonellet, fordi man kan starte organbevarende behandling før pårørende blir involvert (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Det betyr at intensivsykepleierne iverksetter behandlinger som er nødvendig for å bevare organene, uten at pårørende er informert om dette.

Intensivsykepleiere trakk frem at pårørende lett fatter nytt håp når nye undersøkelser blir utført, for eksempel testene for å stadfest døden (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Spesielt i overgangen mellom liv og død, i forbindelse med undersøkelser for å få bekreftet opphørt sirkulasjon til hjernen. Fra en norsk studie opplevde intensivsykepleier at uerfarne leger informerte dødsbudskapet alene, mens de erfarne legene foretrakk å involvere intensivsykepleierne i spørsmålet om organdonasjon (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137).

Fra ett litteraturstudie vises det til at i saker der intensivsykepleier har gode kunnskaper om organdonasjon og transplantasjon, har intensivsykepleier brukt sine kommunikasjonsferdigheter til å forklare pårørende at deres kjære, som ser levende ut, har blitt diagnostisert med opphørt sirkulasjon til hjernen og at det ikke er noe håp for overlevelse og er derfor død (Pearson et al, 2001 i Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699). Intensivsykepleiere ønsket mer trening på kommunikasjon å gi dårlige nyheter, både teoretisk og praktisk, i møte med pårørende i organdonasjonsprosess. Det er viktig i forbindelse med informasjon og å møte pårørende der de er (Meyer, et al, 2011, s. 113). Studier har vist at essensielle kommunikasjonsferdigheter kan oppnås via trening på kommunikasjon og på det å formidle dårlig informasjon, samt ved å øke kunnskapen til

intensivsykepleierne om organdonasjon (Jawoniyi & Gormley 2015 s. 699, Siminoff, et al, 2013, s.101, Meyer & Bjørk, 2007, s. 138).

Kontinuerlig informasjon over tid er viktig, slik at pårørende kan forstå alvoret i situasjonen (Garside, et al, 2010, s. 232). En annen studie viser at intensivsykepleierne mener at pårørende opplever dobbel sorg når de blir spurt om organdonasjon av en lege som ikke har kunnskaper eller erfaringer fra organdonasjon. (Floden & Forsberg, 2009, s. 308). En norsk studie viser at noen intensivsykepleiere la føringer til legen som skulle stille spørsmålet om organdonasjon, og noen ganger ønsker de selv å bringe temaet på banen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Ved et sykehus i studien var det forventet at intensivsykepleier deltok i samtalen med pårørende. For noen leger var det vanskelig å «ta opp» spørsmålet for tidlige, fordi de var redde for forårsake skade ved at pårørende sier «nei» til samtykke (Orøy et al, 2011, s. 6).

For å belyse det samarbeidet som bør foregå på en intensivavdeling i Norge, vil jeg nevne en Norsk undersøkelse som viste et stort behov for legene å få økt kompetansen om organdonasjon og trening på kommunikasjon med pårørende, men også samarbeide med intensivsykepleiere på intensivavdelingen (Eide, et al, 2012 s. 1238).

Dette er i samsvar med en norsk studie, der pårørende ikke hadde fått nok informasjon om hva som skjedde og hvordan prosessen ble videre (Berntzen & Bjørk, 2014, s. 8).

En annen studie viste at pårørende ikke forstod at pasienten holdt på å dø eller allerede var død, fordi de ikke hadde de vanlige dødstegnene. Pasienten var tilkoblet respirator og intensivbehandlingen fortsatte fordi man arbeidet mot organbevarende behandling, og alt så ut som før (Berntzen & Bjørk, 2014 s. 8, Orøy et al, 2011 s. 6).

Det er forståelig at det ikke var lett å forstå for pårørende at denne pasienten ikke levde uten «hjelp», da de ikke kunne se skaden. Hva som er skadet må informeres om, og forstås og aksepteres av pårørende, før pårørende kan samtykke til donasjon og organdonasjon kan finne sted, Orøy et al, 2011, s 6).

Intensivsykepleierne som var oppmerksomme på pårørendes ønske om mer informasjon eller ønsket å diskutere temaet, ble legen kontaktet for å svare på spørsmålene (Orøy, 2011, s. 6). Det er jo et ønske om at pårørende samtykker etter pasientens ønske, men også respekten for familien avgjørelse var veldig viktig for helsepersonellet.

I noen tilfeller opplevde intensivsykepleiere vanskelig kommunikasjon med pårørende som hadde trukket seg tilbake. Spesielt i overgangen fra liv til død. Da intensivsykepleier arbeidet med livreddende behandling, kunne hun virke fraværende for pårørende, fordi pasienten var i fokus. (Orøy, et al, 2011, s. 4). Dersom det er to intensivsykepleiere så kan den ene ha fokus på pasienten og den andre på pårørende. Da kan de lettere holde kontakten og informere løpende. Da blir det et samarbeid som også formidler kunnskaper og praktiske ferdigheter i en organdonasjonsprosess, spesielt der sykepleiere er utrente eller ikke har erfaring fra lignende situasjoner (Orøy et al, 2011, s. 9).

### **3.3 Samhandling**

Intensivsykepleier samarbeider med annet tverrfaglig helsepersonell og da er det viktig å være enige om behandlingen og veien videre.

Meyer & Bjørk (2007) har intervjuet intensivsykepleier på 28 av Norges donorsykehus for å kartlegge behovet for kunnskaper og støtte i forbindelse med overgang fra intensivpasient til organdonasjonsprosessen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 133). Funn viser at det kreves ressurser av intensivsykepleier for å forklare og få pårørende til å forstå situasjonen på samme tid som hun ivaretar potensiell donor (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135). Et annet problem som intensivsykepleiere støtte på var at legen ikke ville informere pårørende om akutt oppstått hendelse, og at dette ble problemfylt for intensivsykepleier (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136), eller at legen valgte å ha informasjonssamtale med pårørende om døden, uten at intensivsykepleier var deltagende. Dette gjaldt som oftest leger uten kompetanse, mens det med kompetanse involverte intensivsykepleiere i informasjonssamtalen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137).

Intensivsykepleiere føler seg ukomfortable når de er deltagende i spørsmålet om organdonasjon og behandlingsteamet er uenig. Det kan for eksempel være uenighet om når tiden er inne for angiografi, fordi alle ikke har retningslinjer for når dette skal skje (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Intensivsykepleierne hadde behov for et godt samarbeide og felles forståelse i behandlingsteamet rundt organdonasjon (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Om det ikke var felles enighet i behandlingsteamet, så var det stor fare for at organene gikk tap. Det beste er å være to intensivsykepleiere i en organdonasjonsprosess, at den ene ivaretar pårørende og den andre potensiell donor. Spesielt under diagnostikk av opphørt sirkulasjon til

hjernen, der pårørende kan være tilstede og få trinnvis forklaring på stegene frem til angiografi, som viser endelig opphørt sirkulasjon til hjernen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136)

For å øke antallet på organdonasjoner, er det viktig å ha kunnskaper om hvordan identifisere potensielle donorer og iverksette organbevarende behandling på et tidlig tidspunkt. Konsekvensen av å ikke ivareta organene, er at de kan få så dårlig kvalitet at de ikke kan benyttes, og at pårørende får beskjed om at organene ikke kunne benyttes, slik de ønsket (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135). Da blir avdødes ønske ikke respektert og pårørende kan bli skuffet over at det ikke ble noen organdonasjon. Noen pårørende sitter og venter på at helsepersonellet skal spørre de om organdonasjon, også skjer det ikke på grunn av uenighet i behandlingsteamet. I noen tilfeller kan avdøde ha ønsket å donere organene, noe som blir sett på som en dyrebar gave å gi. Å være deltagende i den kliniske undersøkelsen kan være et steg på veien slik at pårørende forstår at avdøde ikke lever lenger og at de kan ta en avgjørelse basert på hva de selv har sett og forstått (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136)

Kommunikasjon og samarbeide er noe av det viktigste ved identifisering og organbevarende behandling, men også kommunikasjonen med pårørende er viktig da den er nødvendig for å gi omsorg til pårørende. Det er de som må svare for den avdøde om det er noe som gjør at avdøde ikke kan blir donor, og de skal leve videre med avgjørelsen som de tok.

### **3.4 Kommunikasjon og ivaretagelse av pårørende**

Intensivsykepleier er den som har mest kontakt med pårørende fordi de er tilstedeværende 24 timer i døgnet. De er alltid støttende og yter omsorg til pårørende, som kan reagere emosjonelt eller angre på svaret de har gitt (Jawonyi & Gormley, 2015, s. 699).

Det handler om at organdonasjon er et sensitivt tema, der akutt kritisk sykdom/skade har inntruffet og pasienten vil dø i løpet av kort tid, og pårørende må svare på spørsmål om organdonasjon. Oppgaven er krevende, kompleks, og krever god kompetanse på å forstå det kliniske og tekniske aspekter ved organdonasjon.

Ett litteraturstudie fra (2015) viser at effektiviteten til intensivsykepleier avhenger av rollen i organdonasjonsprosessen, som er linket til forståelse og kunnskaper på området fra praksis (Jawonyi & Gormley, 2015, s. 699). Bakgrunnen for det er at de har hatt

muligheter for trening på kommunikasjon og vedlikehold av praktiske kunnskaper som angår organdonasjon.

Når det ikke blir samtykket til organdonasjon, mener noen pårørende at de ikke er godt nok ivaretatt på områder som at de måtte vente lenge på legen, dårlig holdning, og at det ikke var noe støtte til sørgende foreldre og derfor var de negativ til organdonasjon (Groot et al, 2016, s. 3). I en organdonasjonsprosess har intensivsykepleier bekymringer for pasienten, pårørende og organdonasjonsprosessen (Orøy, et al, 2011, s. 8). Erfarne intensivsykepleiere har bekymringer når pårørende ikke forstår situasjonen og fortsatt håper på overlevelse, når hun vet at pasienten kommer til å dø (Orøy, et al, 2011, s. 6, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

I en svensk studie er det å være ydmyke og tilstedeværende, svært viktig og sentralt for tilliten fra pårørende. Intensivsykepleiers holdning til organdonasjon ved å tenke positivt i vanskelige situasjoner, var til stor hjelp for å holde fokus (Fløden & og Forsberg, 2009, s. 309). I noen tilfeller der pårørende var positiv til organdonasjon var det empati og gode relasjoner med helsepersonellet, som gjorde at situasjonen ikke ble så stressende for pårørende (Groot et al, 2016, s. 3). Å gi god adekvat informasjon var sett på som en svært viktig del av omsorgen, og de ble bedre forberedt på den alvorlige situasjonen og at døden var et faktum. De forstod også konseptet med hjernedød (Groot et al, 2016, s. 6) Det var viktig med profesjonell kompetanse slik at intensivsykepleier følte seg trygg i møte med pårørende (Meyer & Bjørk, 2007, s. 138).

Intensivsykepleiere skal samarbeide med pårørende om hvordan de skal ta farvel, og hva som er mulig å få til, innenfor et tidsperspektiv. Det handler om å respektere avdødes vilje og pårørendes ønske om å få være litt privat i sorgen (Orøy et al, 2011, s. 7). Det er etterlyst rutiner på markering av at et dødstidspunkt er satt (Berntzen & Bjørk, 2014, s. 7), og intensivsykepleier kan bidra til å dempe lys eller for eksempel å dekke pasienten kropp, ikke ansiktet, med et teppe som symboliserer døden.

Intensivsykepleiere med kunnskaper om organdonasjon, videreformidlet kunnskap til uerfarne i klinisk praksis, på samme tid som de også gav støtte til intensivsykepleiere som hadde behov for det (Jawoniyi & Gormley 2015, s. 700, Garside, et al, 2012, s. 231, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Å være to intensivsykepleiere på hver vakt i forbindelse med

organdonasjon, gav muligheter for å dele erfaringer og kunnskaper, men også at arbeidssoppgaver med pasient og pårørende, ble fordelt.

I England har spesialutdannede sykepleiere med fagkunnskaper et samarbeid med helsepersonellet, og dialog/informasjonsamtaler med pårørende til potensielle donorer, som pågår gjennom hele donasjonsprosessen (Garside & Garside, 2010, s. 29).

Å se hvilke behov og omsorg pårørende har i forbindelse med identifisering og organbevarende behandling, er veldig viktig. Konsekvensen av dårlig omsorg til pårørende, gir utslag i negativt samtykke til organdonasjon. Årsaken ligger mye i informasjonen og ikke god nok forståelse av situasjonen, og at tidspunktet for spørsmålet om organdonasjon ikke er riktig (Groot et al, 2016, s. 9).

Helsepersonell som er trent og sikre på organdonasjonsprosessen, er av stor betydning når spørsmålet om organdonasjon blir tatt opp, fordi det blir et bedre samspill mellom helsepersonellet. (Long, et al, 2006, s. 149). I en undersøkelse fant man at intensivsykepleier ikke burde spørre om organdonasjon før pårørende hadde forstått og akseptert at døden var et faktum (Ingram, et al, 2002, s. 250).

Intensivsykepleier mener at de bør bli flinkere til å reflektere over situasjoner som de har stått i, fordi mange blir kastet inn i en organdonasjon uten erfaringer eller kunnskaper (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137).

Fra litteraturen ble det slått fast at legens kommunikasjonsferdigheter var av stor betydning når spørsmålet om organdonasjon ble lagt frem, og på hvordan pårørende opplevde situasjonen. I noen tilfeller ble legen instruert av intensivsykepleier hva som skulle sies og hvordan det skulle spørres, slik at det ikke oppstod misforståelser (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Legen som skal informere og spørre om organdonasjon skal kjenne pårørende, men dette er ikke alltid oppnåelig. Et samarbeid mellom leger og intensivsykepleiere om hvilken informasjon som skal gis og hvordan spørsmålet skal fremstilles, vil påvirke svaret fra pårørende (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Det er krevende å stå i en organdonasjonsprosess med pårørende, og norske funn viser at kunnskapsnivå, grad av erfaring og holdning hos intensivsykepleier, var beskrevet som svært viktig når fokus endret seg fra pasient til pårørende. Når intensivsykepleier kjente seg selv, følte de seg sikre i møtet med pårørende. Andre som følte seg usikre gav ikke den samme omsorgen til pårørende og det



kunne få følger videre i organdonasjonsprosessen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Videre var det er lettere for intensivsykepleier å avslutte skiftet, når de har vært to som hadde delt på oppgavene (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Det skal erfaring til for å se behovene til pårørende som sørger og iverksette tiltak, samtidig som intensivsykepleier arbeider med intensivpasienten (Orøy, et al, 2011, s. 8). Andre studier har noe av de samme funnene (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137, Meyer et al, 2011, s. 113).

Tidligere studier har vist at kunnskap må oppdateres og vedlikeholdes. For å gi intensivsykepleierne økt kompetanse, er det viktig med diskusjoner og tilrettelegging på avdelingen for å utvikle en felles definert profesjonell praksis og at erfarne kan lære opp uerfarne intensivsykepleiere (Meyer, & Bjørk, 2007, s. 138). Refleksjoner er av stor viktighet for at kunnskaper skal bli delt og hvordan intensivsykepleiere kan gå inn i neste donasjon med styrket kunnskap og erfaring.

### **3.5 Ethiske vurderinger**

En del helsepersonell har etiske problemstillinger i forbindelse med organdonasjon, og noen ønsker ikke å ta opp spørsmålet om identifisering av potensiell donor eller ta opp spørsmålet med pårørende av ulike årsaker.

En svensk studie konkluderer med at når intensivsykepleierne valgte å opptre profesjonelt, vise respekt, oppfylle det siste ønsket og opprettholde verdighet gjennom hele oppholdet, følte de at de hadde gjort alt for at organdonasjons kunne bli gjennomført (Fløden & Forsberg, 2009, s. 313). Andre intensivsykepleierne som ikke ønsket å ta opp organdonasjon, overlot pasienten til en sykepleieassistent, for å unngå å konfrontere pårørende med et vanskelig tema (Fløden & Forsberg, 2009, s.311). For andre intensivsykepleiere var det uetisk å ta opp organdonasjon før pårørende hadde blitt informert om døden (Fløden & Forsberg, 2009, s. 312).

Tiden mellom identifisering av en potensiell donor og spørsmålet om organdonasjon var en vanskelig periode for intensivsykepleierne. Spesielt på området kommunikasjon med pårørende, og i overgangen mellom liv og død (Meyer et al 2011 s. 111, Orøy, et al, 2011, s. 3., Meyer & Bjørk, 2007 s. 135, Meyer, 2005, s. 159). Det å ikke kunne være ærlig mot

pårørende før organdonasjon var bestemt eller når det oppstod en akutt situasjon, var svært vanskelig for intensivsykepleier, fordi legen ikke ville gi informasjon til pårørende (Meyer, et al, 2011 s. 112, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Å være intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess stiller store krav til kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om å identifisere potensiell donor, om organbevarende behandling, om å ivareta pårørende og om samarbeidet med annet tverrfaglig helsepersonell. Er man to intensivsykepleiere, kan tillit og respekt for pårørende ivaretas på en verdig måte (Jawoniyi & Gormey, 2012, s. 699).

#### **4.0 TEORETISK REFERANSERAME**

I min oppgave har jeg valgt å bruke to hovedkommunikasjonsteorier fordi jeg synes de utfyller hverandre godt. Joyce Travelbee fokuserer mye på sykepleierens kommunikasjon og omsorg, mens Nordentoft & Ravn Olesen er mer rettet mot sykepleiers kommunikasjon i praksis. Jeg har også valgt å ta med Dreyfus og Dreyfus kompetanseutvikling stige, og Schöns refleksjonsteori fordi de kan forklare hvordan kompetanse og refleksjon kan bidra til at intensivsykepleieren får økte kunnskaper

Kommunikasjonen på en intensivavdeling foregår mellom helsepersonell, ledelse og pårørende, i dette kapitlet. Helsepersonell innehar fagkunnskaper om behandling av intensivpasienten og de pårørende som ønsker å forstå hva som har skjedd og vil skjer videre. Intensivsykepleieren har i tillegg behov for hjelp og støtte i det praktiske arbeidet.

#### **4.1 Hva er kommunikasjon**

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «*communicare*») som betyr «Å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide & Eide, 2007, s.17). I denne oppgaven vil ordet «*relasjon*», som kommer fra det latinske ordet «*relatio*», benyttes begrepet om intensivsykepleiers kontakt med eller forbindelse med andre mennesker (Eide & Eide, 2007, s.17). Kommunikasjon defineres som en handling og en prosess som alltid involverer fysiske og psykiske aktivitet hos sender og mottaker av budskapet, og synspunkter blir utvekslet. Det kreves minst to personer i et kommunikasjonsforhold, en sender og en mottaker, der det utveksles meninger med hverandre som også kan påvirkes gjensidig. Budskapet kan bestå av forskjellige signaler og tegn (Eide & Eide, 2007, s.17).

Når vi kommuniserer er vi ofte opptatt av ordene som blir formidlet, men tenker ikke ofte på det faktum at kroppsspråket, det nonverbale, også formidler noe. I en samtale kan dette vises gjennom om du ser på eller til siden, om kroppsholdning viser uro eller er avslappende i samtalen. For en intensivsykepleier som skal både formidle og innhente informasjon, er dette et komplisert samspill, for å se helheten og respondere hva mottaker formidler (Eide & Eide, 2007, s. 14). Det er viktig å forstå det sentrale som mottaker formidler.

Å samhandle defineres som «*samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som er i aktivitet med hverandre*» (snl, 21. 11.2018).

Informasjonen defineres som «*..det å informere, opplyse, underrette; viten som blir formidlet ved ulike former for kommunikasjon mellom mennesker.....*»(snl. 21.11.2018).

Pårørende har rett til informasjon dersom pasienten ikke kan motta den selv (Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §3-3, tredje ledd). Det handler om å vise respekt og omtanke til pårørende og å behandles deres opplysninger med fortrolighet (NSF 2016, kap 3).

På en intensivavdeling må kommunikasjon og samarbeid fungere best mulig fordi det er flere profesjoner som er i behandlingsteamet, og krav om samarbeide og enighet tilstrebes. Yrkesetiske retningslinjer (2019) henviser til kapittel fire der det å fremme åpenhet og godt tverrfaglig arbeid, samt støtte kollegaer i vanskelige situasjonen, er en viktig del av sykepleien (NSF, 2016).

