

Ane Tolgensbakk Krangnes

Når behandlingen til intensivpatienten ikke fører frem

Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Anne-Berit Krogh

Desember 2019

Forord

Først vil jeg takke mine åtte informanter for deres bidrag. Uten dere hadde det ikke blitt noen studie. Dere er kunnskapsrike, reflekterte og deres engasjement motiverer. Videre vil jeg takke kolleger for støtte og ulike interessante diskusjoner om temaet og ikke minst for deres interesse for faget vårt som intensivsykepleiere. Takk til kandidatene som lot meg gjennomføre pilotintervju og til korrekturlesing med faglige innspill. Takk til min avdelingsleder for hjelp med tilrettelegging av turnus, dette hadde blitt komplisert uten din velvilje.

Hjertelig takk til min veileder, Anne-Berit Krogh. Din kunnskap, tålmodighet og tilgjengelighet har styrket min masteroppgave. Uten din hjelp ville ikke dette latt seg gjennomføre.

Takk til min tålmodige samboer. Du er alltid like støttende og er en eksemplarisk korrekturleser.

Trondheim, 12.12.2019

Ane Tolgensbakk Krangnes

Sammendrag

Lite forskning er utført i Norge vedrørende beslutningstaking til intensivpatienten der behandlingen ikke fører frem. Tatt i betraktning mengden med leserinnlegg, fagartikler og forskning, blant annet utgitt av Norsk Sykepleierforbund, er det tydelig at intensivsykepleiere har rikelig med erfaringer relatert til temaet.

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleieren har vedrørende kommunikasjon med lege og pårørende der behandlingen av pasienten ikke fører frem.

Metode

Kvalitativ metode ble benyttet. Datainnsamlingen ble utført med semistrukturerte intervju av åtte intensivsykepleiere. Informantene er hentet fra en intensivavdeling med homogen pasientgruppe ved et universitetssykehus i Norge. Analysen er utført etter Malterud sin systematiske tekstkondensering, i fire ledd.

Resultat

Funnene viser at intensivsykepleieren ikke blir tilstrekkelig inkludert i beslutningstakingen om pasientens behandling. Dette kan skape en følelse av frustrasjon og motløshet hos intensivsykepleierne. Disse følelsene dannes spesielt i de situasjonene hvor behandlingen ikke lenge fører frem, men kontinueres. Pasientens pårørende utfordrer intensivsykepleieren ved at de skal ha tilpasset informasjon, støtte og empati.

Konklusjon

Intensivsykepleierne ønsker å etablere et tverrfaglig team til de mest komplekse og komorbide pasientene. Intensivsykepleierne mener de kan tilføye kompetanse og viktig informasjon gjennom observasjoner i samarbeidet med legen. I tillegg kan dette bedre kommunikasjonen i behandlingsteamet, og gjøre det enklere for legen å danne seg et korrekt bilde av pasientens situasjon. Dette kan føre til et profesjonelt og samlet behandlingsteam til pasient og pårørende.

Nøkkelord: communication, ethical issues, end-of-life care, decision making og intensive*

Summary

There has been little research done regarding decision making for the intensive care patient when treatment is futile. If we consider the number of letters to the editor, academic articles, and research published by the Norwegian Nurses Organisation and others, it's evident that intensive care nurses have a lot of experience regarding this subject.

Aim of this study

The aim of this study was to investigate what experiences intensive care nurses have regarding communication with physicians, and next of kin when the patient treatment is futile.

Method

A qualitative method was used. Data was gathered by semistructured interviews with eight intensive care nurses. The informants were picked from an intensive care unit with a homogeneous patient group in a university hospital in Norway. The analysis was done by following Malteruds systematic text condensation in four parts.

Results

The findings show that the intensive care nurses aren't sufficiently included in decision making regarding patient treatment. This can cause feelings of frustration and discouragement in intensive care nurses. These feelings are particularly prominent in situations where treatment continues in spite of being futile. The patients next of kin challenge the intensive care nurse by needing adapted information, support, and empathy.

Conclusion

The intensive care nurse wants to establish an interdisciplinary team for the most complex and comorbid patients. Intensive care nurses have the opinion that they can provide expertise and essential information through observations in collaboration with physicians. This can also further communication in the treatment team and make it easier to get an accurate view of the patients' situation. This can lead to a professional and unison treatment team for patients and next of kin.

Keywords: communication, ethical issues, end-of-life care, decision making and intensive*

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Summary	3
Introduksjon	7
Bakgrunn	7
Lowverk	9
Pasient- og brukerrettighetsloven	9
Helsepersonelloven	9
Utgivelser fra helsedirektoratet	9
Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling	9
Pårørendeveilederen	10
Yrkesetiske retningslinjer	10
Tidligere forskning	11
Sentrale begreper	14
Behandlingsteam	14
Intensivavdeling	14
Intensivpasient	14
Intensivsykepleie	14
Lege	15
Moralsk stress	15
Palliasjonsbehandling	16
Pårørende	16
Studiens hensikt og problemstilling	16
Problemstilling	16
Avgrensning av problemstilling	17
Metode	17
Studiens design	18
Utvalg	19
Tabell 1. Bakgrunnsdata om informantene	19
Datainnsamling	20
Transkripsjon	21
Dataanalyse	21
Trinn en – helhetsinntrykk	22
Trinn to – finne meningsbærende enheter	22
Trinn tre – kondensering	22

Trinn fire – analytisk tekst	23
Tabell 2. Fra meningsbærende enheter til kategorier	24
Tabell 3. Fra subkategorier til tema.....	25
Forskningsetiske overveielser	26
Forskerens rolle	27
Resultat	28
Samarbeidet mellom intensivsykepleier og lege blir påvirket av kommunikasjonen	28
Kommunikasjonen utfordrer samarbeidet med lege	28
Intensivsykepleierens ønske om faglig begrunnelse for legens valg.....	30
Intensivsykepleieren har respekt og er ydmyk for legens beslutningsansvar	31
Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt.....	31
Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem.....	32
Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandlingen.....	34
Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling.....	35
Profesjonell utøvelse av intensivfaget til pårørende	37
Ønske om å fremstå samlet og profesjonell ovenfor pårørende	37
Være støttende, informerende og tilstede for pårørende	38
Diskusjon av resultat	40
Samarbeidet mellom intensivsykepleier og lege blir påvirket av kommunikasjon	40
Kommunikasjonen utfordrer samarbeidet med lege	40
Intensivsykepleierens ønske om faglig begrunnelse for legens valg.....	43
Intensivsykepleieren har respekt og er ydmyk for legens beslutningsansvar	43
Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt.....	44
Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem.....	44
Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandling	46
Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling.....	48
Profesjonell utøvelse av intensivfaget til pårørende	49
Ønske om å fremstå samlet og profesjonell ovenfor pårørende.....	49
Være støttende, informerende og tilstede for pårørende	50
Diskusjon av metode	53
Diskusjon av studiens design.....	53
Diskusjon av studiens utvalg	53
Diskusjonen av studiens datainnsamling.....	54

Diskusjon av studiens dataanalyse	55
Diskusjon av forskningsetiske overveielser	55
Videre forskning	56
Betydning for klinisk sykepleie	57
Konklusjon.....	58
Litteraturliste	60
Vedlegg	63
Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD.....	63
Vedlegg 2 Intervjuguide	66
Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	67

Introduksjon

Bakgrunn

I følge St. Meld nr. 7 (2019-2020) (2019) som nylig ble utgitt fra regjeringen skriver de at befolkningsantallet vokser og vi har behov for mer spesialiserte helsetjenester. Arbeidskraften vi har til rådighet i dag er knapp sammenlignet med etterspørselen. For å få en bærekraftig helsetjeneste er det essensielt at kompetansen som finnes blant helsepersonell blir utnyttet i størst mulig grad (St. Meld nr. 7 (2019-2020), 2019). Intensivsykepleiere er utdannet til å yte helsehjelp til den akutte og/eller kritisk syke intensivpasienten. En intensivavdeling preges av avansert teknologi og høyt arbeidstempo. Arbeidsoppgavene er ofte komplekse og sammensatte, og det settes store krav til presisjon og evnen til å prioritere sine oppgaver. Intensivsykepleieren har en sentral rolle i å utføre en slik type behandling og vurdere og observere pasientens respons. Å behandle en intensivpasient krever tverrfaglige ressurser, bruk av avansert teknologisk utstyr og mye forbrukerutstyr per døgn. Dermed vil kostandene for en slik type behandling være høye (Stubberud, 2015a). Å være innlagt på intensivavdeling omringet av mange tekniske apparater kan gi inntrykk av optimisme og overlevelse. Men pasienten kan komme over i en sykdomsfase hvor det ikke er mulighet for overlevelse. Er pasienten kritisk syk med en eller flere organsvikt er det høy risiko før død. I et høyteknologisk intensivmiljø kan døden påvirkes av teknologi og medikamenter. Det finnes en bakside av et behandlingsmotivert samfunn, der teknologien bidrar til å holde pasienten i livet unødige. Derfor må teknologien brukes med forsiktighet (Gulbrandsen, 2015).

Pasientens sykdomsutvikling på intensivavdelingen, kan ofte være preget av raske endringer noe som er overveldende for pårørende. Alle «blinkende» apparater og tilhørende utstyr kan skremme og skape distanse hos pasientens nærmeste. Det er oftest vanskelig å uttrykke muligheten for overlevelse den første tiden og behandlingsteamet kan fremstå optimistisk til tross for et komplisert sykdomsbilde. Utviklingen i løpet av de første dagene kan gi en indikasjon på hvordan pasientsituasjonen vil utvikle seg. I en slik situasjon kreves kompetent medisinsk personell bestående av leger og intensivsykepleiere. God kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter er svært viktig i samtale med pårørende (Klepstad og Petersson, 2008).

I følge Rådet for sykepleieetikk (2019) skal intensivsykepleieren bidra til at pårørende blir tilstrekkelig informert om pasientsituasjonen. Pårørende er en heterogen gruppe, de har ulike forutsetninger for å håndtere informasjon og kan reagere forskjellig på pasientsituasjonen.

Belastningene kan oppleves som stor og en følelse av stress, sårbarhet og uforutsigbarhet er ofte gjeldende. Slike situasjoner kan være av såpass omfattende karakter at den kan føre til symptomer på posttraumatisk stress (Stubberud, 2015c).

For klinisk sykepleie betyr dette at intensivsykepleieren må forholde seg til flere elementer samtidig, som pasient, pårørende og legen. Å lære seg å utnytte ressursene, samarbeide og arbeide aktivt for pasientens beste kan være krevende. Dette ble synlig for meg da jeg ble ferdig utdannet intensivsykepleier og disse utfordringene ble utgangspunktet for denne studien. Det var stadig kompliserte og komplekse pasientsituasjoner på avdelingen. Det var tydelig at disse pasienttilfellene kunne føre til frustrasjon og fortvilelse for de intensivsykepleierne som var involvert i pasientens behandling. Disse krevende følelsene ble forsterket i de tilfellene hvor pasienten ikke responderte på behandlingen, og det ble for intensivsykepleieren synlig at denne pasienten klarer vi ikke å redde. Intensivsykepleieren opplevde at pasienten ble overbehandlet, noe som kunne føre til en indre konflikt og at hun måtte handle på kant med sine etiske prinsipper. Som ny intensivsykepleier skapte dette nysgjerrighet for hvorfor dette oppstår. Hvor svikter det i kommunikasjonen med legen og hvorfor er denne kommunikasjonen tidvis så komplisert? Hva er det som gjør at intensivsykepleieren og legen vurderer pasientens situasjon så forskjellig? Blir pårørende påvirket av dårlig kommunikasjon og samarbeid i behandlingsteamet?

