



MASTEROPPGAVE:

Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn

Hvordan har pasienter opplevd å få non invasiv ventilasjonshjelp ved akutt og livstruende respirasjonssvikt?

FORFATTER: KJERSTI LANGMOEN

Dato: 11.12.2012

Sammendrag

Tittel:	Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn. Hvordan har pasienter opplevd å få non invasiv ventilasjonshjelp ved akutt og livstruende respirasjonssvikt?	Dato: 11.12.12
Deltaker:	Kjersti Langmoen	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:	Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord	Non invasiv ventilasjon, maskebehandling, pasienterfaringer/opplevelser, induktiv innholdsanalyse, transisjon	
Antall ord: 16325	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale: ja
<p>Introduksjon: Non invasiv ventilasjon (NIV) har blitt brukt i økende grad for å unngå, eller fungere som et alternativ til, intubasjon hos pasienter med akutt respirasjonssvikt. Maskebehandling kan oppleves som klaustrofobisk og traumatisk. Det kan være vitalt å ha kunnskap om hvordan det erfarer av pasienter og hva som kan lette tilnærmingen av maske og gjennomføring av NIV.</p> <p>Hensikt: Å utforske og beskrive pasienters ulike opplevelser av NIV-behandling, for å identifisere hva som er viktig å ta hensyn til ved gjennomføring av denne.</p> <p>Metode: Studien har et kvalitativt design. 4 informanter ble inkludert fra et konsekutivt utvalg av pasienter med ulik form for akutt og livstruende respirasjonssvikt som mottok NIV. Det er en utforskende studie med individuelle dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Dataanalysen ble utført ved bruk av induktiv innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Tre kategorier beskriver hvordan informantene opplevde ulike faser i behandling med NIV i akuttsituasjonen. Funnene kan forstås som om pasientene går igjennom en transisjon, hvor NIV-behandlingen initialt oppleves som et kvelende overgrep, hvor de strever for å finne mestringstilnærmelser som enten forsterkes eller forhindres av helsepersonellens evne til god eller misvisende informasjon og støtte, til de erkjenner og aksepterer effekten av behandlingen som livgivende.</p> <p>Konklusjon: Funnenes betydning for klinisk praksis kan være at sykepleiere og annet helsepersonell kjenner til og tar hensyn til denne transisjonen i forbindelse med behandling med NIV, og gjennom det kan hjelpe pasientene frem til en god tilnærming og motivasjon for maskebehandling. Dette kan gjøres gjennom enkle og konkrete tiltak beskrevet av informantene i denne studien.</p>		

Abstract

Title:	The experience of Non Invasive Ventilation, a transformation from a suffocating straitjacket to a friend who provides life. How do patients experience Non Invasive Ventilation when they suffer from acute and life-threatening respiratory failure?	Date: 11.12.12
Participant:	Kjersti Langmoen	
Supervisor:	Solveig Struksnes	
Employer:	Master's thesis, Gjøvik University College	
Keywords	Non invasive ventilation (NIV), patients compliance, patients experiences, patients adjustment, patients perceivment, transition	
Number of/words: 16325.	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential):open
<p>Introduction: Non Invasive Ventilation has been increasingly used to avoid or serve as an alternative to intubation in patients with acute respiratory failure. Mask treatment can be experienced as traumatic and claustrophobic. It is considered to be vital to have knowledge of how patients experience non invasive ventilation and find measures that make compliance to the mask and the treatment easier for those who receive it.</p> <p>Objective: The aim of the study is to focus on important aspects and issues of patients experiences of NIV, in order to identify important factors for conducting the treatment.</p> <p>Method: The study has a qualitative design. The data are based on qualitative in-depth interviews with four patients with different forms of acute respiratory failure who received NIV. The data have been analysed on the basis of Elo & Kyngäs model of inductive content analysis.</p> <p>Findings: The findings in the study indicates that the patients in acute respiratory failure goes through a transistion when treated with NIV. Initially they experience the treatment as a suffocating abuse, in what they strive to cope with the mask. Coping with the mask is either enhanced or prevented by the staffs ability to provide good or misleading information and support. In the end, the transistion is complete when they acknowledge the masktreatment as life supportive and a relief.</p> <p>Conclusion: The results relevance for clinical practice is that nurses and other medical staff is aware of this transistion in patients with acute and life threatening respiratory failure who receive NIV and implements this knowledge in how they care and help patients into motivation and coping with the mask. This may be easily done by quite simple measures described by the informants in this particular study.</p>		

Forord

Det har vært et svært lærerikt og spennende arbeid å gjøre denne masteroppgaven. Det har til tider vært hektisk og krevende i forhold til tidsfrister og leveringer, all den tid det har vært gjort i kombinasjon med jobb som fagsykepleier på en travel intensivavdeling og familiesituasjon med små barn. Nå når kun levering gjenstår, ser jeg tilbake på en tid med nye erfaringer og et mye mer våkent blikk på forskning og vitenskapelig arbeid. I tillegg har jeg møtt mange inspirerende mennesker som både har utfordret meg og hjulpet meg på vei i dette arbeidet.

Det har vært spennende å intervju de som deltar i studien og jeg er svært takknemlig og ydmyk ovenfor hva de ønsket å dele med meg og dere som leser denne oppgaven. Jeg håper deres erfaringer er ivaretatt og formidlet på en god måte i teksten. Tusen takk til de tapre informantene som utgjør stammen i materialet.

Tusen takk til de avdelingene ved de ulike sykehus som har bidratt til rekrutteringen av informanter. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre studien uten deres innsats og tro på prosjektet.

To arbeidsgivere og ledere skal ha tusen, tusen takk for all velvilje og tilrettelegging gjennom disse to årene, Ingjerd Solvang Wright ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Mari Ranneberg-Nilsen ved Oslo Universitetssykehus. Takk til Kjersti for å gjøre hverdagen min lett å puste i.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder ved Høgskolen i Gjøvik, Solveig Struksnes, som har gitt meg følelsen av å stå last og bast gjennom hele prosessen. Uten hennes tro på min gjennomføringsevne, støtte og raske tilbakemeldinger, hadde ikke oppgaven blitt levert til normert tid.

Til sist må takken gå til min skjønne familie, min mann som har tatt barna med på utallige helgeturer når mor skal skrive, til barna mine som sier fra når nok er nok og som hver eneste dag gjør hvert minutt meningsfullt. Til svigerfar som har lest artikler og vært oppriktig interessert i hva jeg skriver om. Til svigermor som stiller med utallige middager og kjærlig tilrettelegging i hverdagen og er til uvurderlig praktisk hjelp.

Takk!

Oslo 11. desember 2012,

Kjersti Langmoen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

Forord

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Non invasiv ventilasjonsbehandling	8
1.3 Intensivsykepleieres omsorg til pasienter som mottar NIV - behandling.....	11
1.4 Avklaring og avgrensninger	13
1.5 Studiens hensikt og forskningsspørsmål.....	13
2.0 DESIGN OG METODE	14
2.1 Arena og utvalg	16
2.1.1 Utvalget	16
2.1.2 Rekrutteringsprosessen	16
2.2 Datainnsamling	18
2.3 Troverdighet.....	20
2.4 Databearbeiding.....	22
2.5 Innholdsanalysen	23
2.6 Forskningsetikk.....	25
3.0 FUNN.....	27
3.1 Kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon	27
3.1.1 Dødsangst, kvelningsfølelse og tap av kontroll	28
3.1.2 Opplevelse av en kaotisk og uoversiktlig situasjon forsterker angsten.....	28
3.2 Informasjon er nødvendig for å avklare situasjonen for pasienten	29
3.2.1 Uforberedt ubehag med behandlingen	29
3.2.2 Inkonsistens og manglende informasjon gir utrygghet	30
3.3 Aksept av NIV og fokus mot å mestre behandlingen og gjenvinne kontroll	31
3.3.1 Behov for å bli sett og hørt som person	31
3.3.2 Tilvenning og aksept av maske	32
3.4 Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn	33
4.0 DISKUSJON.....	34
4.1 Opplevelse av kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon	34
4.2 Opplevelse av informasjon og støtte fra behandlerne	36
4.3 Opplevelse av aksept av NIV og fokus mot mestring og kontroll	39

4.4 Overgang fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn	42
4.5 Metodediskusjon	44
5.0 KONKLUSJON	50
5.1 Tanker om videre forskning knyttet til temaet	50
Referanseliste	52
Vedlegg 1 Forespørel om tilgang til feltet	
Vedlegg 2 Informasjonsskriv til potensielle informanter	
Vedlegg 3 Personvernrådets tilråding	

1.0 INTRODUKSJON

I det følgende vil bakgrunn for valg av tema belyses. Non Invasiv Ventilasjon som begrep og behandlingsform vil defineres og gjøres rede for i forhold til relevant litteratur og forskning. Videre vil implikasjoner for intensivsykepleie belyses. Deretter vil oppgavens hensikt og forskningsspørsmål bli presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne masterstudien har sitt utspring i kandidatens mangeårige arbeid med intensivpasienter med ulike grader av respirasjonssvikt, i tillegg til annen organsvikt. Intensivavdelingene er preget av teknologi og utstyr. De tekniske hjelpemidlene blir stadig mer spesialiserte, avanserte og tilgjengelige. For intensivsykepleieren blir teknologien en naturlig integrert og helt nødvendig del i arbeidet med akutt og livstruende syke pasienter.

Overtrykksbehandling med maske (non invasiv ventilasjon), har i økende grad blitt brukt i behandlingen av ulike typer akutt respirasjonssvikt for å underlette pustearbeidet, ofte med gode erfaringer (Nava og Hill 2009). Non invasiv ventilasjon (NIV) ansees som mer skånsom og pasientvennlig enn tradisjonell respiratorbehandling, og er i tillegg mindre kostnads- og ressurskrevende (Antonelli mfl. 1998). Siden NIV ansees som et siste ledd i en behandlingkjede hvor det er besluttet at pasienten ikke skal legges i respirator, er det knyttet til store etiske utfordringer til denne behandlingsformen. NIV medfører potensielt store påkjenninger for disse pasientene, i det som kan være livets slutfase. Dette med bakgrunn i at behandlingen innebærer mye overvåkning og teknisk utstyr, samt belastningen det kan være å ha en tett omsluttende maske på ansiktet (Cuomo mfl. 2004).

Standard for intensivmedisin (2001) definerer en pasient som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organer og svikten antas å være helt eller delvis reversibel. Akutt respirasjonssvikt er en av de vanligste årsakene til intensiv - medisinsk behandling (Nava og Hill 2009). Akutt respirasjonssvikt kan defineres som svikt i evnen til å opprettholde en adekvat gassutveksling og er delt inn i type 1, lav oksygenering og normal eller litt lav pCO₂, og

type 2, lav pO₂ og pCO₂ over normalverdien (British Thoracic Society Standards of Care 2002). Som regel skyldes respirasjonssvikt akutte betennelsesforandringer i lungevevet. Dette kan oppstå som forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), kardiogent lungeødem, lungebetennelser eller etter ekstubering fra respirator (Bakkeland og Thorsen, i Gulbrandsen og Stubberud 2010). Livstruende respirasjonssvikt er svært angstskapende (ibid).

Verdens helseorganisasjon (2008) anslår at innen 2030 vil KOLS være den tredje mest vanlige dødsårsak i verden. Akutt kardiogent lungeødem har en dødelighet i sykehus på 10 – 20 %, og særlig når det er i forbindelse med akutt hjerteinfarkt (Gray mfl. 2008). Alvorlige lungebetennelser som ikke responderer på vanlig oksygenterapi, kan ha god effekt av maskeventilering (Zhang mfl. 2012). De siste ti årene har NIV blitt brukt i økende grad for å unngå eller fungere som et alternativ til intubasjon hos intensivpasienter med disse lidelsene, ofte med god effekt (Nava og Hill 2009). Imidlertid er det viktig å være rask med å intubere hvis NIV ikke gir bedret oksygenering etter en time ved hypoksisk respirasjonssvikt (Girault mfl. 2003; Lightowler mfl. 2003; Nava og Ceriana 2004; Peter mfl. 2006; Epstein og Kacmarek 2009; Nava og Hill 2009).

Et godt resultat avhenger av at pasientene klarer å samarbeide med maske og maskin. Erfaringsvis er det store variasjoner i hvor godt pasienter tolererer masken. Det er funnet svært få studier på hvordan pasienter som mottar denne behandlingen opplever det i akuttsituasjonen (Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Bakgrunnen for denne studien er derfor et ønske om mer kunnskap om pasientenes opplevelser i disse situasjonene. Om mulig kan studiens funn framstå som bevisstgjørende og rådgivende for spesialsykepleiere som skal gi respirasjonsstøtte til pasienter ved hjelp av NIV.

1.2 Non invasiv ventilasjonsbehandling

NIV er mekanisk ventilasjon som gir økt trykk i pasientens luftveier uten at pasienten er intubert, ved å levere gass under høyt trykk gjennom en tettsittende maske (Nava og Hill 2009; Gulbrandsen og Stubberud 2010). Behandlingen kan brukes i flere ulike modi, blant annet volumstøtte, trykkstøtte, volumkontroll og trykk - kontroll.

Informantene i denne studien har mottatt NIV som trykkstøtte (PS). Denne modusen assisterer inspirasjonen (innpusten) gjennom et forhåndsinnstilt positivt trykk som blir trigget av pasienten. Trykket opprettholdes inntil innpusten faller under et bestemt mål. Når pasienten puster ut, puster han mot et annet forhåndsinnstilt trykk (PEEP). Dette holder deler av lungene oppblåst ved slutten av utpusten (Dybwik 2000; British Thoracic Society Standards of Care 2002).

NIV øker overlevelse og reduserer komplikasjoner hos pasienter med akutt respirasjonssvikt (Nava og Hill 2009). For å oppnå effekt, er det viktig å være tidlig ute med oppstart av NIV. Behandlingspersonalet må kjenne til hvordan NIV virker, og hvilke faktorer som påvirker pasienten i situasjonen, for eksempel innstillinger på maskinen og tilnærming av ulike typer masker (Nava, Navalesi og Carlucci 2009). British Thoracic Society (BTS) publiserte de første internasjonale retningslinjer for behandling med NIV i 2002 (British Thoracic Society Standards of Care 2002).

NIV ansees som veldokumentert og som standard behandling for blant annet akutt respirasjonssvikt hos KOLS-pasienter, og ved akutt kardiogent lungeødem (Couchman mfl. 2007; Epstein og Kacmarek 2009; Nava og Hill 2009; Nava, Navalesi og Carlucci 2009). Behandlingen starter før kriterier for intubasjon foreligger (Antonelli, Pennisi og Montini 2005). NIV er også en hjørnestein i behandlingen av pasienter med akutt hyperkapnisk respirasjonssvikt, samt hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (Curtis mfl. 2007; Epstein og Kacmarek 2009). NIV brukt ved akutt respirasjonssvikt er dokumentert til å ha bedre effekt enn standard medikamentell behandling for å redusere behovet for intubasjon, samt at det reduserer mortalitet (Nava og Hill 2009).