#### **4.2 Travelbees teori om kommunikasjon**

Travelbee, (2002) er opptatt av hvordan sykepleier skaper relasjoner og fokuserer på pasient og pårørende, fremfor bevisst å holde en avstand mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonen er et middel til å møte og bli kjent med pasient for å forstå og dekke pasientens behov, og hjelpe vedkommende til å mestre lidelse og sykdom (Travelbee, 2002, s. 123). Kommunikasjon er med på å gi sykepleieren muligheten til å etablere «*et menneske-til-menneske-forhold*», noe som forutsetter empati/respekt og gode kommunikasjonsferdigheter (Travelbee, 2002, s. 192). I teorien er kommunikasjonen en prosess som gjør at sykepleieren kan opprette en medmenneskelig relasjon til mennesker slik at de kan bli i stand til å forebygge og håndtere sykdom og finne en mening utfra situasjonen de er i (Travelbee, 2002, 123). Forutsetningen er at sykepleier besitter kunnskaper om hvordan løse problemer i krisesituasjoner og hvordan benytte det i praksis (Travelbee, 2002, s. 123). For å oppnå endringer i sykepleiepraksis brukes kommunikasjon, fordi hun alltid ser etter nye muligheter til å innhente og gi informasjon, men også å forstå hvordan hun kan samhandle med pårørende (Travelbee 2002, s. 125). En mottaker vil ikke dele følelsesmessige tanker og erfaringer før de føler at de blir respektert og oppnår støtte for deres opplevelse (Travelbee 2002, s. 125). Det handler om å møte pårørende med respekt og empati, ut fra den situasjonen de er i. I en intensivavdeling kan

som oftest ikke pasienten samarbeide, og derfor kommuniserer intensivsykepleier med pårørende og ivaretar deres behov, slik Travelbee (2002) anbefaler, s. 237.

#### 4.2.1 Intensivsykepleiers kommunikasjon og evner

Sykepleier bruker kommunikasjon som et verktøy for å oppnå endringer i sykepleiepraksis. (fordi hun alltid ser etter nye muligheter til å innhente og gi informasjon, men også å forstå hvordan hun påvirker pårørende (Travelbee 2002, s. 125). Det er også en prosess som krever, at sykepleieren har visse forutsetninger som kan hjelpe henne å nå målet (Travelbee 2002 s. 207. Dersom sender og mottaker har samme forståelse av språket og tolker budskapet likt, kan man dele kunnskaper og erfaringer, meninger, tanker, verdier, normer, informasjon og viten med andre mennesker. Travelbee (2002) s. 207 mener sykepleieren er både talsmann, megler, advokat og beskytter de svake og hjelpeløse, Hun arbeider ikke bare med sykepleie ut fra prosedyrer til pasienter, men til pårørende også, når pasienten ikke kan motta informasjon selv.

Det er ulike situasjoner og måter å kommunisere på for sykepleier som ønsker å bli kjent med pårørende, informere om dårlige nyheter eller å være ydmyk men ærlig, og gi omsorg til pårørende. På samme tid har pårørende muligheten til å bli kjent med sykepleieren. Sykepleier kan oppnå gjensidig forståelse, som handler om hvordan to individer er mot hverandre når hun ser et menneske som har behov for sykepleie fremfor at mennesket er den som er problemet (Travelbee 2002, s. 192). Dersom sykepleier gjenkjenner kommunikasjonsproblemer, som kan oppstå i mange situasjoner, kan problemene løses raskt, fordi hun vil være ærlig og vise gjensidig forståelse i samtaler som kan være spontane (Travelbee 2002, s. 196).

Kommunikasjonen kan bidra til å skyve mennesker unna, men også til å åpne opp for medmenneskelig nærhet (Travelbee, 2002, s. 125). I kraft av sin profesjonelle sykepleie skal hun alltid være imøtekommende med de mennesker hun gir omsorg til (Travelbee, 2002, s 171). Som profesjonell sykepleier skal hun legge sine egne behov til side for å kunne skape gode relasjoner og møte den som trenger hennes støtte. Utfra det kan hun iverksette tiltak der formålet er å samle nok data til å tolke hvilke behov som må dekkes slik at hun kan planlegge sykepleieoppgaver som er viktige for å iverksette hjelp (Travelbee 2002, s. 169).

Travelbee (2002) s. 127 trekker frem 3 forventninger til sykepleier i en kommunikasjonsprosess.

### 1. Det innledende møte

Å blir kjent med et annet menneske vil si å oppleve og reagere på det unike ved den andre (Travelbee 2002 s.128). Det handler om at sykepleier bruker både verbal og nonverbal kommunikasjon for å identifisere pasientens behov. Sykepleier observerer et menneske, som kanskje eller ikke har behov, som opplever «symptomer» på en sykdom eller har en subjektiv opplevelse av det mennesket gjennomgår (Travelbee 2002, s. 131). Gjennom observasjoner kan sykepleier fokusere på eller legge merke til hva som skjer i en situasjon der alle sanser blir tatt i bruk: syn, hørsel, lukt og berøring er også en del av kommunikasjonen mellom to parter. Det er viktig å få en bekreftelse på hva sykepleier har sagt og det mottaker har forstått, før sykepleier begynner å tolke observasjoner. (Travelbee 2002, s. 130).

Eksempel: Når intensivsykepleier møter pårørende til en potensiell donor/donor første gang, preges dialogen av den alvorlige situasjonen. Gjennom observasjon av pårørendes blick og kroppsspråk, kan en intensivsykepleier med erfaring tilby stol eller drikke som en gest til å bli kjent.

### 2. Fastslår sykepleiebehov og fortolkning

Gjennom kommunikasjon og observasjon kan behovet avklares i samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Etter at sykepleier har fått bekreftet hva mottaker har forstått, kan sykepleier som har kartlagt observasjoner starte tolkningen. Da kan sykepleier, på bakgrunn av tidligere erfaringer, bestemme seg for hvilke tiltak som er nødvendig å iverksette (Travelbee 2002, s. 131).

Videre kan intensivsykepleier stille et utforskende spørsmål til pårørende hva de tenker på, for å få et innblikk i hvilke behov som må dekkes. Det kan være ønske om mat eller et sted å hvile eller behov for mer informasjon.

### 3. Iverksetting av tiltak.

Gjennom dialogen vil intensivsykepleier skape relasjoner til pårørende, der tillit og empati blir gjensidig. De observasjonene som intensivsykepleier har registrert, er bekreftet av pårørende og intensivsykepleier kan iverksette nødvendig sykepleie. Sykepleier kan

utforske om målet med sykepleie er oppnådd, eller er det andre tiltak som må iverksettes for å nå målet (Travelbee 2002, s. 133). For pårørende til potensielle donorer kan det være behov for mer informasjon om utseende til en potensiell donor.

#### Pårørende

Det er viktig at sykepleier forstår hvorfor pårørende ønsker å være til stede ved akutt oppstått kritisk sykdom. Hun bør lære pårørende å kjenne gjennom samtaler og ved å lytte til deres opplevelse av situasjon. Når pårørende skjønner at pasienten er alvorlig og kritisk syk vil de ofte sitte ved sengen, fra timer til dager. I den perioden er det stor fare for at de blir fysisk og følelsesmessig utmattet, fordi de sover og spiser lite (Travelbee 2002, s. 237). Når sykepleier viser interesse, som tilbud om mat og drikke og tilbud om et rom for å slappe av, yter sykepleier omsorg for de pårørende. Ved å møte pårørende med respekt og høflighet, lytte til dem og gi klar og ærlig informasjon, vil de føle seg sett og ivaretatt. Dette er vesentlig i arbeidet med å bygge trygghet og tillit, og kan igjen gjøre senere samtaler lettere for begge parter.

#### 4.2.2 Kommunikasjonens innhold

Det er viktig at sykepleier alltid tenker over om budskapet som er utvekslet har blitt forstått av alle som er involvert. Er sykepleier ikke bevisst sin egen kommunikasjon med mottaker, og mottaker ikke forstå det hun formidler, har ikke det vært en god kommunikasjon (Travelbee 2002, s134). Den verbale kommunikasjonen tolkes av den andre, utfra deres kulturelle bakgrunn og forståelse av tema. Det er viktig å lytte og forstå det mottaker beskriver (Travelbee, 2002, s. 134), når de gjenforteller sin forståelse av informasjonen, fordi det legger en plattform for videre sykepleietiltak. Det handler om å lytte og forstå hva som formidles gjennom kommunikasjon, for å kunne iverksette tiltak videre (Travelbee 2002, s. 134).

#### 4.2.3 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon formidles gjennom en tekst eller gjennom muntlig overføring. Her er tonefall og ordene sentrale i overføring av et budskap, og kommunikasjonen kan forløpe

som en meningsfull eller en frustrerende erfaring (Travelbee 2005, s. 125). Måten intensivsykepleier møter pårørende på, er med på å legge føringer for den videre samtalen.

Intensivsykepleier benytter også nonverbal kommunikasjon for å få informasjon, og til å gi omsorg til pårørende i en vanskelig situasjon. Pårørende har sin tolkning av intensivsykepleierens nonverbale språk, og dette er avgjørende for hvordan den videre dialogen vil utvikle seg. En kommunikasjon skjer mellom sender og mottaker, enten de vet om det eller ikke (Travelbee, 2002, s. 123). Sykepleier kan kommunisere gjennom et blikk, øyekast eller på måten hun utfører sin oppgave på, om hun er bekymret for pasienten, eller ved å «se noe» pasienten ikke formidler med ord (Travelbee, 2002, s. 125). Det å observere tegn og registrere symptomer er livsviktig for å se helheten (Travelbee, s. 129). Det non-verbale språket er ikke det vi tenker på til daglig og blir ofte oversett. Dersom sykepleier ikke er interessert i det arbeidet hun utfører vil kroppsspråket avsløres gjennom ord og handlinger som ikke stemmer overens (Travelbee, 2005, s. 125). Når mennesker benytter et nonverbalt språk, vil det foregå en kommunikasjon mellom partene, men det avhenger av følsomheten og mottakeligheten hos partene. I denne fasen vil budskapet bli vurdert av mottaker for å avgjøre om et menneske er oppriktig og mener det han eller hun sier. Ifølge hennes teori er forutsetningen for at kommunikasjon har skjedd, det at budskapet er oppfattet og tolket rett (Travelbee 2002, s. 126)

#### 4.2.4 Kommunikasjonsteknikker

Kommunikasjonsteknikker er bruk av verbale og non-verbale teknikker i dialog med den syke, som sykepleieren kan benytte seg av, og som er et middel for sykepleier for å oppnå formålet med sykepleien (Travelbee 2002, s. 140). Kommunikasjonsteknikker er viktige i forbindelse med å oppnå gode relasjoner til den som er syk, men også for å finne behov som skal dekkes. I den forbindelse er det viktig at sykepleier forstår hvordan hun bruker teknikken og hva som er målet med det hun vil oppnå (Travelbee 2002, s. 140). I litteraturen nevnes det at sykepleier bør ta i bruk kommunikasjonsteknikker, fordi det blir mulig å utforske og forstå meningen med kommunikasjonen med pasienten (Travelbee 2002, s. 140).

Å bruke åpne spørsmål som er utforskende oppmuntrer til en videre dialog og da kan et nikk, smil eller et vink være inngangsporten. En annen teknikk er speilingsteknikk der



sykepleier speiler det pasienten sier, slik at pasienten utdyper sitt ønske videre i svaret til sykepleier. (Travelbee 2002, s. 141).

#### Kommunikasjonsferdigheter eller evner

Sykepleier bruker kommunikasjon i sitt praktiske arbeid og livet generelt. Hvordan sykepleier bruker språket og måten kommunikasjonen blir lagt frem på kan være forskjellig, og de færreste tenker på hvordan det påvirker andre (Travelbee 2002, s. 136).

Alle sykepleiere bidrar med en form for kommunikasjon, og alle kan bli bedre til å kommunisere. Ingen har så gode kommunikasjonsferdigheter at de ikke kan lære noe nytt (Travelbee 2002, s. 136). Evnen til å kunne kommunisere målbevisst er noe som må læres i praksis, ifølge Travelbee (2002) s. 136).

En sykepleier med kommunikasjonsferdigheter kan blant annet tenke logisk, reflektere og resonnerer seg frem til å planlegge, styre, lede og evaluere sykepleieintervensjonen (Travelbee 2002, s. 137). Kommunikasjonsferdigheter er todelt: Generelle evner som alle har bruk for, og spesifikke evner som er rettet mot sykepleieintervensjoner (Travelbee 2002, s. 137). Generelle evner kan for eksempel være evnen til lese, forstå, fortolke og lytte. Spesifikke evner kan for eksempel være å observere og fortolke informasjon, evnen til å styre mot et mål og evnen til å evaluere sin medvirkning i interaksjonen (Travelbee 2002, s. 138).

#### 4.2.5 Kommunikasjonsbrudd

Det er ulike grunner til at god kommunikasjonen ikke oppnås. Det ene er at budskapet som blir formidlet ikke når frem til mottaker eller at mottaker ikke vil at sender skal forstå at budskapet er forstått. En annen årsak er at mottaker svarer uten å tenke seg om, for å avslutte samtalen. (Travelbyee 2002, s. 144). Å lytte er en forutsetning for å kunne svare på spørsmål eller forstå hva som blir formidlet. Sykepleier må være helt tilstedeværende og se helheten i hvordan og hvor mye pasienten ønsker å snakke (Travelbee, 2002, s. 147). Dette kan vises ved at det er flere måter som sykepleier kan si noe som er «positivt» for henne, men som blir opplevd som noe negativt for pasienten. Et eksempel kan være at

pasienten sier han får reise hjem i dag og sykepleier svarer «Så flott». Svaret innbyr til flere tolkninger. Enten er hun glad på hans vegne eller så ønsker hun ikke snakke om temaet. Pasienten kunne ha et ønske om å snakke med henne for å dele sin glede med noen, men ble blokkert av et ord istedenfor at hun spurte hvorfor han gleder seg til å reise hjem (Travelbee, 2002 s. 147).

## Empati

I teorien er empati beskrevet som en måte å forstå hverandre på, gjennom å dele noe med en annen og som «*Under empatiprocessen bliver det unike og individualiteten ved hver person mere klart oppfattet og værdsat*» (Travelbee 2002, s. 176). I sykepleiepraksis kan intensivsykepleier oppnå empati i samtale med en pasient/pårørende flere ganger eller bare en gang. Empati er basert på tillit, som handler om sykepleieren og den sykes tillit til hverandre, som det å kunne forutsi adferden til den andre (Travelbee 2002, s. 177). Begge to kan angre, vet at pasienten føler at han har utlevert seg for mye eller at sykepleier ikke bruker de opplysningene som hun har fått via empati, på fordelaktig måte. I så måte kan empatien bli brutt og det kan være vanskelig å oppnå dette igjen (Travelbee 2002, s. 177). Sykepleieren trenger ikke å iverksette tiltak fordi hun har oppnådd empati, men hun kan vurdere at det er av betydning for å begge parter skal forstå hverandre. Sykepleieren forstår utfra erfaring hva som er av betydning for pasienten og hennes ønske om å hjelpe (Travelbee 2002, s. 178).

### **4.3 Kommunikasjonsteori fra Nordentoft & Ravn Olesen**

«Kommunikation i kontekst» av Nordentoft & Ravn Olesen (2014) handler om ulike måter en kan kommuniserer på, verbalt og nonverbalt. Jeg har behov for å supplere teorien til Travelbee, fordi den hjelper til å knytte teori om kommunikasjon til komplekse og sammensatte kliniske problemstillinger, noe arbeidet med organdonasjon er. Boken setter sammen kommunikasjonsteori med situasjoner fra praksis (Nordentoft & Ravn Olsen, 2014, s.8). Forfatterne har ut fra egen forskning og forskningslitteratur, sett hvordan endringer i teoretiske perspektiver har betydning for kommunikasjon. Det handler om hvordan man tolker en kommunikasjonssituasjon, som igjen får konsekvenser for hvordan man kommuniserer (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s, 8). Litteraturen fokuserer mer på

kliniske scenarier, fordi kommunikasjon i en organdonasjon er et kompleks og sensitivt tema og begge teorier har betydning for praksis.

Den profesjonelle sykepleier kommuniserer i en kontekst, i situasjoner der hun har mange å forholde seg til og møter motstridende krav (Nordentoft & Ravn Olsen, 2014, s.7). Dette kan være hvilke ressurser som er til rådighet og lover som gjelder, samtidig som hun skal møte pårørende med korrekt informasjon slik at de føler at de blir ivaretatt på en god måte. Dette handler blant annet om ulike måter man kommuniserer på, verbalt- og nonverbalt. For å bli dyktig til å kommunisere kreves det teoretisk kunnskap som omsettes til kvalifiserte handlinger og relevant kommunikasjon.

Det handler om at en profesjonell sykepleier bruker sine kunnskaper om hva som er god kommunikasjon, som består av å kunne håndtere uforutsigbare, spontane og komplekse situasjoner i konkrete samtaler med pasienter, pårørende og kollegaer (Nordentoft & Ravn Olsen, 2014, s. 8). Intensivsykepleier planlegger kommunikasjonen utfra hvem hun henvender seg til. (Nordentoft & Ravn Olsen, 2014, s. 13). Det er viktig at intensivsykepleier tilpasser sin kommunikasjon i forhold til hvem hun snakker med og hva som er målet med samtalen. I forbindelse med samtaler med helsepersonell har intensivsykepleier en del forventninger om at de forstår, utfra den utdannelsen de besitter. Intensivsykepleier bør finne en balanse ut fra den kompetansen hun besitter, og en balanse for hva som er god kommunikasjon, som gir rom for uforutsigbare, spontane og komplekse samtaler med pasienter, pårørende og kollegaer (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 8).

### Forståelse og fortolkning

Det kreves at helsepersonell må være klar over at måten de velger å kommunisere på får konsekvenser utfra situasjonen som de står i (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 9), fordi alle forstår verden på bakgrunn av tidligere erfaringer (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 27). Teorien snakker om «*Forståelseshorisont*» (Gadamer, (2007) i Nordentoft & Ravn Olesen 2014, s 27), noe som betyr at den profesjonelle sykepleier møter mange mennesker, og hver og en av de har hver sin forståelseshorisont. Dette kommer til syne i møte med personer som har en annen bakgrunn eller har en annen forståelse av situasjonen, enn vår egen. Det er viktig å undersøke de andres erfaringer og forståelse, fremfor å tro noe hun ikke vet (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 27).

Pårørende har egne forventninger, utfra de erfaringene som de har eller ikke har om akutt sykdom/traume i hjernen, og behandlingsansvarlige leger har erfaring om hva som er nødvendig å informere om, og for å dokumentere behandling. Likeså har intensivsykepleier sine egne forventninger og erfaringer i forbindelse med kriser og informasjonsmøter (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 39). I litteraturen trekkes frem perspektivkonflikt, fordi intensivsykepleier må velge et perspektiv å kommunisere utfra i ulike situasjoner som hun skal fokusere på: helsepersonell, pårørende eller sin faglighet (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 41). Ifølge lovverket skal pårørende ha mottatt tilstrekkelig informasjon til å kunne ta en avgjørelse. Det betyr at helsepersonellet som informerer må velge å gi en utfyllende og evidensbasert informasjon som oppfyller alle kravene til opplysning, eller gi en forenklet og relevant informasjon, på en forståelig måte, tilpasset pasientgruppen eller de pårørende. (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 42).

I utarbeidelsen av et felles mål ved tverrfaglig samarbeide, er det viktig å ta stilling til pasientens situasjon, (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014 s. 60). Et viktig perspektiv i tverrfaglig samarbeid er for eksempel å «sparre» med kollegaer om situasjoner eller temaer som er utfordrende og som kan gjøre at helsepersonellet blir mer bevisst på hverandres måte å arbeide og kommunisere på (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s 61)

Tverrfaglig samarbeid defineres i Nordentoft & Ravn Olesen, (2014) s. 59, som et mer forpliktende samarbeid, som går på å ha felles målsamtaler med pasienten. Dette vil gi utslag i at tverrfaglig samarbeid kan bli vanskelig, fordi det handler om at flere profesjonelle faggrupper har erfaringer fra ulik bakgrunn og verdier. Dette gjør igjen at det kan oppstå uenighet om hva som er som gunstigst for pasienten (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 51).

Intensivsykepleieren må også ha kunnskaper om hvordan kommunikasjon kan bidra til en felles forståelse ut fra den situasjonen mottaker er i, til bruk i den videre informasjonen senere i forløpet. I litteraturen trekkes det frem at gjensidig eller mangel på respekt fremkommer i forbindelse med kommunikasjon, når det er snakk om å skape relasjoner i en organisasjon (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s.62).

Kommunikasjonsferdigheter og kunnskaper er viktig for intensivsykepleier for å begrunne sine valg, men også for å få støtte til å utføre den oppgaven hun er tildelt. I teorien fremheves at måten man legger frem «temaet» på, er avgjørende for hvordan vi ser

situasjonen og personen (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014 s. 72). Det handler om at vårt fokus er avgjørende for at hendelser og samarbeid kan forstås ulikt.

I samtaler med pårørende er det viktig å vise respekt og interesse for det perspektivet som pårørende har av situasjonen (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 75). I

kommunikasjonsteorien kalles dette for «kontekstmarkør», som betyr at konteksten setter rammen for hvordan vi ser en situasjon og hvilken effekt som skal til for å skape endring (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 83)

#### 4.3.1 Fremgangsmåte i en informasjonssamtale

Kommunikasjonsproblemer handler oftest om at forforståelsen er ulik hos alle parter, og dersom dette ikke er avklart vil den ene parten utøve sin kommunikasjon med forventninger at den andre har samme forståelse av situasjonen (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 106). Målet er et felleskap, der to parter kan snakke om forståelsen til hverandre, om de erfaringer og verdier som de har. (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 107).