Min opplevelse er at det er krevende for intensivsykepleieren å stå i denne type pasientsituasjoner over tid, og kan i verste fall føre til utbrenthet, fravær eller at hun slutter i jobben. I følge helseminister Bernt Høie mangler det i Norge i dag rundt 6000 sykepleiere, og i 2035 vil trolig mangelen være på 28 000 (Helmers, 2019). Dette er høye tall og jeg undrer derfor på om det er mulig å iverksette tiltak slik at intensivsykepleierne ikke opplever denne type frustrasjon og fortvilelse i like stor grad. Hva kan forbygges og gjøre det enklere for intensivsykepleieren å holde ut i jobben over flere år? I St. Meld nr. 7 (2019-2020) (2019) trekkes det frem at flere helsepersonell skal i heltidsstillinger og det skal tilrettelegges for en livslang karriere i helsevesenet (St. Meld nr. 7 (2019-2020), 2019).

Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasienten kan selv bestemme om han vil ha behandling eller ikke, så lenge han benevnes som samtykkekompetent. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienten rett til å medvirke i behandlingen. For at han skal kunne gjøre det på en veloverveid måte skal informasjonen ifølge § 3-2 være tilstrekkelig slik at pasienten får innsikt i egen helsetilstand og hva behandlingens konsekvens medfører. Er ikke pasienten i stand til å gjøre rede for seg, er lovverket tydelig på hvem helsepersonell skal forholde seg til som pårørende. I følge § 3-3 skal pårørende ha informasjon og den helsehjelpen pasienten mottar, så lenge pasienten ikke motsetter seg dette. Slik § 3-5 beskriver skal pårørende ha tilrettelagt informasjon og den skal være tilpasset mottagerens forutsetning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019).

Helsepersonelloven

I følge helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utøve faglig forsvarlig helsehjelp til pasienten. Helsepersonelloven bemerker i § 10, at de som defineres som pårørende skal ha tilrettelagt informasjon slik pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 oppgir. Videre viser § 21 at helsepersonell skal ikke utlevere informasjon om pasienten til personer som ikke har tilknytning til pasientens behandling (Helsepersonelloven, 2019).

Utgivelser fra helsedirektoratet

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling og pårørendeveilederen er to nasjonale veiledere helsedirektoratet har utarbeidet. Spesielt beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling omtaler noe av kompleksiteten i temaet for denne studien. Denne veilederen beskriver blant annet etiske perspektiver, ved at pasienten skal respekteres og at behandlingen ikke skal medføre ytterligere lidelse. Å kartlegge pasientens verdier, preferanser og egne ønsker er sentralt for å kunne gjøre en vurdering som er etter pasientens ønske. Pårørende skal informeres og skal dermed kunne fungere som en talsmann for pasienten i de situasjonene hvor han selv ikke klarer å gjøre rede for seg. Videre omtaler veilederen beslutningsprosessen, med det menes beslutningen om å avslutte eller kontinuere behandling. De medisinske forholdene, diagnostiske og prognose skal være grundig vurdert, men pasientens verdier skal trekkes frem i de tilfellene hvor de medisinske forholdene er usikre. Det fremheves at annet helsepersonell som for eksempel intensivsykepleieren, skal delta i

beslutningsprosessen for å sikre et bredt beslutningsgrunnlag. Den endelige beslutningen skal tas av behandlingsansvarlige lege. Veilederen omtaler at god kommunikasjon til pasient og pårørende er viktig, ordvalg og rammene rundt samtalen må være tilpasset situasjonen. For å gjennomføre dette best mulig må helsepersonell være kompetent og ha tilegnet seg tilstrekkelig med erfaring (Helsedirektoratet, 2013).

Pårørendeveilederen

Pårørendeveilederen viser til pårørendes rettigheter og hvordan helsepersonell skal forholde seg til de ulike pårørendesituasjonene. Veilederen trekker frem at pårørende ofte er pasientens viktigste støtte og har ofte et ønske om å være en ressurs. Veilederen hevder at helsepersonell bør bidra med psykososial støtte og informasjon til pårørende ved akutte situasjoner og kriser. Det oppfordres til at helsepersonell opptrer med ro for å skape trygghet og dempe pårørendes uro. Det bemerkes at de pårørende som er i sjokk og krise ikke alltid vet hva de skal spørre om og på grunn av situasjonen ikke evner å håndtere informasjonen som gis. Å gi pårørende tid, tilpasset informasjon og tilrettelegge for at de kan være sammen med pasienten er anbefalt. Videre anbefaler pårørendeveilederen at helsepersonell skal kartlegge pårørendes behov og bidra med praktisk hjelp (Helsedirektoratet, 2017).

Yrkesetiske retningslinjer

I følge Rådet for sykepleieetikk (2019) presiserer de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i punkt 2.3 at sykepleieren skal ivareta pasientens behov og utføre helhetlig behandling. I punkt 2.9 vektlegges blant annet at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og sikkerhet ved pasientens møte med teknologi. I punkt 2.11 skal sykepleieren ha en aktiv deltagelse i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling og videreformidle pasientens ønske og tilrettelegge slik at pasientens stemme blir hørt. 2.12 bemerker at sykepleieren skal legge til rette for en verdig død. Videre skal sykepleieren ifølge punkt 3.1 og 3.3 sikre at pårørende blir tilstrekkelig informert og en samhandling med pårørende skal etableres og deres informasjon skal håndteres med fortrolighet (Rådet for sykepleieetikk, 2019).

Tidligere forskning

Ved litteratursøk er det synlig at det er publisert mye om tilfeller der pasientbehandlingen ikke fører frem, men lite forskning er utført i Norge de siste årene. Det finnes utallige fagartikler, leserinnlegg og personlige ytringer, blant annet utgitt av Norsk Sykepleierforbund. På grunn av mengden med skrevde tekster er det åpenbart at dette temaet er noe som engasjerer helsepersonell.

For å skaffe en oversikt over litteraturen er det foretatt søk i flere ulike databaser som SveMed, PubMed, Cinahl og Cochrane Library. Søkeordene som ble brukt var: communication, ethical issues, critical care nursing, end of life care, decision making, intensive*, nurse-patient relations og attitude of health personal.

For studiene som belyser temaet er det noen fellestrekk og elementer som gjentar seg i flere av dem. Blant annet er utfordringer knyttet til kommunikasjon innad i behandlingsteam og til pårørende opplevd som utfordrende for både sykepleier, lege og pårørende (Pecanac og King, 2019; Lind *et al.*, 2012; Wilson *et al.*, 2013; Scheunemann *et al.*, 2019; Becker, Wright og Schmit, 2017). I studien fra Lind *et al.* (2012) hevder pårørende at sykepleieren er for vag og unnnvikende i kommunikasjonen og at de savner informasjon om langtidsperspektivet om pasientens situasjon. I følge Becker, Wright og Schmit (2017) synes sykepleieren det er vanskelig å snakke med pasienten og pårørende om døden, selv om pasienten er døende. Studien fra Wilson *et al.* (2013) belyser at legen er under tidspress og underlagt for mange arbeidsoppgaver. Dette medførte at legen ikke tok seg tid til å vurdere pasientens situasjon tilstrekkelig, og førte innad i behandlingsteamet til dårlig kommunikasjon på grunn av at sykepleierens observasjoner ikke ble lyttet til av legen.

I følge studiene fra Brooks, Manias og Nicholson (2017), Calvin, Lindy og Clingon (2009), O'Neill *et al.* (2017), Pecanac og King (2019) og Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) har det på grunn av den teknologiske utviklingen på intensivavdelingene blitt mer utbredt med livsforlengende behandling enn tidligere. Studien fra Pishgooie *et al.* (2019) mener denne utviklingen har økt de siste ti årene og har ført til økende etisk konflikt i behandlingsteamet på grunn av økt kompleksitet, og vitenskapelig og teknologisk utvikling. Sykepleierne i Calvin, Lindy og Clingon (2009) sin studie, og Gallagher *et al.* (2015) opplever at de må humanisere pasienten på intensivavdeling for pårørende. Dette på grunn av alle teknologiske apparatene og tilhørende utsyr pasienten er tilkoblet.

I en oversiktsstudie fra Hinkle, Bosslet og Torke (2015) tok de for seg 14 artikler som sammenlignet hva som påvirket pårørendes fornøydhets i pasientsituasjonen. De viser til at god kvalitet på kommunikasjonen og at pårørende fikk være medbestemmende var viktig for dem. Videre viser Hinkle, Bosslet og Torke (2015) til at dersom pårørende får komme med sine ytringer i pårørendesamtalen økte tilfredsheten. Studiene fra Lind *et al.* (2012), Scheunemann *et al.* (2019), Becker, Wright og Schmit (2017), Frivold, Dale og Slettebø (2015) og Gallagher *et al.* (2015) bekrefter dette. Studien fra Scheunemann *et al.* (2019) tilføyer at det i pårørendesamtale ikke ble spurt om pasientens verdier og preferanser for videre behandling. Tiltak må iverksettes slik at denne kunnskapen om pasienten blir etterspurt. I en Norsk studie fra Frivold, Dale og Slettebø (2015) mener sykepleieren det er viktig at det etableres en god relasjon til pårørende. Pårørende er avhengig av informasjon fra behandlingsteamet for å kunne forstå og håndtere situasjonen, og dermed kunne være en ressurs for pasienten. Frivold, Dale og Slettebø (2015) mener helsepersonell kan forbedre kvaliteten på praksisen ved å invitere pårørende inn i kommunikasjonsprosessen og pasientens behandling. For at pårørende skal få en god erfaring i en slik sårbar situasjon er det viktig at de bli møtt og sett. Calvin, Lindy og Clingon (2009) bemerker at pårørende er med på å danne et bilde av pasienten til sykepleieren ved å fortelle historier og hvem pasienten er.

En oversiktsstudie fra Adams *et al.* (2011) sammenlignet 44 studier i hvilken rolle sykepleieren hadde i beslutningstakingen der behandlingen ikke fører frem. De poengterer at sykepleiere har en viktig rolle i beslutningen om behandlingsnivå til pasienten. Sykepleierens engasjement for pasienten er fordelaktig for pasient og pårørende. I følge studiene fra Pecanac og King (2019), Velarde-García *et al.* (2018), Wiegand, Cheon og Netzer (2019), Becker, Wright og Schmit (2017), Gallagher *et al.* (2015), Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) og Calvin, Lindy og Clingon (2009) belyser de at sykepleiere har en rolle som talsmann og mellommann til pasienten. En Norsk studie fra Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) viser til at intensivsykepleieren er den som er nærmest pasienten innad i behandlingsteamet, og at de som kjenner pasienten bør delta i beslutningstakingen. Det fører til misnøye når intensivsykepleieren ikke blir hørt i kommunikasjonen. Wiegand, Cheon og Netzer (2019) bemerker at det er viktig med et tverrfaglig team for å identifisere etiske konflikter og for å kunne være en talsmann for pasienten. Velarde-García *et al.* (2018) trekker frem at sykepleieren har flere roller, hvor de skal være pasientens talsmann og mellommann, men også være den som avslutter behandling når det er bestemt. Sykepleierne uttrykte at de følte seg som en bøddel. Å avslutte pågående behandling føltes vanskelig når de ikke fikk delta i beslutningsprosessen med legen. Pecanac

og King (2019) hevder sykepleierne kun deltok i halvparten av pårørendesamtalene, og når de deltok svarte de mest på logistikk spørsmålene pårørende hadde.