Det er gjort flere randomiserte kontrollerte undersøkelser for å se på effekten av NIV (Antonelli mfl. 1998; Lightowler mfl. 2003; Gray mfl. 2008). Disse studiene beskriver sterk evidens for at det er en effektiv behandling, med lav risiko for å mislykkes når det kommer til det å unngå intubasjon og respiratorbehandling hos pasienter med mild til moderat KOLS og akutt respirasjonssvikt. Sammenliknet med respiratorbehandling, vil bruk av NIV avverge komplikasjoner som ventilatorassistert pneumoni og sinusitt. Respirasjonssvikt relatert til ventilatorassistert pneumoni er potensielt livstruende for

pasienter. Videre øker antallet intensivdøgn hvilket utgjør betydelige kostnader for sykehusene (Nava og Hill 2009).

Flere metaanalyser konkluderer med at NIV brukt ved akutt lungeødem har bedre effekt enn standard medisinsk behandling som oksygen, morfin, diuretika og glycerylnitrat, når det kommer til å redusere intubasjonsraten (Antonelli mfl. 1998; Peter mfl. 2006). Det beskrives at denne behandlingen gir mindre komplikasjoner, og er mindre traumatisk for pasienter enn tradisjonell respiratorbehandling. Skandinaviske kvalitative studier beskriver pasienters opplevelser av respiratorbehandling som sjelsettende, smertefulle og angstpregede (Gjengedal 2000; Storli 2007; Wåhlin 2009). Det er kjent at intubering, og det å bli behandlet i respirator, i seg selv utgjør en økt risiko for pasientene (Dybwik 2000; Sweet mfl. 2008; Nava, Navalesi og Carlucci 2009). Det rapporteres at mortaliteten har sunket med 13 %, og intubasjonsraten enkelte steder 50 %, ved bruk av NIV ved akutt respirasjonssvikt (Antonelli mfl. 1998; Lightowler mfl. 2003; Peter mfl. 2006). Dette kan være argumenter for å finne tilnæringsmåter og tiltak som kan bidra til at flere pasienter tolerer NIV.

NIV er ressurskrevende i forhold til sykepleiebemanning de første 6 – 8 timene, da behandlingen krever kontinuerlig monitorering av pasientens komfort, blodgasser, evne til samarbeid med maskin og andre vitale mål. Ved suksessfull behandling, er mye spart i form av færre liggedøgn og komplikasjoner, først og fremst for pasientene, all den tid intubasjons og respiratorbehandling blir unngått (Nava og Hill 2009).

Det spesielle med NIV-behandling er at pasientene er våkne og initialt uten beroligende medikasjon. Et kriterium for at NIV skal være gjennomførbart og ha ønsket effekt, er pasientkomfort og samarbeidsevne (British Thoracic Society Standards of Care 2002). Ut fra erfaringer i intensivavdeling og studier, opplever pasienter NIV ulikt (Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Det kan erfaringsmessig være vanskelig å oppnå adekvat ventilering med NIV i den akutte situasjonen, fordi pasienten fjerner masken og nekter å bruke den lenge nok til å oppnå noen effekt (Hill 2002). Noen opplever og uttrykker full panikk idet masken settes på, mens andre mestrer godt det å få NIV og uttrykker lettelse over å få pustehjelp (Hill 2002; Shee og Green 2002; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Det å være akutt kritisk syk og ikke få puste oppleves av mange som skremmende og

panikkartet. Maskebehandling kan oppleves som klaustrofobisk og det kan være vitalt å ha kunnskap om hvordan det erfarer av pasienter og hva som kan lette tilnærmingen av maske og gjennomføring av NIV.

1.3 Intensivsykepleieres omsorg til pasienter som mottar NIV - behandling

Den mekanisk ventilerte respiratorpasienten gir mange utfordringer til intensivsykepleieren. Hun skal administrere, forstå og vurdere bruk av teknologisk utstyr, samtidig som hun skal ha en pasientrettet tilnærming og yte omsorg (Couchman mfl. 2007). Dette er overførbart også sykepleie til pasienter som får NIV da de krever samme type overvåkning og sykepleie i en akuttsituasjon (Nava og Ceriana 2004; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Det oppleves som vesentlig å ha kunnskap om pasienters opplevelse av behandlingen for å kunne tilby en optimal sykepleie. Sykepleiere opplever tidspress, og at maskebehandling er krevende (Nava og Ceriana 2004). Behandlingen oppleves som et stort ansvar, både med tanke på overvåkningen av vitale parametere hos pasienten, justeringer av innstillinger på NIV-ventilatoren og pasientkomfort. Det kan være vanskelig for sykepleierne å se pasientenes behov før de mestrer de medisinsktekniske sidene ved behandlingen (Nava og Ceriana 2004; Nava og Hill 2009; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010).

Det er utarbeidet fagprosedyrer som omhandler NIV, basert på BTS's Guidelines for non invasiv ventilasjon (Dikensoy, Filiz og Ekinci 2002). Flere artikler understreker at man trenger et motivert personell med mye erfaring og kunnskap med NIV for å lykkes. BTS anbefaler at enheter som tilbyr NIV bør bli etablert og drevet av spesialtrente sykepleiere, og det understrekes at teori må gå hånd i hånd med klinisk praksis (British Thoracic Society Standards of Care 2002). Dette støttes i flere artikler som omhandler erfaringer med NIV (Girault mfl. 2003; Lightowler mfl. 2003; Esteban mfl. 2004; Nava og Ceriana 2004; Lopez-Campos mfl. 2006; Curtis mfl. 2007; Epstein og Kacmarek 2009; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009).

Det er også beskrevet mange mulige årsaker til at man mislykkes med behandlingen, og det anbefales videre forskning knyttet til disse. Personell uten opplæring og kunnskaper om maskebehandling er en av faktorene som gjør at denne behandlingen i noen tilfeller

ikke lykkes. Maskeintoleranse hos pasientene en annen utfordring (Antonelli, Pennisi og Montini 2005; Lopez-Campos mfl. 2006; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009). Andre studier beskriver også at behandlingen mislykkes på grunn av at de som administrerer NIV har liten erfaring med behandlingen, og dermed ikke evner å møte pasientens behov og finne riktige innstillinger eller riktig maske. Maskeintoleranse er også beskrevet i disse studiene (Girault mfl. 2003; Nava og Ceriana 2004; Epstein og Kacmarek 2009; Nava og Hill 2009).

Hofmann (2010) påpeker at teknologi har en tendens til å dreie søkelyset mot instrumentalitet og produktivitet, og bort fra grunnleggende fenomener for menneskers velferd, som håp, mestring, sårbarhet og meningsfullhet. På den ene siden kan teknologi være hensiktsmessig og erstatte kroppslig hjelp, som ved bruk av NIV er det å gi hjelp til å puste. På den andre siden forsterkes behovet for menneskelig hjelp nettopp på grunn av at NIV kan oppleves som en byrde. Martinsen (2003) peker på den gjensidige avhengigheten som en viktig bestemmende faktor i det emosjonelle og moralske forholdet mellom mennesker. I noen kritiske situasjoner, som ved akutt og livstruende respirasjonssvikt, kan en persons autonomi bli truet og avdekke denne avhengigheten. Dette forutsetter at mennesker svarer med omsorg, noe som er grunnlaget for all sykepleie (Martinsen 2003).

I en omsorgssituasjon er fagkunnskapen til stede i den måten teknologien brukes på ovenfor pasienten og omsorgen vises gjennom pleieerfaringene og sykepleie. Martinsen hevder videre at profesjonell omsorg er avhengig av to komponenter. Den ene er at sykepleieren gjennom å være åpen og var på følelser, registrerer den andres vilje til å leve gjennom sykdommen eller lidelsen. Den andre er at sykepleieren bruker sine profesjonelle evner til å forstå og handle sammen med pasientene i deres beste interesse (Martinsen 2003). Kari Martinsens syn på omsorg og sykepleie understreker at det er i pasienters og dermed sykepleieres interesse å spørre hvordan NIV - behandling erfares i en akuttsituasjon.

Det har vært vanskelig å finne nyere studier som beskriver pasienter med akutt respirasjonssvikt og deres opplevelser av NIV – behandling, og det er kun funnet én skandinavisk studie som omhandler fenomenet (Torheim og Gjengedal 2010). Dette kan skyldes at bruk av NIV er en relativt ny trend innen akuttmedisinsk behandling, og at

man har vært mer opptatt av å se på effekt av selve behandlingen enn av å gjøre intervjuer med fokus på hvordan pasienter erfarer NIV - behandlingen. Dette gjelder pasienter med alle typer respirasjonssvikt, både akutte og kroniske.

1.4 Avklaring og avgrensninger

I studien ønskes det å finne ut noe om hvordan pasienter opplever å få NIV - behandling. Det vil være fokus på den akutte situasjonen, hvor pasienter opplever ikke å få puste. Det er derfor ikke lagt noen føringer for hvilke typer respirasjonssvikt pasientene har som bakgrunn for å få behandlingen. Aktuelle situasjoner kan være akutt eksaserbasjon av KOLS, akutt astma eller lungeødem/hjertesvikt.

Det er heller ikke behov for å skille mellom hyperkapniske lidelser (for høyt CO₂-nivå i blodet) eller skal ha vært våkne når de mottok behandlingen. Dette utelukker da for eksempel pasienter med overdoser på opiater, benzodiazepiner og GHB eller hyperkapni som gir somnolens og CO₂-narkose.

1.5 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Den aktuelle studiens hensikt er å utforske og beskrive pasienters ulike opplevelser av behandling med NIV. Ved å spørre om hvordan pasientene har opplevd å få NIV - behandling, kan det identifiseres faktorer som er viktig å ta hensyn til ved gjennomføring av behandlingen. Forskningsspørsmålet som avledes av hensikten er:

Hvordan har pasienter opplevd å få non invasiv ventilasjonshjelp ved akutt og livstruende respirasjonssvikt?

Pasientenes rett til medvirkning blir tatt på alvor gjennom å spørre om deres opplevelser, og det kan fremkomme nyttig informasjon som kan bidra til at NIV - behandling blir gjennomførbart på best mulig måte til pasienter i akutte situasjoner. Slik kunnskap kan antas å ha stor klinisk nytte, ved at den setter fokus på områder intensivsykepleiere trenger mer kunnskap om for å kunne bedre pasientenes totalopplevelse av situasjonen og effekten av behandlingen.

2.0 DESIGN OG METODE

Den aktuelle studiens forskningsspørsmål ledet frem til et kvalitativt design, med bakgrunn i hensikten om å beskrive pasientenes opplevelser og erfaringer knyttet til fenomenet NIV - behandling ved akutt respirasjonssvikt.

Kvalitativ forskning fokuserer på det å se flere perspektiver for å få forståelse av en situasjon. Det er et grunnleggende syn i kvalitativ forskning at det eksisterer mange virkeligheter som skaper mening for de studerte individene (Speziale og Carpenter 2007; Polit og Beck 2012). Kvalitativ forskning retter derfor blikket mot menneskers virkelighet slik de opplever ulike fenomener (Speziale og Carpenter 2007). Slik kan man få mer kunnskap om menneskelige særtrekk som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Man kan oppnå en økt innsikt i hvorfor mennesker opptrer som de gjør gjennom å spørre etter meninger, nyanser og betydning av hendelser og handlemåter. Ved å opptre i de naturlige rådende kontekster kan man lete etter naturlig kunnskap der den er, man kan gjøre en såkalt ”naturalistic inquiry” (Malterud 2011). Dette er et utforskende og fleksibelt design, noe som gjør at metode og datainnsamling kan endre seg i prosessen (Polit og Beck 2012).

Kvalitative tilnærminger har som felles mål å komme til en forståelse av et bestemt fenomen, fra perspektivet til de som erfarer eller opplever fenomenet. Deretter vurderes hvilken metode som best kan gi svar på forskningsspørsmålet. I den aktuelle studien er datainnsamlingen basert på kvalitative intervjuer med pasienter akutt respirasjon som har gjennomgått NIV – behandling i forbindelse med akutt respirasjonssvikt

Kvalitativ forskning har ikke som mål å generalisere, eller finne bare én sannhet (Speziale og Carpenter 2007; Polit og Beck 2012). Variasjon i opplevelser og oppfatninger anses som en fordel (Malterud 2011). For å sikre variasjon i utvalget i denne studien er det ikke skilt mellom type respirasjonssvikt, alder eller kjønn i utvalget og informantene ble behandlet ved ulike sykehus.

Bearbeidingen av data er gjort ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Innholdsanalyse kan benyttes for å utvikle en forståelse av meningen med kommunikasjon, og for å identifisere kritiske prosesser (Elo og Kyngäs 2008). Innholdsanalyse brukes ofte ved

studier av livsvilkår, opplevelser av hendelser, situasjoner og erfaringer av ulike ting. Metoden er fleksibel og beskrives som en utfordrende og kreativ prosess (Elo og Kyngäs 2008; Polit og Beck 2012). Sandelowski (2000) fremhever valg av kvalitativ innholdsanalyse som strategi ved kvalitativt beskrivende studier, da man holder seg nærmere til dataene og overflaten av ordene enn når man gjør fenomenologiske, etnografiske eller studier basert på grounded theory. Den aktuelle studien fokuserer på akutt kritisk syke menneskers opplevelser av å motta en bestemt behandling. Med bakgrunn i overnevnte beskrivelser ble innholdsanalyse valgt som metode for å finne essensen i deres virkelighetsopplevelse i akutt situasjonene, og for å være mest mulig nær de ordrette beskrivelsene av hvordan de opplevde situasjonen.

Kvalitativ innholdsanalyse er altså en fleksibel metode som beskrives som utfordrende, da den ikke har noen bestemte regler for hvordan man skal analysere data, eller bestemte disipliner og metodologiske røtter. Dette omtales også som å være "teoriløs". Hsieh & Shannon (2005) beskriver imidlertid tre tilnærminger til innholdsanalyse. Konvensjonell tilnærming favner både induktiv og deduktiv oppsummerende innholdsanalyse. Sistnevnte impliserer en kvantitativ tilnærming. Karakteristisk for konvensjonell induktiv innholdsanalyse er at kategoriene som formes fra data under analysen kan lede til en dypere forståelse av fenomenet underveis i studien, mens deduktiv innholdsanalyse er basert på predeterminerte kategorier (Hsieh og Shannon 2005). Utfra denne definisjonen ble det i den aktuelle studien valgt en induktiv tilnærming, for å oppnå og finne generelle svar på en problemstilling i et fenomen det er fragmentert kunnskap om fra før (Speziale og Carpenter 2007; Polit og Beck 2012).

Informanter i denne studien er pasienter som har opplevd å få behandling med NIV i en situasjon med akutt respirasjonssvikt, og Elo og Kyngäs (2008) sin modell for induktiv tilnærming ble valgt som utgangspunkt for analysen. Dette for å kunne se på de spesifikke data i materialet og de spesielle instanser, kombinere disse til et større hele eller til et generelt utsagn. Det er ingen systematiske regler for å analysere data, da nøkkelen ligger i ordene i teksten som blir klassifisert inn i mye mindre innholdskategorier (Elo og Kyngäs 2008).

2.1 Arena og utvalg

Informanter ble rekruttert fra akuttmottak og intensiv- eller overvåkningsavdelinger ved universitetssykehus og storbysykehus i Østlandsområdet.