Det å vise empati i en sorgprosess, er å respektere pårørende i den situasjonen som de er i og å bygge tillit og relasjoner til å formidle videre informasjon, før spørsmålet om organodonasjon blir fremlagt i (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 144). Å kommunisere med pårørende som er i krise, kan føre til at den profesjonelle sykepleier møter motstand i form av forsvarsmekanismer. Da er det viktig å tenke på hvorfor pårørende reagerer og hvorfor de kommuniserer slik de gjør. Teorien trekker frem det å finne forklaring på hva hvert enkelt individ har av bagasje fra tidligere, slik som fysiske, psykiske og sosiale faktorer, som kan ha utløst forsvarsmekanismer, hos pårørende (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 151). Eksempler på forsvarsmekanismer kan være at pårørende ikke vil tro at avdøde virkelig død, for eksempel på grunn av utseende, varme i huden, hjerte som slår og brystkasse som hever og senker seg. Dette er tegn som hos en død person er helt fraværende.

I noen tilfeller der det blir uenighet i behandlingsteamet, kan skarpe tonefall føre til taushet og ubehag, som igjen fører til at ingen sier noe, i redsel for å såre eller skape konflikt (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 158). I noen tilfeller kan kommunikasjonssituasjonen

være avgjørende for hvordan mottakeren svarer, enten emosjonelle reaksjoner eller forsterke følelsene (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 156).

#### **4.4 Dreyfus og Dreyfus kompetansemodell**

Dreyfus & Dreyfus har utviklet en modell som beskriver hvordan kompetanse utvikles i fem stadier fra novise, til viderekommen begynner, til å bli kompetent, videre til dyktighet for til sist å bli ekspert (Hiim & Hippe, 2001, s. 54). De mener at det foregår en stigende mestring hvor hvert stadium som bygger på det foregående stadiet fram til det øverste nivået der de beskriver den profesjonelle som en ekspert. Som nybegynner vil du være opptatt av reglene som gjelder, mens en ekspert vil utføre handlingene på grunnlag av erfaringer fra tidligere situasjoner. Ifølge deres teori vil en ekspert komme raskere i gang med oppgavene og ha bedre flyt i arbeidet enn en nybegynner (Dreyfus & Dreyfus, 1986, s. 30).

En nyutdannet intensivsykepleier i en intensivavdeling vil i denne sammenheng kalles for en novise fordi hun på dette nivået er så opptatt av regler som hun må følge, at hun ikke vil se helheten (Hiim & Hippe, 2001, s. 55). Hun må for eksempel lære seg hva hun skal observere og hvilke tiltak som hun må iverksette ut fra observasjonene. I starten kan det være enkle oppgaver som å lære væskeregnskap og legge en plan for hvordan håndtere situasjoner med for mye eller for lite væske. I denne situasjonen kjenner hun på at hun må ta riktig valg, noe som kan variere fra situasjon til situasjon og som kan gi en glede eller en følelse av å ikke ha kunnet strekke til. En nybegynner lærer ved å utføre praktiske ferdigheter som bare kan læres i praksis gjennom erfaring. Videre opplæring handlet blant annet om å se og forstå de ulike symptomer som oppstår, for så å raskt kunne iverksette nødvendige tiltak. Når hun føler at hun mestrer mer og mer, vil hun kunne gjøre flere ting på en gang, som for eksempel å ha en dialog med pårørende og samtidig observere og iverksette tiltak for pasienten. Regler og prinsipper er på vei til å bli rutiner og med dette følger endring i intensivsykepleiers reaksjonsmønster (Dreyfus & Dreyfus 1986, s. 56). Etter hvert har intensivsykepleier fått en del erfaringer fra praksis slik at hun kan forutse og iverksette nødvendige tiltak. Hun trenger fortsatt litt tid for å bestemme seg for å iverksette rette tiltak utfra situasjonen hun er. En erfaren intensivsykepleier vil derimot ikke trenge å bruke tid på å overveie fordi hun i større grad benytter intuisjonen i sitt arbeid og raskere vil kunne ta en beslutning.

#### 4.5 Schøns refleksjonsmodell

I Schøns teori om refleksjon er det vesentlig at refleksjon skal gi ny innsikt og videre føre til bedre handlinger. Schön deler inn refleksjon i to deler: Den ene delen er refleksjoner som skjer mens du utfører en handling. Disse handler om at viten, erfaring og intuisjon går i hverandre. Den andre formen for refleksjon i hans teori er refleksjon over handling, som er en gjennomgang av prosesser og konsekvenser etter en handling (Schön, 2001, s. 7). Dette handler om å se tilbake på hendelser fra praksis som man ønsker å finne mer ut av. Det kan være å se etter det som er spesielt for situasjonen og å se etter løsninger på problemer som oppstår. Schön mener at i profesjonell praksis står praktikerer ovenfor situasjoner som er «*uklare, forvirrende og ustabile*», der utfallet kan være usikkert og målet motstridende. Det handler ikke om at det er en klar løsning på problemene som møter helsepersonellet i praksis, fordi hver situasjon er unik, men likevel kan ha felles trekk.

Ifølge teorien er en profesjonell intensivsykepleier en som har den generelle teoretiske vitenskapen, som blir brukt for å forstå problemet og avgjøre hvordan det skal løses (Schön 1983 i Thomassen, 2006 s. 37). Intensivsykepleier har kjennskap til de kliniske tegnene som kan oppstå i forbindelse med identifisering og i organbevarende behandling, men kan mangle støtte eller kommunikasjonsferdigheter for å iverksette tiltak for å nå målet. Når intensivsykepleier er aktiv og samarbeider i en situasjon som er vanskelig, kan problemet gradvis komme frem, ettersom hun gjenkjenner eksemplene og forståelsesmuligheter. Da vil hun tolke nye situasjoner og finner ut at disse problemene ikke passer inn i eksisterende regler (Schön 1983 i Thomassen, 2006, s. 37). I kyndig praksis er det evnen til fleksibilitet som er kjennetegnet, fordi avgjørelsen bygger på tidligere erfaring.

Schön (1983) mener at den «*reflekterende praktiker*» er en kyndig yrkesutøver fordi hun har et handlingsmønster og en intuitiv «*følelse*» for situasjonen hun står i. Det er ikke alltid Hun kan ikke alltid begrunne eller gi gode beskrivelser av problemet, men hun står over en fremgangsmåte som gjør at hun reflektere over det hun gjør (Schön i 1983 i Thomassen, 2006, s. 37) dette beskriver Schön er en refleksjons i handling.

I praksis vil en intensivsykepleier som er kyndig, utøve fleksibilitet i ulike situasjoner. Dette handler om at en erfaren intensivsykepleier vil handle ut fra opplæring og erfaring, men også hva hun skal gjøre, i situasjoner som det er nødvendig å reagere på. I de fleste tilfeller vil intensivsykepleieren tenke over hva hun har gjort i den situasjonen som førte til

handling og hvilken effekt handling hadde. Dette kan kalles en «sammenhengende handlingsfrekvens» (Schøn 1983, Thomassen 2006, s. 37). Det handler om å reflektere over det som har skjedd, hva som ble gjort og hva hun eventuelt kunne gjort annerledes. Skjer refleksjonen med en kollega, vil utbyttet antas å bli bedre fordi det handler om en situasjon som begge har deltatt i, når de har vært to om en pasient. De reflekter over-handling (Schøn, 2001 s. 56).

Schøn trekker frem det aktive samspillet med situasjoner som fornemmelse eller følelse for en situasjon, der en erfaren intensivsykepleier vil kunne gå inn i samtale, uten at denne er planlagt. (Schøn 2001, s, 56). En erfaren intensivsykepleier som går for å snakke med en lege, kan justere sin måte å få informasjon på ved å reflektere over det første svaret, for så å stille et bedre spørsmål, for å finne en løsning på problemet. Da reflekter hun i-handling. (Schøn, 2001, s. 57).



## 5.0 STUDIENS DESIGN OG METODE

Metodekapitlet handler om studiens forskningsdesign, valg av metode og begrunnelse for vitenskapelig forskningsmetode og tilnærming. Videre fremgangsmåte er dokumentert gjennom forberedelser i form av valg av informanter og utforming av intervjuguide og hvordan gruppeintervjuene har blitt gjennomført. Deretter beskrives gjennomføring av transkripsjonen samt vurderinger rundt forskerrollen, utvalg, rekruttering og utførelse samt en beskrivelse av analyse- og tolkningsprosessen. Til sist i kapitlet handler det om studiens troverdighet, relevans og overførbarhet.

### 5.1 Litteratursøk

Det er søkt i ulike databaser som Oria, Medline, Ovid, Epistemonikos og Chinal. Det er gjort frisoek på Google, I *Sykepleien* og i *Tidsskriftet for Den Norske legeforening*. Jeg har utført systematiske søk og med bibliotekar ved Oslomet, P32. Søkene har vært begrenset til de siste 10 årene, men måtte ta med eldre artikler, som fokuserte på min siste problemstilling. Søkeord har vært både på engelsk og norsk, som intensivsykepleier, intensive care nurse, critical care, organdonation, organ procurement, tissue and organ harvesting next of kind, organdonasjon, pårørende, family experience, utfordringer og challenges.

I forbindelse med utvelgelse av artikler, var overskriften det første jeg vurdere sammen med abstraktet. I noen tilfeller var artiklene ikke aktuelle og overskriften og innholdet ble ikke relevant i forhold til min problemstilling. Blant annet fremgikk ikke det av overskriften hvilken type dødsdiagnose som var aktuelt. For min oppgave var DBD mest aktuelt. Det er artikler som omhandler død ved sirkulasjonsstans som er tatt med på grunn av likheter i intensivsykepleieoppgaver. Det er utelatt artikler fra andre land som er vanskelig å sammenligne oss med, på grunn av ulike intensivsykepleie oppgaver. At artiklene var fagfellevurdert hadde stor betydning for troverdigheten. Jeg leste gjennom abstraktene og funn, for å vurdere om de var gyldig for min forskning.

Gjennom kontakten med transplantasjonskoordinator på OUS Ullevål sykehus, har jeg mottatt litteratur og tips om artikler, men også tatt i bruk artikler fra referanselister. Jeg har vært inne på siden til NOROD og sett på anbefalt litteratur, og gjennom hele

skriveperioden søkt etter artikler. Etter endringer av problemstilling har noen artikler måtte vike og nye kommet til.

Søkene er gjennomgått flere ganger, fordi jeg hadde et annet utgangspunkt der jeg ønsket å intervjuere pårørende, til at forskningen kom til å handle om intensivsykepleiers utfordringer. Det er årsaken til at materialet har vært ganske stort, men har endt opp med 19 artikler

## **5.2 Valg og begrunnelse av metode**

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke utfordringer intensivsykepleiere har i forbindelse med identifisering og organbevarende behandling, på intensivavdeling i Norge. Dette for å forstå de utfordringene intensivsykepleiere kan møte i en krevende og kompleks praksis. For å få innsikt i intensivsykepleiers opplevelse og erfaringer av fenomenene med identifisering og organbevarende behandling har jeg valgt å gjennomføre gruppeintervjuer med to grupper av intensivsykepleiere på to ulike sykehus. Dette defineres som en kvalitative metoder og er ofte brukt for å få innsikt i menneskers erfaring, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger om et fenomen (Malterud, 2012, s. 19). Vitenskapelig kunnskap om nyanser og mangfold kan komme tydeligere frem i lyset gjennom å utføre en kvalitativ studie som for eksempel observasjon, intervju/samtale eller å bruke skriftlig kildemateriale. For å få fram pålitelig data er det viktig at forskningen gjennomføres med vitenskapelige tilnærminger, som betyr at dette gjøres ved å systematisk dokumentere beskrivelser og analyser (Malterud, 2012, s. 19). Jeg har valgt en tilnærming av fenomenologi (teori om menneskelige erfaringer).

Jeg har valgt kvalitativ metode fordi jeg tenker at dette vil være mest egnet til å få innsikt i de utfordringene som intensivsykepleiere opplever på intensivavdelingen i forbindelse med identifisering og organbevarende behandling. Det handler om å få vite hva intensivsykepleiere gjør når de skjønner at den evidensbaserte kunnskapen stemmer dårlig overens med dagens praksis og hvordan få til bedre vilkår for donasjon i norsk sammenheng (Malterud, 2012, s. 15).

### 5.2.1 Fenomenologi

Undersøkelse av fenomener baserer seg på Edmund Husserls teori som regnes som grunnleggeren av fenomenologi, og som handler om hvordan verden oppleves av subjektet (Thornquist, s. 22). Som menneske vil vi alltid oppleve noe, enten vi ser tilbake eller vi ser fremover, og det er den verden som oppleves og erfares fra et subjekts perspektiv som fenomenologien retter oppmerksomheten på (Thomassen, 2006, s. 83). Fenomenologien retter blikket mot den «*levde erfaringsverden*» for å forstå hva menneskene har opplevd, og påpeker at kjennetegnet på menneskelig erfaring er «*direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener*». Det vil alltid være en forutsetning for at menneske skal forstå (Thomassen, 2006, s. 83). Det er de tingene som vi ser der og da som gjør inntrykk, i det øyeblikket vi opplever det. For at det vi ser skal gi oss en mening legger vi alltid til noe. Det vi erfarer er gjenstander, strukturerte helheter som struktureres og som kan identifiseres og kommer til syne for oss. Dette kaller Husserl for fenomener (Husserl i Thomassen, 2006, s. 83). Det er disse fenomenene jeg ønsker å få innsikt i når jeg intervjuer intensivsykepleiere om de utfordringer de opplever i forbindelse med spørsmål om organdonasjon.

Husserls livsverden er den «*verden slik den fremstår for oss i vår praktiske omgang med tingene, i våre daglige og mellommenneskelig aktiviteter*» (Thomassen, 2006, s. 84). Det betyr at det jeg ser og opplever i min verden ikke gjelder for alle. Andre kan ha sine erfaringer som vi kan bli deltagende i, og som kan klargjøre egne perspektiv og være supplerende til den livsverden som jeg selv som intensivsykepleier har opplevd. Fra den menneskelige erfaringen, er kunnskap den verden som menneskets perspektiv fremtrer i, fordi verden kan fortone seg forskjellig utfra ulike perspektiver (Thomassen, 2006, s. 84). For å utforske og forstå virkeligheten, er det viktig av personen erkjenner fenomenet som et helhetlig fenomen slik det oppleves i det øyeblikket, som er en del av Husserl erkjennelsesteori (Thomassen, 2006, s. 85).

### 5.2.2 Fokusgruppeintervju

En forskningsmetode som brukes i kvalitativ forskning, er fokusgruppeintervju. Deltakerne i en gruppe som for eksempel intensivsykepleiere, diskuterer et bestemt tema, som de ønsker å vite mere om (Malterud, 2012, s. 16). Malterud (2012) foretrekker mindre grupper (Malterud, 2012, s. 16), noe som passer min oppgave i forhold til de informantene jeg fikk

til mine fokusgrupper. Jeg hadde forberedt meg så grundig jeg kunne i forhold til temaet og utvalget. Det var satt kriterier for antall informanter i hver gruppe, jeg håpet på gode gruppe diskusjoner og så for meg en kreativ analyse (Malterud 2013, s.16).

Fokusgruppens sammensetning og hvordan de opptrer sammen er avgjørende for hvilke fortellinger som vil fremkomme om erfaringer, fordi informantene kan utfordre hverandre. Det handler om å utforske fenomener fra felles erfaringer og synspunkter om et tema (Malterud 2012, s. 22). I et dybdeintervju vil dette ikke kommet frem på samme måte (Malterud, 2012, s. 20).

Til vanlig foreligger det normer som er viktig å tenke på ved sammensetning av grupper, som for eksempel at det ideelle antall informanter er mellom seks og ti. Det er også en fordel om de er ukjent for hverandre, og at gruppen har en moderator som styrer diskusjonen. Det er også anbefalt med tre til fem fokusgrupper for hvert prosjekt for å få nok data (Malterud 2012, s. 20) Fokusgruppeintervjuene har som regel 90 minutters varighet. Eller de varer inntil moderator mener at de har fått datamateriale som er rikt og variert ut fra studiens problemstilling. Gruppens medlemmer blir oppmuntret til å ha en dialog med hverandre om et bestemt tema, som kan være gjennom spørsmål, egen erfaring og kommentarer til hverandres erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012, s. 20). Gruppediskusjonen blir tatt opp på bånd som jeg selv transkriberer, og som er et viktig dokument til analysearbeidet.

I fokusgruppeintervju kan det fremkomme opplevelser som støtter hverandre eller at informantene har helt ulike opplevelse av samme fenomen (Malterud, 2012, s. 18). I et fokusgruppeintervjuet er det viktig at det kun er én som snakker om gangen da dette blir tatt opp på bånd og skal transkriberes. Tekster fra fokusgruppe diskusjoner passer best til deskriptivt analysenivå, fordi det beskriver hvordan temaet er i virkeligheten (Malterud, 2012, s. 21).

Jeg har valgt medlemmer til fokusgrupper som har erfaring fra det temaet jeg har valgt å utforske, og ut fra hva jeg forventet å få av informanter. Årsaken er at intensivsykepleier arbeider i et komplisert og hektisk miljø, der alle har bestemte oppgaver. Det kan være vanskelig å få fristilt mange intensivsykepleier på samme tid. Jeg har diskutert med min veileder både om gruppestørrelse og antall informanter i hver gruppe.

### 5.3 Forforståelsen for refleksivitet og forskerrollen

Jeg har erfart at intensivsykepleierne arbeider for å identifisere potensielle donorer i henhold til gjeldende lovverk. Min forforståelse var en motivasjon for denne studien, og jeg er derfor klar over at mine valg og tolkning av resultater vil være påvirket av den forståelsen jeg selv har av fenomenet etter selv å ha arbeidet som intensivsykepleier i mange år. En opplevelse på intensivavdelingen kan for eksempel være når intensivsykepleier, etter profesjonell vurdering av en pasient, ber legen om identifisering av en potensiell donor. Ofte velger vakthavende lege å vente med identifiseringen uten at dette begrunnes. Dette er noe av det jeg ønsker å finne årsaken til. Jeg mener at intensivsykepleier er bevisst på hva hun er pålagt å gjøre med tanke på de som står på venteliste for organer, men føler ofte at hun ikke blir hørt når hun fremmer spørsmål om organdonasjon. Et av spørsmålene jeg søker svar på var: Hva er årsaken til at intensivsykepleier ikke utfordrer legen på temaet ved å utforske legens avgjørelse?

Etter å ha hørt på intensivsykepleiere som forteller om deres utfordringer, skjønner jeg at jeg ikke har nok erfaring eller kunnskaper på området. Jeg ønsker å bidra til mer kunnskap om hvordan intensivsykepleiere kan utføre jobben sin på en mer tilfredsstillende måte i en organdonasjon prosess.

Refleksivitet handler om at jeg som forsker tar stilling til min egen rolle i en forskningsprosess (Malterud, 2012, s. 134). Jeg må være ærlig på hvorfor jeg har valgt å intervju intensivsykepleier som har erfaring fra organdonasjon, da de kan være i besittelse av kunnskaper og erfaringer som vil være til nytte for min forskning. Dette betyr at jeg må være kritisk til hvordan min forforståelse og til stedevarrelse kan påvirke mitt forskningsarbeid. Som intensivsykepleier har jeg deltatt i organdonasjon, så jeg er klar over at jeg kan påvirke mine informanter med tanke på de spørsmål jeg stiller. Som forsker har jeg tatt de nødvendige forbehold når det gjelder studiens tolkningsmuligheter, intern og ekstern validitet (Malterud, 2012, s. 39). Det var viktig at datainnsamlingen og analysen ble gjennomført ut fra vitenskapelig perspektiv.

For meg var det viktig å reflektere over min forskerrolle, slik at jeg unngikk å påvirke datainnsamlingen. Det er ikke mulig å forbli helt nøytralt med min bakgrunn, men det er viktig å være klar over hva jeg må legge til side for å tolke informantens tekst, slik at jeg ikke forringet min forskning. Det som er positivt er at jeg kjenner feltet godt og har

forståelse, kan gjenkjenne det informantene diskuterer og stille utdypende spørsmål der jeg har behov for å vite noe mer eller dra inn de «stille» informantene.

I denne studien er informantene intensivsykepleiere som har samtykket til deltakelse i fokusgruppeintervju og har vært deltagende i organdonasjon på en intensivavdeling. Mitt første valg var å utføre fokusgruppeintervjuene på andre intensivavdelinger enn der jeg selv arbeider, for å unngå at informantene kjenner meg og blir påvirket av dette. Empiriske data skal reflektere informantenes erfaringer og meninger (Malterud, 2013, s. 38). Mitt ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer er utgangspunktet for problemstillingen, og da kan det blir vanskelig å være helt nøytral. Men jeg skal være så bevisst jeg kan på hvordan jeg kan unngå det.