En oversiktsstudie fra Vanderspank-Wright, Efstathiou og Vandyk (2018) viser til at beslutningstaking om pasientens behandling er kompleks og det å avslutte behandling var en kilde til konflikt og spenning i behandlingsteamet. Konfliktnivået var høyest i tiden før det ble besluttet å avslutte behandlingen til pasienten. Dette førte til manglende samarbeid i behandlingsteamet. Studiene fra Velarde-García *et al.* (2018), Wiegand, Cheon og Netzer (2019), Henrich *et al.* (2016), Gallagher *et al.* (2015), Schimmer *et al.* (2011), Austin, Saylor og Finley (2017) og Browning og Cruz (2018) bekrefter dette. Studien fra Austin, Saylor og Finley (2017) hevder at både lege og sykepleier opplever moralsk stress. Sykepleieren er hos pasienten i mange timer og utvikler en ansvarsfølelse for pasienten og ved at sykepleieren ble en observatør til at behandlingen ikke fører frem, men likevel kontinueres, utløste en følelse av moralsk stress hos sykepleieren. Austin, Saylor og Finley (2017) bemerker at den største risikoen for utvikling av moralsk stress var når sykepleieren utførte behandling som ikke fører frem. Moralsk stress var relatert til empatitøtthet. Empatitøtthet beskrives igjen å bestå av utbrenthet og sekundærtraumatisering. Ved utvikling av disse følelsene hos sykepleieren førte til økt sykefravær, turnover og skifte av arbeidsplass. Browning og Cruz (2018) viser til at debrifing ble prøvd som et tiltak for at sykepleieren ikke skulle føle moralsk stress. Ved å oppfordre til åpen kommunikasjon og gi mulighet for at alle i behandlingsteamet får uttrykt sin mening, vil det redusere følelsen av moralsk stress. Browning og Cruz (2018) tilføyer at det er veldokumentert at intensivsykepleiere er den gruppen helsepersonell som opplever høyest grad av moralsk stress. En tysk spørreundersøkelse fra Schimmer *et al.* (2011) konkluderer med at fokuset på en intensivavdeling er å kurere pasientens sykdom, og at dette kunne gjøre det vanskelig for legen å ta en objektiv vurdering, og innse at behandlingen ikke har effekt. Studien fra Henrich *et al.* (2016) viser til at intensivsykepleieren var den som innså først av de i behandlingsteamet at pasientens behandling ikke fører frem, og at sykepleieren opplevde det belastende å være den eneste som mente dette. I tillegg følte sykepleieren på frustrasjon når utskifting av behandler gjorde at behandlingsintensiteten varierte etter hvilken lege som var tilstede.

Sentrale begreper

Behandlingsteam

Behandlingsteam vil i denne studien bli omtalt som de legene som er involvert i pasientens behandling, og den sykepleieren som har ansvaret for pasienten den aktuelle vekten.

Intensivavdeling

Intensivavdelingene kan være delt i kirurgisk, medisinsk eller generell intensiv. Pasientens tilstand er avgjørende for hvor pasienten tilhører. For å bli innlagt i en av disse avdelingene må pasienten være kritisk eller ha truende akutt svikt i vitale organer (Stubberud, 2015a). Intensivavdeling vil i denne studien bli betraktet som nivå 2A, 2B og 3 ut i fra retningslinjer for intensivvirksomhet. I korte trekk menes nivå 3 en intensivavdeling med kompetanse til å behandle all type organsvikt. Mens nivå 2A og 2B er avdelinger som kan behandle spesifikk organsvikt. Det bemerkes at dette er en retningslinje og ulike sykehus kan ha ulik inndeling av intensivavdelingene (*Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014*).

Intensivpasient

En intensivpasient som er innlagt på intensivavdeling kan være akutt og/eller kritisk syk. Eller pasienten kan nylig ha gjennomført kirurgi. I tillegg kan pasienten ha behov for intensivbehandling på grunn av forverring av sin kroniske sykdom (Stubberud, 2015a).

Intensivsykepleie

Definisjonen av intensivsykepleiere, slik Norsk sykepleierforbund landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) beskriver det:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død.

(Norsk Sykepleierforbund, 2004)

Intensivsykepleiere har flere funksjonsområder i pasientbehandlingen som forebyggende, behandlende, lindrende, undervisende og rehabiliterende.

Forebyggende funksjon: Som oftest er pasienten alt blitt syk når intensivsykepleieren kommer i kontakt med pasienten, derfor kan det være vanskelig å bidra med primærforebyggende intervensjoner. Derimot kan sekundærforebyggende intervensjoner utføres ved å observere, vurdere og identifisere økt fare for helsebehov. Det da viktig å iverksette tiltak for å hindre videreutvikling av helsesvikten (Stubberud, 2015b).

Behandlende funksjon: Intensivsykepleieren skal kunne overvåke, vurdere og evaluere den pågående behandlingen. Hun skal se på dette oppimot pasientens behov og ressurser, og om dette samsvarer. Intensivsykepleieren må føle seg trygg på ulikt teknologisk utstyr og se dette som et hjelpemiddel til klinisk blikk og utførelse. Hun må kunne samhandle med resten av behandlingsteamet, i tillegg skal hun tilse at pasienten mottar etisk og faglig forsvarlig behandling (Stubberud, 2015b).

Lindrende funksjon: Intensivsykepleieren skal lindre ubehag, smerter og belastninger pasienten kan oppleve, og i tillegg hjelpe ham til å mestre situasjonen. I de tilfellene hvor pasientens liv ikke er mulig å redde skal hun tilrettelegge for en verdig død og skape verdighet i situasjonen for pårørende (Stubberud, 2015b).

Undervisende funksjon: Intensivsykepleieren har en undervisende funksjon ovenfor pasienten, pårørende, kolleger og andre studenter. Med intensivsykepleierens spesialkompetanse er hennes kompetanse og kunnskap etterspurt. Hun har ansvar for å utvikle eget fagområde og bidra med ny kunnskap i den kliniske hverdagen (Stubberud, 2015b).

Rehabiliterende funksjon: Denne funksjonen berører de tidligere nevnte funksjonene, foruten undervisende funksjon. Formålet er at intensivsykepleieren skal hjelpe pasienten i å gjenopprette pasientens naturlige funksjoner, og hjelpe han til å gjenskape muligheten for livskvalitet. Funksjonen innebærer også å hjelpe pasienten i å støtte opp om psykososiale behov (Stubberud, 2015b).

Lege

Ved en intensivavdeling er det som oftest behov for at flere legespesialister samarbeider om pasientens behandling. Derfor kan det i denne studien når behandlingsteam omtales involvere flere leger.

Moralsk stress

Moralsk stress er i denne studien en fellesbetegnelse på emosjonene intensivsykepleieren føler i situasjoner hvor det ikke er mulig å praktisere etter hennes etiske standard. Disse emosjonene består av sinne, frustrasjon, maktesløshet og skyldfølelse.

Palliasjonsbehandling

Definisjon av palliasjon beskrevet av WHO fra 2002:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2018).

Pårørende

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 er pårørende definert som:

Den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019).

Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å fremskaffe intensivsykepleierens erfaringer ved beslutningstakingsprosessen til pasienten. Basert på egen observasjon kan det variere hvor involvert hun blir i prosessen. Intensivsykepleieren kan ha en ansvarsfølelse for pasienten og ønsker at han skal motta verdig og profesjonell behandling. Ulike intensivsykepleiere og leger benytter hverandres observasjoner, kunnskap og ressurser forskjellig, og det kan påvirke kommunikasjonen og hvordan behandlingsteamet oppfattes av pasient og pårørende. Økt kunnskap og innsikt i dette kan trolig forbedre behandlingen til pasient og pårørende, og samtidig synliggjøre intensivsykepleierens kompetanse og stemme i beslutningsprosessen.

Problemstilling

Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren vedrørende kommunikasjon om beslutningstaking med lege og pårørende der behandlingen av intensivpatienten ikke fører frem.

Avgrensning av problemstilling

Både pasient og pårørende er personer over 18 år.

Intensivpasienten er i denne sammenheng akutt og/eller kritisk syk, hvor han er intubert og sedert, eller i redusert stand til å uttrykke egne behov og ønsker for videre behandling.

For å få en bedre flyt i språket vil intensivsykepleier og sykepleier omtales om hverandre. Videre vil intensivsykepleieren bli omtalt som *hun*, lege og pasient som *han*.

Metode

Å finne svar på vitenskapelige spørsmål kan gjøres ved to ulike metoder, kvalitativ eller kvantitativ. Problemstillingen legger føringer for hvilken metode studien skal utføres i (Jacobsen, 2015). Kvalitativ metode egner seg for å undersøke menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger mot teori. Hvor meninger, betydning og nyanser av ulike hendelser og adferd er med på å styrke forståelsen for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Kvalitativ metode kan derfor bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017).

Malterud (2017) beskriver at materialet alltid vil bli påvirket av intervjuerens forforståelse. Men at det må jobbes aktivt for å redusere denne innflytelsen (Malterud, 2017). Fenomenologisk og hermeneutisk metode preger denne studien. Intervjuer er selv intensivsykepleier og har en forforståelse og klinisk erfaring med temaet som belyses.

Innenfor kvalitativ metode er fenomenologi et kjent begrep. Fenomenologi kan beskrives på flere måter, som et perspektiv, metode og tenkemåte. Det var Edmund Husserl (1859-1938) som i begynnelsen av 1900-tallet presenterte dette begrepet. Perspektivet har vært veiledende for utviklingen av empiriske metoder. Med fenomenologi menes en interesse i å forstå sosiale fenomener ut fra informantenes egne perspektiver, hvordan de opplever og beskriver verden. Ut fra de antagelser at den virkeligheten er slik mennesket oppfatter det som. Dermed er fenomenologiens ambisjon å kunne si noe allment om vår erfaringsverden. Metoden har blitt videreutviklet av flere gjennom årene og Giorgi har ytterligere systematisert den. Giorgis metoderegler har til hensikt å åpne forskerens bevissthet. På denne måten kan fenomenene i

studien bli tydelig og synlig uten å bli påvirket av forforståelse og fordommer (Brinkmann og Tanggaard, 2010).