2.1.1 Utvalget

Inklusjonskriterier var samtykkekompetente pasienter over 18 år som hadde opplevd akutt respirasjonssvikt. Informantene skulle ha fått NIV - behandling i akuttfasen. Intensjonen var å fange opplevelsen av NIV - behandlingen i akuttsituasjonen, uavhengig av diagnose. For å skape tilstrekkelig bredde i utvalget ble derfor informanter med ulike typer respirasjonssvikt inkludert. Eksempelvis ble det ikke skilt mellom respirasjonssvikt type 1 og 2, eller om det lå en KOLS-diagnose til grunn for behandlingen eller ikke. Begge kjønn ble inkludert. Videre var det et kriterium at informantene snakket og forsto godt norsk.

Eksklusjonskriterier var utilstrekkelig språkforståelse og uttrykksevne. Videre ble pasienter som var bevisstløse eller hadde nedsatt bevissthet i oppstarten av NIV-behandlingen ekskludert.

2.1.2 Rekrutteringsprosessen

Førstekontakt ble gjort telefonisk med avdelingsledere ved de ulike avdelingene for å høre om det var interesse for studien. Ved positiv respons ble det informert om at en skriftlig forespørsel om tilgang til feltet ville bli sendt ut (Vedlegg 1). Denne skriftlige forespørselen omfattet både informasjonsskriv og forskningsplanen.

Avdelingsledere som ønsket å gi tilgang til gjennomføring av studien, fikk ansvar for å rekruttere informanter. Dette ansvaret ble enkelte steder delegert til fagsykepleier og driftssykepleiere ved de ulike avdelingene. Som en forberedelse ble de involverte sykepleierne samlet til et informasjonsmøte i forkant av studien, hvor masterstudenten gjennomgikk prosjektplan og informasjonsskrivet til potensielle informanter. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble nøye gjennomgått, for å sikre vitenskapelig og forskningsetisk forsvarlighet i rekrutteringsprosessen.

Det ble gjort et konsekutivt utvalg av pasienter som har gjennomgått NIV - behandling i en situasjon med akutt og livstruende respirasjonssvikt. Et slikt utvalg beskrives som en strengere versjon av tilfeldige utvalg, hvor man fanger enhver tilgjengelig informant. Et konsekutivt utvalg inkluderer passende informanter til studien etterhvert som de får behandling. Det er hevdet at dette er det beste valget i tilfeldige utvalg, da man ved å studere enhver tilgjengelig person over et visst tidsrom kan få en god representasjon av gruppen man ønsker å studere, samt at det kan skape variasjon i små utvalg (Currier 1990; Patton 2002a).

Rekrutteringen skjedde når pasientens ikke lenger trengte NIV. Rekrutteringsansvarlig sykepleier gjorde den sykepleiefaglige vurderingen av når det var forsvarlig å gjøre denne type henvendelse til pasienten. Informert samtykkeskjema ble delt ut og underskrevet av samtlige deltakere.

Det ble delt ut et informasjonsskriv til potensielle informanter, med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (Vedlegg 2). Informasjonsskrivet presenterte studiens hensikt, beskrev eventuelle fordeler og ulemper for informanten og ga opplysninger om anonymisering, sletting og konfidensiell behandling av data. Det ble også gitt opplysninger om muligheter til å trekke seg fra studien.

De rekrutteringsansvarlige ble instruert i å gi muntlig informasjon om studien, samtidig som de ga informasjonsskrivet til pasienten. Spesielt ble informasjon om frivillighet, anonymisering og mulighet for å trekke seg fra studien underveis vektlagt. Det ble understreket at masterstudenten kunne kontaktes for utdypende informasjon ved behov.

Totalt ble seks pasienter intervjuet, hvorav fire ble inkludert i studien. Én informant ble ekskludert da masterstudenten opplevde vedkommende som veldig uklar og lite i stand til å uttrykke meningsfullt innhold utover i intervjuet. Videre valgte én informant å trekke seg fra studien i etterkant. Alle data fra dette intervjuet ble slettet og trukket ut av analyse materialet. En syvende deltaker samtykket og ble rekruttert til studien, men døde før intervjuet fant sted.

Utvalget besto til slutt av tre kvinner og én mann i ulike alder, alle med en førstegangsopplevelse av NIV - behandling i en situasjon med livstruende

respirasjonssvikt. To av deltakerne hadde en alvorlig KOLS - diagnose i utgangspunktet. Én deltaker fikk NIV som behandling for akutt kardiogent lungeødem. Den fjerde deltakeren hadde en svært alvorlig astma som grunnlidelse og som direkte årsak til NIV - behandling. Alle deltakerne hadde akutt og livstruende respirasjonssvikt da de fikk NIV – behandling, og ble av helsepersonalet opplevd som bevisste og våkne i situasjonen.

2.2 Datainnsamling

Det ble valgt å benytte individuelle kvalitative forskningsintervjuer som metode for datainnsamling. Dette kalles også dybdeintervjuer eller semi - strukturerte intervjuer (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009; Malterud 2011). Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden, slik den ser ut for den som opplever det fenomenet man snakker om (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). I kvalitative studier er det ikke nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen, men heller revidere den underveis i feltarbeidet, og tilpasse møtet med hver enkelt informant (ibid).

Kvalitativ forskning gjøres i feltet, og det kan søkes etter frisk kunnskap i sin naturlige kontekst ved å være i feltet hvor fenomenet oppstår (Speziale og Carpenter 2007; Malterud 2011). Det var derfor ønskelig å utføre intervjuet og datainnsamlingen på intensivavdelingen på sykehuset, for å opprettholde den naturlige konteksten hvor informantene hadde blitt behandlet med NIV.

Informantene bestemte selv når intervjuet skulle gjennomføres. Avtalene ble av og til gjort telefonisk. Det ble ansett som en fordel om intervjuet ble gjort forholdsvis raskt etter at NIV - behandlingen ble utført, men informantene bestemte selv når de opplevde å føle seg i tilstrekkelig form til å gjennomføre intervjuet. Ett intervju ble gjort hjemme hos informanten, etter informantens ønske. De tre andre ble gjort i et egnet rom på intensivavdelingene på de respektive sykehusene. Intervjuene ble gjort alt fra 1 dag til 14 dager etter gjennomgått NIV - behandling.

Masterstudenten er selv intensivsykepleier og kjenner behandlingssituasjonene godt. Dette ble det også opplyst om i informasjonsbrevet til informantene. I

intervjusituasjonen ble det likevel valgt å ha privattøy, for å unngå for sterk identifisering med behandlingsansvarlig personale. Intervjuene varte i alt fra 40 minutter til 2 timer. Det ble gjort digitale lydopptak.

Denne studien benyttet narrativ form for intervjuene. Narrative intervjuer fokuserer på de historiene informantene forteller, handlingene og oppbygningen av fortellingene. Dette kan dukke opp spontant under intervjuet eller utløses av intervjueren (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Narrative intervjuer kan i følge Kvale, Brinkmann og Anderssen (2009) vise til en bestemt hendelse, eller et handlingsforløp som er av viktighet for den som forteller. Intervjueren kan sammen med informanten forsøke å strukturere fortellingen til en sammenhengende historie. Intervjueren kan starte intervjuet med spørsmål om en bestemt episode eller hendelse (ibid).

Forskningsspørsmålet i denne aktuelle studien var således retningsgivende for ett inngangsspørsmål i intervjusituasjonen. Siden begrepet 'non invasiv ventilasjon' sannsynligvis var ukjent for pasientene, ble dette omformulert slik at spørsmålet ble:

Kan du fortelle om hvordan du opplevde det å få den masken du hadde da du hadde akutte pusteproblemer?

Speziale og Carpenter (2007) påpeker at all forskning påvirker studiedeltakeren på en eller annen måte, da det å møte enhver ny person kan endre måten folk tenker eller handler på. I kvalitativ forskning er den seriøse oppmerksomheten mot å oppdage det som har betydning for deltakeren en viktig faktor.

De aktuelle intervjuene ble utført med den største respekt for individets perspektiv, og hans eller hennes personlige rom. Det var derfor viktig å skape nok tid til å bygge et tillitsforhold og å fjerne forstyrrelser som blir laget av noen nye i situasjonen (Speziale og Carpenter 2007). For å skape en så god relasjon som mulig ble det satt av god tid på innledningen av hvert intervju. Det ble også lagt vekt på ro i situasjonen og at informanten kunne snakke uforstyrret. Samtalene dreide seg først om litt "løst og fast", før det ble vinklet inn på selve temaet gjennom det omformulerte forskningsspørsmålet. Intervjuer vendte deretter oppmerksomheten mot å lytte til historiene uten å avbryte. Det ble hele veien lagt vekt på hva de ulike informantene fortalte av sine opplevelser, og intervjuer avholdt seg fra å tolke direkte eller forsøke å forklare ulike hendelser for

informantene. Informantene ble ”hentet inn” hvis digresjonene ble lange, men samtidig ble det oppfattet som viktig å la følelser og utbrudd komme til uttrykk.

Oppklarende spørsmål ble av og til stilt, og for å hjelpe informanten til å fortelle historien sin kunne intervjuer nikke eller ha tause perioder. Ofte omformulerte intervjuer informantenes svar til spørsmålsform, for å verifisere fortolkningene av svarene deres, og sikre at innholdet ble forstått riktig. Gjennom gjentakelse av utsagnene ble informantene oppfordret til å komme med lengre svar. Dette ble ansett som svært viktig for å få frem informantenes autentiske opplevelse av fenomenet og deres spontane formuleringer i datasamlingen. Intervjuer fikk også strukturert fortellingen noe gjennom denne gjentakelsen.

Masterstudenten har lang erfaring fra intensivavdelinger, noe som gjorde det lett å identifisere beskrivelser av utstyr og lokaliteter, samt behandlingspersonalets valg. Imidlertid hadde ikke masterstudenten noen erfaring fra pasientintervjuer tidligere og den første intervjusituasjonen kjentes fremmed. Det ble opplevd som uvant ikke å ha rollen som intensivsykepleier og den kjente uniformen på i møtet med informanten. Masterstudenten valgte så å ta på navneskilt med tittel under intervjuene. Dette bidro til en trygg identitet i rollen som intervjuer og fagperson. Helsepersonalets mulige årsaker til ulike handlinger ble ikke bragt på bane i intervjuene, da hovedfokus var informantenes personlige fortellinger og perspektiver.

2.3 Troverdighet

Ved bruk av kvalitativ metode ser man på forskeren som en aktiv deltaker som i mer eller mindre grad vil kunne påvirke informantene og det innsamlede datamaterialet (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009; Malterud 2011). Forskeren må derfor gjennom hele prosessen være bevisst på og reflektere kritisk over sin egen rolle og påvirkning i prosessen, for å ivareta troverdigheten til funnene i studien (Malterud 2011; Polit og Beck 2012). For at leseren skal kunne vurdere gyldigheten av studiens deler og funn vil det i det følgende bli behørig beskrevet masterstudentens egen forforståelse og mulige påvirkning i de ulike trinnene av forskningsprosessen (Speziale og Carpenter 2007; Malterud 2011; Polit og Beck 2012).

Polit og Beck (2012) skriver at man benytter begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet for å vurdere kvaliteten av en kvalitativ studie.

Troverdighet omfatter variasjon og gjenkjennelse som sentrale komponenter. Variasjonene i denne studien handler om at informantene besto av både menn og kvinner i ulike alder, og at deres erfaringer ble gjort ved ulike sykehus. I tillegg hadde pasientene ulike årsaker til sin akutte og livstruende respirasjonssvikt, samt ulike grunnlidelser. De hadde også ulike bakgrunn i form av utdanning, bosted, sivilstatus og erfaring med sykehus. Med tanke på gjenkjennelse og likhet, hadde alle informantene fått NIV - behandling med trykkstøtte, og alle hadde vært i akutt og livstruende respirasjonssvikt. Det ble også forsøkt å ha så lik ramme som mulig rundt intervjuene. Informantene fikk det samme informasjonsskjemaet, og de ble stilt det samme åpningsspørsmålet. Alle intervjuene ble gjort av samme person, i rolige omgivelser og uten avbrytelser fra andre. Videre ble intervjuene utført over en kort tidsperiode. Intervjuene ble utført fra slutten av august 2012 til slutten av oktober samme år. Avdelingene som rekrutterte informanter hadde en stabil personalgruppe, og alle avdelingene hadde en prosedyre for NIV - behandling basert på guidelines fra British Thoracic Society (Dikensoy, Filiz og Ekinci 2002).

Påliteligheten i studien styrkes av alle ovennevnte faktorer, da de tilrettelegger for å få frem variasjon og bredde i erfaringer, samtidig som konteksten informantene uttaler seg i er forholdsvis lik.

Overførbarhet refererer til i hvilken grad funnene kan overføres på andre kontekster eller grupper. Beskrivelse av deltakere, datasamling og analyse, i tillegg til en rik presentasjon av funnene med passende sitater, vil styrke overførbarheten, samt vise troverdighet og nærheten til det sanne datamaterialet og tolkningen av det (Elo og Kyngäs 2008; Polit og Beck 2012). Presentasjonene av funnene i denne studien vil inkludere sitater for å bidra til en rik presentasjon og styrke overførbarhet og troverdighet for eksterne lesere.

Malterud (2011) beskriver at forskerens forforståelse kan være både drivkraft og motivasjon for å starte en studie, men også et bidrag til at forskeren mister verdifull kunnskap og evne til å lære av materialet. Det er derfor viktig for studiens troverdighet

at forforståelsen det studerte fenomenet er beskrevet og at det tydeliggjort for leseren at masterstudenten har vært seg denne bevisst i forskningsprosessen (ibid). Det er også viktig for masterstudenten selv å være seg bevisst egen forforståelse og syn, for å kunne tilnærme seg fenomenet så åpent og ærlig som mulig. Ved å gå i gjennom egen forforståelse, gjør masterstudenten seg mer bevisst på egne holdninger og potensielle forhåndsdomninger som kan dukke opp gjennom datainnsamling og analyse. Dette kan danne et større grunnlag for analysen enn de faktiske data som er samlet inn fra deltakerne (Speziale og Carpenter 2007; Malterud 2011; Polit og Beck 2012). En av de beste måtene å gjøre ens overbevisninger kjent på, er å skrive dem ned og videre holde seg åpen til nye data, tilstrebe og lukke seg selv og holde egen overbevisning adskilt fra hva som er delt av informanten (Speziale og Carpenter 2007).

I den aktuelle studien har masterstudenten lang erfaring fra intensivavdelinger, og har også vært ansatt ved to av de aktuelle avdelingene. Dette ble også opplyst om i informasjonsskrivet. Med mye erfaringsbasert kunnskap om administrering av NIV og kjennskap til arbeidsmåtene finnes en risiko for at funnene i studien farges av dette. På den andre siden kan denne bakgrunnskunnskapen føre til en dypere forståelse av informantenes beskrivelse av sine erfaringer. Det faktum at intervjuer selv er intensivsykepleier kan også påvirke selve intervjusituasjonen og fortolkningen av informasjonen informantene gir. Samtidig kan det medføre at informantene holder tilbake informasjon. En positiv effekt kan imidlertid være at pasientene følte seg trygge på at intervjueren i kraft av sin erfaring og fagkunnskap forstår det de formidlet. Intervjueren prøvde å ta hensyn til disse forholdene ved å bruke privattøy, men valgte samtidig å ha på navneskilt med tittel.