Likevel vil mine erfaringer og faglig perspektiv påvirke hvordan jeg har utformet spørsmålene til intervjuguiden, i fokusgruppeintervjuene og i analysen av teksten (Malterud, 2013, s. 38). Min oppgave er å fremstille innkomne data på en lojal måte overfor informantene. Videre vil min forforståelse påvirke hvordan jeg tolker og forstår informasjonen fra informanten. Dette kan gjøre at jeg ikke ser ting som er viktig for intensivsykepleier, fordi vi har samme mål, men har ulik forståelse av data som er kommet inn. Jeg vil forsøke å være bevisst på at det jeg tar som en selvfølgelighet og tror er noe alle vet, kan gjøre meg blind, i tolkningen av teksten (Malterud, 2013, s 40).

Jeg utførte intervjuer som jeg senere transkriberte for å kunne innhente data som om mulig senere kan gi intensivsykepleierne bedre innsikt i hvilke utfordringer intensivsykepleier møter i en organdonasjon, og hvordan de kan løse dette i praksis.

Det handler også om å være kritisk til de data som framkommer i teksten fra informanten, fordi jeg kan ha tolket noe annerledes. Dette for at man ikke skal sette informanten i dårlig lys, men prøve å fortolke teksten slik informanten har fortalt den (Malterud, 2013, s .38).

Å intervju intensivsykepleier krever mye tilrettelegging og planlegging for å få tid til å gjennomføre intervjuene, og derfor vil kvalitativ forskning muligens ikke gi stort nok volum til at dataene vil være troverdige eller overførbare til andre intensivavdelinger. Fokusgruppene ble ikke i den størrelse som jeg ønsket, fordi det ikke var mulig, ifølge avdelingslederne. Selv med små fokusgrupper kan det framkomme et datamateriale som er fylldig og godt gjenkjennbart. Det var avdelingslederne som valgt ut informanter, og i den

forbindelse vet jeg ikke om de fikk velge selv om de ville delta i studien. Det var ikke mulig å få utført dybdeintervju av intensivsykepleierne, noe jeg respekterte.

Å utføre en analyse ved bruk av Systematiske tekstkondensering til Malterud (2013 s. 87), gjorde at jeg gikk igjennom materialet i mange runder, fordi jeg ville få med alle nyanser som kom frem, slik at jeg kunne prioritere hvilke temaer som jeg ønsket å ta med videre.

## **5.4 Forberedende arbeid til intervjuene**

I dette kapitlet vil jeg ta for meg utviklingen av intervjuguiden og rekruttering og utvalg av informanter.

### **5.4.1 Intervjuguiden**

Intervjuguiden ble til gjennom temaer fra praksis som jeg undrer meg over, og som jeg ville vite mere om. Jeg tok utgangspunkt i et semistrukturert intervju, fordi min første tanke var å få dybdeintervju og fokusgruppeintervju, men det endte bare med fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju kjennetegnes av ikke-styrende intervjustil og det viktigste er å få frem de forskjellige synspunktene til gruppen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179). Det er moderator som fremlegger temaene som skal diskuteres, og det er nødvendigvis ikke et mål at alle skal være enige, men det var viktig å utforske temaer som var interessante (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179).

Teamene jeg hadde tatt utgangspunkt i ble utgangspunktet for gruppediskusjoner og spørsmålene skulle være en veileder. Dette for at jeg skulle kunne ta opp de samme spørsmålene i neste gruppe. Temaene og spørsmålene ble utarbeidet av meg og var relatert til tre temaområder som skulle belyses (Vedlegg 1). Teamene var: Kompetansen til intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess, hvilke ferdigheter er viktig for intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess og hva forventes av en intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess? Disse tre temaene er viktig på intensivavdelingen når intensivsykepleier kommuniserer og samarbeid med annet helsepersonell, pårørende og i felles informasjonsmøter, i en situasjon der organdonasjon kan være aktuelt

### 5.3.2 Rekruttering og utvalg av informanter

Det var viktig for meg å få tilgang på informanter med kompetanse innen området organdonasjon. Mitt utvalgt av intensivavdelinger er valgt ut fra oversikten av årsrapporten (Bakken, 2019) om organdonasjon. Utvalget sier noe om hva det skal snakkes om og i hvilke sammenhenger (Malterud, 2013, s. 55). I min forskning er det ikke hensiktsmessig å velge informanter tilfeldig, da jeg er avhengig av at de har den kompetansen jeg søker å få vite noe om et spesielt fenomen (Johannesen, et al, 2011, s. 176). Jeg valgte intensivavdelinger som ligger utenfor Oslo, da jeg selv arbeider på en intensivavdeling der jeg både ivaretar en potensiell donor og resipient.

Flere intensivavdelinger var kontaktet, og etter positivt svar fra personvernombudet på sykehus i Norge, ble de to intensivavdelingen som svarte inkludert. Intervjuene ble utført våren og høsten 2019, på to intensivavdelinger som identifiserer potensiell donor i Norge. I innbydelsesbrevet til avdelingsleder ved intensivavdelingene, var det lagt føringer for fokusgruppeintervju, 4-8 stykker en gang eller et dybdeintervju dersom det første alternativ ikke lot seg gjennomføre. Det viste seg at dybdeintervju ikke var et alternativ for avdelingene.

Inklusjonskriteriene var at alle informantene måtte være intensivsykepleiere, norsktalende, varierende alder, helst ha to års erfaring fra intensivarbeid, og ha deltatt i organdonasjon. Det var viktig at informantene hadde kunnskaper og erfaring fra mitt tema (Malterud, 2012, s. 42). Ønsket om heterogenitet (Malterud 2012, s. 44) i forhold til kjønn ble ikke innfridd, da det ikke er så mange mannlige intensivsykepleiere. Alle hadde deltatt i organdonasjon tidligere, og hadde godt grunnlag for mitt tema, noe som viser seg i analysen og beskrivelsen av det jeg forsker på (Malterud, 2012 s. 44).

På sykehus med bare en intensivavdeling er det ikke til å unngå at informantene har kjennskap til hverandre, men fordelene er at disse informantene har mest relevante kunnskap om organdonasjon for å oppnå en systematisk innsamling av data (Malterud 2012, s. 45). Ulempene med å kjenne hverandre gjør at moderator burde ha et øye for hvordan stemningen i gruppen var eller om det var noe som ble skjøvet til side. Jeg har prøvd å unngå tidligere kollegaer, noe som ble uunngåelig fordi det var avdelingsleder på stedet som valgte ut informanter utfra mine kriterier.



Viser det seg at det er usikkerhet i gruppen kan det være at moderator går for fort frem eller pusher for mye på. Moderator kan informere om at all informasjon er viktig eller tørre å la det være litt stille når ingen sier noe (Malterud, 2012, s. 45). Er det noe som moderator ønsker å vite noe mere om er det viktig å poengtere dette, slik at informantene kan fortsette diskusjonen.

Informantene kunne ikke forlate sykehuset, så det ble ordnet et eget rom for intervjuene, uten å bli forstyrret, for begge fokusgruppeintervjuene. Den beste løsningen var at avdelingsleder valgte ut intensivsykepleiere etter mine kriterier, noe som var en fordel da hun har kunnskap om hvilke intensivsykepleiere som har kunnskaper om temaet mitt. Faren med det var at jeg ikke visste om avdelingsleder oppfordret de til å bli informanter eller om de ønsket dette selv. Det var noe jeg ikke hadde tenkt på når jeg skrev kriteriene. Jeg velger å tolke det som frivillig, ettersom de samtykket til deltakelse.

Min opplevelse var at det var vanskelig få informanter til fokusgruppeintervju. Jeg hadde forståelse for at det var vanskelig å fristille så mange intensivsykepleiere som jeg håpet på. Det viktigste for meg var at de hadde kunnskaper og erfaring fra organdonasjon, selv om jeg ikke hadde råderett over gruppesammensetningen. Jeg måtte stole på at avdelingsleder fulgte mine kriterier, og forstår at det er omstendigheter som gjør at jeg ikke fikk akkurat det jeg ønsket.

Målet mitt med utvalget er at fokusgruppene gir meg relevant og ny innsikt på fenomener, gjennom empirisk tekstmateriale som belyser min problemstilling (Malterud, 2012, s. 38). Jeg hadde ikke muligheter til å supplere med dybdeintervju av intensivsykepleiere uten avdelingsleders tillatelse, og mener selv at det var en riktig etisk beslutning. Også fordi mitt datamateriale, som jeg har fått fra informantene, er veldig relevant for min studie.

## **5.5 Praktisk gjennomføring av fokusgruppeintervjuene**

Det ble utført to fokusgruppeintervjuer i løpet av 2019, på to intensivavdelinger i Norge som identifiserer potensiell donor. Begge intervjuene hadde til rådighet 90 minutter, siden de var tatt ut av tjeneste fra intensivavdelingen. Informantene satt rundt et bord, med lydopptakeren i midten av bordet, slik at lydopptaket fanget alle. Informantene kjente hverandre fra før og alle fikk et tall etter som de satt ved bordet, slik at jeg kunne kjenne

igjen hvem som snakket. Siden de var så få og hadde ulike dialekter, var det lett å relatere personen til identifikasjonstallet.

Intervjuene startet med en kort presentasjon av meg selv og at jeg nå var masterstudent ved Oslomet. Videre at jeg har arbeidet ved flere intensivavdelinger og at jeg har en del erfaring fra arbeid med donor, men mest resipienter. I forkant hadde alle informanter fått innbydelsesbrevet, og jeg sjekket at alle informantene hadde lest invitasjonsbrevet, forstått samtaleformål og opplegg og gitt sitt informerte samtykke. Ettersom alle ikke hadde notert hvor lengde de hadde arbeidet på intensivavdeling, valgte jeg å utelate dette, selv om det ville vært svært relevant for min studie. Det var av større betydning at de hadde deltatt i organdonasjon. Årsaken er at jeg må stole på at avdelingsleder har gitt meg informanter ut fra mine ønsker og at antall år på intensivavdeling ikke nødvendigvis vil bety at de har deltatt i flere organdonasjoner. Selv om dette ville vært relevant som bakgrunnsforståelse for studiens eksterne validitet, slik at leseren kan validere konteksten og om settingen gir gjenkjennelse og aktualitet (Malterud, 2012, s. 68). Utfylte samtykkeskjema til studien er bevart i låsbare skrin, innlåst på Oslomet. I mine lydopptak er det ikke navngitt noen, da gruppene var små og blikkontakten var veldig nærværende.

Det var viktig for meg å opparbeide en god relasjon til informanten, og jeg forsøkte å skille mellom meg selv som intensivsykepleier og forsker (Malterud, 2013, s. 130). Det er lagt føringer for hvordan planlegge og presentere seg til en fokusgruppe og hvilke formaliteter som må opplyses om, som blant annet informasjon om bruk av lydopptak (Malterud 2012, s. 70). Jeg hadde med drikke og frukt, om noen hadde behov for det, og jeg presenterte meg selv og problemstillingen. Jeg fortalte hva jeg forventet av gruppeintervjuet og hvordan lydopptaket ville bli behandlet etter intervjuet var over. Det ble oppfordret til å snakke med hverandre, stille spørsmål, og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter (Malterud, 2013 s. 20). Dette var vanskelig i starten av intervjuet, så det ble ingen store diskusjoner blant informantene, men heller meningsutveksling på områder innenfor de valgte temaer.

Informantene diskuterte og snakket sammen om de forutbestemte temaer i intervjuguiden, og hver gruppe ble intervjuet 1 gang. Alle informantene satt avslappet og fokusgruppeintervjuet foregikk nesten uten avbrytelse fra andre i gruppen. Gjennom informantenes avslappende dialog, kunne jeg i perioder lytte og observere gruppens små innspill på de andres svar og kommentarer.

Informantene var mer aktive mot slutten av og gjennom oppsummeringen av intervjuet. Fokusgruppeintervjuene ble avsluttet når jeg følte at jeg hadde fått den informasjonen jeg søkte eller fordi tiden på 90 minutter var over. Informantene fikk ikke tilbud om å lese gjennom transkripsjonene.

Intervjuguiden ble brukt for å merke av og disponere tiden rett og for å strukturere samtalen. Den ble også brukt i forbindelse med oppsummering til slutt. Siden jeg arbeider innenfor samme felt som de, var de velvillig til å formidle hvilken betydning det hadde for de når pårørende samtykke til organdonasjon.

Etter intervjuene følte jeg at informantene hadde gitt ærlige svar, støttet hverandre og noe av informasjonen kjente jeg også igjen fra egen praksis. Selv om de kjente hverandre fra før, fikk de frem informasjon som bare kan produseres gjennom et felleskap, som er viktig i en samhandling (Malterud, 2013, s. 128).

Etter hvert fokusgruppeintervju ble det skrevet refleksjonsnotat fordi gruppene fremstod som forskjellige. Å skrive et refleksjonsnotat etter hvert intervju vil gi forskeren et innblikk i hvilken kompetanse intensivsykepleier mener at de har behov for i en organdonasjon prosess, og dette var en del av dokumentasjonen til forskningen. I utgangspunktet tenkte jeg ikke så mye på at størrelsen på intensivavdelingen hadde noe å si eller at mengden av intensivsykepleiers erfaring med organdonasjon kunne ha betydning. Når jeg skrev refleksjonsnotat nummer to, så fikk jeg en opplevelse av hvor ulike de var selv om de arbeidet med det samme.

### 5.5.1 Gruppe 1

Den første gruppen bestod av fire intensivsykepleiere som kjente hverandre, og en var tidligere kollega av meg. Avdelingsleder gav tilbakemelding om at dette var de som kunne stille til fokusgruppeintervju, når jeg tok opp spørsmålet om størrelsen på gruppen. Ved fokusgruppeintervju av et spesielt tema, som organdonasjon, er det viktig at gruppen har kjennskap til hverandre, fordi det kan være at det er få som sitter inne med den viktige kunnskapen som jeg ønsker å få frem (Barbour i Malterud, 2012, s. 45) og de da tør og kan utfordre hverandre. I og med at jeg burde være forberedt på endringer, (Malterud, 2012, s. 41) gav fokusgruppeintervjuet innsikt i intensivgruppen utfordringer på intensivavdelingen

i en organdonasjon. Det er ikke nødvendigvis størrelsen eller antallet som avgjør kvaliteten på innholdet (Malterud, 2012, s. 41). Det betyr at moderator må stille spørsmål for å få tilstrekkelig fyldige svar som kan gi mangfold av ny kunnskap, som er viktig for analysen og problemstillingen. Gjennom intervjuet måtte jeg i noen tilfeller be de utdype eller forklare påstander litt nærmere, eller utdype hva de mente, for å få frem utfyllende informasjon. I kvalitative studier er dette en av fordelene, og kan gi bedre forståelse av et fenomen (Malterud 2013, s. 46).

### 5.5.2 Gruppe 2

Intervjuene ble gjort med måneders mellomrom, og jeg fikk transkribert og skrevet refleksjonsnotat før neste intervju. Jeg følte den første gruppen svarte tilfredsstillende på spørsmålene og hadde ikke gjort store endringer for dette intervjuet. Endringene mine var å prøve å stille mer utforskende spørsmål på interessante temaer som jeg hadde fått fra den første gruppen. Jeg hadde som mål å spørre mer utdypende på temaer som var interessante under informantenes diskusjoner, men dette gikk ikke helt etter planen, da denne gruppen ikke hadde samme flyt i diskusjonen. I den andre gruppen var det 3 intensivsykepleiere med oppgaver knyttet til organdonasjon ved intensivsenheten, de var ulike i alder og erfaringer fra intensivarbeid. Også her hadde jeg tatt opp med avdelingsleder om antallet Selv om jeg hadde forberedt meg til det andre intervjuet, møtte jeg en «annen» gruppesammensetning intensivsykepleiere, noe jeg ikke var forberedt på. De svarte litt annerledes på mine spørsmål enn forrige gruppe og det var litt spennende å følge de, når det ble diskusjoner om temaer. Jeg hadde en følelse av at de ikke forstod at de skulle diskutere seg imellom, i starten, selv om jeg mente at jeg hadde lagt et godt grunnlag for det. Jeg hadde informert om at det skulle være en diskusjon mellom de om temaet som jeg ønsket å vite noe om. De avventet innspill fra meg. Likevel oppfattet jeg det som at de var trygge på hverandre under fokusgruppeintervjuet. De åpnet opp om sine svake og sterke sider, og hva de ønsket å bli bedre på. Jeg følte de var ærlige og gav av seg selv, for det de alle var opptatt av. De formidlet det litt annerledes, på en måte hvordan de selv opplevde praksis. Dette forstod jeg ikke før etter jeg hadde transkribert. De kom også med innspill som jeg ikke har tenkt over i min praksis, som jeg vil være opptatt av i en organdonasjon prosess.

I denne gruppen hadde noen av informantene lang fartstid innenfor organdonasjon og hadde vært på flere kurs, og de fremstod som svært viktige brikker på avdelingen innenfor organdonasjon. Et annet medlem var nytt og med lite erfaring i intensivarbeid, og uttrykte utfordringer på områder de andre ikke tok opp. Disse to gruppene viste seg å utfylle hverandre med tanke på tilfanget av data til min studie.

## 5.6 Transkripsjon

Transkribering er å skrive ned en tekst, som er tatt opp muntlig på lydbånd (Kvale & Brinkman 2015, s.33). Jeg har selv transkribert og kontrollert transkriberingen ved å lytte gjennom intervjuene flere ganger, samtidig som jeg satt med transkribert tekst foran meg, noe som Malterud (2012, s. 96) anbefaler. Ved transkribering blir fokusgruppen med intensivsykepleieres fortelling, nedskrevet ordrett i en tekst, slik at hensikten blir slik informantens meddelte (Malterud, 2013, s. 76). Tekstene er skrevet i bokmålsform for å anonymisere informantene (Malterud, 2013, s 97), inklusive pausene de tok, og det er lagt inn «eh» og gjentakelse av ord, når det er sagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210). Det er viktig å huske på at når rådataene blir omsatt til bokmål, er det også en fortolkning av teksten (Malterud 2012, s. 99). Det var ikke like lett å sette punktum for noen setninger fordi de gjentok ord flere ganger, også så kom de på hva de skulle si. Det er ikke noe standard svar på dette temaet hvor mange detaljer som skal med (Kvale & Brinkman, 2015, 208). Når teksten er nedskrevet kan analyse av materiale starte. Etter transkribering kan datamateriale klargjøres til analyse.

Transkribering var tidskrevende for å anonymisere nødvendige data og få alt rett skrevet. I teksten forekom «sjangre» som lett kunne vært gjenkjennbare, og derfor ble teksten i bokmålsform. For å gjenkjenne hver informant under transkribering, var informantene gitt ett tall etter hvordan de satt rundt bordet. Alle navn på personer og stedsnavn er tatt bort for anonymisering.

Etter transkribering og koordinering av dataene, var min første tanke at jeg ikke hadde nok datamateriale. Det ble raskt tilbakevist, etter å ha lest gjennom rådataene flere ganger. Da skjønnte jeg at det ble vanskelig å prioritere hvilke temaer som skulle ha høyest prioritet i forhold til å svare min problemstilling. Jeg så flere felles punkter i datamengden som for

eksempel kommunikasjon og profesjonelle intensivsykepleiere, men fant også andre data som var viktig å få belyst og som var vanskelig å belyse i starten.

## **5.6 Analyse og fortolkning**

Jeg har valgt å bruke Malterud (2013) s. 87 sin systematiske tekstkondensering, som passer til en tverrgående analyse. Det er jeg som tolker informantens data med å gjengi forståelsen og eventuelt påpeke ny og alternativ forståelse. Når teksten ble analysert hadde jeg fokus på å finne meningsinnhold eller mønster av fenomener, slik gruppen eller intensivsykepleier har opplev dette. Så benyttet jeg den teoretiske referanserammen og empiriske data, for så å se det i en sammenheng. Eventuelt om jeg kunne finne nye spørsmål om temaet som gruppen har diskutert eller som intensivsykepleiere har fortalt i intervjuet (Malterud, 2012, s. 26)

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming til analyse av dataene. Hermeneutikk kommer fra det greske ordet «hermeneuein» som betyr å fortolke (Johannessen et al, 2011 s. 397), og et godt egnet i kvalitative studier fordi det handler om å forstå menneskets livsverden.

Gadamer (1989) i Thomassen, (2006) s. 86 tar utgangspunkt i fordommer, som er det som gjør det mulig å skjønne noe. En intensivsykepleier vil på bakgrunn av den forståelsen hun allerede har, gjør at hun kan finne en mening også i det nye som møter henne (Gadamer 1989, i Thomassen, 2006, s. 86). Når jeg har fortolket intensivsykepleierens tekster, må jeg ha inngående kunnskaper om intensivavdelingen for å forstå fenomenet. Den sammenhengen som mennesker står i, er ifølge Gadamer hermeneutikk avgjørende betingelse for å forstå (Gadamer 1989, i Thomassen 2006, 86).