Blant annet Martin Heidegger (1889-1976) videreutviklet også fenomenologien. Heidegger utviklet Husserls strenge deskriptive fenomenologi i en hermeneutisk retning. Hermeneutikken filosofiske retning sier at mennesker kun kan forstå verden ut i fra sin egen forforståelse og tolkning (Brinkmann og Tanggaard, 2010). I følge Brinkmann og Tanggaard (2010) blir de beste intervjuene der intervjuer har kunnskap om feltet det forskes på. En forforståelse for temaet forutsettes for å kunne stille de beste og mest relevante spørsmålene.

Studiens design

Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke erfaringer intensivsykepleieren har vedrørende beslutningstaking med lege og pårørende der behandlingen av intensivpasienten ikke fører frem. For å kunne besvare denne problemstillingen ble det valgt en kvalitativ, deskriptiv studie med individuelle semistrukturerte intervju.

For at den forskningen som er gjort skal være til å stole på, er validitet (gyldighet og relevans) og reliabilitet (pålitelighet og troverdighet) et kriterium. Formålet med intervju er å få frem nyansene i beskrivelsene av temaet. Styrken i det kvalitative intervjuet er presisjonen i beskrivelsen og fortolkningen av hva innholdet betyr. Å innhente åpne og nyanserte beskrivelser i intervjuet er med på å vise ulike sider av temaet (Dalland, 2017). I følge Brinkmann og Tanggaard (2010) begynner den analytiske prosessen med å forstå informanten allerede under intervjuet. Det bemerkes at det å gjenfortelle hvordan informanten formidler budskapet aldri kan bli helt presist. Siden det ikke lar seg gjøre å transkribere teksten med alle de ulike variablene en muntlig samtale har som ansiktsuttrykk, håndbevegelser og stemningsleieendringer (Brinkmann og Tanggaard, 2010).

Studiens design bygger på Malterud (2017) sin utarbeiding av systematisk tekstkondensering (STC). I følge Malterud (2017) har STC tatt utgangspunkt i Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse, samt elementer fra flere andre analysemetoder. Malterud (2017) beskriver det er viktig at den oppstartede analysemetoden fullføres. Det er ikke mulighet for å endre analysemetode underveis.

Utvalg

Utvalget består av åtte intensivsykepleiere fra en intensivavdeling på et universitetssykehus i Norge. Begrunnelsen for hvorfor det ble valgt bare en avdeling var at denne avdelingen, som har pasienter av homogen gruppe, ga uttrykk for at de jevnlig sto i etiske utfordringer knyttet til beslutningstaking til pasienter hvor behandlingen ikke fører frem. Denne kunnskapen ble synlig da forfatteren selv ble ansatt ved denne avdelingen. Det ble stadig diskutert problemstillinger som omhandlet beslutningstaking i pasientens behandling. Det var tydelig tegn på frustrasjon og utfordringer i kommunikasjonen mellom de ulike behandlingsleddene.

Inklusjonskriteriene var:

- Utdannet intensivsykepleier for minst to år siden.
- Jobbet ved denne avdelingen i minst to år.
- Ha opplevd utfordringer med kommunikasjon der behandling av intensivpatienten ikke fører frem.

Kandidater som oppfylte de to første kriteriene ble kontaktet på e-post, totalt 16 intensivsykepleiere. I denne e-posten var det vedlagt informasjonsskriv og samtykkeskjema. I retningslinjene for denne masteroppgaven er det krav om å inkludere minst åtte informanter. Åtte meldte sin interesse og ingen meldte avbud. E-posten ble sendt ut i slutten av juni hvor mange av de potensielle informanter gikk ut i ferie samme dag. Dette gjorde at flere ikke meldte sitt bidrag før sommeren var omme.

Tabell 1. Bakgrunnsdata om informantene

Informanter, <i>n</i>	8
Alder, <i>gjennomsnitt (min-maks)</i>	47,5 (32-61)
Antall år som intensivsykepleier, <i>gjennomsnitt (min-maks)</i>	12,6 (2,5-24)
Antall år ansatt ved gjeldene avdeling, <i>gjennomsnitt (min-maks)</i>	13,2 (4-26)

Datainnsamling

Med semistrukturerte intervju menes at intervjuene følger en intervjuguide. Ved å bruke en intervjuguide blir de ulike temaene som ønskes å belyse gjennomgått (Jacobsen, 2015). I dette tilfellet var informantene kjent med hva som var tema, og ut i fra informasjonsskrivet kunne anta hva intervjuet ville handle om.

Det ble benyttet en intervjuguide som var todelt under intervjuene. Første del inneholdt muntlig informasjon som taushetsplikt og informantens krav til anonymisering. Samt at deltagelsen er frivillig og det ble gitt opplysninger om at informantene kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn for det. Videre ble det gitt informasjon om at det utføres lydopptak av intervjuet. Alle informantene ble oppfordret til å ikke dele med andre kolleger og potensielle informanter hva det ble snakket om i intervjuet. Dette for å ikke farge andre informanter. Studiens hensikt ble deretter presentert. Siden intervjuer selv er intensivsykepleier og kjenner informantene ble det informert om at intervjuer etter beste evne prøver å legge sine forkunnskaper til side og derfor kan noen oppfølgingsspørsmål bli oppfattet som «dumme». Informanten signerte samtykkeskjema etter at informasjonen er gitt.

Det ble utført ett pilotintervju, hvor formålet var å teste intervjuguiden og intervjuerrollen. Dette var en fordelaktig erfaring for intervjueren. I følge Jacobsen (2015) er pilotintervju nyttig for å unngå at spørsmålene blir for komplekse og detaljerte og dermed vil kreve mye av informanten. For komplekse spørsmål vil føre til at samtalen kan låse seg (Jacobsen, 2015). Pilotintervjuet ble ikke inkludert i studien.

Intervjuene ble gjennomført på eget rom uten forstyrrelser i nærheten av avdelingen. Det ble inngått en avtale med arbeidsgiver om at intervjuene skulle bli utført i informantens arbeidstid. Denne tilretteleggingen ble sett på som nødvendig for at deres fritid ikke skulle bli berørt og at det ikke skulle være til hinder for deltagelse i studien.

Siden intervjuene skulle utføres i informantens arbeidstid skapte dette utfordringer med å kunne forlate sin pasient og avdelingen. Det forutsatte at det var noen som kunne avløse informantens pasient og at det var «rolig» nok i avdelingen. Derfor var det vanskelig å avtale et bestemt tidspunkt for intervju. Dette ble løst ved at intervjuer ringte til avdelingen de aktuelle dagene og forhørte seg. Noen av intervjuene bar preg av at informanten var stresset og at de påførte sine kolleger en belastning ved å være borte fra pasienten. Det oppstod noen koordineringsutfordringer siden intervjuer selv måtte ha turnusfri for å kunne utføre

intervjuene. Derfor tok det tid for å få gjennomført alle intervjuene. Datainnsamlingen pågikk fra 1.7.19 til 27.8.19.

Under intervjuene ble det stilt mange oppfølgingsspørsmål, dette for å sikre forståelsen av utsagnene, skape et større bilde av teamet og for å unngå antagelser. En viktig lærdom av blant annet pilotintervjuet var å «grave» i det informanten mente og hvor store forskjeller dette gav med tanke på hvor mye mer informasjon det var mulig å hente ut av intervjuet. Dette bekreftes også i Jacobsen (2015). Hvert intervju ble avsluttet med å si «da har jeg stilt deg de spørsmålene jeg lurte på, er det noe du vil tilføye». I følge Jacobsen (2015) er dette en fin måte å vise at intervjuet nærmer seg slutten og gjør at informanten får mulighet til å dele eventuelle resterende tanker om temaet.

Transkripsjon

Alle intervjuene ble tatt opp med digital lydopptager, og de ble transkribert fortløpende. Intervjuene varte fra 30 til 60 minutter. Det ble like etter intervjuet notert i prosjektloggen om hvordan intervjuet hadde vært og eventuelle viktige stikkord for videre arbeid av studien. Alle intervjuene ble transkribert på bokmål. Dette for å holde informanten anonym og for lesbarheten av intervjuene, uten å endre på betydningen av innholdet. Ved å lytte til seg selv på lydbåndet og høre hvordan spørsmålene ble fremstilt gav dette nyttig informasjon og lærdom til de resterende intervjuene. Intervjuer hadde før oppstart av studien lest om intervjuteknikk og intervjuereffekten. På den måten vært bevisst på hvordan spørsmålene bør stilles for å få utdypende svar (Jacobsen, 2015).

Dataanalyse

Datamaterialet ble analysert etter Malterud (2017) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering (STC). Denne metoden ble benyttet siden STC er en metode hvor materialet kan analyseres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017).

Analysen ble utført i de fire trinnene Malterud (2017) beskriver. Etter at de fire første intervjuene var transkribert startet analysen, slik Malterud anbefaler (Malterud, 2017). Etter analyse av disse intervjuene ble intervjuguiden og retningen på oppfølgingsspørsmålene endret, for å avdekke flere ulike erfaringer intensivsykepleieren opplever innenfor temaet. Dette beriket de resterende intervjuene.

Trinn en – helhetsinntrykk

Dette trinnet startet med å lese intervjuene i fugleperspektiv og dermed danne et helhetsinntrykk over innholdet i intervjuene. Problemstillingen var veiledende for inntrykket, men forforståelsen ble lagt til sides og skal ikke blandes inn i denne fasen av analysen. I følge Malterud (2017) skal det her danne seg fem til åtte foreløpige temaer. Disse ble *kommunikasjon, faglig begrunnelse, ydmyk, erfaringsbasert kunnskap, palliasjon, frustrasjon, fremstå profesjonell og pårørende*.

Trinn to – finne meningsbærende enheter

I denne fasen ble deler av intervjuene som ikke inneholdt relevant informasjon relatert til problemstillingen filtrert ut. I følge Malterud (2017) er det i denne fasen hensiktsmessig å være to forskere, hvor hver forsker legger frem hva som menes med de foreløpige temaene og hvordan disse svarer på problemstillingen. Siden det ikke var mulig i dette tilfellet ble det valgt å lage et tankekart hvor de åtte foreløpige temaene ble utdypet. Dette for å se hva som mentes med de ulike kodene og om de var stødige nok til å bygges videre på. De foreløpige temaene ble så videre utarbeidet og de dannet grunnlaget for tre kodegrupper: *samarbeid, intensivsykepleierens erfaringer og fremstå samlet*. De tre kodegruppene er med som sorteringsgrunnlag for å finne meningsbærende enheter. Alle intervjuene ble skrevet ut og de delene som inneholdt meningsbærende enheter ble markert. Intervjuene ble lest flere ganger både før og etter de ulike delene ble merket. Dette for å sikre at ikke noe av materialet ble tolket feil. Det ble brukt en induktiv tilnærming, med dette menes at forskeren henter informasjon fra intervjuene med åpent sinn for senere å forankre disse oppimot teori (Jacobsen, 2015).

Trinn tre – kondensering

I dette trinnet skal innholdet i de meningsbærende enhetene kondenseres og informasjonen skal sorteres systematisk (Malterud, 2017). Alle delene av intervjuet som inneholdt meningsbærende enheter ble klippet ut og lagt under tilhørende kodegruppe. Hver kodegruppe ble gjennomgått hver for seg. I denne analyseprosessen kom det frem ulike nyanser i de ulike meningsbærende enhetene i hver kodegruppe. Dermed ble det dannet to til tre nye subgrupper innenfor hver kodegruppe. De meningsbærende enhetene som inneholdt det samme teamet ble i hver subgruppe så skrevet ned som kondenserte sitater. Med kondensert sitat menes at

meningsbærende enhetene ble forsiktig omskrevet til et kunstig sitat. Denne teksten skal ifølge Malterud (2017) være en sum av informantenes stemmer, og hvor informantenes ord og begreper kommer frem.