2.4 Databearbeiding

Intervjuene ble i sin helhet transkribert fra muntlig tale til tekst umiddelbart etter at intervjuet var utført. Transkribere betyr å transformere, det vil si å oversette fra talespråk til skriftspråk (Sandelowski 1994a; Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Masterstudenten valgte å transkribere alle intervjuene selv, for å lære mer om egen intervjustil. Ved å transkribere selv, rett etter hvert intervju, kan man lettere huske og gjøre seg noen tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen.

Slik begynner allerede en meningsanalyse av det som ble sagt i forbindelse med transkriberingen (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009).

Transkripsjonen ble utført etter Kvale, Brinkmann og Anderssen (2009) sin anbefaling om å transkribere ordrett på norsk, som vil si at pauser og følelsesuttrykk blir tatt med (gråt, latter, stønn og sukk, samt tonefall). Dette anses som relevant for den psykologiske fortolkningen av informantenes opplevelser og beretninger. Intervjuene ble transkribert med de aktuelle informantens dialekter og sosiolekter. På den måten beholdes nærhet til intervjusituasjonen. Man bevarer også lojalitet til fortellerens eget språk, samt er tro mot målet om nærhet til ordene og data ved bruk av innholdsanalyse (Elo og Kyngäs 2008; Malterud 2011).

For å sikre at data ikke gikk tapt og at transkriberingen var korrekt, hørte masterstudenten gjennom lydopptaket flere ganger, simultant med lesing av det transkriberte materialet. Formålet denne fremgangsmåten var å fange samtalene opp i den formen som best mulig representerte det informanten faktisk sa.

Et transkribert materiale får en svekket gyldighet dersom man går utfra en mekanisk forståelse av pålitelighet (Malterud 2011). Ved analysen av det transkriberte materialet er det viktig å være klar over at tekst er tekst og ikke virkeligheten selv (Sandelowski 1994a; Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Hvert enkelt intervju ble etterfulgt av at masterstudenten skrev en kort logg for å beskrive stemningen eller forhold som kunne bli viktig ved tolkning og analyse. Denne loggen ble lest i forhold til tolkningen av hvert enkelt intervju i analysearbeidet og bidro til å gjenskape intervjusituasjonen for masterstudenten, noe som opplevdes som nyttig for å bevare nærhet til denne ved gjennomlesning av det skriftlige materialet.

2.5 Innholdsanalysen

Det transkriberte materialet ble først lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk, også kalt naiv lesing (Sandelowski 1994b). Alle intervjuene ble oppfattet som fullstendige intervjuer, som var store nok til å bli betraktet som et hele og små nok til å ha oversikt over. Intervjuene ble brukt som kontekst for funn av meningsenheter under analyseprosessen og ble således opplevd som en passende enhet for analyse (Hsieh og

Shannon 2005; Elo og Kyngäs 2008). Videre analyse ble gjort etter inspirasjon av Elo og Kyngäs (2008) sin modell for induktiv innholdsanalyse. Deres trinn fra åpen koding, det å søke mønster i den åpne kodingen og gruppere dem ble fulgt. Deretter ble de grupperte kodene abstrahert og delt inn i subkategorier og kategorier. Analysen ble utført i henhold til Elo og Kyngäs (2008) sine fem trinn:

Åpen koding ble utført ved at alle de transkriberte intervjuene ble fargekodet med hver sin farge, for lettere å finne tilbake til den opprinnelige informanten senere. Deretter ble de plassert etter hverandre inn i en tabell. Alt det transkriberte materiale i tabellen ble lest flere ganger, og utsagn av betydning for å beskrive aspektene ved innholdet ble streket under. Ved neste gjennomlesning ble disse overskriftene notert i en egen kolonne ved siden av, for å så i neste ledd bli identifisert som intervjuets koder.

Kodeskjema ble benyttet for å samle kodene og fritt kategorisere dem fra overskriftene.

Gruppering ble gjennomført ved at listene med kategoriene fra den åpne kodingen ble gruppert under egne overskrifter

Kategorisering ble så utført ved antallet kategorier ble redusert og slått sammen i forhold til ulikheter og likheter og plassert i egne grupper. Formålet med å formulere kategoriene er å finne en måte å beskrive fenomenet på for å øke forståelsen og å trekke ut kunnskap.

Abstraksjon eller fortolkning av de beskrevne kategoriene resulterte i formulering subkategorier med liknende utsagn og beskrivelser. Subkategoriene ble igjen gruppert sammen under gjensidige utelukkende kategorier. Hver kategori fikk et navn som var karakteristisk for innholdet og disse kategoriene genererte til slutt et formulert hovedtema som gjenspeiler en generell beskrivelse av forskningstemaet.

Abstraheringsprosessen var kontinuerlig under bearbeiding, og det ble brukt mye tid på å formulere subkategorier og kategorier før hovedtemaet til slutt ble formulert. Det ble avslutningsvis formulert tre kategorier som omfattet seks subkategorier. Til slutt framkom et hovedtema som representerte et underliggende, latent budskap i funnene. I tabell 1 illustreres hele analyseprosessen ved å vise til ett eksempel:

Tabell 1. Eksempel på gjennomføring av analysetrinnene

Åpen koding	Kode(skjema)	Gruppering og formulert subkategorier	Kategorisering	Abstraksjon (=Tema)		
Opplvde det som å kveles	kvelningsfølelse	Dødsangst, kvelningsfølelse og tap av kontroll	Kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon	Fra kvelende tvangstrøye...		
Kveles, tar livet av meg, no dør eg	Kvelningsfølelse dødsangst					
Følelse av å bli kvalt, enda mere kvalt	kvelningsfølelse					
gått litt unna, ikke trengt helt oppi meg, holdt litt avstand	Tap av kontroll					
Åpen koding	Kode (skjema)	Gruppering og formulert subkategorier				
De prata i munnen på hverandre, de laga så mye surr	Opplevelse av kaos	Kaotisk og uoversiktlig situasjon forsterker angsten				
Var mange der, var så veldig mange på meg	Opplevelse av kaos					
Det ble verre da alle skulle hjelpe til	Forsterkning av angst, kaos					
Ble redd, skjønnte det var krise For stor ståhei	Opplevelse av kaos, forsterkning av angst					
de virket veldig redde, det var jo veldig alvorlig jeg opplevde stress og de for rundt omkring,	Kaos, uoversiktlig situasjon					

2.6 Forskningsetikk

All forskning som involverer mennesker, må bygges på en gyldig etisk plattform for å ivareta de involvertes rettigheter (Polit og Beck 2012). Studien er godkjent av personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus (OUS), etter at REK sendte sin anbefaling om at de ikke var rett instans for formell godkjenning (Vedlegg 3). Begrunnelsen var at studien ble ansett som en kvalitetsforbedringsstudie. Informantenes skriftlige samtykke blir oppbevart i låsbart skap hos avdelingsleder frem til studien er publisert. Det er ikke opprettet noen kodet liste som kan koble enkeltintervjuer til navngitte personer. Direkte identifiserbare personopplysninger ble ikke transkribert og lagret elektronisk, ei heller navn på avdelinger eller sykehus. Lydfilene ble umiddelbart overført til en kryptert minnepinne etter hvert intervju og slettet fra den digitale opptaksenheten. Videre ble datamaterialet oppbevart forsvarlig på en kryptert minnepinne hvor kun masterstudenten kjenner koden. Resultatet vil kun bli brukt i forskningssammenheng, i tråd med NSDs krav til håndtering av datamateriale (2012) og Helseforskningsloven (2008).

Helsinkideklarasjonen (2008) viser til at pasienter som deltar i medisinsk forskning i kombinasjon med medisinsk behandling og forskning, er å anse som en sårbar gruppe. Spesielt i kvalitative studier må en være ekstra oppmerksom på at ubehag kan komme i

mange ulike former som stress, emosjoner, psykiske, sosiale eller økonomiske ubehag (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Informantene er gitt mulighet til å trekke seg fra studien når som helst uten å angi noen grunn og de er videre gitt muligheter til å diskutere følelser og tanker som oppstår i forbindelse med intervjuene. Dette gjelder også i etterkant av studien. På den annen side kan det tenkes at informantene har opplevd det positivt å kunne fortelle om og reflektere over en mulig skremmende og livstruende hendelse (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Flere informanter ga uttrykk for dette under intervjuene. Masterstudenten er intensivsykepleier med veiledningskompetanse, og har erfaring og innsikt i liknende behandlingssituasjoner som er relevante for gjennomføring av samtalene. Dette ble opplevd som en styrke i intervjusituasjonen med informantene.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden hevder at sykepleieforskning utgår særlig fra tre overordnede prinsipper; ikke - skade-, velgjørenhets- og autonomiprinsippet (2003). Forskningen som utøves skal ha stor nytteverdi og minimal risiko for de involverte (Polit og Beck 2012). Innsikt i hva pasienter opplever under behandling med NIV og hva som er viktig for dem, kan bidra til å øke kvalitet på sykepleien og forbedre praksis med NIV - behandling i sin helhet.

3.0 FUNN

Studiens hensikt var å utforske og beskrive pasienters ulike opplevelser av behandling med NIV. Informantene beskriver ulike opplevelser, og variasjonene kunne gjennom analysen sammenfattes i subkategorier og kategorier. Tre kategorier og seks subkategorier fremkom fra det kodede datamaterialet. Tabell 2 viser en oversikt over funnene.

Tabell 2. Opplevelser av NIV behandling i en akutt og livstruende situasjon

TEMA	Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn					
KATEGORI	Kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon		Informasjon er nødvendig for å avklare situasjonen for pasienten		Aksept av NIV og fokus mot å mestre behandlingen	
SUBKATEGORI	Dødsangst, kvelningsfølelse og tap av kontroll	Kaotisk og uoversiktlig situasjon forsterker angsten	Uforberedt ubehag med behandlingen	Inkonsistent og manglende informasjon gir utrygghet	Å bli sett og hørt som person	Tilvenning og aksept av maske

De tre kategoriene beskriver hvordan pasientene går igjennom omstillingsfaser. Første kategori omhandler hvordan pasientene opplevde å få NIV -behandling i en akutt og livstruende situasjon. Den andre kategorien beskriver hvordan informantene opplever tilnærmingen av NIV og behandlingsteamet, mens tredje kategori beskriver hvordan informantene tilpasser seg NIV og aksepterer situasjonen sin.

Kategoriene beskrives i henhold til strukturen som er presentert i tabellen. Både det unike i kategoriene og variasjonen i de ulike oppfatningene beskrives og belyses med sitater. Siste del av presentasjonen av funn omhandler det latente, gjennomgående temaet for informantenes beskrivelser.

3.1 Kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon

Denne kategorien ble formulert ut fra to subkategorier, ”Dødsangst, kvelningsfølelse og tap av kontroll” og ”Kaotisk og uoversiktlig situasjon forsterker angsten”. Det som

kjennetegnet kodene som formet disse subkategoriene, var informantenes beskrivelser av kvelningsfølelse og angst for å dø, samt opplevelse av å komme i en kaotisk og uoversiktlig situasjon preget av altfor mange mennesker og støy. Subkategoriene utdypes i det følgende.

3.1.1 Dødsangst, kvelningsfølelse og tap av kontroll

Informantene beskriver gjennomgående en panisk opplevelse av å bli kvalt og en kamp for å klare å puste når de ankommer behandlingsstedet og får på masken. De forteller at det eneste de vil er å få puste og at når de får på masken, så opplever de først en enda større følelse av å bli kvalt og ikke få luft.

... det tetta liksom for hue og munnen, det dekket for munnen så jeg ble kvalt altså (informant 3)

Dette skapte enda større lufthunger og panikk for informantene. Flere uttrykker så at kvelningsfølelsen de fikk med maske på, førte til en forsterkning av dødsangsten og at kjente mestringsrutiner ble borte:

... da var det en sykepleier som skulle ha den (peker på masken) opp i ansiktet mitt hele tiden, jeg prøvde å skyve dem bort for jeg ble bare enda mere kvalt og bare jeg fikk bort den så kunne jeg ordne pusten selv (informant 3)

En informant beskriver imidlertid at hun bare ga etter for behandlingen med en gang:

... da dem kom med maska tenkte jeg at det sikkert var for å hjelpe så jeg bare godtok og prøvde så godt jeg kunne (informant 2)

Informantene beskriver gjennomgående at de trodde de skulle dø før de ankom sykehuset og at de kjempet en voldsom kamp for å klare å puste. Dette var uavhengig fra om de hadde en KOLS - diagnose til grunn for respirasjonssvikten eller akutt lungeødem. Hovedfokus lå i det å klare å puste, det overskygget alt annet.

3.1.2 Opplevelse av en kaotisk og uoversiktlig situasjon forsterker angsten

Alle informantene hadde akutt og livstruende respirasjonssvikt når de mottok NIV - behandling. I tillegg til at maskebehandlingen i seg selv skapte panikk for flere av informantene, beskriver de en oppfatning av at behandlingspersonalet skapte mye støy og uro rundt dem og at det var for mange til stede.

.....Det var for mange, det hadde holdt med en to tre stykker. Jeg ble redd når det var så mange der og alle skulle hjelpe til også var det krise som den ene sa. Også "nå må vi ringe "også ringte dem til Ullevål og det var midt på natta og det var litt for stor ståhei. Jeg oppfatta at det var krise (informant 3)

Opplevelsen av mye personalet som tilsynelatende er preget av stress, synes å bidra til enda større uro og engstelse hos pasientene. Videre uttrykker informantene at det blir snakket over hodet på dem, informantene oppfatter deler av hva som blir sagt og at det snakkes om dem. De beskriver at de opplever selve akuttsituasjonen som uoversiktlig og preget av mye støy og kaos

.....Åh... det var så mye... for de prata i munnen på kvarandre og dem hadde en haug med masker Åh!! Det laga mye surr i mitt hode (informant 1)

Andre utsagn viser til en annen oppfatning, hvor det var mange til stede, men at det var rolig og at vedkommende ble snakket til av en person, ikke flere.

..men jeg veit ikke, det var jo mange der....men det var rolig og ei snakka til meg og sa de skulle hjelpe meg (informant 2)

Tilsammen er disse subkategoriene omskrevet til at pasientene initialt opplever akuttsituasjonen som å være i en kamp for livet i det som fortoner seg som en kaotisk og uoversiktlig situasjon for dem. Kategori 1 beskriver denne første fasen i NIV - behandlingen.

3.2 Informasjon er nødvendig for å avklare situasjonen for pasienten

Denne kategorien beskriver innholdet i subkategoriene "uforberedt ubehag med behandlingen" og "Inkonsistent og mangel på informasjon gir utrygghet". Kategorien beskriver det som kan være en andre fase i pasientens opplevelser av NIV - behandling i akuttsituasjonen. Kategorien omhandler beskrivelser fra informantene av faktorer de opplever at forverrer den svært alvorlige situasjonen de er i og som forsterker angsten og bidrar til økt forvirring og mistillit.