For eksempel vil en intensivsykepleier i samtaler med legen ha en forståelse av hva han kan bidra med, når hun spør om identifisering. En intensivsykepleier uten forforståelse om hva en samtale med legen skal inneholde, kan ikke forstå hvorfor dette er viktig. I følge Gadamer så vil det, etter å ha stått i en organdonasjon, gi en ny mening av det hun har vært igjennom. Hun ser tilbake på veien hun har gått, fra sitt nye ståsted. Denne forståelsen har hun fordi hun har utdanning og erfaring innenfor intensivsykepleie og arbeider i en «kultur» som formidler en bestemt erfaring og forståelse (Gadamer (1989) i Thomassen 2006, 87).

Forståelseshorisont, er synsranden som omslutter alt vi kan se og erfare utfra et ståsted, og horisonten forandres når man er i bevegelse, og det er historisk (Gadamer (1989) i Thomassen 2006, s. 87).

Gjennom en samtale med en annen, vil det oppstå en relasjon som blir et samspille der det er to som deltar, det blir et jeg-du-forhold. Når den ene henvender seg til den andre for å motta et svar, vil det oppstå en ny forståelse av det som er sagt. Det blir en historie som oppstår utfra åpenheten som er i samtalen, og slik fortsetter prosessen som Gadamer kaller en horisontsammensmeltning. (Gadamer (1989) i Thomassen, 2006, s. 89). Denne forståelsen vil kunne hjelpe meg i tolkningen av mine data fordi jeg forstår at den informasjonen som er gitt i intervjuene, opptrer i en gitt sammenheng.

Dette er en tverrgående analyse fordi jeg bruker tekster fra flere informanter for å belyse et fenomen (Malterud, 2013, s. 94). Systematisk tekstkondensering er et verktøy som kan brukes i denne analysen, ifølge Malterud, (2013), s. 94. Analysen er delt i fire: Å få et helhetsbilde ut fra intervjuene, å identifisere meningsbærende enheter ved å dele de opp i tema, å abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter til koder og til slutt sammenfatte betydningen av dette i en kategori (Malterud, 2013, s. 98). Ved å få et helhetsbilde av teksten kan det fremkomme temaer som ikke var kjent fra tidligere, som kan tyde på en kreativ analyse (Malterud, 2013, s. 103). En systematisk gjennomgang av teksten i flere trinn, skal sikre at analyseprosessen er preget av relevans, og validitet (Malterud, 2013, s. 181) og refleksivitet (Malterud, 2013, 92)

Etter transkribering ble intervjuene gjennomleste flere ganger med farge koder på midlertidige tema, med tanke på å få et helhetsinntrykk. Jeg satt flere farger på alternative utsagn for å se hva jeg fikk ut av det. Alltid var problemstilling et tilbakevennende tema når intervjuene ble gjennomgått.

Forforståelsen og den teoretiske referanserammen påvirket mine valg av hva som var relevant for min studie (Malterud 2013, s.42). Jeg tok ut deler av teksten som kunne si noe om min problemstilling, og som jeg kalte meningsbærende enheter. For å vite hvem av informantene som hadde sagt noe om temaene, ble de gitt samme tall som de meningsbærende enhetene som i intervjuet. For å komme dit jeg vil med mitt materiale, måtte jeg sammenfatte de relevante hendelsene som formidlet varierte og konkrete historier.

Videre i analysen kondenserte jeg tekster med samme tema som i de foreløpige temaene, for å finne tekstbiter som videre ble merket med en kode fordi tekstbitene hadde noe til felles. Systematisk dekontekstualisering handler om å hente deler av en tekst, og sette det sammen med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen (Malterud 2013, s. 102).

Steget fra kode til at teksten gir en mening, begynte med en kode, for å se på de ulike meningsaspekter som materialet kan vise (Malterud, 2013, s.100.). Jeg satte de ulike meningene i subgrupper som jeg var opptatt av og som jeg hadde tolket ut fra mitt materiale. Ut fra subgruppene laget jeg et kunstig sitat ved bruk av jeg-formen, kondensat og mest mulig likt som sitatet (Malterud 2013, s.106).

Siste trinnet er å sette sammen kondensatene gjennom kontekstualisering, som betyr at jeg skal formidle hva mitt materiale sier om et tema av prosjektets problemstilling (Malterud 2013, s. 107). Da benyttes tredjepersonformen for å markere at dette er en gjenfortelling.

Før jeg kom frem til kategoriene, ble materialet gjennomgått og bearbeidet i flere runder, før jeg satt igjen med 5 kategorier. Senere ble to slått sammen til ett, fordi de var så like.

I analyse av kvalitative data kan det finnes flere alternative tolkninger samtidig og man prøver å se om teorigrunnet kan gi retning for hvilke funn som er mest relevante.

Analysen er utført av meg, og det har vært krevende arbeid å finne ut hva jeg skulle velge ut fra mitt materiale. Jeg har hatt veiledning fra veileder og samarbeidet med forståelse av utsagn fra en person uten helsefaglig bakgrunn, for å se om de har hatt samme oppfatning som jeg. Det har gjort meg mer reflektert over hva jeg skal se etter og hvordan jeg analyserte teksten. Det må nevnes at det var en forskjell på de to gruppene jeg intervjuet, fordi den ene gruppen var mer en «kollegagruppe» med mye praksis fra intensiv og kunne mer beskrive hvordan de reflekterte over sine emosjonelle og fysiologiske opplevelser, mens den andre gruppen jobbet mer målrettet i et «donasjonsteam» og var mer fokusert på kommunikasjon.

Noen tekster ble satt under andre tema, fordi jeg da mente at de kunne være en del av temaet. Da endte jeg opp med 11974 ord med rådata, som var av interesse 1. gang. I andre runde ble flere grupper slått sammen, fordi tekstene gikk igjen i gruppene, og det ble gitt nytt navn på tema og jeg endte opp i andre omgang med 11 sider. Under



rekontekstualisering fant jeg til slutt 4 temaer, som var svært interessante. Jeg endte opp med 3 hovedtemaer til slutt.

## **5.8 Ethiske refleksjoner**

Studien har blitt godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) referansenummer 181210. Siden helsepersonell ikke er en sårbar gruppe ut fra mitt tema, ifølge Helsinkideklarasjonen (2013), trengte jeg ikke søke Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Da denne studien ble godkjent av NSD i 2019, var et av kravene at det ble fremlagt samtykkeskjema til intervju med beskrivelse av studien, anonymisering og deres rett til å trekke tilbake samtykke.

Jeg må fortløpende vurderer etiske perspektiver/problemstillinger gjennom hele forskningsprosessen fordi jeg intervjuer helsepersonell om et så sensitivt tema som organdonasjon. I litteraturen finnes etiske retningslinjer som må vurderes for hvert enkelt prosjekt. Personvernombudet på begge sykehus fikk innbydelsesbrevet, Vedlegg 2, prosjektbeskrivelsen, spørsmålene (Vedlegg 2) og godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Avdelingsleder på intensiv var min kontaktperson etter godkjenning fra personvernombudet. Hun rekrutterte intensivsykepleiere etter mine ønsker fra sin avdeling og formidlet dette til meg. Dette er også anbefalt fra litteraturen (Malterud, 2012, s.51) da de har kjentskap til hvem som kan være deltagende i fokusgruppeintervjuet. Viktige prinsipper som er relevant for min studie er: informert samtykke, anonymitet og mulige konsekvenser. Skal man forske på helsepersonell er det nødvendig å søke tillatelser, fordi det handler om vern av personopplysninger og sikre anonymitet som ikke skal komme ut i offentligheten. Dette gjelder navn, arbeidssted, stillingsinformasjon og alder (Forskningsetikk, 2009)

I forkant hadde alle informanter fått innbydelsesbrevet og skjema for samtykke til studien, og jeg sjekket at alle informantene hadde lest invitasjonsbrevet, forstått samtalens formål og opplegg, samt underskrevet samtykke. I invitasjonsbrevet var det oppgitt opplysninger om anonymitet, hva prosjektets hensikt var, at de har rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst, og uten noen form for begrunnelse Vedlegg 4. I tillegg var det viktig å gi bekreftelse på at taushetsplikten gjelder for forskningsprosjektet, slik at informanten følte seg trygg på at gjenkjennbare data ikke kom ut. Anonymiseringen ble ivaretatt under

intervjuet der alle fikk et eget tall istedenfor et navn. Videre i studien ble det også benyttet tall, istedenfor navn.

Dataene er beskyttet av kryptering på mobil lagringsmedie med passord og er lagret utenfor pcen, på to steder, i en låst boks. Begge boksene er oppbevart i et låst skap i et låst rom ved OsloMet. Det samme er samtykkeskjemaene, men i en annen boks med lås, på same sted. Under transport var samtykkeskjema og opptaker låst i ulike bokser, i ulike vesker. Tekstene, som var anonymisert, som samlet bestod av 40 sider, ble senere systematisert og analysert av forsker. Dataene vil bli slettet etter ferdigstillelse av studien. Minnepinne vil bli og destruert slik at gjenoppretting ikke er mulig. Det samme vil gjelde samtykkeskjemaer.

Ved deltagelse i studier er det en fare for at deltakerne kan oppleve en belastning, men jeg mener at dette ikke utgjør en fare i denne studien. Det kan også være at informantene hadde en god opplevelse ved å kunne snakke om et sensitivt tema som de ellers ikke gjør, men hvor de nå kunne føle at de bidro med kunnskap som ellers ikke ville kommet frem.

Ved å intervju intensivsykepleiere som arbeider på intensivavdeling om hvilke utfordringer de møter i en organdonasjonsprosess, så kan man knytte dette til norske forhold og se på hvordan man kan løse dette ved å finne gode prosesser rundt organdonasjon på intensivavdelingen. Dette er et viktig felt å få belyst, fordi intensivsykepleier er svært sentral i alle oppgaver i forbindelse med identifisering og organbevarende behandling, og gir mer av seg selv enn det de uttrykker etterpå.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere Kapittel fire, tar blant annet for seg sykepleieren og medarbeidere, og om å vise respekt for kollegaer og fremme åpenhet for tverrfaglig samarbeid (NSF, 2016).

Svakheten med denne studien kan være at intervjuene bare er fra to ulike intensivavdelinger og at det med fordel kunne vært flere deltakere i hver gruppe. Jeg mener likevel at de bidro til tilstrekkelig med data til å få svar på min forskning, men også innsyn i ny informasjon som tidligere har vært skjult for meg. Samtidig er dette en styrke fordi jeg har fått mer gjennomgående fakta om hva intensivsykepleiers utfordringer er ved en organdonasjon. Jeg mener jeg har fått verdifulle data som støtter de kvalitative funn fra tidligere studier, men nå med mer fokus på hva de grunnleggende årsaker kan være.

## 5.9 Troverdighet, relevans og overførbarhet

### 5.9.1 Troverdighet

Jeg mener at min forskning er redegjort for og dokumentert på en oversiktlig måte med tanke på de ulike valgene som er gjort ved vurderinger av de ulike trinnene i forskningen. For å synliggjøre hvordan forskningen er gjennomført er det forsøkt å dokumentere alle trinne i forskningsprosessen. Hvordan data er planlagt innhentet, hvordan den blir analysert og om det harmoniserer med virkeligheten og forskningen mål, er viktig for å gi lesere innsyn i at alle ledd i prosessen er ivaretatt (Johannessen, et al, 2011, s. 230).

### 5.9.2 Relevans

Relevans handler om hvem forskningen skal være relevant for, og her vil min forskning være mest interessant for intensivsykepleiere som skal identifisere potensielle donorer, men funnene vil muligens også ha overføringsverdi for andre som samarbeider om viktige oppgaver i helsetjenesten. I min forskning er datamaterialet fyldig og funnene mine er presentert i sitater for å vise tilbake på hvordan jeg har brukt systematisk tekstkondensering, som bidrar til at leseren kan forstå fremgangsmåten for de ulike valgene. Likevel er svakheten med kvalitativ studie er at forskers subjektive opplevelser kan komme til å dominere eller påvirke informantenes erfaringer.

Malterud (2013, s. 181) beskriver relevans til hvordan studien kan bidra til «*utvikling av forståelse og kunnskapsbase i fagfeltet*». Dette handler om hvordan funnene er samlet inn og knytter seg til undersøkelsen av data, og diskuteres som et fenomen eller til utvikling av ny kunnskap og teori.

### 5.9.3. Overførbarhet

Overførbarhet omhandler hvorvidt det er mulig å anvende resultatene fra min forskning til en tilsvarende forskning på et annet sted (Johannessen, et al, 2011, s. 231). I en kvalitativstudie er det viktig å erkjenne at de data som framkommer i denne forskningen ikke nødvendigvis er overførbar og gyldig på et annet sykehus, men gjenspeiler kun de

intensivavdelingene som er representert i datainnsamlingen. Med overførbarhet i denne forskningen, mener jeg at denne studien kan antyde hvilke utfordringer intensivsykepleiere opplever i sitt arbeid med organdonasjon på sine intensivavdelinger. Videre sier dette noe om hvilken kompetanse de mener at de har behov for i en organdonasjonsprosess.

Artikler fra 1998 til 2015 er tatt med i oppgaven, fordi artiklene fokuserer mye på det samme om hva som er viktig ved organdonasjon trening, kunnskaper og intensivsykepleiere ved organdonasjon. De fleste av disse artiklene beskriver intensivsykepleier som en årsak til at pårørende svarer positivt på spørsmålet om organdonasjon, og at de har behov for økte kunnskaper og trening på kommunikasjon i møte med pårørende. Den eldste artikkelen er fra 1998 og tar opp temaer som var like aktuelle i 2019, da jeg intervjuet intensivsykepleierne.

I det følgende vil jeg gjøre rede for forskning som knytter seg til utfordringer sykepleierne erfarer i forbindelse med identifisering og organbevarende behandling på intensivavdelingen, men også komme inn på ivaretagelse av pårørende. Tidligere forskning vil bli tematisk fremstilt, fordi mange områder henger sammen, og det er vanskelig å skille. Som nevnt tidligere er det vanskelig å sammenligne hvordan organdonasjon foregår i andre land, mot Norge, fordi som i Spania har de fra 1989, fokusert på informasjon, opplæring og økt kapasitet i helsevesenet. (Stiftelsen Organdonasjon.no)

## **6.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN**

I dette kapitlet presenteres og drøftes funn som handler om intensivsykepleieres utfordringer i kommunikasjon med legen på intensivavdelingen, og hvordan dette påvirker intensivsykepleieres praksis. Disse presenteres i to hovedpunkter;

Kommunikasjonsutfordringer ved identifisering av donor, drøfting av hvilke utfordringer dette fører til for intensivsykepleieren ved ivaretagelse av pårørende samtidig som hun bedriver organbevarende behandling. Til slutt vil jeg drøfte intensivsykepleiers erfaring med organdonasjon kan ha betydning for kommunikasjonen.

### **6.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom intensivsykepleier og vakthavende lege ved identifisering av potensiell donor**

Intensivsykepleier har en kompleks oppgave i forbindelse med organdonasjonen, og har ifølge lovverket plikt til å melde fra til legen om en potensiell donor (Transplantasjonsloven 2015, §11). Det virker som hun blir hindret av rutiner/struktur på arbeidsplassen. Teorien trekker frem de utfordringene intensivsykepleier opplever i konflikten mellom teorien, (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 7) som sier at alle skal gis muligheten til å bli vurdert som potensiell donor, og praksis, som viser at legen ofte ikke tar dette ansvaret. I slike situasjoner må intensivsykepleier bruke tid på å finne en lege som vil ta det ansvaret, slik loven pålegger, men det er ikke alltid tilgjengelig lege som kan ivareta denne oppgaven når tiden er der.

Det er ikke klare retningslinjer for hva intensivsykepleier har som oppgaver eller for når pårørende skal få informasjon. De fire trinnene i protokollen er for å sørge for at de pårørende får informasjonen i etapper, etter hvert som situasjonen endrer seg for potensiell donor. Intensivsykepleier er til stede kontinuerlig og er tilgjengelig for pårørende hele døgnet. Hun har muligheten til å informere fortløpende om de endringer som skjer, og som pårørende kan være deltagende i. Dette støttes av tidligere forskning (Lind, Lorem, Nortvedt & Hevrøy, 2012, s. 1146). Rutinene/loven/protokollen sier at dette er en oppgave som skal ivaretas av en lege.

Når en mulig potensiell donor skal bli identifisert, er det klare regler for hvilke kriterier som skal være til stede for å stille en diagnose (som tidligere nevnt i kapittel 2.2) Når diagnosen er stilt, er det imidlertid ingen klare retningslinjer for kompetansen eller hvilke

oppgaver intensivsykepleier skal ha. Om rutinene ikke fungerer er faren stor for at organer kan gå tapt. For samfunnsnytt er ikke dette bra nok, da det å få et organ er et behandlingstilbud i Norge til kritiske syke der det ikke er andre behandlingsalternativ. Organer er en gave som blir gitt enten av avdøde eller pårørende til avdøde og kan redde mange liv.

Mine funn viste at intensivsykepleiere arbeidet for at identifisering skal skje. Sitat: «*Ikke noe spørsmål om at du ikke skal spørre. Det er en selvfølge uansett hvor vanskelig det er*» I4. Min tolkning av sitatet er at intensivsykepleiere tenker både på de som står på venteliste, på den avdøde som kanskje hadde et ønske om å bli donor, og på de pårørende som kanskje sitter og venter på et spørsmål om de vil gi avdødes organ til andre. Når hun ber om en samtale med vakthavende lege om å identifisere en donor, er det en forventning til at legen skal avklare den aktuelle pasienten som potensiell donor eller ikke. At intensivsykepleier ofte har en forventning til legen støttes av teorien til Nordentoft & Ravn Olesen (2014, s. 106). I dette tilfellet hadde intensivsykepleier også forventninger til at legen hadde kunnskaper om temaet (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s 13, Travelbee 2002, s. 135).

Intensivsykepleier har som mål at dette skal bli en «positiv opplevelse». Organene kommer til nytte, og de som står på ventelister får nye organer. Dette støttes av forskningslitteraturen der intensivsykepleiers egne holdninger var medvirkende årsak til at de greide å holde fokus i arbeidet med potensiell donor og dens pårørende (Fløden & Forsberg, 2009, s.309).

Mine funn tyder på at intensivsykepleier som ber anestesilege om identifisering av potensiell donor, ofte ikke når frem med sitt budskap til legen. Hun er opptatt av å få identifisert potensiell donor, som legen kan melde til transplantasjonskoordinator, slik at hun kan ta de nødvendige blodprøver til forlik til en mottaker av organene. Funnene tyder på at intensivsykepleier gjør alt for å finne en lege som «tar på seg ansvaret», fordi hun er opptatt av at loven blir fulgt, og at alle som kan bli en potensiell donor skal bli vurdert til donasjon (Transplantasjonsloven 2015 § 11). Som en informant sier: «*Men det er klart at, spør du en lege om den her er en aktuell donor, så er det ikke alle som tar den ballen like fort videre*». En annen informant fortsetter: «*Vi har jo hovedansvaret. Det er jo et par av de ihvertfall, så går vi rett til de. De har jo hovedansvaret for pasienten*». I1

I praksis betyr det at intensivsykepleier fulgte opp de legene hun kjente til fra før, men utforsket ikke hvorfor noen av de andre legene ikke var like villig til å ta tak i utfordringen. De kunne få et avvisende svar fra legen, fordi han ikke ville snakke mer om utfordringen, eller at han ikke ville vise at han ikke hadde forstått budskapet. Teorien kaller dette for kommunikasjonsbrudd (Travelbee 2002, s. 144).

Årsaken til at dette oppstår kan være at legen og intensivsykepleier ikke hadde en felles virkelighetsforståelse. Om de hadde god kommunikasjon på temaet, ville de raskt kunne avgjort om tiden var inne for identifisering av potensiell donor, og dermed kunne iverksette organbevarende behandling så tidlig som mulig. Forskning støtter enighet i behandlingsteamet (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Den støtter også opp om tidlig identifisering (Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699, Orøy, et al, 2011, s. 9, Floden et al, 2011, s. 10, Meyer, et al, 2011, s. 108, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136, Ingram, et al, 2002, s. 256).

I samtalen kunne legen ha utdypet sine vurderinger og formidlet en årsak for at utfallet ble annerledes enn intensivsykepleier ønsket. En grunn kunne være at avdøde ikke ønsket organdonasjon, en annen at legen mente at hvis spørsmålet om organdonasjon ble tatt opp for tidlig så var han redd for et negativt svar, noe som forskning viser (Orøy et al, 2011, s. 6).