Trinn fire – analytisk tekst

I det siste trinnet skal de kondenserte tekstene fra forrige trinn brukes til å lage en analytisk tekst (Malterud, 2017). Dette ble gjort ved å bygge videre på teksten som var skrevet i trinn tre. Den analytiske teksten i hver subgruppe ble en sammenhengende tekst hvor fellestrekkene innenfor det gitte teamet ble samlet. I den analytiske teksten ble det brukt flere sitater for å fargelegge og presisere budskapet til informanten. Når de ulike tekstene var skrevet ble disse sett opp mot rå materialet. Dette for å sikre at det som formidles i intervjuene er det som kommer frem i teksten. Samt å se etter deler av intervjuene som motsier funnene. Hver subgruppe ble så samlet til en kategori. Navnet på kategoriene speiler funnene i subgruppene.

Tabell 2. Fra meningsbærende enheter til kategorier

Meningsbærende enhet	Kondensert sitat	Subkategori	Kategori
<p>Det jeg tenker mest er at vi kanskje er fortere kommet dit hen at vi ser at dette går ikke veien. At det tar en stund før vi er på samme plass. Skal ikke kalle det frustrasjon, men når du står på pasientrommet hele dagen har man kanskje et annet ståsted og innblikk. De observasjonene du har, det er litt vanskelig å forklare for det er en sammensatt situasjon. Men det er jo kanskje litt erfaring som gjør at du ser. Også er det kanskje helhetssituasjon at du kommer raskere dit hen</p>	<p>Ved å være inne på pasientrommet hele min vakt får jeg et annet ståsted og innblikk enn legen. Situasjonen er sammensatt, men med min erfaring klarer jeg kanskje raskere å se at behandlingen ikke fører frem</p>	<p>Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem</p>	
<p>Det ble litt spesielt siden pårørende satt der og jeg hadde bare lyst til at, ikke bli ferdig med det. Men jeg følte at det bare dryget da. Og legen håpet vel det ville gå over til neste vakt, slik at daglegen fikk avslutte. Jeg fikk det inntrykket da. Legen sa «slutt å ta så mange blodgasser nå»</p>	<p>Pasientsituasjonen ble spesiell siden legen ikke ville innse hvor dårlig pasienten var og ville ikke avslutte behandlingen</p>	<p>Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandlingen</p>	<p>Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt</p>
<p>Jeg er vel ganske opptatt av god palliasjon og opptatt av at når vi ikke er i den aktive fasen har vi et stort ansvar å gi lindrende behandling til pasienten. Og ikke sitte med en følelse av å overbehandle når vi er i en fase der vi ikke er i en aktiv behandlingsfase lengre. Synes det er en viktig del av intensivsykepleierens funksjon</p>	<p>Å iverksette palliasjonsbehandling og unngå overbehandling er viktig når pasienten ikke lengre er i aktive behandlingsfase. Jeg synes det er en viktig del av intensivsykepleierens funksjon</p>	<p>Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling</p>	

Tabell 3. Fra subkategorier til tema.

Subkategori	Kategori	Tema
<p>Kommunikasjonen utfordringer samarbeidet med lege</p> <p>Intensivsykepleierens ønske om faglig begrunnelse for legens valg</p> <p>Intensivsykepleieren har respekt og er ydmyk for legens beslutningsansvar</p>	<p>Samarbeidet mellom intensivsykepleier og lege blir påvirket av kommunikasjonen</p>	
<p>Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem</p> <p>Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandlingen</p> <p>Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling</p>	<p>Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt</p>	<p>Intensivsykepleierens ønske om helhetlig og profesjonell utøvelse av intensivfaget</p>
<p>Ønske om å fremstå samlet og profesjonell ovenfor pårørende</p> <p>Være støttende, informere og tilstede for pårørende</p>	<p>Profesjonell utøvelse av intensivfaget til pårørende</p>	

Forskningsetiske overveielser

I følge Jacobsen (2015) er det forskningsetisk tre grunnleggende krav som stilles mellom forsker og informant: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Med informert samtykke menes i grove trekk at informanten skal delta i studien frivillig og vedkommende skal være informert om hva dette medfører. Med krav på privatliv menes at alle som deltar i studier skal ha rett til en frisone hvor de ikke blir forsket på. Faren for å bryte dette kravet oppstår når det er mulig for utenforstående å identifisere informantens bidrag til studien. Denne risikoen øker til mindre utvalg studien opererer med. Krav på å bli korrekt gjengitt er viktig i den forbindelse at det bidraget informanten kommer med, skal være gjengitt i den samme sammenheng det ble formidlet i. Sitater som blir tatt ut av sin sammenheng kan fort få en annen mening dersom det plasseres i en annen setting (Jacobsen, 2015).

Siden forskeren er intensivsykepleier og er ansatt ved avdelingen datainnsamlingen ble innhentet, har kunnskap om etiske overveielser vært viktig. Det ble raskt tydelig at det er viktig å ha et svært bevisst forhold til de etiske overveielsene med tanke på innhenting av informanter, under intervjuer, dataanalysen og hvordan dette påvirker resultatpresentasjonen. For å skåne studien ble det ikke snakket om det pågående arbeidet med studien underveis til kolleger.

I prosessen rundt innhenting av informanter fikk de potensielle informantene informasjonen på e-post. Deltagelsen var frivillig og for at de ikke skulle føle et press for å delta på studien siden de kjenner forskeren, ble det valgt å ikke snakke med de ulike potensielle informantene om de kunne tenke seg å delta. I starten av intervjuene ble det opplyst om at forforståelsen som intensivsykepleier nå legges til side og hvor det bevisst ble valgt å bruke privat tøy der det lot seg gjøre. Dette for å prøve å skape et skille mellom rollene som kollega og intervjuer.

Temaet i studien kan vekke følelser hos informantene. Flere av informantene relaterte seg til pasientsituasjonen som om de var pårørende der hvor behandlingen ikke førte frem. Spørsmål som «hva ville jeg, dersom det var en av mine egne» ble sagt flere ganger under intervjuene. Temaet skapte hos flere av informantene engasjement, frustrasjon og følelser som beveger emosjonelt som intensivsykepleier. Derfor ble det under intervjuene prøvd å balansere dette og formulere oppfølgingsspørsmål til hvordan dette gav erfaringer og hvordan det påvirket dem som fagperson. I følge Malterud (2017) er det viktig at forskeren har et bevisst forhold til å ikke fremprovosere vanskelige følelser og reaksjoner via studiens tema. Deltagerne skal ikke kjenne seg misbrukt eller utnyttet. Å fremvise lojalitet, tillit og respekt ovenfor informanten er viktig.

Dersom det ikke lykkes kan informanten velge å holde tilbake informasjon, noe som kan føre til mindre rikt datamateriale (Malterud, 2017).

Det ble sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som ble godkjent, se vedlegg.

Forskerens rolle

Å forske på sin egen arbeidsplass og kolleger er ifølge Jacobsen (2015) ikke noe som bør frarådes. Men for at dette skal bli representativ forskning forutsetter det at informanten blant annet har kunnskap om de ulike faktorene i forskningsetiske overveielser (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) skriver at ved å forske på egne kolleger vet intervjueren hvem som sitter på mye kunnskap og hvem som har interessant informasjon for studien. Siden intervjueren alt er kjent for informantene kan åpenhet og tillit alt være bygget. Dette kan føre til et rikere datamateriale sammenlignet med en utenforstående forsker. Ved å kjenne kollegene og miljøet vet intervjueren fra før hvilket språk og kultur avdelingen har og på den måten kan kjenne de interne måtene å kommunisere, for å innhente mest mulig informasjon. Ved å ha forkunnskap er det lettere å vurdere kvaliteten på informasjonen som gis (Jacobsen, 2015).

Samtidig kan det også være noen negative sider ved å forske på egne kolleger. Dette kan være at intervjueren ikke klarer å legge til side sin forkunnskap og dermed ikke klarer å trå ett steg tilbake for å vurdere situasjonen. Det kan føre til en «blindhet» for enkelte sider av temaet. Intervjueren kan ha en formening og en forutinntatthet, noe som kan prege studiens resultater. Dersom intervjueren selv har erfaring om temaet og kanskje sterke formeninger kan det være utfordrende å klare å distansere seg tilstrekkelig. Intervjuerens egen erfaring kan farge spørsmålene i intervjuet slik at de ulike nyansene ikke kommer tilstrekkelig frem (Jacobsen, 2015).

Resultat

Resultatet av datamaterialet viser at intensivsykepleiere har ulike erfaringer vedrørende beslutningstaking der behandlingen ikke fører frem. Funnene blir presentert i tre kategorier og hver kategori består av to til tre subkategorier.

Samarbeidet mellom intensivsykepleier og lege blir påvirket av kommunikasjonen

Kategorien belyser hvilke faktorer som utfordrer kommunikasjonen mellom intensivsykepleier og lege og hvordan samarbeidet de imellom er avhengig av hverandre for å optimalisere pasientbehandlingen.

Kommunikasjonen utfordrer samarbeidet med lege

Nærmest alle informantene sier at for å optimalisere og gjøre seg forstått i kommunikasjonen med legen må intensivsykepleieren ha et teknisk språk. Med det menes å formidle konkrete endringer i vitale parameter, endring i den kliniske tilstanden, endringer i blodgass og blodprøver. Informantene sier det ikke holder å si at de «føler» eller «syns» det har oppstått en endring i pasientens tilstand. En informant sier at man må snakke kunnskapsbasert og sy tørre fakta sammen med sine observasjoner.

Mange av informantene sier de har både gode og dårlige opplevelser relatert til kommunikasjon med legen. Når kommunikasjonen er god er begge partene lyttende til hverandre, har en åpen dialog og refleksjon om pasientens behandling. Intensivsykepleieren får formidlet sine observasjoner og legen iverksetter og forordner ut i fra det de sammen mener er det beste for pasienten. Flere informanter sier at på disse dagene kan man gå hjem å føle at man har gjort en god jobb.

Noen av informantene sier de gangene kommunikasjonen feiler har det blant annet relasjon til at legen er under tidspress. Han har dermed ikke tid til å høre på hva intensivsykepleieren har å si. Hvor legen løper fra pasientrom til pasientrom og når dagvakten er ferdig er flere av intensivsykepleierens spørsmål om pasientbehandlingen ikke besvart. En informant sier «Min erfaring er at som regel så er det ikke sånn at legene ikke vil, men det er at de kanskje tenker at

de har viktigere ting å tenke på. De har det jo veldig travelt. Det å være i våres tankegang, det er vanskelig for dem.»