3.2.1 Uforberedt ubehag med behandlingen

Flere informanter beskriver noe overraskende at kvelningsfølelsen bare økte når masken ble satt på dem og strammet til. De opplevde dette som motstridende og inkonsekvent

og det førte til at de kjempet i mot behandlingen og behandlerne i panikk. Informant 3 beskriver dette slik:

Pusten, det skulle jo den derre maske hjelpe til med, men å få den slengt opp i ansiktet..ble jo kvalt bare enda mere kvalt og bare jeg fikk bort den så kunne jeg ordne pusten selv

En annen informant hadde en opplevelse av at NIV-behandlingen ga helt motsatt effekt enn hva hun var forberedt på og at istedenfor å få hjelp med å puste, opplevde hun motstand og at det ble enda tyngre å trekke pusten:

Jeg skjønnte jo ikke..jeg trodde den skulle HJELPE meg å puste, at jeg skulle puste bedre, men det den gjør er at jeg får motstand når jeg puster

Videre uttrykker alle informantene ubehag med at masken sitter veldig stramt på og antyder også at dette var et ubehag de ikke var forberedt på. Informant 3 og 4 sier det enkelt:

Men ingen fortalte meg at den måtte sitte veldig hardt på. Plutselig så strammet de den med en stropp bak hodet. Maska dekket hele ansiktet, satt for stramt

3.2.2 Inkonsistent og manglende informasjon gir utrygghet

Informantene beskriver hvordan de opplever motstridende og/eller mangel på informasjon om hvordan NIV virker. De opplever å få beskjed om at masken skal hjelpe dem med pusten, men når de får den på, opplever de å få en motstand og at kvelningsfølelsen øker. Dette gjør at de opplever mistillit og utrygghet i situasjonen, og fører for enkelte til aggresjon og kamp mot masken. Informant 1 beskriver det slik:

...de sier den skal hjelpe deg med pusten, det er ikke sånn det er. Klart du blir irritert, du blir sint når de sier motsatt.. de har løyet for meg

De informantene som fikk informasjon om at de skulle få NIV, beskriver ulike tilnærminger fra personalet. Det mest gjennomgående temaet var total mangel på informasjon om hva de kunne forvente og hvordan masken skulle sitte

...kommer med ei slik greie som trækker over nese og munn og du gisper etter luft og skjønner ikke hva de skal (informant 3)

....det var uro rundt behandlingen, ingen sa noe...(informant 4)

Informantene beskriver at dette legger ytterligere sten til byrden. Flere opplever å få beskjed om at masken skal hjelpe dem med pusten, men opplever i praksis at kvelningsfølelsen øker. Dette bidrar til økt angst og mistillit og gjør situasjonen enda mer forvirrende og uoversiktlig for informantene. Et utsagn bidrar forteller at riktig informasjon kan hjelpe pasientene til å stole på behandlingen

..det stemte det hun sa, jeg slappa av og lot dem holde på (informant 2)

3.3 Aksept av NIV og fokus mot å mestre behandlingen og gjenvinne kontroll

Denne kategorien rommer to subkategorier; ”Behov for å bli sett og hørt som person” og ”Tilvenning og aksept av maske”.

Informantene beskriver initialt en kamp for å overleve, en kamp mot å bli kvalt og for det å få puste. Disse opplevelsene forsterkes eller dempes av den informasjonen informantene har fått fra de som skal hjelpe. Opplevs feil eller mangelfull informasjon forstår ikke pasientene hvordan behandlingen virker, og dette er med på å skape et enda større kaos for dem i akutsituasjonen.

Videre inneholder denne kategorien beskrivelser av en fase i erfaringene med NIV – behandlingen hvor opplevelser med å få på masken, og det å gi etter for situasjonen, opplevs som nødvendig for å akseptere behandlingen og rette fokus mot å klare å slappe av og motta behandlingen.

3.3.1 Behov for å bli sett og hørt som person

Informantene beskriver viktigheten av å bli sett og hørt som person som et essensielt behov for å få tillitt til behandlerne og klare overlate kontrollen til dem. De opplever at behandlerne har fokus på det tekniske og mekaniske rundt dem i situasjonen. Dette kan illustreres gjennom dette utsagnet fra informant 4:

...sykepleierne ser bare på det tekniske...(informant 4)

Flere informanter kjempet for å føle tillitt til behandlerne sine, og beskriver hvordan de prøver å jobbe med nettopp det å stole på dem, og ”gi dem kroppen sin”. Det etterspørres konkrete personer å forholde seg til.

..hvis noen står ved siden av og støtter meg og holder masken, for da er det bare et menneske i istedenfor den haugen rundt deg (informant 3)

Videre er ord og uttrykk som ”å stole på dem” en gjenganger i beretningene. Flere gir uttrykk for å måtte kjempe for å få til det, det kom ikke av seg selv i situasjonene. Imidlertid gis det beskrivelser av å bli møtt og sett som person og at det skaper tillitt og aksept av behandling tidlig i forløpet:

....jeg stolte på at de ville hjelpe meg, hjelpe meg til å puste, jeg stolte på det (informant 2)

3.3.2 Tilvenning og aksept av maske

Utsagn som ”den maska er fantastisk” og ”fin, den maska” var ofte innledningen på intervjuene. Flere informanter var svært ivrige på å møte forskeren nettopp fordi det lå dem sterkt på hjertet og fortelle hvor fantastisk det var da de kjente effekten av NIV - behandlingen og at de først da opplevde å slappe av, her illustrert av informant 4:

Når jeg kjente effekt, hjalp det veldig, panikkfølelsen ble mindre fremtredende. Ingen forklarte noe, men så ble jeg jo bedre og ville ha mer og mer av den...

Det var viktig for informantene å forstå og erfare hvordan maskebehandlingen virket for å klare å ligge med masken på:

..nå vet jeg hva det er, hva jeg går til. Nå slapper jeg av...(Informant 3)

Når pasientene hadde akseptert NIV - behandlingen og endringen det medførte, var de klare for å fungere i en overenstemmelse med de nye vilkårene og kravene NIV-behandlingen utgjorde for dem. Fokus ble da rette mot handling og fremadrettede prestasjoner. Informantene oppgir ikke noe tidsperspektiv i sine fortellinger for når dette inntraff. Noen sier at det tok flere dager før de opplevde reell pustehjelp fra behandlingen, andre kan ikke angi tidsperspektiv i det hele tatt, da dagene eller timene glir over i hverandre.

3.4 Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn

Informantenes beskrivelse av hvordan de opplevde maskebehandlingen i akuttsituasjonen er full av kontraster. De beskriver hvordan de ankommer sykehuset i full krise og med stor dødsangst, og at de der blir møtt av et stort behandlingsapparat. Alle opplever å være i en kamp med pusten og mot det å bli kvalt, men forteller at kvelningsfølelsen forsterkes i forbindelse med maske - behandlingen. Maskepåsettingen beskrives som et overgrep, hvor de ikke er gitt muligheten til å forstå meningen med behandlingen. Det blir en inkonsistens i situasjonen, som bidrar til en mental og fysisk kraftanstrengelse for å gjenvinne kontroll og komme ut av situasjonen.

Informantene opplever etter hvert at masken har effekt og de klarer å slappe av. Ingen av dem kan angi noen tid for når dette skjer. Opplevelsen av avslapning beskrives som resultat av utmattelse eller en konsekvens av at de gir etter. Avslapningen bidrar imidlertid til at pasientene gjenvinne kontrollen over seg selv og situasjonen. Da er de i stand til å rette fokus mot behandlingen. Flere uttrykker i ettertid at masken er fantastisk, og at de er glade i den.

Denne refleksjonen over innholdet i kategoriene synliggjorde at det er et latent innhold som er gjennomgående, eller overbyggende, for alle kategoriene. Det latente temaet representerer en beskrivelse av at informantene går igjennom en omstillingsprosess i forbindelse med NIV - behandlingen. Temaet ble derfor formulert ut fra denne latente omstillingsprosessen og benevnes som "NIV - fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn".

4.0 DISKUSJON

Herunder vil studiens funn diskuteres i henhold til presentasjonen i tabell 2.

I diskusjonen relateres funnene til annen relevant forskning og studiens teoretiske fundament. Avslutningsvis vil metodiske forhold vurderes kritisk.

Funnene består av tre kategorier og et gjennomgående latent tema. Kategoriene som fremgikk fra funnene var ”Kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon”, ”Riktig informasjon og støtte fra behandlerne er nødvendig for å avklare situasjonen for pasienten” og til slutt ”Aksept av NIV og fokus mot å mestre behandlingen og gjenvinne kontroll”. Disse kategoriene ble videre abstrahert til en beskrivelse av et latent, gjennomgående tema som formuleres som ”Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn”.

4.1 Opplevelse av kamp for livet i en kaotisk og uoversiktlig situasjon

Informantene beskriver følelsen av å befinne seg i en situasjon preget av kvelningsfølelse og dødsangst. De opplever at de mister kontroll over situasjonen og det som skjer rundt dem. Det å være akutt, kritisk syk er å være i en situasjon preget av forandring, tap og krise (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Disse informantene er ved ankomst akuttavdelingen i en tilstand med livstruende respirasjonssvikt, som har oppstått brått. De beskriver frykt og angst for å dø. Flere beskriver også en mental uklarhet og at de mister oversikten over situasjonen. Kjente rutiner for å mestre respirasjonssvikten ser ut til å være borte, og de opplever tap av kontroll. Kvelningsfølelsen øker når de får på masken og NIV, og dette utløser en enda større panikk. Dette er sammenfallende med funn fra Torheim og Gjengedal (2010) sin studie om erfaringer med maskebehandling hos pasienter med akutt KOLS - ekserbasjon. Informantene i den refererte studien beskriver lufthunger og stor angst, samt at det å få på masken forsterket angsten. Informantene beskriver også her at de mistet kontroll over situasjonen (Torheim og Gjengedal 2010).

Det kan hevdes at informantene er i en fysisk og traumatisk krise, og har en opplevelse av stort psykologisk stress når de ankommer intensivavdelingen eller akuttmottaket. Ustabilitet og krise preger situasjonene deres, og de står i fare for å miste livet. Et

kjennetegn ved akutt kritisk sykdom er også uvisshet, og uvisshet oppleves truende (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Samme forfattere hevder at dette begrenser individets muligheter for å oppleve personlig kontroll i situasjonen, noe som øker opplevelsen av hjelpeløshet. De skriver videre at det akutt, kritisk syke pasienter sanser om personer i omgivelser preget av høyteknologi og stor behandlingsintensitet, er det som eventuelt skaper mening for dem i situasjonene.

Flere av informantene i den aktuelle studien beskriver imidlertid hvordan møtet med helsepersonellet bidrar til å forsterke angsten og pustebesværet, gjennom å skape en akuttsituasjon preget av stress, støy og lite eller ingen forutsigbarhet. De beskriver hvordan de får følelsesmessige reaksjoner på hjelpeløsheten som angst, frykt og sinne. En måte å forstå dette på kan være at disse opplever å ønske å få hjelp for å bli friske, men føler at de ikke blir sett som personer og gjort om til objekter. Det de beskriver å sanse, er uoversiktlige situasjoner og et stress som forsterker deres eget indre kaos. Dette kan hevdes å være energikrevende prosesser som virker negativt inn på sykdomsprosessene til pasientene. I disse situasjonene er de avhengig av å mobilisere et visst nivå av stresshormoner i situasjonen, for fysisk å være i stand til å overleve (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Det er også grunnlag for å hevde at dette forsterker respirasjonsbesværet deres, og forverrer deres fysiske tilstand ytterligere.

Alvsvåg (1997) hevder at når vi blir syke, så ønsker vi å få hjelp. Ingen av oss ønsker imidlertid å bli fratatt sin frihet, og ingen av oss ønsker å bli kontrollert etter å ha bli gjort om til objekt i andres blikk, hevder forfatteren. Informantene i denne studien kan forstås dithen at de har denne opplevelsen av objektivisering og frihetsberøvelse, noe som bidrar til økt opplevelse av å miste kontroll. Det kan tenkes at dette gir dem en manglende forutsigbarhet i situasjonen som bidrar til at de føler seg truet og må kjempe for å bli sett og hørt i sin akutte tilstand.

Sykepleiere som møter pasientene med akutt og livstruende respirasjonssvikt må fra første stund være klar over hvordan deres handlemåter og tilstedeværelse i situasjonene påvirker pasientenes fysiske og psykiske tilstand. De må videre ivareta pasientenes behov for ro og kontroll for å hjelpe dem mot å mestre NIV - behandlingen. Det å bli møtt som person er avgjørende for å skape den tilliten som er viktig i det videre forløpet med NIV - behandling, og for å redusere den utryggheten som er tilstede ved akutt

kritisk sykdom (Gjengedal 2000; Moesmand og Kjøllesdal 2004; Storli 2007; Wåhlin 2009). Hvis intensivsykepleierne oppnår å nå inn til pasienten, kan dette påvirke deres opplevelse av personlig kontroll. En måte å gjøre dette på er gjennom berøring og bruk av nonverbal kommunikasjon, som gjennom direkte øyekontakt. En annen måte er gjennom god og målrettet informasjon (ibid). Det å ha minst mulig personale i det akutte handlingsrommet, og at roller er fordelt på forhånd, er en annen god måte å møte pasientene på for å hindre opplevelse av kaos og lite kontroll (Benner, Tanner og Chesla 2009).

4.2 Opplevelse av informasjon og støtte fra behandlerne

Informantene i denne studien befant seg i en akutt og kritisk situasjon med stort pustebesvær, dødsangst og kvelningsfølelse. I denne tilstanden ankom de sykehuset, som for flere fortonte seg som en kaotisk og uoversiktlig situasjon.

Når pasientene ble koblet til masken og mottok NIV, økte kvelningsfølelsen. Et noe overraskende funn var beskrivelser av opplevelsen knyttet til økt motstand når de pustet inn. En annen studie beskriver imidlertid noe av det samme, da den beskriver at pasientene føler seg fullstendig fanget og kvalt av masken (Torheim og Gjengedal 2010). Dette kan tolkes dithen at pasientene opplevde en økt følelse av å miste kontroll når de ble koblet til masken uten å være forberedt på hvor stramt den sitter, eller hvordan maskinen ville gi pustehjelp. Konsekvensen ble økt panikk og forverret respirasjonsbesvær, som kan ha vært medvirkende årsak til at pasientene pustet ”mot” maskinen, og ikke klarte å samarbeide med den.

Det er hevdet i flere studier at NIV krever erfaring, praksis og bruk av skjønn med pasientene som mottar denne behandlingen (Dikensoy, Filiz og Ekinci 2002; Hill 2002; Shee og Green 2002; Girault mfl. 2003; Cuomo mfl. 2004; Nava og Ceriana 2004; Antonelli, Pennisi og Montini 2005; Lopez-Campos mfl. 2006; Curtis mfl. 2007; Epstein og Kacmarek 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Martinsen (2003) skriver om bruk av skjønn, og knytter dette opp mot at med menneskekunnskap lærer man seg omdømme, og ikke et sett av regler. Skjønnet setter hun inn i en historisk sammenheng, og viser til sykepleiefagets tradisjon. I denne tradisjonen viste eldre sykepleiere frem for elevene hva godt skjønn eller omdømme er gjennom mester – lærlingeordningen.

Forfatteren hevder også at denne kunnskapen ikke kan formuleres i eksakt språkbruk og presise og entydige begreper. Den viser seg gjennom en ”taus kunnskap”, hvor mesterens håndlag, fagets normer, prosedyrer og faktakunnskap er integrert. Hun bruker også begrepet ’erfaringsbasert kunnskap’ som eksempler fra praksis kan fremvise. Det oppleves som essensielt at helsepersonell evner å sette seg inn i hva det vil si å være akutt kritisk syk, for å kunne møte pasienten på deres premisser. Dette fordrer bruk av skjønn og menneskekunnskap, faktakunnskap og godt håndlag, i følge Martinsen (2003).