Intensivsykepleier som manglet godt utviklede kommunikasjonsferdigheter eller kunnskaper på området, ville ikke kunnet argumentere for at identifisering måtte finne sted eller utforsket hvorfor legen ikke ønsket dette nå. Dette kunne skyldes autoriteten en lege har i form av sin stilling, og at intensivsykepleier valgte å ikke stille spørsmål fordi det var forventninger om at han hadde kunnskaper om temaet, og at hun ikke ønsket å gå inn i legens fagfelt. Hvordan legen oppfattet budskapet, kunne også ha vært avgjørende for svaret som ble gitt.

Travelbee (2002) s. 140 mener at det er viktig å ha kompetanse om kommunikasjonsteknikker, for å kunne forstå hvordan dette kan brukes i praksis, i forhold til målet med sykepleien. Det handler også om å kunne bruke både verbale og non-verbale kommunikasjonsteknikker for å kunne utforske og forstå meningen med kommunikasjonen til mottaker (Travelbee 2002, s. 140).

Med sine kommunikasjonsferdigheter og praktiske erfaring, kunne hun prøvd å forstå hvorfor legene ikke ville foreta identifisering av potensiell donor, noe som igjen kunne ført til et bedre samarbeide og en felles forståelse av situasjonen. Teorien støtter dette (Travelbee 2002, s. 140). I forbindelse med kommunikasjon kan det forekomme gjensidig eller mange på respekt når det skal skapes relasjoner i en organisasjon (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 162). Tidligere forskning etterlyser ønske fra leger som arbeider med organdonasjon og formidling av dårlige nyheter, om et bedre samarbeide med intensivsykepleiere og økte kunnskaper på kommunikasjonsferdigheter (Eide et al, 2012 s. 1238).

Som intensivsykepleier tenker man ikke alltid på hvordan budskapet blir fremlagt og hvordan det kan påvirke den andre, ifølge teori (Travelbee 2002, s 136).

Et annet poeng er at intensivsykepleier må tenke over den måten de velger å kommunisere på, da det kan få konsekvenser i den situasjonen de står i (Nordentoft & Ravn Olesen 2014, s.9). Stiller man et spørsmål, har man to valg: å anerkjenne svaret eller utforske videre. Svarer legen negativt, kan tanken være at han ikke orker å ta tak i oppgaven fordi det krever en del jobb, men svarer legen at det ikke er rett tidspunkt, kan man forstå det slik at han vil følge det opp senere.

Hadde intensivsykepleier hatt kunnskaper om gode kommunikasjonsferdigheter og hvordan hun kunne brukt disse i dialogen med legen, kunne hun ha utforsket svaret på hvorfor pasienten ikke ble identifisert. Teorien støtter dette (Travelbee 2002, s. 140). Dialogen som kunne ha oppstått ville gitt intensivsykepleier verdifull kunnskap i temaet om hvem som kan bli donor og hvilke symptomer som fører til organdonasjon. Dette forutsetter selvfølgelig at legen også hadde disse kunnskapene. Det kan jo også være at legen har lite kunnskaper om temaet, men ikke vil at noen skal forstå det og derfor ikke ønsker å fortsette dialogen om identifisering. Forskning støtter opp om at ved å dele kunnskaper om identifisering, kan man øke antallet identifiserte potensielle donorer (Garside & Garside, 2010, s. 29).

Når kommunikasjonen mellom intensivsykepleier og anestesilege ikke er god nok og faren øker for feiltolkninger av spørsmål og svar, kan dette føre til at intensivsykepleier ikke får medhold i å melde aktuell donor. Ifølge teorien benytter sykepleier kommunikasjon som et verktøy for å oppnå endringer i praksis (Travelbee 2002, s. 125). Det er viktig å undersøke den andres erfaringer fremfor å anta noe. Dette støttes av forskning (Nordentoft & Ravn



Olesen 2014, s.27). Legen på en intensivavdeling kan være opptatt med andre tidkrevende gjøremål, og i slike tilfeller kunne en erfaren intensivsykepleier med gode fagkunnskaper og gode kommunikasjonsferdigheter selv håndtert å snakke om temaet organdonasjon (Pearson et al, 2001 i Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699), dersom pårørende tok opp temaet selv.

Mine funn tyder på at intensivsykepleier selv ønsket å ta opp temaet om organdonasjon, noe som støttes av tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Intensivsykepleiere hadde bekymringer når hun visste at pasienten kom til å dø, samtidig som pårørende ikke hadde forstått at tilstanden til pasienten var kritisk. Dette støttes av forskning (Orøy, et al, 2011, s. 6, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Ved bruk av intensivsykepleieres kompetanse og kommunikasjonsferdigheter kunne intensivsykepleiere gi en mer lettfattelig informasjon som stod i forhold til hva pårørende så selv. Pårørende kunne da få muligheten til å forstå situasjonen ut fra deres eget ståsted, og kunne gi et presumert samtykke ut fra hva som var riktig for dem, (Garside, et al, 2012, s. 232).

Ifølge forskning kan leger som føler seg usikre eller ikke har gode nok kommunikasjonsferdigheter bevisst utelate intensivsykepleiere ved informasjonssamtale. Årsaken kan for eksempel være at de ikke kjenner henne så godt. Ved å benytte systemisk forståelse av kommunikasjon, kan man skape nye perspektiver i en situasjon gjennom flere muligheter å kommunisere på. Teorien støtter dette (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 83). Tidligere forskning viser til studier der erfarne leger valgte å inkludere intensivsykepleier i samtalen om organdonasjon, mens uerfarne valgte å ikke ta med intensivsykepleier i samtalen om organdonasjon (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Det å måtte vente på en lege som skal snakke med pårørende, har visst seg å være negativt, ifølge tidligere forskning (Groot et al, 2016, s.3). Dette kan føre til at pårørende ikke stoler på den informasjonen som blir gitt, og dermed ikke gir samtykke til organdonasjon.

Dersom en uerfaren intensivsykepleier møter en uerfaren lege, kan det ført til to forløp: Enten så kan hun kontaktes andre kollegaer som har erfaring på området om kriterier for å identifisere en potensiell donor, eller så kan intensivsykepleier bli avvist og gå tilbake med uforrettet sak. Hun kan da blitt frustrert fordi hun ikke oppnår kommunikasjon om dette med legen. Det handler om å være trygg nok til å utforske, men også å ta i bruk nonverbal kommunikasjon, som for eksempel et smil, som kan bli en innledning til en dialog

(Travelbee 2002, s. 141). Tidlig identifisering viser at flere blir mer positive til organdonasjon på denne måten, slik at pårørende får tid til å tenke gjennom svaret. Dette oppleves som profesjonell håndtering av en vanskelig oppgave (Groot, et al, 2016, s.13).

Konsekvensen av dårlig kommunikasjon om identifisering av potensiell donor, er at organer går tapt, og ventelisten øker. Dette støttes av tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135). Internasjonale studier viser at mangel på kunnskap om kommunikasjon, kan være en årsak til at helsepersonellet ikke identifiserer potensiell donorer (Daly, 2006, s. 82).

Å skape gode relasjoner til pårørende er en viktig oppgave for intensivsykepleiere, da man er avhengig av et positivt svar fra pårørende. Men sykepleierne får ikke gått videre i oppgaven med å forklare pårørende hva som skjer med potensiell donor/avdød, før legen har informert om tilstanden og stilt spørsmålet. Til dette kreves det ressurser, og enighet i behandlingsteamet, for å få pårørende til å forstå at døden er et faktum. Dette støttes av (Meyer, et al, 2011, s. 111, Travelbee 2002, s. 136). Ble pårørende dårlig ivaretatt, fikk for lite informasjon eller følte at behandlingsteamet ikke var enig, svarte de ofte negativt på spørsmålet om organdonasjon. Dette støttes av forskning (Groot, et al, 2016, s. 699, Bentzen & Bjørk, 2014, s. 8, Orøy et al, 2011, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Intensivsykepleiere er redde for å si noe feil fordi de ikke kan nok om temaet. Derfor kan det bli en anstreng dialog med pårørende som ønsker informasjon om hva som skjer. Tidligere forskning støtter intensivsykepleiers behov for økte kunnskaper og trening på kommunikasjonsferdigheter, når man skal formidle dårlige nyheter (Meyer, et al, 2011, s 110, Meyer & Bjørk, 2007, s. 138). Informantene sa det slik: Sitat: *«Det er jeg som står med pårørende. Møter de i den sorgen og tar de på alvor. Det tror jeg har mye å si for pårørendes innstilling.»* 13

## **6.2 Kommunikasjonsutfordringer ved ivaretagelse av pårørende i forbindelse med organbevarende behandling**

Pårørende kommer til et miljø (intensivavdelingen) som er ukjent for de fleste. Det er få som kan forestille seg hvordan det er å være pårørende til en intensivpasient, og enda mindre til en donor. De har behov for å bli ivaretatt og respektert. Ved bruk av kommunikasjon kan intensivsykepleier gjennom god sykepleie oppnå å bli kjent med

pårørende og gi dem trygghet, slik at de er positive når spørsmålet om organdonasjon blir tatt opp. Dette støttes av Travelbee 2002, s. 123).

Pårørende sitter ofte kontinuerlig ved sykesengen når det er kritisk, og intensivsykepleier holder kontakten gjennom nonverbal- og verbal kommunikasjon.

Intensivsykepleiere er til stede hos donor hele tiden, mens legen er innom i korte frekvenser eller etter forespørsel fra intensivsykepleier. Dette gjør at intensivsykepleier er den som har best forutsetninger for å bli kjent med pårørende, og vurdere hva de har behov for og når. Hun skal møte og bli kjent med pårørende for å gi og planlegge sykepleie ved bruk av kommunikasjon (Travelbee 2002, s. 123). Intensivsykepleier bør være klar over at hennes måte å kommunisere på kan få konsekvenser ut fra situasjonen hun er i. Dette støttes av teorien (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 9). Derfor er det viktig å undersøke hva mottaker har forstått, fremfor å anta noe hun ikke vet (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 27).

En erfaren intensivsykepleier vil på et tidspunkt forstå at døden er uunngåelig. Da vil hun komme i en situasjon hvor hun må vurdere hva hun ut fra faglige vurderinger skal informere om, og hva hun skal holde tilbake. Dette er fordi det er legens oppgave å informere pårørende om tilstanden til pasienten og eventuelt be dem om samtykke til organdonasjon.

Samtidig som intensivsykepleieren skal ivareta pårørende, skal hun gi organbevarende behandling til en potensiell donor som kan bli ustabil i overgangen mellom liv og død.

Kommunikasjon, er ifølge forskningen svært vanskelig når det er snakk om et sensitivt tema som organdonasjon er. Intensivsykepleiere benytter kommunikasjon for å skape gode relasjoner til pårørende (Travelbee 2002, s. 123). Å kommunisere med pårørende, på samme tid som hun ivaretar en potensiell donor, gjør intensivsykepleie sin praksis blir mer krevende. Dette støttes av Travelbee (2002) s. 7). Spesielt overgangen mellom liv og død, der potensiell donor kan bli ustabil, følge tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, 135).

Årsaken til at fenomenet kommunikasjon med pårørende er utfordrende, er blant annet at tidsperspektivet er svært kort for de som nettopp har mistet et kjært familiemedlem, og så skal svare for om avdøde ville ønsket å donere sine organer. Dette på grunn av at pasienten

dør av en skade eller traume i hjernen. I noen tilfeller er det ingen behandling som vil kunne hjelpe, og organene har best kvalitet de første timene etter objektiv dødsbelegning.

### 6.2.1 Før pårørende har mottatt dødsbudskapet fra legen

Før pårørende har mottatt informasjon om opphørt sirkulasjon til hjernen, er det viktig at intensivsykepleier er klar til å iverksette tiltak for å opprettholde god perfusjon til organer hos potensiell donor, og få pårørende til å forstå at deres kjære kommer til å dø.

Organbevarende behandling kan bli iverksatt uten at pårørende er informert om endringene i pasientens tilstand, spesielt i overgangen mellom liv og død der potensiell donor kan bli svært ustabil (Meyer et al 2011 s. 111, Orøy, et al, 2011, s. 3., Meyer & Bjørk, 2007 s. 135, Meyer, 2005, s. 159). Senere i forløpet kan det bli iverksatt kliniske undersøkelser for å påvise at sirkulasjonen til hjernen er opphørt, og for å få en objektiv dødsattest. I denne fasen er intensivsykepleier sine ferdigheter viktig for å forklare pårørende hva opphørt sirkulasjonen til hjernen er. Dette støttes av forskningen (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

I denne fasen kan spørsmålet om organdonasjon kunne komme opp. Det optimale er at intensivsykepleier og legen samarbeider om forløpet og deler forventninger til hverandre ut fra deres bakgrunn, slik teorien sier (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 39). Det er også viktig at det vises enighet i behandlingsteamet, fordi oppgaven er krevende, kompleks, og krever god kompetanse til å forstå de kliniske og tekniske aspekter ved organdonasjon. Dette støttes av tidligere forskning (Groot, 2014, s. 3, Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699, Fløden & Forsberg, 2009, s. 8, Meyer & Bjørk, 2007 s. 135, Daly, 2006, s. 79, Frid, et al, 1998, s. 27).

Mine informanter hevdet at intensivsykepleierne var klar over at det å informere pårørende var en legeoppgave, og at de ikke ville gå inn på legens domene. Sitat: «*Vi har jo ikke egentlig, vi har jo ikke lov til det er jo på en egentlig måte legen som skal, det er jo legen som på en måte tar den verste støytten*» I3. En av grunnene for at leger vegrer seg for å identifisere potensielle donorer for tidlig, er på grunn av faren for at svaret kan bli negativt (Orøy et al 2011, 6). Intensivsykepleierne som har opparbeidet seg erfaring på dette området har lært fra praksis hvordan man unngår å svare på pårørendes spørsmål

mens man venter på at legen skal informere. Dette gjør at de kommer i en etisk konflikt/dilemma mellom hva som er riktig og hva som er nødvendig. Dette støttes av teorien (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014 s. 62). Det handler om å gi den informasjonen som pårørende kan forstå og forholde seg til eller gi evidensbasert informasjon som er lovpålagt. Intensivsykepleier kan være bekymret for at pårørende ikke forstår at pasienten kommer til å dø, eller at pårørende har forhåpninger om at det er håp så lenge de kliniske undersøkelsene pågår. En erfaren intensivsykepleier med gode fagkunnskaper kunne forklart hva som undersøkes og hvorfor, slik at pårørende som er tilstede selv kan oppleve det som intensivsykepleier sier. Dette er det samme som forskningen beskriver (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Dette hadde ikke vært mulig for en intensivsykepleier mindre erfaringer og kunnskaper, fordi hun ikke kunne forklart hva undersøkelsene gikk ut på med mindre hun hadde samarbeidet med den som foretok undersøkelsen i forkant. Et godt samarbeid mellom lege og intensivsykepleier kunne bidratt til kunnskapsdeling fra den legen som foretok undersøkelsen til den mindre erfarne intensivsykepleieren, noe som kunne medført at de ble mer bevisst på hverandres måte å arbeide og kommunisere på. Dette er i tråd med tidligere forskning (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 6).

Situasjoner hvor intensivsykepleiere vet mer enn pårørende er informert om er krevende. Det ligger «usagte» ting i luften, men det nonverbale kroppsspråket kan avsløre dette enten vi vil eller ikke (Travelbee 2015, s. 123). Pårørende har god tid til å oppdage endringer i kroppsspråket mens de sitter ved sengen. Å holde tilbake informasjon kan øke spenningen i forholdet mellom intensivsykepleier og pårørende. Noe som igjen kan føre til at pårørende ikke føler seg ivaretatt. Tidligere forskning støtter dette (Bentzen & Bjørk 2012, s. 8).

Mine funn viser at intensivsykepleierne benyttet seg av ulike metoder for å unngå å svare på spørsmålene fra pårørende: Sitat: «*Men får jeg et direkte spørsmål om det, så snakker jeg meg litt bort fra det og prøver «å trå vannet» til legen kommer»* I3 og en annen informant sa: Sitat: «*Nei. Jeg vet ikke hva man skal si. En må jo bare støtte de, at de tenker slik, ikke sant at man må jo bare si «at jeg skjønner, at jeg skjønner»* I4.

Inntil samtalen om organdonasjon med legen fant sted, ville en erfaren intensivsykepleier greidd å styre samtalen mellom seg og pårørende. Hun ville vist forståelse for deres situasjon og dette kunne gitt forutsigbarhet i arbeidssituasjonen. Gjennom en dialog med pårørende kunne hun ha snakket om temaer som handlet om det å være akutt syk med

ukjent utgang, og hvilke utfordringer som pårørende kunne oppleve i slike situasjoner. Dette vil kunne roe de pårørende i denne fasen. Noe som teorien støtter opp om i Travelbee (2002), s. 125, der sykepleieren bruker kommunikasjon til å oppnå endringer i sykepleiepraksis. Dersom intensivsykepleier og lege har ulik bakgrunn og de ikke kjenner hverandre så godt, kan det oppstå uenighet hos personale for hva man skal informere om, hvorfor og når, ifølge tidligere teori (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 61).

Mine funn viser at intensivsykepleier er opptatt av at for å bli kjent med pårørende er det viktig med egen kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter.

Sitat:

*At man kan lære seg å kunne lære meg å snakke med de, og kjenner på at man blir så redd for å si noe feil. At det blir sånn en lærings sak. Man må lære seg å kommunisere og du tar pårørende, er så forskjellig. Så jeg tror det handler om trygghet på seg selv og sin egen kompetanse og at man kan kommunisere på en ordentlig måte. Da må man kunne prosessen også, tenker jeg, Ja, prosessen og kommunikasjon samme.»I7*

Intensivsykepleier etterlyser bedre kommunikasjonsferdigheter ettersom de pårørende har ulike behov, og de er redde for å si noe feil. Når intensivsykepleier ikke er trygg på seg selv eller har nok kunnskaper om temaet, kan det gjøre henne usikker, som igjen kan overføres til pårørende. Som tidligere forskning viser til (Meyer et al, 2011 s. 111).

Mine funn viser at erfarne intensivsykepleiere med gode kommunikasjonsferdigheter lettere tørr å stå i situasjoner som krever noe av de:

Sitat:

*«Nei. Det heter jo det at de skal være en erfaren lege, men man vet jo at alltid ikke er. Men jeg tenker jo at om jeg hadde stått som en helt uerfaren hadde jeg og ikke hadde hatt en lege som ikke informerte på en bra måte, da tenker jeg at jeg lytter og svaret på, også kan man svare på det man kan også kan man si at man er usikker, men at man skal finne svaret på det. Så kommer jeg tilbake. Tenker jeg slik at de får svarene» I6*

Mine funn støttes av teorien og viser viktighet med å ha kunnskaper og ferdigheter i forbindelse med organbevarende behandling. En intensivsykepleier som ikke har så gode kommunikasjonsferdigheter til å « snakke rundt grøten » med pårørende kan lett bidra til at pårørende trekker seg tilbake, fordi de ikke føler seg respektert. Det kan være vanskelig å komme i kontakt med pårørende senere, slik forskning til Orøy et al, (2011), s. 4 viser.

I noen tilfeller kan pårørende også trekke seg tilbake fordi intensivsykepleier er stille og ikke sier noe. Årsaken kan være at intensivsykepleier ikke vet hvordan hun skal ta kontakt med pårørende til en potensiell donor. Hun er ikke trygge på seg selv eller har ikke nok fagkunnskaper, så hun kan ikke svare på spørsmålene. Tidligere forskning har etterlyst kunnskaper hos intensivsykepleier på temaet organdonasjon (Meyer & Bjørk, 2007, s. 138).

#### 6.2.2 Når pårørende blir eller er informert om at døden har inntruffet

Å ivareta pårørende til en donor krever ressurser og tid, ifølge tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137). Temaet er sensitivt, fordi pårørende får spørsmål om å samtykke til organdonasjon, på vegne av avdøde, tett opp til akutt oppstått sykdom/skade i hjernen. De er allerede i en krise, og de fleste må ta stilling til noe som er ukjent.

Pårørende kan oppleve det som meget utfordrende når de blir spurt om organer fra deres avdøde, samtidig som de opplever at utseende til den døde ikke er i samsvar med et « normalt dødt menneske ». Hjertet slår fortsatt, og huden er varm. Det er intensivsykepleiers oppgave, å bruke kommunikasjon som et verktøy, for at disse skal forstå virkeligheten. Dette støttes av tidligere forskning (Orøy et al, 2011, s. 4). Er ikke informasjonen om hva som har skjedd og hvordan prosessen blir videre forstått, har pårørende vanskeligheter med å forstå at pasienten egentlig er død (Bentzen & Bjørk, 2014, s. 8).