Noen av informantene mente det har forekommet at pasienter har blitt behandlet aktivt lengre enn det de mener er ønskelig, fordi legen ikke har hatt tid til å sette seg inn i pasientsituasjonen og vurdert om det er tid for å avslutte behandlingen. En annen faktor som påvirker kommunikasjonen er ifølge informantene legens personlighet, kroppsspråk, og ønske om å lytte til det intensivsykepleieren har å fortelle om observasjoner og endringer i pasientens situasjon. Hvor flere av informantene sier at de legene som har en uformell tone er de det er enklest å kommunisere med og som oftest lytter og drar nytte av det som blir formidlet. Dette var uavhengig om legen var ukjent eller jobbet på avdelingen fast. Ingen av informantene mente alder hadde noe påvirkning på hvor gode de er til å lytte.

Jeg tror noen leger setter veldig pris på å få høre våre observasjoner og endringer i tilstanden. Men kanskje uerfarne leger ikke nødvendigvis gjør det, selv om de kanskje burde satt pris på det så føler vi intensivsykepleiere at vi blander oss og at man ja.. dytter på dem. Og at de må begynne å ta stilling til ting og det er ikke enkelt. Men ting kan jo forandre seg gjennom døgnet og det er ikke gitt at alt skjer på dagtid når man har veldig mange å diskutere med.

En informant mener situasjoner hvor primærvakt ikke ønsker å foreta seg noe når han blir stilt ovenfor ukjente og vanskelige problemstillinger, kan skape dårlig kommunikasjon og dårlig samarbeid. Informanten forteller at i de tilfellene hvor pasientens tilstand har blitt ytterligere forverret og man kontakter lege og formidler sine observasjoner, men ikke blir hørt så er det frustrerende. En informant forteller «Når jeg fikk beskjeden «ikke ta så mange blodgasser». Hvorfor kan vi ikke bare avslutte da, når vi vet dette ikke går bra.»

Flere av informantene mente man er mer direkte og ærlig ovenfor de legene man kjenner. En informant sier at som intensivsykepleier blir en god på å analysere om legen er mottagelig for informasjon eller ikke. Hvor det ut i fra disse vurderingene blir vurdert om det er best å stille spørsmålene direkte eller om de må omformuleres og presenteres mindre bastant. Informanten sier at det man ønsker er å ha en dialog hvor begge parter kan komme med refleksjoner og ha en felles forståelse. Å ha et godt samarbeid mellom intensivsykepleier og lege er med på å optimalisere pasientbehandlingen.

Nærmest alle informantene sa de savner å ha et tverrfaglig møte på legekantoret om behandlingen til de pasientsituasjonene som er komplekse, sammensatte og risikofylte. Hvor det beste hadde vært å samle flere av legespesialistene som er innblandet i pasientens behandling. Informantene sier at de på grunn av sin erfaring, kunnskapsnivå og kliniske observasjoner kan tilføye viktige opplysninger og synspunkt. I følge noen av informantene er det ikke ønskelig å måtte diskutere hvilken vei behandlingen skal gå inne på pasientrommet, uavhengig om pasienten er våken eller ikke.

Vi har to ulike ståsteder. Det kunne vært fordelaktig om lege og intensivsykepleier kunne satt seg ned på kontoret, ikke bare visitt på pasientrommet. Men når vi ser at dette begynner å gå feil vei og samles tverrfaglig og snakke om hvor går dette, og hva gjør vi. Er vi enige i observasjonene til hverandre. Få et litt tettere ståsted og da får vi kanskje bedre forståelse for hverandre også. Liksom hva de tenker på og ser. Og hva vi observerer og ser gjennom dagene vi står der. At det har kanskje vært fordelaktig.

Intensivsykepleierens ønske om faglig begrunnelse for legens valg

Flere av informantene sier de ønsker en faglig begrunnelse fra legen for de avgjørelsene som blir tatt. Selv om intensivsykepleiere ikke er beslutningsansvarlig i behandlingen kan det være nyttig å forstå hvordan legen tenker. En informant sier at som den ansvarlige intensivsykepleier for pasienten er det nødvendig å ha oversikt og kontroll over de vurderingene som blir gjort på sin vakt. En annen informant sier at man som intensivsykepleier aldri må slutte å spørre om begrunnelsen for de avgjørelsene som blir tatt, dersom dette er uklart. Informanten mener vi må tørre å ha en refleksjon og ikke bli «stille tjenere». Noen av informantene sier man kan kjenne på en frustrasjon når man på kveld- eller nattevakt ikke skjønner hva som menes med avgjørelsene som ble tatt tidligere på dagen. Spesielt i de pasientsituasjonene hvor behandlingen ikke fører frem, og hvor det er lite eller ikke dokumentert i journalsystemet fra enten intensivsykepleier eller lege.

En informant bemerker at det kan være faktorer i pasientbehandlingen intensivsykepleieren ikke har kunnskaper om og derfor ikke skjønner begrunnelsen for de avgjørelsene som er gjort. Ved å spørre kan man også lære noe av hverandre. En informant sier «Vi er ulike profesjoner selv om vi jobber for det samme målet, vi har alle våre styrker. Hvis vi ikke skal være i stand til å si at «ja, jeg hører hva du sier, men vi må kunne stille spørsmålstejn». Om vi ikke tørr å gjøre det kan vi overlata dette til maskiner.»

Intensivsykepleieren har respekt og er ydmyk for legens beslutningsansvar

Mange av informantene sier de er ydmyk ovenfor legens ansvar i å skulle avgjøre det å avslutte behandlingen, noe som vil medføre at pasienten dør. Informantene sier de har forståelse for at legen trenger tid til å tenke seg om, å konferere med andre kolleger og være sikre på at de har vurdert alle alternativ og «snudd alle steiner». En informant sier at legen trenger erfaring med å være lege for å kunne være trygg i en slik beslutning. Videre forteller informanten at «Det er viktig vi forstår hverandre, uten å bli for personlig. For legen er bare et menneske han også. Vi har alle våre ryggsekker som gjør at vi velger som vi gjør, og handler som vi gjør. Du skal jo være profesjonell, det er med på å styre oss litt.»

Flere informanter sier det å avslutte behandling ikke bør være en avgjørelse som skal tas av legen alene. Informanten sier at av respekt kan intensivsykepleierne støtte legen og tilføye ulike synspunkter slik av de ulike sidene, som hvordan tidligere helsetilstand og funksjonsnivå belyses.

En informant sier at legen ser pasientsituasjonen fra en annen vinkel enn det intensivsykepleierne gjør. Dette kan skyldes ulik kompetanse. En annen informant sier at det kan være faktorer i pasientsituasjonen intensivsykepleieren ikke er klar over, men som må tas hensyn til. Informanten sier at legen som går fast på dagtid har ofte oversikt over de opplysningene som er nødvendig for sin del. Mens intensivsykepleierne har skiftordning og det kan gå flere dager før samme intensivsykepleieren er hos samme pasient igjen. Dette er med på å komplisere muligheten for å få full oversikt over alle detaljer i pasientsituasjonen. Det kan gjøre at intensivsykepleieren blir mer ydmyk ovenfor de beslutningene som blir tatt.

Dersom det oppstår en akutt situasjon hvor en ukjent primærvakt blir stående å ta beslutningene alene, er det ifølge en informant, respektløst om flere intensivsykepleiere skulle fortelle legen hvor uverdigg de syns denne behandlingen er. Informanten sier at man må ha respekt for hverandres avgjørelser og spesielt i akutte situasjoner.

Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt

Kategorien viser hvordan erfaringen til intensivsykepleieren kan påvirke kommunikasjonen til legen, og hvor frustrerende det er når man ikke blir hørt om sine observasjoner og hvordan intensivsykepleierens etiske grense berøres når hun mener behandlingen strekkes utover de fornuftige grenser.

Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem

Flere informanter sier at de kan gjenkjenne situasjoner der hvor behandlingen ikke fører frem for pasienten. Noen av informantene mener de kan se utviklingen i situasjonen såpass tidlig at det enda ikke vises på scoop eller på noen blodprøver. De forklarer det som en magefølelse eller intuisjon. Noen ganger kan det bare være et drag i ansiktet eller en rynke hos pasienten. Det bemerkes at en magefølelse eller en intuisjon ikke er en observasjon hun kan ta med til legen. Men sier det er noe hun kan innlede en samtale med kolleger om. Det kliniske blikket hos en erfaren intensivsykepleier er trent på å se små og store variasjoner, og hvor noe så primært som å ta på pasienten er en nyttig observasjon. En informant sier at som intensivsykepleier jobber hun tett med sine kolleger og det er flere innoom pasientrommet i løpet av vekten. Ofte kan hun da få bekreftet at flere ser de samme symptomene og tegnene hos pasienten. Noe som ifølge informantene kjennes godt fordi intensivsykepleieren da blir tryggere på at det hun ser og tenker, det er hun ikke alene om. Men det poengteres at selv om hun kan kjenne på en negativ følelse til behandlingen setter ikke det en stopper for å kontinuere pågående behandling og utføre de forordningene som er gitt.

Flere av informantene sier de ønsker å gjøre en god jobb, men at dette kan skape utfordringer når de mangler forordning av legen eller de forordningene som er gitt er uklare og vage. Dette utfordres dersom pasientsituasjonen forverres, spesielt på kveld eller natt når de faste legene på avdelingen har dratt hjem. For å unngå en slik frustrerende situasjon har flere av informantene, basert på erfaring, stilt lege spørsmålet om hvordan man ser for seg behandlingsutviklingen og hvor lista skal legges med tanke på behandlingsinnsats. En informant sier at som intensivsykepleier kan vi ikke tenke kun her og nå, men se helheten. For hvordan er situasjonen om to timer, i natt, i morgen eller om en uke. Det å konsultere med primærvakt som ikke kjenner til eller har hørt om pasienten dersom situasjonen forverres, til en komorbid pasient med et langt og komplisert sykdomsforløp, er etter intensivsykepleieren erfaring ikke det enkleste. Mangelen på klare forordninger skaper frykt hos den ansvarlige intensivsykepleieren for at de korrekte handlingene ikke blir utført, når situasjonen forverres. Basert på erfaring vet intensivsykepleierne hva som oftest bør gjøres i de ulike situasjonene, men det hjelper ikke om det mangler forordninger. Det presiseres at ingen har lyst til å havne i en slik lei situasjon. Samtidig sier en informant at om hun stiller spørsmålet om hvor aggressiv hun skal være med behandlingen for tidlig i behandlingsforløpet har vedkommende erfart at hun ikke får med seg legen på refleksjonen.

Siden intensivsykepleieren er den som er inne hos pasienten gjennom hele vekten er det også ofte de som blir best kjent med pårørende. Pårørende kan fortelle hvordan pasientens helsetilstand og funksjonsnivå har vært i tiden før. Denne informasjonen kan av erfaring være med på å farge intensivsykepleierens tanke om hvilke forutsetninger pasienten har for å nyttiggjøre seg av behandlingen og hvilket potensiale den har for å rehabilitere seg i etterkant.

Flere av informantene sier at deres etiske grense blir berørt når deres erfaring tilsier at den pågående behandlingen ser ut til å gjøre vondt verre. Informantene sier de er opptatte av at behandlingen ikke skal være en livsforlengende dødsprosess.

En informant belyser at behandling som ikke fører frem er vanlig å oppleve som intensivsykepleier.