Informantenes opplevelser av uventet fysisk ubehag med behandlingen sto sterkt i kontrast til hva helsepersonellet formidlet til informantene, nemlig at masken skulle hjelpe dem med pusten og gjøre det lettere for dem. Videre var heller ikke informantene forberedt på at masken skulle sitte så stramt på. Dette bidro som tidligere nevnt til økt panikkfølelse. Informantene hadde en opplevelse av å motta motstridende informasjon, som bidro til mistillit og økt angst. Konsekvensen ble at de kjempet enda mer imot behandlingen initialt, og flere beskriver det som en kamp mot både personalet og masken.

Initialt ble behandlingen oppfattet som meningsløs, og informantene beskriver opplevelser av mistillit til personalet rundt dem. Kari Martinsen påpeker viktigheten av gjensidig tillitt mellom mennesker (Martinsen og Fink 2010). For å oppnå tillitt til behandlerne, må pasienten føle at behandlerne har tillit til seg. Tillit beskrives altså som noe gjensidig. Dette handler blant annet om at personalet tar seg tid til å informere på en korrekt måte hva maskebehandlingen innebærer, og lar pasienten selv delta i den grad det er mulig. Riktig informasjon kan gi en person grunnlaget for å foreta mer realistiske vurderinger i den spesielle situasjonen han befinner seg i. Det er lettere å takle ubehag og holde det ut, når det er kjent på forhånd (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Dette kan hevdes å bli understreket av beretningen til den ene informant som hele veien sa hun følte seg trygg, og at det ikke opplevdes truende å motta NIV - behandlingen, da ”det stemte det de sa”.

Informantene fremhever i denne studien at personalet ikke må si ”slapp av” og ”pust rolig”, da dette forsterker den negative opplevelsen og oppleves som et helt umulig krav. Dette samsvarer med utsagn fra informanter i Torheim (2010) sin studie. Disse

beskrivelsene kan oppfattes som at informantene opplevde det å puste rolig som en uoppnåelig ferdighet i øyeblikket, og at de ved dette ble fratatt enda en mestringsmulighet. Å bli møtt med et nytt krav om å puste rolig og slappe av når de kjemper for livet og mot å bli kvalt, oversteg deres ressurser. Mestring foregår i situasjoner der personen opplever krav som er større enn hans ressurser (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Sykepleieres omsorgsfulle tilstedeværelse fungerer som en respons på pasientenes behov for å bli sett, og som en hjelp til å målrette mestringsforsøkene. Dette kan bidra til at både tids- og ressursforbruket ved å akseptere NIV reduseres betydelig (British Thoracic Society Standards of Care 2002; Hill 2002; Torheim og Gjengedal 2010). Intensivsykepleiere må også ha kunnskap om hvordan akutt og livstruende respirasjonssvikt kan oppleves for pasienter, og hvordan NIV og maskebehandling oppleves når pasienter ikke har erfaring med behandlingen fra før (Lopez-Campos mfl. 2006).

Den akutt kritisk syke kan ha varierende grad av bevissthet og evne til å skille mellom fantasi og virkelighet. Redusert bevissthetsnivå kan gi pasientene begrenset mulighet til å søke og å motta informasjon og støtte (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Flere informanter beretter at de i akuttsituasjonen hadde en opplevelse av å være uklare og forvirret. De uttrykker at de hadde nok med å puste, og at det var vanskelig å oppfatte hva som ble sagt. Dette kan også forstås som at de ikke evnet å ta innover seg den informasjonen som ble gitt. De har heller ikke noe tidsbegrep. Tidligere studier av den kritisk syke intensivpasienten beskriver samme grad av angst og frykt, manglende tidsbegrep og problemer med å ta til seg informasjon (Gjengedal 2000; Storli 2007; Wåhlin 2009).

Det kan ikke utelukkes at disse pasientene ikke fikk riktige innstillinger på maskinen, i form av for liten eller for stor trykkstøtte med for rask eller langsom stigningstid. Det er viktig og nødvendig med erfaring og praksis når man administrer NIV, for å oppnå behandlingseffekt (Nava og Ceriana 2004). Suksessfull behandling med NIV avhenger i stor grad av pasientens samarbeidsevne og aksept, og dette henger strengt sammen med hvordan behandlingspersonalet utøver sin praksis (British Thoracic Society Standards of Care 2002; Curtis mfl. 2007). Det kan muligens spores en diskrepans mellom omsorg og teknologi hos personalet som behandlet noen av informantene i den aktuelle studien. Hofmann (2010) påpeker at teknologiens fokus på instrumentalitet og produktivitet

legger et slør over menneskenes behov for håp, mestring, sårbarhet og meningsfulle relasjoner.

Flere av informantene i denne studien forteller om en akuttsituasjon hvor de måtte prøve mange ulike typer masker, og at det var mye fokus på maskinen. En informant uttrykte blant annet at sykepleierne ble veldig opptatt av de kroppsdelene det var noe utstyr på, og ikke av henne. Gjengedal (2000) stiller spørsmålet om man må skille mellom omsorg og respekt og teknologisk effektivitet. I så fall kan man undres over om teknologi er omsorgshemmende.

I denne studien representeres teknologien av en ventilator som gir NIV. Det er kjent at man som ny og uerfaren spesialsykepleier kan bli blind for pasientene i all teknologien man omgis med (Dybwik 2000; Hofmann 2010). Benner (1995) beskriver en kompetansesstige hos kliniske sykepleiere, fra novise til ekspert, og tar her utgangspunkt i intervjuer med ekspertsykepleiere i ulike omsorgssituasjoner. Nybegynnerne opplever praksis som en rekke elementer som det kan være vanskelig å se sammenhengen i, eller prioritere mellom. Nybegynneren er helt avhengig av teorier og prinsipper, siden de ikke selv har den nødvendige erfaringen. Eksperten har imidlertid en helhetlig, konkret oppfattelse av situasjonen. Denne oppfattelsen bygger på gjenkjennelse av en rekke liknende situasjoner. Benner hevder at man må arbeide reflektert innenfor et felt i minst fem år for å utvikle seg til ekspert. Det er også slik at endel sykepleiere ikke blir eksperter, selv om de har arbeidet i mange år innenfor det samme spesialområdet. (Benner 1995). Det kan synes som om informantene i denne studien har møtt sykepleiere med ulikt kompetansenivå og varierende grad av anvendelse av skjønn. Denne vurderingen handler både om bruk av teknologi og omsorgsyttelse til den akutt kritisk syke, i følge de ulike beretningene om hvordan pasientene opplevde akuttsituasjonen og tilpasning av maske og maskin.

4.3 Opplevelse av aksept av NIV og fokus mot mestring og kontroll

Pasientene beskriver et behov for å bli sett og hørt som person i akuttsituasjonen. Noen informanter fortalte at de aksepterte masken raskt når de følte seg trygge, og stolte på behandlerne. Ett utsagn beskriver faktisk at informanten slappet av, og følte seg trygg i situasjonen. Hun påpeker at det var mange til stede i akuttsituasjonen, men at det var en

sykepleier som snakket med henne. Hun ble sett som person og hun opplevde å bli snakket til og lyttet til. Dette bidro til at hun lettere aksepterte situasjonen og ble trygg i situasjonen, i motsetning til andre informanter.

Når pasientene føler seg sett og tatt på alvor, kan det synes lettere for dem å akseptere NIV - behandlingen og den stramme masken, i den forstand at det opprettes et tillitsforhold til de som behandler dem. Noen informanter påpekte at hvis en sykepleier sto ved sengen og holdt masken mot fjeset initialt, gjorde dette at de ikke fikk panikk. I tillegg opplevde de en grad av medbestemmelse. I følge Martinsen og Fink (2010) ligger tillit til grunn som den bærende verdi for utøvelse av omsorg. Menneskekunnskap beskrives som grunnlaget for hvordan man kan lære å handle tillitsfullt. Den måten pasienten blir møtt på, øker (eller minsker) hans grad av trygghet. Forfatterne hevder videre at dette kommer først når sykepleierne sannferdig møter pasientens behov for å bli sett og hørt og forstått i deres smerte og behov.

Flere informanter forteller at de opplever det viktig at sykepleierne har fokus på dem, og ikke bare tekniske for å føle seg trygge. Det fremheves at hvis en sykepleier forholder seg til pasienten og snakker rolig, så hjelper det pasienten til å holde et fokus. Videre kan tilnærming av masken være et vesentlig moment, da en rolig tilnærming og gradvis tilpasning av masken anbefales i flere studier (Dikensoy, Filiz og Ekinci 2002; Hill 2002; Nava, Navalesi og Gregoretti 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Muligens kan det være en god måte å holde masken mot fjeset initialt, før man strammer stroppen. Informantene fremhever dette som vesentlig for å venne seg til masken. Ved en tilnærming som beskrevet over, kan intensivsykepleieren skape rom for en relasjon til pasienten, som er tillitsskapende og omsorgsfull. Dette beskrives også som avgjørende for å akseptere maskebehandlingen i studien til Torheim (2010). En svensk studie viser at intensivpasienter ble styrket og fikk mer selvstendighet når de følte seg trygge og fikk en følelse av verdi. Dette motiverte dem til å klare behandlingen (Wåhlin 2009). Intensivsykepleierne kan gjennom å fokusere på pasienten som person, og skape rom for gjensidig tillit, hjelpe pasienten med til mestringsstrategier som skaper mening i situasjonen for pasienten.

Tilvenning og aksept av masken kommer først når pasientene forstår effekten av masken. Noen informanter beskriver at dette skjer etter at de er kommet i det som kan

forstås som en resignert akseptering. Resignert akseptering er å forsone seg med en situasjon, akseptere den som den er og fastslå at de basale omstendighetene ikke kan endres (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Flere informanter beskriver at de befant seg i en slik situasjon, at de ga opp å kjempe og bare godtok behandlingen. For enkelte skjedde dette når de var helt utslitt. To informanter nevner også at de fikk beroligende, og at de opplevde det positivt med tanke på å klare masken. Flere studier viser også til det at det kan være positivt og nødvendig med beroligende medikasjon initialt (Girault mfl. 2003; Lightowler mfl. 2003; Gray mfl. 2008; Epstein og Kacmarek 2009).

Det å godta masken og akseptere den er ikke det samme, slik informantenes beskrivelser er tolket i denne studien. De informantene som bare godtok behandlingen, godtok masken i den forstand at de ga opp å kjempe mot behandlerne. De hadde fortsatt ingen forståelse av hva behandlingen betydde, og opplevde ingen mestring eller meningsfull relasjon til behandlingen. Dette kan knyttes til mestringsteori. Disse informantene kan tenkes å ha endret sin følelsesmessige respons på situasjonen, i den forstand at de benytter emosjonelt fokusert mestring for å holde ut i situasjonen (Moesmand og Kjøllesdal 2004). De beskriver at de godtar, i den forstand at de ikke kan endre på det som skjer rundt dem, men de kan endre på det de føler i forhold til det. Dette kan sies å bidra til at de ved å benytte en slik emosjonell mestringsteknikk følte seg mindre hjelpeløse, og at dette hjalp de til en viss kontroll i situasjonen likevel. Når disse informantene opplevde effekt av behandlingen, så fikk behandlingen i seg selv mening og i det aspektet aksepterte de masken og vedvarende behandling med NIV. Det å oppleve mening kan anspore pasienter til en innsats om å kjempe, anstrenge seg og holde ut (Storli 2007).

Alle informantene i denne studien innledet samtalen med å fortelle hvor fantastisk de opplevde masken, og noen beskrev til og med et kjærlighetsforhold til den. Flere informanter uttrykte et ønske om å ta med masken og NIV – maskinen hjem. Informantene ble intervjuet etter at den mest akutte respirasjonssvikten var avklart, og de fleste kunne nå selv velge når de ville ha masken på. I Torheim(2010) sin studie understreker pasientene betydningen av at sykepleierne tok hensyn til at de måtte føle seg klare for å ta på masken. Masken måtte være et frivillig valg, ellers skaper situasjonen panikk. Flere informanter i den aktuelle studien uttrykte at når de visste hva de gikk til, var det greit å forholde seg til behandlingen.

Informantenes hadde utsagn om at de elsket masken, og at de opplevde en lettelse og reell pustehjelp når de forsto og erkjente effekten av behandlingen. Muligens kan dette forstås som et uttrykk for at de ved å velge selv, har kontroll og mestring i situasjonen. Situasjonen blir meningsfull, og informantene opplever at masken letter respirasjonsbesværet.

Det kan synes som om informantene går igjennom en uforutsigbar omstillingsprosess, fra den akutte og livstruende tilstanden de befinner seg i ved behandlingsoppstart, til de opplever en bedring. Denne omstillingsprosessen knyttes til forholdet, eller holdningen, de har til NIV – behandlingen.

4.4 Overgang fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn

Siste steget i analysen endte med en formulering av et hovedtema som representerer det latente innholdet i datamaterialet. Temaet ”Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn” setter ord på noe underforstått og uttalt i informantenes utsagn om opplevelsene sine i forbindelse med NIV – behandlingen. Temaet omhandler en uforutsigbar omstillingsprosess i det informantene gjennomgår. Disse uforutsigbare overgangene kan fortolkes og beskrives som ”transisjoner”. Transisjoner kan defineres som en overgang fra en tilstand eller utgangspunkt til en annen, og kan sies å være både et resultat av forandring og et resultat i forandringen (Schumacher og Meleis 1994; Meleis mfl. 2000).

Transisjonserfaringer involverer forandringer i indre prosesser relatert til forandring i roller, forhold, evner og oppførsel. Prosessene involverer vanligvis emosjonell uro som angst, usikkerhet, selvkritikk og følelse av å være overveldet (Schumacher og Meleis 1994). Den første kategorien beskriver hvordan informantene befinner seg i en situasjon preget av forandring og hvor kjente mestringsstrategier ikke lenger strekker til. De er preget av angst og har problemer med å orientere seg i den kaotiske situasjonen. Meleis mfl (2000) hevder at premissene for transisjoner er det å være oppmerksom på den pågående prosessen og engasjementet i forandlingsprosessen. Informantenes streben etter å finne mening i den behandlingen de mottar, kan muligens bli på som et engasjement for å få innsikt i behandlingseffekten for å mestre omstillingen fra å være selvpustende til å motta pustehjelp fra en maskin. Noen erfarte at dette engasjementet ble forhindret av opplevelsen av støy og kaos, samt at de ikke hadde noen opplevelse av å bli møtt som

person. Dette førte til at NIV - behandlingen ble oppfattet meningsløs, og som en kvelende tvangstrøye. Annen forskning viser at det er viktig for pasienter med akutt kritisk sykdom å forstå hva som skjer med dem og hvorfor (Gjengedal 2000; Storli 2007; Wåhlin 2009; Torheim og Gjengedal 2010). Transisjoner er fylt med kaos og fremmedgjøring, og kan innledningsvis medføre mental uklarhet og fokus på tap (Bridges 2004). Selv om man er dominert av tap og sorg, så utvikler det seg en klarhet til å utforske nye muligheter, og det blir gjort trinn for å finne en ny mening.