I denne fasen har intensivsykepleier en oppgave i å få pårørende til å forstå at sirkulasjonen til hodet er opphørt. Etter informasjonssamtaler med legen er det en forventning til at intensivsykepleier skal gjenta informasjonen til pårørende og svare på spørsmål. Hva som er gitt av informasjon kan være avhengig av kunnskapen eller kommunikasjonsferdigheter hos legen. Tidligere forskning trekker frem mangel på kommunikasjonsferdigheter, og

manglende ferdigheter i å formidle dårlige nyheter. (Eide et al, 2012 s. 1238). I de tilfeller der intensivsykepleier blir utelukket fra samtalen, har hun ikke forutsetninger for å gjenfortelle hva som er gitt av informasjon.

Intensivsykepleier prøver å fordele tiden mellom å gi organbevarende behandling til donor og ivareta pårørende. Dette kan igjen medføre at intensivsykepleier ikke har fått gitt kontinuerlig informasjon gjennom hele forløpet, slik tidligere forskning viser, slik at pårørende ikke forstår alvoret i situasjonen (Garside, et al, 2011, s. 232). I andre tilfeller viste tidligere forskning at adekvat informasjon til pårørende var regnet som en viktig del av omsorgen til pårørende, noe som igjen gjorde at de var forberedt på at døden var et faktum. Pårørende hadde da også bedre forståelse av opphørt sirkulasjon til hjernen som støttes av forskningen (Groot et al, 2016, 6). Dette viser hvilken betydning intensivsykepleier kommunikasjon med pårørende har for at de skal forstå betydningen av opphørt sirkulasjon til hjernen. Dette støttes av tidligere forskning (Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699, Orøy, et al, 2011, s. 9, Floden et al, 2011, s. 10, Meyer et al, 2011, s. 108, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136, Ingram, et al, 2002, s. 256).

Mine funn viser at intensivsykepleiere lytter når pårørende tar opp dette temaet, og prøver å forklare. Sitat: *«Og de ser at hjertet slår, det er puls og det er blodtrykk. Han tisser, såkalt puster selv om det er maskinen som gjør det, ikke sant. Ja det er ikke lett.»* I1.

Hvordan intensivsykepleiere løser oppgaven med kommunikasjonen til pårørende, avhenger av kommunikasjonsferdigheter og kunnskaper om organdonasjon hos intensivsykepleier. Nordentoft & Ravn Olesen (2014) s. 75 fremhever viktigheten av at intensivsykepleier viser respekt og interesse for pårørendes perspektiv av situasjonen.

En erfaren intensivsykepleier som kjenner til forløpet i en organdonasjon, ville ha samarbeidet om informasjonssamtalene som hun og legen skulle gi utfra pårørendes behov. Enighet i behandlingsteamet er viktig og støttes av tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Det er viktig å holde kontakt med legen, for å kunne oppdatere ham om de pårørendes opplevelse av situasjon, og igjen kunne bidra til en informasjonssamtale utfra pårørendes forståelse av situasjonen. De fleste intensivsykepleiere har evnen til å løse problemer i krisesituasjoner og omsette dette i praksis. Dette støttes av teori (Travelbee 2002, s. 125).



Mine funn viser hvordan intensivsykepleiere benytter kommunikasjon for å prøve å få pårørende til å forstå den situasjonen de opplever. At deres kjære er død, og at legen har spurt om samtykke til organdonasjon. Intensivsykepleierne var opptatt av å ivareta pårørende så godt det lot seg gjøre, og svare på alle spørsmål i håp om at de forstår at deres kjære er død. Intensivsykepleier må ta i bruk kommunikasjonsteknikker for å få vite hvordan pårørende har forstått kommunikasjonen. Dette støttes av teorien til Travelbee (2002), s. 141. Enten ved å få de til å gjenfortelle hvordan de forstår hva som har skjedd eller hva de tenker på. I teorien kan man ta i bruk speilingsteknikk, ved å stille spørsmål tilbake som gjør at pårørende svarer på sitt eget spørsmål. Slik som Travelbyee (2002) s.141 støtter.

Sitat:

*«Også må vi prøve å gjøre så godt vi kan for de som står oppe i det. Det er jo det som er hele målet. Og det å se alle aldersgruppene som små unger til foreldrene, menn, og hva det måtte være og besteforeldre, se alle opp i det hele og legge til rette som man kan og det er dermed ikke sagt at man kanskje lykkes på alle områder, men man prøver.» I2*

I denne fasen kunne erfarne intensivsykepleiere med gode kommunikasjonsferdigheter bidra til gode relasjoner, og dermed forberede pårørende på hva den alvorlige situasjonen består i og hva organbevarende behandling er. Dette gjøres ved å gi adekvat informasjon om at det er organer som behandles, og ikke den avdøde. Intensivsykepleiere prøver å se alle pårørende og aldersgrupper, og det handler også om å bruke kommunikasjonen på en slik måte at selv den yngste blir sett og hørt. Dette sier tidligere forskning noe om (Grot et al, 2015/6 s. 6) Intensivsykepleier er den som har mest kontakt med de pårørende fordi de er ved sengen 24 timer i døgnet. De er alltid støttende og yter omsorg til pårørende, som kan reagere emosjonelt eller angre på svaret de har gitt (Jawonyi & Gormley, 2015, s. 699). Det å kunne bevisst styre kommunikasjonen mot en god forklaring om hva som hadde skjedd og hvorfor donor ikke hadde de samme dødstegnene som fremkommer hos en vanlig død person, gjorde pårørende mindre stresset. Dette støttes av tidligere forskning (Groot et al, 2016, s. 3).

Konsekvensen av at pårørende ikke føler seg godt nok ivaretatt eller ikke har fått god nok informasjon til å ta et veloverveid valg om organdonasjon, kan være at organer går tapt

eller at pårørende ikke samtykker til å donere organer. Slik tidligere forskning støtter (Groot et al, 2016, s. 3).

### **6.3. Intensivsykepleierens erfaring med organdonasjon kan ha betydning for kommunikasjonen**

Mine funn viser at intensivsykepleiere har gjort en del refleksjoner i sitt arbeide med organdonasjon som er viktig å få frem. Man må ikke glemme innsatsen som intensivsykepleier bidrar med til pårørende for å betrygge de om at de tar et riktig valg for både avdøde og de selv. Pårørende har gitt en verdifull gave, som intensivsykepleier forvalter frem til organuttak. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) skal sykepleien bygge på barmhjertelighet, omsorg og respekten for menneskeverdet.

Tidligere forskning støtter opp om at helsepersonell som er godt trent, sikre på organdonasjon, og som viste et godt samarbeide, var av stor betydning når spørsmålet om donasjon ble stilt, (Long, et al, 2006, s. 149). Effektiviteten til intensivsykepleier avhenger av forståelse og kunnskaper på området, som støttes av tidligere forskning (Jawoniyi & Gormley, 2015, s.699).

På en intensivavdeling har sjelden alle intensivsykepleierne kompetanse om forløpet i en organdonasjon, og mine funn viser at intensivsykepleier ikke alltid er forberedt på, eller har kunnskaper om, hvordan organdonasjonen forløper. Sitat: «*Men første gangen du er med på det. Virker det jo kanskje litt ille*» I4, Et annet sitat beskriver intensivsykepleiers opplevelse av en informasjonssamtale med en lege som tok opp spørsmålet om organdonasjon:

Sitat:

*«Fordi de var unge pårørende da og det var spesielt da. Veldig sårt og de var ikke landet etter sjokket. Og at man skulle gå inn og spørre dette spørsmålet kjentes på. Bare kjentes selv hvor jævlig det kjentes ut». I7*

For uerfarne intensivsykepleiere som ofte blir kastet inn i praksis, kan dette oppleves som svært ubehagelig. Dette støttes av tidligere forskning (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137).

Tidsperspektivet er kort, fordi liggetiden for en donor på intensiv kan dreie seg om fra timer til noen få dager, og ikke alle intensivsykepleiere har muligheten til å opparbeide seg en kompetanse på dette sensitive temaet. Den uerfarne, som regnes som en novise, bør ha

en veileder første gang, som veileder og forteller henne hva som er viktig. I starten er hun mest opptatt av hvordan hun selv har det, og greier ikke å se helheten. Hadde hun vært sammen med en erfaren intensivsykepleier, kunne hun ha hatt deloppgaver som gjorde at hun kunne få økt praktisk kunnskap. Det er fra praksis at novisen husker det hun har lært. Dette er i samsvar med Dreyfus & Dreyfus, (1986, s. 22) sin teori om kompetanse. I praksis har erfarne intensivsykepleiere samarbeidet og gitt støtte til den uerfarne, for å øke kunnskapen om temaet organdonasjon og praktiske ferdigheter som det er forventet at en intensivsykepleier skal ha (Jawoniyi & Gormley 2015, s. 700, Garside, et al, 2012, s. 231, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136). Ifølge Schön er en kyndig yrkesutøver en «reflekterende praktiker» (Schön 1983 i Thomassen, 2006, s. 37).

Erfarne intensivsykepleiere ville ha mestret overgangen fra å snakke til pasienten til bare å ha fokus på å kommunisere med pårørende. Dette for å markere at pasienten er død, noe som kan være til hjelp for pårørende. Fra tidligere forskning sies det at pårørende må ha forstått og erkjent at døden var et faktum, før organuttak (Ingram, et al, 2002, s. 250).

Intensivsykepleierne beskriver hvordan de selv opplevde informasjonssamtalen som legen hadde med pårørende. Flere av intensivsykepleierne forteller at de var opptatt av egne emosjonelle reaksjoner, og kan ha mistet fakta om hvordan pårørende reagerte på det de fikk vite. Dette kan igjen ha ført til at pårørendes opplevelser av intensivsykepleiers reaksjoner gjordet de ikke ville stille spørsmål som de ønsket svar på, eller at de trakk seg tilbake. Dette fordi de opplevde at intensivsykepleier også hadde problemer med det som ble sagt. Da kan det skje at pårørende trekker seg tilbake og avslår organdonasjon, enten fordi de føler at de ikke har fått god nok informasjon eller at de føler at de ikke blitt sett av helsepersonellet (Grot et al, 2016, s. 3, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

Den erfarne intensivsykepleier har flyt i sitt arbeide, fordi hun har erfaring gjennom praksis, og kan ha full oversikt over de situasjoner som hun står i eller som oppstår. På denne måten kan hun iverksette tiltak og prioriteringer som er nødvendige. Dette støtter teorien til Dreyfus & Dreyfus, (1986). Hun ser helheten, både i forhold til potensiell donor/donor og dens pårørende, og nødvendigheten med samarbeid med legen. Gjennom refleksjoner over tidligere praksis, kan hun sitte med erfaringer som bare kan erfares og raskt iverksette nødvendige tiltak slik teorien til Schön, (2001), s. 7 fremhever. Hans teori trekker også frem refleksjoner-over-handling, som handler om å reflektere over det som har

skjedd og konsekvensene av det. Dette må oftest skje i etterkant av en hendelse, da det ikke alltid er mulig å få det gjennomført på grunn av et hektisk og krevende arbeidsmiljø.

For uerfarne intensivsykepleiere vil det å kommunisere med pårørende som er i krise bli vanskelig når hun ikke har kommunikasjonsferdigheter til å føre en samtale. Dette kan medføre at hun ikke lytter godt nok eller at hennes nonverbale kroppsspråk avslører hennes usikkerhet. Teorien støttes av (Travelbee 2002, s. 125). Det er ikke alltid intensivsykepleier husker på at pårørende kan observere nonverbalt kroppsspråk, som støttes av Travelbee, (2002), s. 125. Intensivsykepleiere som var ærlige med pårørende på at hun ikke kunne svare på spørsmålet, men skulle spørre en kollega, kunne igjen gjøre at pårørende følte seg respektert og ivaretatt. Teorien støtter dette Travelbee (2002) s. 183 og er en del av kompetansetigen for å bli en ekspert til slutt. Dette var en av årsakene til at de fleste pårørende var positive til organdonasjon når de fikk spørsmålet. Tidligere forskning støtter dette (Meyer & Bjørk, 2007, s. 137).

Årsaken til manglende kompetanse kan være mangel på rutiner på avdelingen, eller lite fokus på å øke kunnskapen blant nyansatte eller på å vedlikeholde kommunikasjonsferdigheter hos personale. For uerfarne intensivsykepleiere som ikke helt tørr å si ifra kan Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) kapittel 1.7, være en veileder som oppfordrer sykepleiere til å erkjenne sine grenser for kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner. Det er en del ting som man kan lese seg til, mens andre kunnskaper og erfaringer må komme fra praksis. Alle situasjoner kan utarte seg forskjellig, like mye som pårørende har ulike behov. Selv om det er noe felles, er det andre ting som må erfares, slik som kommunikasjon med pårørende til en organdonor, som er i krise.

### 6.3.1 Intensivsykepleieren føler seg utilstrekkelig og alene om oppgavene

Intensivsykepleier føler på at hun ikke strekker til, eller at ingen har tid eller ønsker å snakke om organdonasjonen i etterkant av en organdonasjon. Hun må ivareta potensiell donor/donor og pårørende på samme tid. En av sykepleieoppgavene er å være imøtekommende og legge til side egne behov for å utvikle gode relasjoner til den som trenger støtte (Travelbee 2002, s. 171).

Mine funn viser at intensivsykepleier tar jobben med hjem, og reflekterer over vakten hun har hatt, hjemme.

Sitat:

*«Da tar jeg veska mi og går hjem. Og så har jeg en stille stund hjemme. Før jeg legger meg. For du tenker jo over det. Det er en av de tingene du tenker på når du går hjem er organdonasjon. Med masse pårørende og familier og hva de gjennomgår og sånn. Ellers så er det slik at når jeg går ut av denne døren her så er jeg ferdig. Men det er ikke den biten der(..)I4.*

Arbeidet med å ivareta potensiell donor/donor og pårørende er regnet som svært ressurskrevende og hektisk, spesielt i overgangen mellom liv og død. (Meyer & Bjørk, 2007, s. 135).

Mine funn viser også at intensivsykepleiere har et ønske om å være to for å kunne reflektere over vakten. Sitat: *«Hvis vi har vært 2 i lag kunne vi ha snakket underveis, (...)»* I4. Teorien støtter opp om å være to (Orøy et al, 2011, s. 9, Meyer, & Bjørk, 2007, s. 136). Når det er to, er det også muligheter for at en erfaren og en uerfaren intensivsykepleier kan arbeide sammen og fordele oppgaver. Dette kan igjen bidra til økte kunnskaper og praktiske ferdigheter gjennom samarbeidet (Jawoniyi & Gormley, 2015, s 700, Garside, Garside, Fletcher & Finlayson, 2012, s. 231, Meyer, Bjørk & Eide, 2011, s. 113, Orøy et al, 2011, s. 9, Meyer & Bjørk, 2007, s. 136).

En erfaren intensivsykepleier som har stått alene i praksis har lært å reflektere over situasjonen når hun kommer hjem. Hun reflekter over sin arbeidsdag, og siden hun ikke kan ha debrifing på arbeidsstedet tar hun det hjemme. Dette er en sykepleier som har lagt egne behov til side, for å gi sykepleie til pårørende, som Travelbee (2002) s. 171 fokuserer på. Dette er fordi hun er trygg i sitt arbeide og i samtaler med pårørende, og er klar over hvilken betydning det har. Dette støttes av tidligere forskning (Jawoniyi & Gormley, 2015, s 699). Mine funn viser at for en intensivsykepleier som ikke har så mye erfaring, vil det være vanskelig å kunne reflektere over situasjoner som er vanskelige når det ikke har vært andre til stede i samme situasjon. Etersom om hun ikke er utlært, vil hun ikke være kompetent til å ha et helhetlig bilde over situasjonen, da hun ikke kjenner til hele forløpet i en organdonasjon. Hun er på stadiet avansert nybegynner, der hun kan gjenkjenne kunnskaper og situasjoner fra tidligere praksis. Dette støttes av teorien av (Dreyfus &

Dreyfus, 1986, 23). I denne fasen vil de erfaringene som hun gjør, bety mere enn om noen bare fortalte om de. Det er fra erfaringer at intensivsykepleier lærer. Om noe bare fortalte henne om hva hun skulle gjøre, ville hun ikke kunnet ta i bruk teorien hun hadde fått. Dette, fordi hun ikke har den generelle teoretiske kunnskapen, som er nødvendig for å forstå problemet og finne løsning. Dette støttes av Schøn 1983 i Thomassen 2006, s. 37).

Årsaken til dette fenomenet er ofte er det ikke nok ressurser på jobb til å være to intensivsykepleiere på en potensiell donor/donor, og ivareta pårørende. Det er ressurskrevende arbeid å gi intensivsykepleie til potensiell donor som er i overgangen fra liv til død, og samtidig å få pårørende til å skjønne at pasienten kommer til å dø eller er død. Dette støttes av (Groot, et al, 2016, s. 3, Jawoniyi & Gormley, 2015, s. 699, Fløden & Forsberg, 2009, s. 8, Meyer & Bjørk, 2007 s. 135, Daly, 2006, s. 79, Frid, et al, 1998, s. 27). Dette igjen kan medføre fare for slitasje på intensivsykepleierne, fordi det er lite eller ingen refleksjoner i etterkant av en organdonasjon. Refleksjoner i etterkant kunne bidratt til en deling av kunnskaper og erfaringer, og at det ble bedre samarbeid og forståelse av hverandres ståsted ved neste organdonasjon. Dette støttes av Schøn, (1983) i Thomassen, 2006, s. 37, som beskriver at en «reflekterende praktiker» er en kyndig yrkesutøver, fordi hun handler ut fra hva hun har lest og hva hun skal gjøre Schøn 1983 i Thomassen 2006, s. 37). Er refleksjonen med en kollega, vil ifølge teorien være en refleksjon -over-handling, dersom dette skjer i etterkant av situasjonen (Schøn, 2001, s. 56).

I begge tilfellene kunne intensivsykepleier formidlet til ledelsen, at det er behov for en ekstra ressurs. Teorien støtter sykepleier som bruker kommunikasjonen til å si fra om kommunikasjonsproblemer som kunne ha blitt løst dersom problemet var kjent (Travelbee 2002, s. 196). I dette tilfellet er problemet godt kjent på intensivavdelingene, og det vil være ekstra tungt for en intensivsykepleier med mindre erfaring. Det er viktig at intensivsykepleier er klar over at den måten hun velger å kommunisere på får konsekvenser utfra situasjonen hun står, slik teorien fremhever (Nordentoft & Ravn Olesen, 2014, s. 9). Pårørende har forventninger til intensivsykepleier utfra hennes rolle, og de pårørende har egne opplevelser og erfaringer fra tidligere. Den løsningen som hadde vært optimal ville vært å være to intensivsykepleiere, der de delte på oppgavene mellom potensiell donor/donor og pårørende og de kunne ha støttet hverandre. Dette støttes av tidligere forskning (Orøy et al, 2011, s. 9, Meyer og Bjørk, 2007, s. 136, NSF, 2016).

Konsekvensen av at intensivsykepleiere står alene med alvorlige og komplekse oppgaver kan være at det ikke blir organdonasjon, og at intensivsykepleier står i fare for utbrenthet.

### 6.3.2 Intensivsykepleier har behov for kollegial støtte og samarbeid

Intensivsykepleiere som arbeider med organdonasjon, forstår ikke før i etterkant hva de har bidratt til og hvor sliten de egentlig er etter en vakt med en ustabil potensiell donor/donor og med de pårørende.

Mine informanter forteller om at de forsøker å beskytte pårørende mot å ha kontakt med så mange andre på grunn av faren for misforståelser, og at de ønsker at det skal bli donert organer. Sitat: «*Tung i toppen. Du kan ikke involvere så mange andre heller. Det er ikke så lett å spørre om du bare kan avløse meg litt. Du står liksom i det*» I4

Intensivsykepleiere føler at de er alene om en stor oppgave som de ikke kan gå ifra, eller få avløsning fra andre. De kan være emosjonelt påvirket i praksis, men klarer å holde masken til de kommer hjem. Sitatet beskriver innsatsen, men også at det koster. For å kunne stå i slike situasjoner kreves det erfaring fra praksis og evnen til å kunne reflektere for seg selv. Spesielt i tilstander som er «*uklare, forvirrende og ustabile*» kunne to intensivsykepleiere kunnet reflektert-i-handling, slik teorien støtter (Schøn, 2001, 57). Det handler om å prøve og feile, der man oppdager i praksis at hun burde ha bedt om en kollega som hun kunne ha samarbeidet med. En intensivsykepleier kunne ivaretatt pårørende, slik at de valgte å dele informasjon til sykepleier fordi hun viste interesse for hva de ønsket å formidle. Dette støttes av teorien (Travellbee, 2002, s. 125). Dette lærer intensivsykepleiere ikke i sin utdanning, men i praksis.