Jeg lurer på hva vi egentlig ønsker å oppnå? Livskvalitet? Når vi ser at livskvaliteten aldri vil være i nærheten av å være det den engang var, for det er noe jeg hører. «Han var da så frisk». Ja, vi var og har vært. Men på ett tidspunkt i livet er det faktisk noe som skjer og det kan likegodt skjer her og nå. Og det betyr ikke at mine ressurser er akkurat likedan når jeg får en alvorlig hendelse. Sånne ting gjør meg litt demotivert faktisk.

Flere av informantene sier at de tror det kan være vanskelig å stille spørsmålet om behandlingsmål til legen, spesielt om du er ny som intensivsykepleier. De sier dette trolig kan komme av mangel på erfaring, og at man ikke har nok gjenkjennelsesfaktorer. Noen informanter sier de ikke vil bli oppfattet som negative, og en person som bare vil avslutte behandlingen og dermed ikke gir uttrykk for at pasienten bør få en sjanse. Selv om det ikke er det som menes med å stille spørsmål om behandlingen, men om å ikke ville utsette pasienten for unødig smerte og lidelse. En informant sier det også er viktig å gi pasienten en sjanse selv om det kan se håpløst ut i starten. Informanten sier at intensivsykepleieren kan til tross for mye erfaring også ta feil og hvor behandlingen kan gi et godt resultat.

Det er veldig viktig at vi ikke slutter å ha egne meninger. For da minster vi noe veldig viktig. Vi må ikke bare bli en håndlanger. For det kan man, man kan gå i den fellen og bli bare legens forlengende arm. Vi må ikke miste av synet det å gjøre gode etiske refleksjoner og det at vi må løfte hva det gjør med oss å stå i mange vanskelige situasjoner i vårt yrke. Fordi man kan brenne ut.

Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandlingen

Frustrasjon skapes i de situasjonene hvor intensivsykepleieren ikke blir hørt og hvor de undrer seg over at legen ikke ønsker å høre på hva intensivsykepleieren har å komme med av observasjoner om pasientsituasjonen. Flere av informantene presiserer at dette er merkelig siden det er intensivsykepleieren som er inne hos pasienten hele sin arbeidsdag, mens legen kommer innom pasientrommet kun for noen minutter. Legen får dermed ikke med seg de svingningene i blant annet vitale parameter, responsen på medikamenter og cerebrale symptomer. En informant beskriver følelsen av å ikke bli hørt som en følelse av å stå alene.

At du føler at du ikke blir hørt, det er jo ting som går over. Men den følelsen av å være alene, jeg vet jeg ikke står i situasjonen alene. Men du føler litt på det likevel når du står der. Pårørende sitter der og du ser at dette går sakte men sikkert utforbakk. Vi er ikke der vi skal være. Da er det en alenefølelse. Litt rådvill. Vet jo hva jeg skal gjøre med pasienten, men litt sånn hjelpeløshet ved å formidle det du ser og at alle skal se det samme.

Mangel på dialog og en felles forståelse er med på å underbygge frustrasjon. Samt en frustrasjon over at lege og intensivsykepleier ikke ser den samme negative responsen på behandlingen til pasienten. En informant sier at det savnes å ha en dialog om hvor i behandlingsforløpet pasienten er og hva det er legen ser for seg behandlingsmålet skal være. Hun sier at de gangene pasienten ikke lengre responderer som ønsket på behandlingen og det begynner å komme en tvil om dette vil gå bra, er det en følelse som baserer seg på flere års erfaring som intensivsykepleier og en gjenkjennelsesfaktor fra tidligere situasjoner.

Flere av informantene peker på frustrasjon rundt pasientsituasjoner hvor tiden strekkes ut, fra dager til uker, der hvor behandlingen ikke fører frem og hvor dette føles meningsløst ovenfor pasienten og pårørende. De mener pasienten heller skulle fått la slippe alt ubehaget med flere undersøkelser, stikking til prøvetaking, medisinene og alle prosedyrene som blir utført. En informant sier det å stille dumme spørsmål som hva denne undersøkelsen har å si for videre behandling kan være nyttig, for å få legen til å reflektere om det virkelig er nødvendig å utsette pasienten for ytterligere påkjenninger. Frustrasjonen kan også bygge seg opp når lege informerer pårørende om pasientens sykdom- og behandlingsstatus, og hvor de blir fortalt at situasjonen sees som positiv. Hvor intensivsykepleieren har alt i fra en følelse til en sterk formening om at situasjonen har utviklet seg i feil retning og at pårørende ikke blir informert

riktig. En informant uttrykker «Det som gjør meg litt resignert innimellom, det er når man ikke kan akseptere at døden er en naturlig del av livet. Det kjenner jeg på, at det gjør noe med meg.»

En informant beskriver frustrasjon knyttet til at legene med ulike spesialistutdanning blir noe smalsynt og ikke klarer å se helheten i pasientens komorbide sykdomsbilde. Ved for eksempel en hjertestans blir det ifølge informanten ofte fokusert på det som er mulig å gjøre her og nå. Dette blir for intensivsykepleieren feil da helhetsbildet av pasienten ikke blir tatt hensyn til. Hvor situasjonen kan oppleves som en forlengelse av døden og ikke av livet.

Når du som intensivsykepleier prøver å se helhetsbilde og ikke får respons på det av legen gjør det meg innimellom frustrert, og jeg blir lei meg faktisk. Fordi jeg i noen tilfeller opplever at det bagatelliseres fordi jeg ikke sitter med den fulle medisinske kompetansen så er mine vurderinger knyttet til at pasientsituasjonen blir underlagt verdi. Det har jeg erfart veldig sterkt for ikke så lenge siden og det sitter i meg enda faktisk. Jeg kjenner jeg blir lei meg. Fordi vi snakker mye om etikk og vi snakker om å ikke ville gjøre vondt om det ikke fører frem. Det kjenner jeg på er sykepleiere primært som sitter og har denne diskusjonen, mens legene befinner seg i en annen verden.

Informanten belyser at når situasjoner oppstår hvor en ikke blir lyttet til av legen skaper det en følelse av bekymring for at intensivfaget ikke har utviklet seg i større grad. Intensivfaget har eksistert i mange år og at ikke intensivsykepleierens stemme er tydeligere og mer verdsatt er frustrerende og betenkelig.

Som sykepleier i intensivfaget har vi vært med lenge og at ikke stemmen vår er tydeligere og mer verdsatt, det syns jeg er trist. Men vi må ikke gi opp, for det hjelper fint lite om ikke dette løftes videre. Det er noe med at det hjelper ikke at bare vi sitter å holde hverandre i hendene og er veldig enige bare vi, hvis vi ikke får delt det. Den som står i situasjonen, kan ha ulike oppfatninger, men at diskusjonen og refleksjonen blir tatt og gjennomført. Det syns jeg er viktig.

Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling

Flere av informantene påpekte at de mente det i flere pasientsituasjoner hadde vært bedre å iverksette palliasjonsbehandling når det er tydelig at den aktive behandlingen ikke fører frem. Dette for at pasienten skal slippe å lide og gjennomgå flere smertefulle og ubehagelige prosedyrer. En informant mente at behandlingstiden kan i noen tilfeller bli forlenget av legen og at det på den måten blir stjålet tid fra pårørende til å si farvel til pasienten, spesielt hos de våkne intensivpasientene.

Flere av informantene mente at i det legen og intensivsykepleieren var innforstått med å avslutte aktiv behandling ble intensivsykepleieren alene om videre behandling av pasienten. De mente dette skyldes at palliasjon er sett på som en arbeidsoppgave for intensivsykepleieren og derfor trekker legen seg unna. De fleste informantene mente de stort sett fikk den hjelpen og fikk forordnet de medisinene som trengtes av legen. Men noen informanter har dårlige opplevelser og hvor de mener legen ikke har tilstrekkelig med kunnskap om palliasjonsbehandling. En informant sier at å tilrettelegge for en verdig avslutning på livet ikke alltid er enkelt og at det kan berøre intensivsykepleierens etiske grense. En informant beskrev «Bare den følelsen du sitter med når pasienten dør med tube i munnen og respiratoren bare presser luft i en pasient som ikke har puls. Det blir uetisk for meg.»

En informant forteller at det ble startet BiPAP behandling på en pasient som var palliativ. Trolig var det BiPAP-maskinen som holdt pasienten i live, og pasienten hadde mye smerter. Informanten sier det ble spurt om smertestillende av legen, men hvor dette avslås og får til svar at «Nei, det fremskynder bare døden».

En annen informant sier det har vært opplevelser hvor situasjonen har vært klar for både lege og intensivsykepleier om at denne pasienten klarer vi ikke å redde. Men hvor pårørende ikke får ytterligere informasjon før neste dag. Informanten bemerker at legen klarte ikke å la pasienten få dø.

Jeg kom på nattevakt og pasienten fikk hjertestans og vi visste det ikke var satt HLR minus og vi måtte gjøre noe. Så vi komprimerte og ga ett støt, både jeg og den andre sykepleieren. Det føltes så feil. Samtidig var det ikke tatt den praten med pårørende også tenkte jeg at om de ikke bare kunne gjort det. Fordi legen så også at dette ikke gikk bra. Det er ikke noe god opplevelse for oss sykepleiere heller. Det var så vanskelig å stå å komprimere oppi senga der når vi viste at i morgen skal vi avslutte likevel.

En informant beskriver at det å lindre og gi pasienten god palliasjonsbehandling er en like viktig del av intensivsykepleierens funksjon. Videre forteller hun «Noen ganger vil ikke behandlingen føre frem og da er det viktig at vi er gode i den andre enden også. For det er det familien skal leve med etterpå og det er deres tid.»

Profesjonell utøvelse av intensivfaget til pårørende

Denne kategorien skildrer utfordringer intensivsykepleieren har ovenfor det å gi tilpasset informasjon til pårørende i sjokk og krise. I tillegg til hvorfor det er viktig intensivsykepleier og lege fremstår som et profesjonelt team ovenfor pasient og pårørende.

Ønske om å fremstå samlet og profesjonell ovenfor pårørende

Flere informanter mener det er viktig at intensivsykepleier og lege fremstår samlet og som et team ovenfor pasient og pårørende. Dette er med på å gi trygghet, bygge tillit og at pasienten får den omsorgen og behandlingen som behøves.

Noen informanter sier at pårørende blir tilbudt informasjonssamtaler. Under disse samtalene er det viktig at intensivsykepleier er med. I følge informantene er det når pårørende kommer tilbake på pasientrommet og får tenkt seg om spørsmålene deres kommer. I disse tilfellene kan intensivsykepleieren repetere det legen alt har sagt. Noen av informantene sier intensivsykepleierne kan snakke et mer forståelig språk og uten så mange fagord. Pårørende er ofte i sjokk og krise og mange trenger å få repetert informasjonen flere ganger.

En informant sier at som intensivsykepleier kan man alltid være uenig i de beslutningene som blir tatt. Men det er viktig at dette ikke er synlig for pasient og pårørende. Lege og intensivsykepleier skal spille på samme lag.

Det er litt sånn at de konfliktene vi har, de tar vi bak lukkede dører og aldri fremom pasient og pårørende og aldri i arbeidsskranken. Det er lov å være uenig, men da snakker man om det. Det er lov å være uenig i det man går ut fra rommet også. Men en må være tro til det som er bestemt og sagt.