Den neste kategorien i funnene viser en slags fase to, hvor pasientene kjemper for å finne måter å forholde seg til situasjonen på. Meleis mfl (2000) hevder at det å føle seg trygg og sikker har en positiv effekt på transisjoner. Gjennom kommunikasjon og samarbeid kan man utvikle og forandre meningsperspektiver og handlinger for å respondere på transisjoner (Bridges 2004). Informanter i denne studien trengte profesjonell støtte som kunne hjelpe dem til gjennomføre transisjonsprosessen, men fikk ikke dette. Det å bli støttet og møtt som personer var avgjørende for hvordan de gikk igjennom transisjonsprosessen og etter hvert aksepterte NIV - behandlingen. Det å ikke motta informasjon, eller sett som person, ble erfart som et hinder. Det virket påtrengende viktig for informantene at de forsto hvorfor de måtte få behandlingen, og hvordan man gikk fram for å gjennomføre denne. Mangel på profesjonell støtte og stigmatisering av sykdom er et hinder for en suksessfull transisjon, i følge Meleis (2000).

Transisjoner er ofte preget av perioder med tilbaketrekning hvor ensomhet og tomhet er naturlige følelser som kan hjelpe mot akseptering av en ny situasjon (Bridges 2004). En del av funnene i studien som er beskrevet og diskutert i det foregående, kan peke mot at informantene erfarte slike følelser. Sett i lys av transisjonsteori er disse reaksjonene sett på som positiv tilstand, i den forstand at det ses på som en følelsesmessig mellomlanding hvor de må finne mer energi for å orientere seg på nytt, og finne en ny måte å være i verden på (Bridges 2004). Noen informanter viser til at de bare godtok masken og trakk seg tilbake fra situasjonen. Dette kan, med bruk av transisjonsteori, fortolkes som et ledd i deres omstilling for å akseptere maskebehandlingen.

Transisjoner involverer nye begynnelse, som er karakterisert av handlinger mot å reengasjere seg i tidligere aktiviteter, forhold og prosjekter som er kompatible med en endret livssituasjon (Bridges 2004). Selv om informantene opplevde å være i en følelse av

tap, kom det positive konsekvenser ut av omsorg og det å bli sett som person. Det hjalp dem mot å avklare situasjonen og dens konsekvenser på et indre plan som førte til og de orienterte seg positivt mot masken. Den siste kategorien beskriver fasen hvor pasienten har akseptert forandringen, gjenvunnet kontroll og er fokusert på mestring og det å bli bedre. Dette kan tolkes som at informantene har hatt en overgang fra å erfare NIV som en ressurs og en livgivende venn, istedenfor fiende.

4.5 Metodediskusjon

Troverdighet og gyldighet påvirker hverandre gjensidig i en studie og beskrives derfor ofte under ett (Speziale og Carpenter 2007; Polit og Beck 2012). Troverdighet og gyldighet berører alle fasene i forskningsprosessen, og beskrives derfor i tilknytning til de ulike fasene i dette avsnittet. Noen punkter er i det følgende trukket ut til diskusjon og refleksjon over hvordan disse kan ha påvirket troverdigheten, gyldigheten og overførbarheten av funnene i studien.

Studier som er basert på kvalitativ innholdsanalyse blir karakterisert som beskrivende kvalitative studier, siden de ikke berører noen bestemt forskningstradisjon (Polit og Beck 2012). Sandelowski (2000) hevder at forskere som gjør en kvalitativ innholdsanalyse er tettere på dataene og overflaten av ordene enn forskere innen andre kvalitative metoder som grounded theory, etnografi og fenomenologi. Kvalitativ forskning har ikke som mål å generalisere fenomener (Polit og Beck 2012). Den aktuelle studien hevder heller ikke å beskrive opplevelsene til alle pasienter som har blitt behandlet med NIV.

Kvalitativ innholdsanalyse er en forskningsmetode som brukes for å skape gyldige slutninger fra data i sin kontekst med mål om å formidle kunnskap og nye innsikter, samt en representasjon av fakta og en praktisk guide til handling (Elo og Kyngäs 2008). Målet er å finne en fortettet og bred beskrivelse av fenomenet og utfallet av analysen er kategoriene som beskriver fenomenet. En kritikk mot denne metoden er at den blir sett på som en naiv og forenklet teknikk som ikke støtter seg på statistikk, og at den forenkler data. Videre kritiseres den for i utgangspunktet å være en kvantitativ metode og således ikke kvalitativ av natur (Hsieh og Shannon 2005; Elo og Kyngäs 2008). Elo & Kyngäs (2008) hevder imidlertid at metoden er veldig godt egnet til å analysere data fra sykepleiernes mangefasetterte fagfelt.

Innholdsanalyse som metode er i følge Elo og Kyngäs (2008) så enkel eller vanskelig som man selv gjør den til, ut fra innsikt og analytiske evner hos den som utfører en slik studie. Det vil være avgjørende for troverdigheten og gyldigheten i denne studien at masterstudenten har en bevissthet og åpenhet rundt sin egen uerfarenhet, både med hensyn til intervjusammenhenger og analysearbeid. Troverdighet og gyldighet kan ivaretas gjennom diskusjon med andre, for eksempel ved å søke tilbakemelding fra andre enn informantene (Polit og Beck 2012). Troverdighet og gyldighet er søkt ivaretatt gjennom hele studien gjennom å være bevisst egen forforståelse, samt ved å inneha en kritisk holdning og gjennom diskusjon med veileder og medstudenter på forskningsplan, metodevalg og analyse.

Det er tilstrebet åpenhet gjennom detaljert å beskrive forskningsprosessen i metodekapittelet. Fremgangsmåten er svært nøyaktig fremstilt i henhold til råd fra Polit og Beck (2012). Det er søkt å ivareta gjennomsjennelighet gjennom å vise hvordan tema og kategorier ble formulert fra de opprinnelige data fra informantene (Polit og Beck 2012). Leseren gis mulighet til å kunne følge masterstudentens resonnement, analyse og presentasjon av funn på en slik måte at det kan vurderes om resultatene er kommet frem på bakgrunn av informantenes beretninger. En slik nøyaktig fremgangsmåte er søkt ivaretatt i alle deler av studien, og spesielt i metodekapittelet. Dette kan være en styrke for denne aktuelle studiens troverdighet og etterprøvbarehet.

Innholdsanalyse er ansett som en passende metode når målet er å dekke variasjoner (Graneheim og Lundman 2004). Funnene i denne studien er basert på de narrative beretningene fra et konsekutivt utvalg av pasienter som alle hadde opplevd å få behandling med NIV ved akutt- og livstruende respirasjonssvikt. Utvalget besto til slutt av 4 kvinnelige og mannlige informanter med ulik alder og bakgrunn hva angår sivilstatus, utdanning og yrkesutøvelse. Videre var grunnsykdommene som utløste deres akutte tilstand forskjellig hos informantene og de ble behandlet ved ulike sykehus. Dette er med på å sikre variasjon i utvalget, noe som er en styrke med tanke på overførbarheten i denne studien.

Et lite utvalg kan hevdes å være at denne studiens åpenbare svakhet. Det kan svekke dens eksterne gyldighet og overførbarhet. I kvalitative studier er det varierende anbefalinger for størrelse på et utvalg. En oversikt over utvalg i kvalitative PhD-studier viser alt fra 2 –

97 informanter (Mason 2010). Kvalitative utvalg må være store nok til å forsikre at det meste av betydning for fenomenet er avdekket, også kalt metning. Datasamlingen er mettet når den er så stor at det ikke lenger belyses nye faktorer ved det beskrevne fenomenet (Polit og Beck 2012). Utforskende studier består ofte av små utvalg og data samlet gjennom dybdeintervjuer over tid kan sikre gyldigheten på dataene (Brink 1987; Charmaz 2004).

De fire inkluderte informantene ga lange, inngående intervjuer med gode og varierte beskrivelser som dannet grunnlaget for en rik datasamling. Dette materialet syntes i analysefasen å være stort nok til å gi muligheter for alternative versjoner og tolkningsmuligheter. Masterstudenten opplevde at etter tre intervjuer inneholdt den fjerde informantens bidrag gjennkjennbare beskrivelser. Siden dette kunne være et tegn på metning av datainnsamlingen, bidro det til beslutningen om avslutte datainnsamlingen. I følge Patton (2002) kan eventuelle mønstre som springer ut fra få, men unike beretninger være av særlig interesse og utgjøre selve kjernen i et bestemt fenomen. Dette snur den åpenbare svakheten ved et lite utvalg til en styrke (Patton 2002b). Malterud (2006) hevder at data fra et lavt antall informanter (4-7) kan være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale hvis forskeren har gjort godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse. Videre styrkes funnene og overførbarheten i denne studien av tilsvarende funn fra en annen studie (Torheim og Gjengedal 2010)

I kvalitativ forskning blir troverdighet definert ut fra tillitt til sannheten i dataene og tolkningen av dem (Polit og Beck 2012). Det er viktig å synliggjøre intervjuerens rolle og hvordan intervjueren påvirker informanten og intervjusituasjonen, da dette kan farge funnene i studien (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Masterstudenten har beskrevet sin forforståelse i metodekapittelet for å synliggjøre denne både for seg selv og for leseren. Dette ble en nyttig bevisstgjøring i intervjusituasjonene.

Intervju som datainnsamlingsmetode krever at intervjueren har høye ferdigheter i det å skulle gjennomføre et intervju (Kvale, Brinkmann og Anderssen 2009). Masterstudenten var uerfaren i intervjusammenheng og med forskning. Imidlertid var det å kommunisere med akutt, kritisk syke pasienter i katastrofale situasjoner kjent for masterstudenten etter mange års arbeid i intensivavdelinger som intensivsykepleier. Masterstudenten innehar

også veilederkompetanse. Dette kan ha vært en styrke i intervjusituasjonene, da dette kan ha bidratt til å skape fortrolighet og en god, trygg ramme for historiene om informantenes opplevelse. Malterud (2006) skriver at det å lytte med et åpent sinn slik at man som forsker kan høre det nye eller uventede, er en egen forskerkompetanse som må utvikles og læres. Ved å ha beskrevet og forholde seg så bevisst som mulig til egen forforståelse, samt å benytte veilederkompetansen har masterstudenten søkt å forholde seg åpen i intervjusituasjonene og å skape samtaler hvor ingen svar har vært klare på forhånd. Dette kan være med på å styrke den interne gyldigheten i datamaterialet.

Tre intervjuer ble utført på sykehuset nesten umiddelbart etter den kritiske hendelsen. Et intervju ble utført hjemme hos en pasient etter pasientens ønske. Dette kan ha medført at dette intervjuet besto av mer bearbeidet materiale fra informantens side og at selve situasjonen hadde bleknet noe. Malterud (2006) skriver at fortellerens versjon er en av flere mulige, at opplevelsen blir gjenopplevd ved at historien fortelles og at dette skaper en ny ramme som kan bidra til at opplevelsen, eller erindringen om den, endrer seg. På den annen side kan det argumenteres med at nettopp det informanten husket, var det som var viktig i denne informantens spesielle situasjon og at endring av rammene rundt intervjuene ikke skaper noen bias i datainnsamlingen. Den nye historien er nødvendigvis ikke mindre sann enn den opprinnelige (ibid).

Hvert intervju ble transkribert av masterstudenten og det ble valgt å være lojal ovenfor informantenes eget språk. Dialekter og sosiolekter ble skrevet ordrett ned, noe som var i tråd med innholdsanalysen uttalte mål om å være tett på ordene og datamaterialet. Dette kan bidra til å styrke den interne gyldigheten i datamaterialet. Analysen ble utført i tett samarbeid mellom masterstudent og veileder. Det transkriberte materialet ble lest flere ganger av de impliserte og koder ble notert i margin. Det er søkt å bevare nøyaktighet og grundighet gjennom hele denne prosessen. Gjennom å fargekode hver informant og sette inn i tabell ble materialet oversiktlig og det var enkelt å finne tilbake til koder og sitater fra hver enkelt informant. Det er gjennom hele analyseprosessen bevart en nærhet til det narrative materialet, og de ulike subkategoriene er formulert etter grupperte koder. For hver formulerte subkategori har masterstudenten gått tilbake til kodene og studert innholdet. Innholdet i kategoriene er beskrevet gjennom subkategoriene.

Det kan være et spørsmål om subkategoriene er gjensidig utelukkende og om datamaterialet er mettet nok, som konsekvens av det lave informanttallet. En forenklet analyse kan være et tegn på en uerfaren og umoden prosess basert på en ufullstendig datasamling (Charmaz 2004). To subkategorier omhandler henholdsvis ubehag med behandlingen og situasjonen og utrygghet i situasjonen. Disse to utgjør kategorien ”Informasjon er nødvendig for å avklare situasjonen for pasienten”. Forskjellen mellom disse kategoriene er at den ene beskriver fysisk ubehag knyttet til behandlingen mens den andre omhandler psykisk ubehag med situasjonen. Det kan diskuteres om disse til sammen utgjør en subkategori og at det ved en større datasamling ville avdekkes flere faktorer ved det beskrevne fenomenet. Dette kan være svakhet ved studien.

Presentasjon av funnene er gjort med bruk av autentiske sitater for å beskrive og synliggjøre materiale og bevise sammenheng mellom funnene og informantenes opplevelser. Graneheim og Lundmann (2004) skriver at en troverdig tolkning handler om at det er argumentert for den antatt mest sannsynlige tolkningen og at troverdigheten vil øke hvis funnene er presentert på en slik måte at leseren kan lete etter alternative tolkninger. Funnene i denne aktuelle studien er tilstrebet å være presentert på en slik måte at leseren gis mulighet til å tolke alternativt. Dette er gjort for å vise studiens troverdighet og gyldighet. Gyldighet kan også ivaretas gjennom kontroll med annen empiri (Charmaz 2004). Dersom det er sammenfall mellom en studie og en annen, kan man si at gyldigheten er styrket, men ikke at funnene er sanne. I diskusjonen av funnene, er denne studiens funn derfor diskutert opp mot annen forskning.

Masterstudenten har vist funnene i tabeller for å illustrere en oversikt over hvordan analysen av funnene har ført frem til studiens konklusjoner. Polit & Beck (2012) betegner det å bruke figurer og tabeller som nyttig for å summere helhetlig oppfatninger av det fenomen som presenteres. På bakgrunn av dette kan bruken av tabellene ha bidratt til å øke studiens troverdighet.

Studiens teoretiske fundament har utviklet seg vekselvis før og etter analyse, i forbindelse med presentasjon av funn. Med dette menes at masterstudenten først har studert områder som var viktige for å belyse hensikten og gjennomføringen av studien etter godkjent forskningsplan. Videre ble det avdekket et utviklet et behov for ny metodekunnskap og

forskningsbasert kunnskap etter hvert som funnene steg frem. Dette kan også være et bidrag til å styrke denne studiens troverdighet og gyldighet.

5.0 KONKLUSJON

Denne studien beskriver at når pasientene forstår hensikten med NIV - behandling, slapper de av og aksepterer masken. For å oppnå dette, må de føle tillitt og trygghet i situasjonen. Pasienter som mottar NIV utgjør mange utfordringer for intensivsykepleieren. Sykepleie og omsorg til akutt, kritisk syke intensivpasienter er krevende. Situasjonene nødvendiggjør en ekspertforståelse på teknologiske aspekter, samtidig som situasjonen synliggjør behovet for en pasientfokusert tilnærming.