## 7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I forhold til min problemstilling om utfordringer til intensivsykepleier ved identifisering og organbevarende behandling, er kommunikasjonsutfordringer mellom intensivsykepleier og leger et område som har pekt seg ut. Kommunikasjonsutfordringene kan være mangel på rutiner og trening på kommunikasjonsferdigheter, som igjen forplanter seg til kommunikasjonen med pårørende. I forbindelse med utfordringene med kommunikasjon kom det også frem mangel på kunnskaper og rutiner, for intensivsykepleier. Det var åpenbare forventninger til intensivsykepleier i praksis, uten at det var en prosedyre beskrevet noe sted. Da denne oppgaven ble påbegynt, fant jeg ingen beskrivelser av oppgavene til intensivsykepleier ved organdonasjon, men kun en funksjonsbeskrivelse for donoransvarlig intensivsykepleier (Norod 2018) som skal følge opp ansatte.

Å ha gode rutiner ved organdonasjon gir mere flyt og støtte til kollegaer, i arbeidet mellom intensivsykepleier med kompetanse og legen, men også ivaretagelse av pårørende, som støttes av forskningen (Garside & Garside, 2010, s. 29).

Det økonomiske er en faktor, da sykehuset har begrensede midler, som gjør at flere pasienter som er inneliggende over lang tid, på grunn av mangel på friske organer, blir en økonomisk belastning. I den tid da sykehuset må prioritere hvilke pasienter som skal få behandling. En annen faktor er at de som er inneliggende på sykehus, påvente av organer, kunne blir produktive og bidratt til samfunnet. Intensivsykepleier trenger klare retningslinjer, men også muligheten til å bli bedre på kommunikasjon, slik både teori og tidlige forskning støtter, (Travelbee 2002, s. 136, Meyer et al, 2011, s. 111)

Forskningslitteraturen støtter opp om at tverrfaglig samarbeide er av positiv betydning for pårørende (Long et al, 2006, s. 146), men da må samarbeidet fungere.

Oppfølging av erfarne spesialtrente og kompetente intensivsykepleiere, la grunnlaget for gode rutiner i forbindelse med identifisering av potensiell donor. Dette er ikke alltid mulig eller at det ikke er prioritert på avdelingen.





## LITTERATURLISTE

- Alnes, E., Eriksen, I., & Solbu Jullumstrø, (2019), Nytt på nytt , NRK, 14. januar 2019, <https://www.nrk.no/norge/nesten-25.000-nye-donorkort-etter-nytt-pa-nytt-sending-1.1438038>
- Berntzen, H. & Bjørk, I., T., (2014) Experience of donor families after consenting to organ donation: a qualitative study, *Intensive & critical care nursing*, October 2014. Vol.30(5), pp.226-74 [Fagfelleurdert tidsskrift] <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.001>
- Bøe-Syversen, Torgunn, (2013). *Helter i sorgens landskap: Pårørendes erfaringer fra organdonasjon*. Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie, Kull 2009, deltid, 15. mai 2013
- Daly, B, (2006), End-of-Life Decision Making, Organ Donation, and Critical Care Nurses, [Fagfelleurdert tidsskrift] *Critical care nurse*, vol 26, p 78-86, no. 2, april 2006 <https://doi.org/10.4037/ccn2006.26.2.78>
- Dreyfus, H., L., & Dreyfus, S., E., (1986), *The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*, The free press, New York, ISBN: 0-02-908061-4 (Athanasiou Tom)
- Eide, H. & Eide, T., (2007) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2. utgave
- Eide, H., Foss, S., Sanner, M. & Mathisen, J. R., (2012), Organdonasjon og norske legers behov for opplæring, *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 132:1235-8, Utg.10, mai 2012, [Fagfelleurdert tidsskrift] <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1273>
- Fixdal, T., (28, mai 2018, s. 1), *Utfordringer, Problem eller utfordring*, Tidsskriftet den Norske Legeforening, <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0150>

- Fløden, A., & Forsberg, A., (2009). Phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care nursing*, (2009) 25, 306-313 <https://doi.org/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*, [Fagfelleveurdert tidsskrift], *Intensive and Critical Care Nursing* 27, s. 305-136 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.002>
- Forskningsetikk, (2019,) *Retningslinjer Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, Forskningsetikk, Publisert 23.05.2019. <https://www.forskningsetikk.no/>  
<https://tidsskriftet.no/2018/05/sprakspalten/problem-eller-utfordring>
- Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon (2015). *Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev*, (FOR-2015-12-21-1813-|§10). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-21-1813>
- Forskrift om humane organer til transplantasjon, (2015) Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon, (FOR-2015-12-07-1401), Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-07-1401?q=2015-12-07-1401>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (2016) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra: <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Frid, I., Bergbom, I., & Haljamäe, H., (2001), No going back: narratives by close relatives of the braindead patient, *Intensive and Critical Care nursing*, 17, s. 263-278, <https://doi.org/10.1054/iccn.2001.1590>
- Frid, I., Bergbom-Engberg, I., & Haljamäe, (1998) Braindeath in icUs and associated nursing care challenges concerning patients and families, *Intensive and Critical Care Nursing* 14, s. 21-29. <https://doi.org/10.1097/00003465-200507000-00009>
- Garside, J., Garside, M., Fletcher, S., & Finlayson, B., 2012, Utilisation of an embedded specialist nurse and collaborative care pathway increases potential organ donor

referrals in the emergency department, [Fagfelleverdert] *Emergency Medicine Journal*. 2012, 29:228-232, <https://doi.org/10.1136/emj.2010.107334>

Garside, M., & Garside, J., (2010) Role of urgent care staff in organ donation, [Fagfelleverdert] *Emergency Nurse*, oktober 2010, Volume 18, Number 6, s. 28-30. <https://doi.org/10.7748/no2010.10.18.6.28.c8030>

Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21066923/>

Groot, de J., Hoek1, von M., Hoedemaekers, C., Hoitsma, A., Schilderman, H., Smeets W., Vernooij-Dassen1, M., & Leeuwen, E., von (2016), [Fagfelleverdert], Request for organ donation without donor registration: a qualitative study of the perspectives of bereaved relatives. s. 1-14. *BMC Medical Ethics* (2016) 17:38, <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0120-6>

Groot, de J., Vernooij-Dassen1, M., Vries, A., de., Hoedemaekers, C., Hoitsma, A., & Leeuwen, E., von (2014), Intensive care staff, the donation request and relatives' satisfaction with the decision: a focus group study, *BioMed Central*, (2014) Vol. 4 (1), s. 1-9 <https://doi.org/10.1186/1471-2253-14-52>

Gulbrandsen & Stubberud) (RED (2005), Kapittel 14, *Organdonasjon*, Intensivsykepleie, s. 156-168, Oslo: Akribe AS

Helsedirektoratet, (2016), *Krise, Mestring, samhörighet og håp, Veileder for psykosiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofe. Veileder IS-2428*, Helsedirektoratet, Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet, (2016), *Rundskriv til forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev*, IS-7/2016, Helsedirektoratet, Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no>

Helsepersonelloven- hlp (1999), *Lov om helsepersonell m.v., Kap. 2, Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse*, §4.(LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsinkideklarasjonen, 2013, Helsinkideklarasjonen revidert, Hentet fra: <https://www.etikkom.no>

- Hiim, H., & Hippe, E., (2001), *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere, Yrkesdidaktikk og yrkeskunnskap*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1. utgave. 2001, ISBN: 82-00-12833-4
- Ingram, J., Buckner, E., & Rayburn, A., (2002), Critical Care Nurses' Attitudes and Knowledge Related to Organ Donation. [Fagfelleverdert]. *Dimensions of Critical Care Nursing, Issue: Volume 21/6*. PP 249-255.
- <https://doi.org/10.1097/00003465-200211000-00008>
- Jacoby, L., H., Breikopf, C., R., & Pease E., A., (2005). A Qualitative Examination of the Needs of Families Faced With the Option Of Organ Donation , [Fagfelleverdert], *Dimensions of Critical Care Nursing* p. 183-198,
- <https://doi.org/10.1097/00003465-200507000-00009>
- Jawoniyi O., O. & Gormley, K., (2015), How critical nurses' roles and education affect organ donation, *British Journal of Nursing, Vol 24, No 13. S. 698-701* [Fagfelleverdert]
- <https://doi.org/10.1097/00003465-200211000-00008>
- Johannessen, A., Tufte, P., A. & Christoffersen, L., (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 4. utgave Oslo: Abstrakt forlag AS, ISBN 978-82-7935-298-3
- Kvaale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Norsk Forlag. 3 utg. ISBN:978-82-05-46354-7
- Kunnskapsdepartementet (2019-2020), *Kompetanse*, Kunnskapsdepartementet, (2019-2020), Regjeringen.no, Lastet ned 13.09.21
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/?ch=2>
- Lind, R., Lorem, G., F., Nortvedt, P., & Hevrøy, O., (2012), Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives [Fagfelleverdert], *Nursing Ethics* 19(5) 666–676 <sup>a</sup>: <https://doi.org/10.1177/0969733011433925>
- Livet på vent, (2011). Serie om organdonasjon, TV2, Produsent: Nordisk film & TV. (19.01. 2), Livet på vent, Utgiver : TV2

- Long, T., Sque, M. & Payne, S., (2006), Information sharing: its impact on donor and nondonor families' experiences in the hospital, *Progress in Transplantation*, Vol. 16, No. 2, 2006, .s. 144-149, <https://doi.org/10.1177/152692480601600210>
- Long , T., Sque, M., Payne, S., (2006), Information sharing: its impact on donor and nondonor families' experiences in the hospital, [Fagfelleverdert], s. *Progress in Transplantation*, Vol. 16, No. 2, June 2006, s. 144-149.  
<https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1177%2F152692480601600210>
- Malterud, K., (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, En innføring*.3. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Oslo: Universitetsforlaget,
- Meyer, K., (2005) Kapittel 14, Organdonasjon, (Gulbrandsen & Stubberud) (RED), *Intensivsykepleie*, s. 156-168, Oslo: Akribe AS
- Meyer, K., & Bjørk I. T. (2007) Change of focus: from intensive care towards organ donation, [Fagfelleverdert], *European Society for Organ Transplantation 21 (2007)* 133–139, <https://do.org/10.1111/j.1432-2277.2007.00583.x>
- Meyer, K., Bjørk I. T. & Eide, H. I., (2011) Intensive care nurses' perception of their professional competence in the organ donor process: a national survey, [Fagfelleverdert] *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 104-115,  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05721.x>
- Nordentoft, H.,M., & Olesen Ravn, B., (2014), *Kommunikation i kontekst, Reveiw bedømt*. København: Muncksgaard
- Norod, (2019), Bakkan, A., B., (2019) *Organdonasjon og -transplantasjon, Aktivitetstall 1.januar-31. Desember 2019* (UiO) Universitetet i Oslo. <http://www.norod.no/wp-content/uploads/2020/01/4.kvartal-2019-Organdonasjon-og-transplantasjon.pdf>
- Nedlastet: 12.09.21
- Norod, (2019) Norsk Ressursgruppe for organdonasjon, *Om Norod*, Lastet ned: 20.03.2019, <http://www.norod.no/om-norod/>

- Norod (2018) Funksjonsbeskrivelsen for organdonor ansvarlig sykepleier Norod  
<http://www.norod.no/funksjonsbeskrivelse-for-dal-og-das/>
- NSF (2002) Norsk Sykepleieforbund Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. NSF,  
Hentet fra:  
[https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20\\_2\\_.pdf](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf)
- NSFLIS (2006), *Intensivavdeling*, Norsk sykepleieforbund landsgruppe for intensivsykepleiere, [NSLIS], Definisjoner,  
<https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%202006.pdf>
- NSFLIS (2004), *Intensivsykepleier*, Norsk sykepleieforbund landsgruppe for intensivsykepleiere, [NSLIS], Definisjoner,  
<https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%202006.pdf>
- Norsk Sykepleier Forbund (NSF), Yrkesetiske retningslinjer, (23.05.2016), *Norsk Sykepleier Forbund*, Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleier>
- Norod, (23.11.2020), *Protokoll for organdonasjon*, Norod, 2020,  
[http://www.norod.no/wpcontent/uploads/2020/06/Protokoll\\_for\\_organdonasjon160620-nett.pdf](http://www.norod.no/wpcontent/uploads/2020/06/Protokoll_for_organdonasjon160620-nett.pdf)
- NOU 2011: 21, (2011) Når døden tjener livet— Et forslag til nye lover om transplantasjon, obduksjon og avgivelse av lik, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-21/id666923/sec2>
- Orøy, A., Strømskag, K., E., & Gjengedal, E., 2011, Interaction with potential donors' families: The professionals' community of concern\*a phenomenological study, [*Fagfellevurdert*] *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2011, 6: 5479,  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5479>

- OUS Rikshospitalet (2020), *Donation after Brain Death (DBD), Prosedyre Organdonasjon – Organbevarende behandling*, OUS Rikshospitalets ehåndbok, Lastet ned 13.09.21 <https://ehandboken.ous-hf.no/document/113303>
- OUS Rikshospitalet, (2020) Hjernetamponade, *Prosedyre Organdonasjon, - Organbevarende behandling*, OUS Rikshospitalets ehåndbok, Lastet ned 13.09.21 <https://ehandboken.ous-hf.no/document/113303>
- OUS Rikshospitalet, (2020) *Prosedyre Organdonasjon, - Organbevarende behandling*, OUS Rikshospitalets ehåndbok, Lastet ned 13.09.21 <https://ehandboken.ous-hf.no/document/113303>
- Pasient- og brukerrettighetsloven- pbrl, (1999), Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Schøn, D., A., (1983) *Den reflekterende praktiker, Hvordan profesjonelle tenker når de arbeider*, Danmark- Århus: Kim forlag, 2001, Oversatt av Steen fiil, ISBN: 87-7724-936-4
- Siminoff, L.A, Marshall, H., M., Dumenci, L., Bowen, G., Swaminathan, A. & Gordon, N., (2009), Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation Context, [Fagfelleurdert] *Progress in transplantation*, (Aliso Viejo, Calif.), 2009-03, Bind 19, utgave 1, mars 2009 <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1177/152692480901900105>
- Siminoff, L., A., Agyemang, A., A. & Traino, H., M., (2013), Consent to organ donation: A review, [Fagfelleurdert], *Progress in Transplantation*, Vol 23, No 1 -March 2013. 99-104 <https://doi.org/10.7182/pit2013801>
- Spesialisthelsetjenesteloven – [sphi] (1999), *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. ()* LOV-1999-07-02-61. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stiftelsen Organdonasjon, (1996), <https://organdonasjon.no/>
- Store norske leksikon (2018) Informasjonen, *Store norske leksikon*. Lastet ned: 20.2.2018, <https://snl.no/informasjon>



Store norske leksikon, (2018) Samhandle, *Store Norske Leksikon* Lastet ned 21. 11.2018  
<https://snl.no/informasjon>

Stubberud, D., G., (2005), Intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsområde,  
Guldbrandsen, T., & Stubberud, D.G., (Red), *Intensivsykepleie*, Akribe AS forlag.  
1. utg. Kap. 2, s. 27-39.

Thomassen, M., (2006), *Vitenskap, kunnskap og praksis, Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag,

Thornquist, E., (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*, Bergen Fagbokforlaget,  
ISBN:978-82-450-2464-7.

Travelbee, J., (2002), *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*, Munksgaard Danmark  
ISBN: 87-628-0196-1

Transplantasjonsloven, (2015). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2015-05-07-25>

Vil du delta i forskningsprosjektet

**«Hvilken kompetanse mener intensivsykepleiere at de har behov for i en organdonasjonsprosess?»**

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få vite noen om kompetansen som intensivsykepleier mener de har behov for i en organdonasjonsprosess.**

**I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

Formål

Å belyse hvilken kompetanse intensivsykepleier har behov for i en organdonasjonsprosess, vil gi økt kompetanse ved å sette fokus på kunnskaper, kommunikasjon og samarbeid på intensivavdelingen. For å oppnå dette, ønsker denne studien å fokusere på utfordringer knyttet til ferdigheter og forventninger til intensivsykepleier, og det som utfordrer et tverrfaglig samarbeid på sykehus. I tillegg vil studien diskutere hvilke roller og funksjon det er naturlig at intensivsykepleieren har i dette arbeidet på avdeling.

**Problemstilling**

**«Hvilken kompetanse mener intensivsykepleiere at de har behov for i en organdonasjonsprosess?»**

-Temaer som er aktuelle i intervjuguiden:

A) Kompetansen til intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess

B) Hvilke ferdigheter er viktig for intensivsykepleier i en organdonasjonsprosessen?

C) Hva forventes av en intensivsykepleier i organdonasjonsprosess?

Forskningsprosjektet gjennomføres av Gudny Abrahamsen Rosland, som er masterstudent ved Oslo Met-storbyuniversitet, ved Masterstudiet- klinisk forskning og fagutvikling. Invitasjonen blir sendt ut til 2 av Norges intensivavdelinger som identifiserer potensiell donor. Gudny Abrahamsen Rosland ønsker å intervju intensivsykepleiere gjennom fokusgruppeintervju med, som har sitt arbeidsted ved en intensivavdeling. Det er ønskelig at gruppen er på 4-8 personer, som har 2 års arbeid på intensivavdelingen, norsktalende og at det er en samtale innad i gruppen om hvilken kompetanse mener intensivsykepleier de har behov for i en organdonasjonsprosess. Kan bli aktuelt med individuelle intervju som supplement til fokusgruppeintervju.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dersom du ønsker å delta i studien vil det bli ca 1 -1,5 times fokusgruppeintervju med 4-8 deltakere, på et rom på arbeidstedet, etter avtale leder på intensivklinikken og avdelingsleder. Ved dybdeintervju blir intervjutiden omtrent 1 time. Tid og sted for intervjuet blir avtalt mellom leder og forskeren, når det er tid for alle i gruppen å møtes. Det vil bli brukt båndopptaker og notert under intervjuet. For å se hvordan utvalget mitt blir, må jeg vite din alder, kjønn og hvor lenge du har arbeidet ved avdelingen.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli

anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Forskeren har taushetsplikt. Ved oppgavens ferdigstilling mot slutten av 2020 vil alle båndopptak bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Inntil lydbåndopptaket er slettet har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, å få rettet personopplysninger og få slettet personopplysninger om deg. Du kan få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og om mulighet til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Dersom du ønsker å delta må du gi tilbakemelding til din leder som kontakter, slik at jeg kan avtale tid som passer. Du må signere vedlagte samtykke til deltagelse i studien før vi starter intervjuet og levere den når vi møtes til fokusgruppeintervju.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Har du spørsmål til studien. Ta kontakt med Gudny Abrahamsen Rosland på telefon 970 77 298 eller sendt på [Gudny.Rosland@hotmail.com](mailto:Gudny.Rosland@hotmail.com). Veileder Dag Karterud ved OsloMet-storbyuniversitet kan kontaktes på direkte telefon 67236125 eller mail [dagk@oslomet.no](mailto:dagk@oslomet.no). [Du kan også ta kontakt med personvernombudet ved Oslomet, Ingrid Jacobsen på telefon 993020316 eller mail \[ingrid.jacobsen@oslomet.no\]\(mailto:ingrid.jacobsen@oslomet.no\).](#)

Studien vil bli meldt inn til Norsk Persondata Tjeneste (NSD) for godkjenning og til sykehusets

Personvernombud. Om du vil vite mer om dine rettigheter kan du kontakte NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du er invitert fordi du arbeider på en intensivavdeling, der identifisering av potensiell donor og organbevarende behandling skjer. Du har intensivutdannelse og har arbeidet mer enn 2 år ved avdelingen og har vært deltagende ved organdonasjon.

Som helsepersonell er vi pålagt å identifisere potensielle donorer og håpet er at flere gir organer. I dag står mange på ventelister og den er økende fordi en del av trenger å bytte organer på grunn av blant annet livsstilssykdommer. Intensivsykepleier står bedside 24 timer i døgnet og er kontaktperson både til leger og pårørende, med å gi både god og dårlig informasjon.

### **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.

På oppdrag fra OsloMet-storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Med vennlig hilsen

Gudny Abrahamsen Rosland (forsker)

Prosjektansvarlig

*Eventuelt student*

(Forsker/veileder)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan forbereder intensivsykepleier seg til organdonasjon?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i Fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. vinter 2020

-----  
---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### Spørsmål til fokusgruppeintervju

1. Hvordan har intensivsykepleier forberedt seg til organdonasjonsprosessen?



1. Hvordan var dere forberedt til organdonasjonsprosessen?  
-introdusert for organdonasjonsprosessen første gang?  
-hvordan det var å være int.spl. i en organdonasjonsprosess?  
-Hvordan opplevde dere å være intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess?

2. Hvilke kommunikasjonsferdigheter er viktig for intensivsykepleier ved en organdonasjonsprosess?



Fortell om kvaliteten til intensivsykepleier som blir utøvd, slik du ser det med særlig vekt på utfordringer ved kommunikasjon?  
Bruk et case fra praksis opplevelser, fra et case, samarbeidet med, med hovedfokus på kommunikasjon.

3. Hva forventes av en intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess?



1. Hvilke forventninger har dere til en intensivsykepleier i en organdonasjonsprosess?  
2. Om noen ble bedt om å si hvordan dere var som intensivsykepleier i praksis ved organdonasjonsprosessen, hva ville de svart?