”Fra kvelende tvangstrøye til livgivende venn” er beskrivende for innholdet i materialet som ble gitt masterstudenten under intervjuene. Det oppleves som særdeles dekkende for hvordan informantene i ettertid beskriver opplevelsen av å få NIV ved akutt og livstruende respirasjonssvikt. For å oppnå å betrakte NIV – masken som en livgivende venn, beskrives det som essensielt for pasientene å bli møtt på en personlig og rolig måte i akuttrommet i den livstruende situasjonen. Informasjonen som blir gitt må være fullstendig, og gitt på en slik måte at det skaper forutsigbarhet og trygghet. Det kan diskuteres om behandlingspersonalets tilnærming til pasienter i de beskrevne livstruende situasjoner er så preget av stress, at den skaper et kaos som forverrer situasjonen unødig for pasientene og er medvirkende årsak til at pasientene opplever økt panikk som forhindrer maskepåsetting og NIV - behandling. Det forutsetter kunnskap om hvordan pasientene kan oppleve behandlingen. Denne studien viser at ganske enkle tiltak og omsorgsfull, kunnskapsbasert sykepleie kan bedre disse situasjonene for pasientene.

5.1 Tanker om videre forskning knyttet til temaet

En del av informantenes erfaringer og opplevelser beskrevet i denne aktuelle studien er belyst i andre studier om intensivpasienter, hvor mange har vedvarende traumer etter endt behandling (Gjengedal 2000; Storli 2007; Wåhlin 2009). Presentasjonen av hvordan pasienter erfarer NIV og diskusjonen rundt disse funnene, tydeliggjør at NIV – behandling ved akutt og livstruende respirasjonssvikt utgjør et betydelig potensiale for akutte komplikasjoner og traumatiske opplevelser. Med økende omfang av bruk av NIV, vil det derfor være behov for ytterligere studier med spesielt fokus på denne behandlingsformen. Med tanke på videre studier om dette temaet, er et nærliggende

spørsmål om denne pasientgruppen kunne ha nytte av terapeutiske samtaler etter endt akutt behandling, for å bearbeide opplevelsene sine. Man kan også ha behov for å vite noe om hvordan intensivsykepleiere erfarer møtet med NIV - pasienten i akuttsituasjonen. I tillegg kan det være behov for å undersøke hvordan prosedyrer, medisinsk - teknisk utstyr og overvåkning i omsorgen for den akutt kritisk syke pasienten implementeres i intensivavdelinger, i et helhetsperspektiv.

Referanseliste

Antonelli, M. mfl. (1998) A comparison of noninvasive positive-pressure ventilation and conventional mechanical ventilation in patients with acute respiratory failure. I: *N Engl J Med*, 339(7), s. 429-35.

Antonelli, M., M. A. Pennisi og L. Montini (2005) Clinical review: Noninvasive ventilation in the clinical setting--experience from the past 10 years. I: *Crit Care*, 9(1), s. 98-103.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO.

Benner, P., C. A. Tanner og C. A. Chesla (2009) *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer.

Bridges, W. (2004) *Transitions : making sense of life's changes*. 2nd utg. Cambridge, MA: Da Capo Press.

Brink, P. J. (1987) On reliability and validity in qualitative research. I: *West J Nurs Res*, 9(2), s. 157-9.

British Thoracic Society Standards of Care, C. (2002) Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. I: *Thorax*, 57(3), s. 192-211.

Charmaz, K. (2004) Premises, principles, and practices in qualitative research: revisiting the foundations. I: *Qual Health Res*, 14(7), s. 976-93.

Couchman, B. A. mfl. (2007) Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part one. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 23(1), s. 4-14.

Cuomo, A. mfl. (2004) Noninvasive mechanical ventilation as a palliative treatment of acute respiratory failure in patients with end-stage solid cancer. I: *Palliat Med*, 18(7), s. 602-10.

Currier, D. P. (1990) *Elements of research in physical therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Curtis, J. R. mfl. (2007) Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. I: *Crit Care Med*, 35(3), s. 932-9.

Dikensoy, O., A. Filiz og E. Ekinici (2002) NIV guidelines. I: *Thorax*, 57(11), s. 1002; author reply 1002.

Dybwik, K. (2000) *Respiratorbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Elo, S. og H. Kyngäs (2008) The qualitative content analysis process. I: *J Adv Nurs*, 62(1), s. 107-115.

Epstein, S. K. og R. M. Kacmarek (2009) Noninvasive ventilation in acute care: controversies and emerging concepts. Foreword. I: *Respir Care*, 54(1), s. 38-9.

Esteban, A. mfl. (2004) Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. I: *N Engl J Med*, 350(24), s. 2452-60.

Girault, C. mfl. (2003) Noninvasive mechanical ventilation in clinical practice: a 2-year experience in a medical intensive care unit. I: *Crit Care Med*, 31(2), s. 552-9.

Gjengedal, E. (2000) *Understanding a world of critical illness*. Oslo: Pensumtjeneste.

Graneheim, U. H. og B. Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Educ Today*, 24(2), s. 105-12.

Gray, A. mfl. (2008) Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. I: *N Engl J Med*, 359(2), s. 142-51.

Gulbrandsen, T. og D.-G. Stubberud (2010) *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe.

Helsinkedeklarasjonen 1964/2008. The World Medical Association
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (lastet ned 18.9.2012)

Hill, N. S. (2002) Saving face: better interfaces for noninvasive ventilation. I: *Intensive Care Med*, 28(3), s. 227-9.

Hofmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Hsieh, H. F. og S. E. Shannon (2005) Three approaches to qualitative content analysis. I: *Qual Health Res*, 15(9), s. 1277-88.

Kvale, S., S. Brinkmann og T. M. A. R. J. f. Anderssen (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lightowler, J. V. mfl. (2003) Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. I: *BMJ*, 326(7382), s. 185.

Lopez-Campos, J. L. mfl. (2006) Staff training influence on non-invasive ventilation outcome for acute hypercapnic respiratory failure. I: *Monaldi Arch Chest Dis*, 65(3), s. 145-51.

Lov 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html (lastet ned 18.9.2012)

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforl.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. [Oslo]: Universitetsforl.

Martinsen, K. og H. C. Fink (2010) *Fra Marx til Løgstrup*. København: Munksgaard Danmark.

Meleis, A. I. mfl. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. I: *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), s. 12-28.

Moesmand, A. M. og A. Kjøllesdal (2004) *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nava, S. og P. Ceriana (2004) Causes of failure of noninvasive mechanical ventilation. I: *Respir Care*, 49(3), s. 295-303.

Nava, S. og N. Hill (2009) Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. I: *Lancet*, 374(9685), s. 250-9.

Nava, S., P. Navalesi og A. Carlucci (2009) Non-invasive ventilation. I: *Minerva Anestesiol*, 75(1-2), s. 31-6.

Nava, S., P. Navalesi og C. Gregoretti (2009) Interfaces and humidification for noninvasive mechanical ventilation. I: *Respir Care*, 54(1), s. 71-84.

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (s.a). <http://www.nsd.uib.no/> (lastet ned 18.1.2012)

Patton, M. Q. (2002a) *Qualitative research & evaluation methods*.

Patton, M. Q. (2002b) *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Peter, J. V. mfl. (2006) Effect of non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) on mortality in patients with acute cardiogenic pulmonary oedema: a meta-analysis. I: *Lancet*, 367(9517), s. 1155-63.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing research*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.

Sandelowski, M. (1994a) Notes on transcription. I: *Res Nurs Health*, 17(4), s. 311-4.

Sandelowski, M. (1994b) We are the stories we tell: narrative knowing in nursing practice. I: *J Holist Nurs*, 12(1), s. 23-33.

Schumacher, K. L. og A. I. Meleis (1994) Transitions: a central concept in nursing. I: *Image J Nurs Sch*, 26(2), s. 119-27.

Shee, C. D. og M. Green (2002) NIV guidelines. I: *Thorax*, 57(11), s. 1002; author reply 1002.

Speziale, H. J. S. og D. R. Carpenter (2007) *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Storli, S. L. (2007) *Living with experiences and memories from being in intensive care*. [Tromsø]: University of Tromsø, Faculty of Medicine, Department of Clinical Medicine, Section for Nursing and Health Sciences.

Sweet, D. D. mfl. (2008) Missed opportunities for noninvasive positive pressure ventilation: a utilization review. I: *J Crit Care*, 23(1), s. 111-7.

Torheim, H. og E. Gjengedal (2010) How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations. I: *Scand J Caring Sci*, 24(3), s. 499-506.

Wåhlin, I. (2009) *The circle of strength and power*, b. no. 1120. Linköping: Linköpings universitet.

Zhang, Y. mfl. (2012) Oxygen therapy for pneumonia in adults. I: *Cochrane Database Syst Rev*, 3 s. CD006607.

Vedlegg 1 Forespørel om tilgang til feltet

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon sykepleie

Klinikkjef/avdelingsleder
Akutt klinikken
xxxx xxxxxxxx
xxx Universitetssykehus

Søknad om tillatelse til å utføre forskningsprosjektet ” Non-Invasiv Ventilasjonshjelp ved akutt og livstruende respirasjonssvikt” ved XXx Universitetssykehus

Undertegnede er masterstudent ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie, seksjon sykepleie og gjør en mastergrad i kliniske (intensiv)sykepleie. Mastergraden vil bestå av en kvalitativ studie som omhandler pasienters opplevelse av non invasiv ventilasjon (NIV) i akuttsituasjonen og hva de erfarer er viktig for dem i disse situasjonene.

Det overordnede målet for studien er å finne hva som er viktig for disse pasientene i disse situasjonene, for å kunne bruke denne informasjonen for å finne tiltak som kan gjøre NIV mer pasientvennlig i akuttsituasjonen.

Studien består av en intervju-del og en analysedel, og denne henvendelsen gjelder søknad om å få gjennomføre intervjudelen ved deres sykehus. Studien er innrapportert til NSD og er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst dato, samt personvernombudet ved de respektive sykehusene. I intervjuene ønskes det å ha samtaler med pasientene om hvordan de har opplevd å få NIV i akuttsituasjonen og hva de erfarte var viktig for dem i disse situasjonene. Det planlegges å gjøre disse intervjuene på sykehuset når pasientene ikke lenger trenger NIV og er klare til å skrives ut til vanlig sengepost og før en eventuell utskrivelse fra sykehuset. Undertegnede håper det er mulig å bruke egnede rom på sykehuset.

Dersom tillatelse blir gitt, ber undertegnede om at avdelingssykepleier, eller den som blir delegert oppgaven, er behjelpelig med å rekruttere informanter gjennom å dele ut ut brev med forespørsel om deltakelse og å innhente informert samtykke om å delta i studien. Undertegnede vil gjennom hele perioden være tilgjengelig og kan kontaktes både fra postene og de eventuelle informantene.

Min veileder er førstelektor Solveig Struksnes ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie, seksjon sykepleie, e-post: Solveig.Struksnes@hig.no

Jeg håper at temaet og studien kan være av interesse og håper på et positivt svar.

Med vennlig hilsen
Kjersti Langmoen
Masterstudent

e-post: Kjersti.Langmoen@hig.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Non-invasiv ventilasjon ved akutt- og livstruende respirasjonssvikt"

Dette er forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan det oppleves å få maskebehandling (non invasiv ventilasjon) når man ikke selv klarer å puste godt nok. For å finne ut noe om dette ønskes en samtale med pasienter som har opplevd det.

Den som ønsker å ha en samtale med deg er intensivsykepleier, og er ansatt som fagsykepleier ved akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus ved siden av å være student ved Høgskolen i Gjøvik.

Utdanningen sykepleieren tar er Master i klinisk sykepleie. Resultatene av undersøkelsen vil derfor inngå i en masteroppgave ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie, seksjon sykepleie.

Hva innebærer studien?

For å få en forståelse av dette temaet, ønskes det en samtale med deg som har vært akutt innlagt med akutte pusteproblemer. Samtalen vil dreie seg om hvordan du opplevde maskebehandlingen og hva som du erfarte som viktig for deg i denne spesielle situasjonen.

Det planlegges å ha en samtale med deg når du ikke lenger trenger denne behandlingen. Du velger selv tidspunkt. Samtalen skal forgå mens du fortsatt er innlagt på sykehuset, men det kan også gjøres etter utskrivelse hvis du ønsker det.

Det vil bli gjort individuelle avtaler om hvor samtalen skal skje og det tenkes at den vil vare ca en time. Samtalen vil bli tatt opp med en diktafon.

Mulige fordeler og ulemper for deg

Når man har vært i behov for hjelp med å puste, har man vært i en vanskelig og stressende situasjon.

Å ha en samtale med en forsker/utenforstående etter en slik episode, kan gi muligheter til ettertanke og refleksjon, men samtalen kan også tenkes å være en belastning. Det kan dukke opp ubehagelige minner og man kan kjenne en engstelse for hva fremtiden kan bringe.

Dersom du opplever at samtalen medfører ubehag eller som en byrde, kan du når som helst avbryte samtalen uten å oppgi noen grunn.

Gjennomføring av samtalen vil innebære at du må avse noe av tiden din. Imidlertid vil forskeren være tilgjengelig for samtale når det passer deg best.

Det å være med i denne studien innebærer ingen kostnader for deg. Du får imidlertid heller ingen godtgjøring for å delta.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Lydbånd og utskrifter fra samtale oppbevares i et eget låst, brannsikkert skap. Veilederen vil få tilgang til det utskrevne materialet. Lydbåndene vil bli slettet og navnelister makulert etter forsvar av masteroppgaven.

Det vil heller ikke være mulig å identifisere deg eller institusjonen i masteroppgaven når den blir publisert eller i eventuelle artikler som blir skrevet i etterkant av masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke samtykket til å delta i studien. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling eller sykepleie.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Hvis du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst trekke ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling eller sykepleie. Dersom du ønsker å trekke deg, kan du ta kontakt med Kjersti Langmoen; 41 140854 eller ved epost: Kjersti.Langmoen@hig.no

Dersom du etter samtalen ønsker å snakke med noen fra den avdelingen som behandlet deg, vil forskeren formidle en slik kontakt.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3 Personvernrådets tilråding



Personvernombudet for forskning og
kvalitetssikring
Kompetansesenter for personvern og
informasjonssikkerhet

Oslo universitetssykehus HF

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Kjersti Langmoen, prosjektleder

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: **NN**

Dato: 25.06.12

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/
Personvernnummer: XXXX

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet ”Opplevelser av non-invasiv ventilasjon”

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet. REK har i brev av 27.04.12 vurdert prosjektet til ikke å være fremleggingspliktig.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Høgskolen i Gjøvik ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.

3. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt). Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
4. Det er oppgitt at samtaler vil bli tatt opp med digital diktafon, og senere transkribert. Det er oppgitt at samtale skal lagres på minne-pinne. Dersom det skal benyttes minne-pinne, må denne være kryptert.
5. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
6. Informasjonsskrivet bør inneholde logoen til databehandlingsansvarlig.
7. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
8. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
9. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
10. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 01.05.17 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

NN
personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF

Epost: xxxx

Web: xxxxx