En informant sier at i det øyeblikket hvor det enes om å avslutte aktiv behandling blir legen henvisende til intensivsykepleieren. Mye kommer an på legens personlighet, men informanten sier flere av legene tydelig synes emosjonelle situasjoner kan være ubehagelig. Hvor noen leger blir ukomfortable når det blir store følelser, men de er veldig gode på å være rasjonelle og se behandlingsmuligheter.

Når behandlingen ikke fører frem da er vi liksom etikkens vokter og skal komme frem å si de riktige tingene. Og si det på vår måte, uten at det blir for kaldt. Da er vi liksom inne med følelsene. På en måte opplever jeg jo det som tillit og man må ta høyde for at noen leger føler seg veldig lite bekvem til det å sitte i en sånn pårørendesamtale, for vi har leger som er veldig gode på sitt fagfelt. Men å håndtere en slik emosjonell situasjon,

det er man litt redd for tror jeg. Følelsene til pårørende, det blir for mye gråt. Da føler flere leger at de vil ha oss intensivsykepleiere nær, slik at hun kan hente tørkepapir, holde en hånd og gi en klem. Der ser jeg legen kan få problemer.

Være støttende, informerende og tilstede for pårørende

Flere av informantene sier at mange av pårørende til intensivpasienten er i sjokk og krise. De er ulike, både i antall personer, språk, alder, personlighet, fra ulike kulturer og religioner og hvordan de håndterer situasjonen. Pårørendes reaksjon kan variere og hvor noen reagerer mer synlig som for eksempel ved agitasjon eller dyp fortvilelse. Noen havner i en slags «boble» hvor informasjonen ikke virker til å nå frem. Dette kan skape utfordringer for intensivsykepleieren, hvor det handler om å tilrettelegge informasjonen og gjøre den forståelig. En informant sier det av erfaring lønner seg å spørre pårørende hvordan de oppfatter pasientsituasjonen og hvordan de har forstått informasjonen som er gitt. På den måten kunne oppdage eventuelle misforståelser og hvilke deler av informasjon de ikke har fått med seg.

To informanter sier de er ærlige ovenfor pårørende om pasientsituasjonen. De sier de ikke ønsker å gi falske forhåpninger, men heller ikke skape unødige frykt. Dersom pasientsituasjonen er usikker og pårørende spør om hvordan dette vil gå videre, sier informantene at situasjonen akkurat nå er usikker og det er vanskelig å si noe utover den nåværende tilstanden til pasienten. Dette er spesielt krevende i de situasjonene hvor det er usikkerhet i forhold til pasientens cerebrale funksjon. Det poengteres av flere informanter at de er svært forsiktige i ordvalg og hvordan de legger frem informasjonen. Noen pårørende er sensitive på non-verbal kommunikasjon og det er hensiktsmessig å trå varsomt.

En informant sier at det er viktig legen ikke venter med å informere pårørende om det er tydelig at dette ikke går veien. Informanten sier at det er viktig pårørende får tid nok til å si farvel og at det ikke huskes som noe hastig. Dette begrunnes med at når pasienten har behov for intensivbehandling er det en situasjon hvor pasienttilstanden rast kan snu til det verre. Derfor bør pårørende få ta farvel de i tilfellene hvor det er mulig, noe som er spesielt viktig til de våkne intensivpasientene.

Det handler om å forebygge traumatiske hendelser for pårørende. At de ikke skal sitte igjen med et traume, men å sitte igjen med noe som var bra. For det er jo ikke godt å miste sine. Det finnes jo studier som viser at du kan få seinskader av traumer. Du trenger ikke gjøre det verre enn det alt blir.

En informant sier at pårørende har endret seg betraktelig gjennom årene. Flere informanter sier at de fleste pårørende i dag søker informasjon på internett og vet hvilke rettigheter de har. Dette har ifølge informantene ført til at noen pårørende nekter å godta at pasienten er kritisk syk og at vedkommende kan dø. Pårørende sier de har lest på internett om mirakler hvor pasienter har våknet etter flere måneder og år på respirator. En informant sier det kan være tidkrevende og utfordrende å realitetsorientere denne type pårørende og man må bruke enhver mulig anledning til å gi dem informasjon. I slike situasjoner har tiden med aktiv behandling av pasienten blitt forlenget, fordi pårørende ikke er klar for å la pasienten få dø.

Flere informanter sier det også er pårørende som er realistiske og stiller veldig direkte spørsmål om effekt av pågående behandling, og om ikke pasienten kan få slippe. En informant sier at det kan være vanskelig å finne balansen i informasjonen som gis.

Jeg mener legen skal informere om prognosene. Jeg syns det noen ganger kan være vanskelig å finne balansen. Spesielt når pårørende spør om konkrete ting om hvorfor det er det. Også vet jeg egentlig hvorfor det skjer. Men jeg kan ikke si det rett ut. Det er jo en del av meg som vil si at dette kan tyde på hjerneskade eller dette er et tegn på sånn og sånn.. Men jeg kan jo ikke si det.

Diskusjon av resultat

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleieren har vedrørende kommunikasjon med lege og pårørende der behandlingen av pasienten ikke fører frem.

Informantene i denne studien belyser at intensivsykepleieren ofte ikke blir deltagende i beslutningsprosessen om nedtrapping av aktiv behandling. Kommunikasjonen mellom lege og intensivsykepleier kan være av varierende kvalitet, og dette kan påvirke samarbeidet. Frustrasjon kan utvikle seg når intensivsykepleieren ikke føler seg sett og hennes observasjoner og erfaring ikke blir tatt hensyn til av legen, i en pasientsituasjon hvor behandlingen ikke fører frem. Pårørende har ofte ønske om å være nær, når pasienten er kritisk og alvorlig syk. Informantene uttrykker at de prøver å se de ulike behovene til pårørende og prøver å tilkomme dette med å gi informasjon, være støttende og tilstede for dem. Informantene ønsker at behandlingsteamet fremstår profesjonell og samlet ovenfor pårørende.

Samarbeidet mellom intensivsykepleier og lege blir påvirket av kommunikasjon

Det viser seg at intensivsykepleierne kan oppleve mangelfull kommunikasjon innad i behandlingsteamet og det kan føre til at hennes observasjoner av pasienten ikke bli tatt hensyn til av legen. Dette kan utfordre samarbeidet i behandlingsteamet. Intensivsykepleieren ønsker å forstå legens avgjørelser i pasientbehandlingen, og flere ønsker et tverrfaglig møte for å få en større forståelse for hverandres oppfatninger og synspunkt. De uttrykker også en respekt og ydmykhet for legens beslutningsansvar.

Kommunikasjonen utfordrer samarbeidet med lege

Flere av informantene i denne studien viser til at det faglige medisinske språket kan utfordre kommunikasjonen mellom intensivsykepleier og lege. Det kom frem at intensivsykepleieren må håndtere et teknisk og faglig språk for å kunne formidle sine observasjoner til legen. Hvor det ikke er tilstrekkelig å «føle» eller «synse» når det skal formidles en endring i pasientens tilstand. Kommunikasjonen må være kunnskapsbasert ved at intensivsykepleieren formidler endringer i form av operasjonaliserte data, innhentet gjennom blodprøver, blodgasser og vitale parameter. Studiene fra Frivold, Dale og Slettebø (2015) og Brooks, Manias og Nicholson (2017) bekrefter dette. Disse to studiene viste at legenes ulike kommunikasjonsteknikker

varierte, det var ustrukturerte kommunikasjonsstrategier og måten informasjonen ble gitt på var av varierende kvalitet. Både sykepleier og lege erkjente behovet for å forbedre kommunikasjonen om det å avslutte behandling i intensivavdeling.

Det bemerkes at informantene i denne studien mente at de legene som har en uformell tone, ønsker å lytte til intensivsykepleieren, reflekterer sammen om situasjonen, og ut i fra dette forordner og iverksetter tiltak, er de situasjonene hvor kommunikasjonen har vært optimal. Et sentralt funn viser at det også er leger som ikke ønsker å lytte til det intensivsykepleieren har å formidle. Lignende resultat viser studiene Henrich *et al.* (2016), Wilson *et al.* (2013), Velarde-García *et al.* (2018), Brooks, Manias og Nicholson (2017) og Gallagher *et al.* (2015). Wilson *et al.* (2013) trekker frem at sykepleieren kom med nyttige innspill og perspektiver, men det varierte i hvor stor grad legen la vekt på det. En sykepleier i studien til Henrich *et al.* (2016) forteller at hun sammenligner kommunikasjonen med legen som å gå på «eggeskall». Brooks, Manias og Nicholson (2017) viser til at mangel på tverrfaglig aksept og faglige innspill kan skyldes kulturelle forskjeller og uenighet mellom sykepleier og lege. Dette kan føre til moralsk og emosjonelt stress for både pasient, pårørende og sykepleieren. Gallagher *et al.* (2015) forklarer dette ved at det fremdeles er et hierarkisk skille mellom lege og sykepleiere i Brasil, England, Tyskland, Irland og Palestina. Størst forskjell var det i Brasil og Palestina hvor sykepleierne ikke følte seg hørt, noe som førte til at hun inntok en passiv og nøytral rolle i pasientbehandlingen. Studien fra Velarde-García *et al.* (2018) viser til at sykepleieren blir holdt totalt utenfor i beslutningsprosessen. Dette kan generere misnøye. Videre tilføyer Velarde-García *et al.* (2018) at til tross for at sykepleieren er den som tilbringer mest tid med pasienten og pårørende, blir hennes observasjoner og erfaringer ikke tatt hensyn til. Intensivsykepleierens faglige vurderinger og observasjoner blir dermed en uutnyttet ressurs.

Informantene i min studie trekker frem at intensivsykepleierens formål ved å formidle sine observasjoner er ment som informasjon, som skal styrke legens beslutning slik at han dermed skal kunne klare å danne seg et mest mulig korrekt bilde av pasientens tilstand. Informantene uttrykte at dette trolig kan komme av legens usikkerhet ovenfor egen rolle og manglende erfaring med lignende situasjoner. En informant presiserte at legen må ha erfaring for å kunne håndtere pasientsituasjoner som er komplekse og sammensatte. Dette kan ha sammenheng med at både lege og intensivsykepleier bør bedre bevisstheten rundt egen kommunikasjonsteknikk og formidling, og undres over hvordan dårlig kommunikasjon kan påvirke arbeidsmiljøet i avdelingen. Det er grunn til å tro at ved ineffektiv kommunikasjon utnyttes ikke ressursene i behandlingsteamet. Likevel viser funnene i O'Neill *et al.* (2017) at flere sykepleiere fra Bahrain

gav uttrykk for at de ikke ville delta i beslutningstakingen. De mente bestemmelsen var en byrde og at Gud visste hva som var best for pasienten.

Informantene i denne studien hevdet at manglende beslutning om pasientsituasjonen kan komme av legens arbeidsmengde og tidspress. Intensivsykepleierne hevdet at dette førte til at behandlingen forlenges og at pasienten blir holdt under aktiv behandling lengre enn det intensivsykepleieren mener er riktig både faglig og etisk. Dette bekreftes i studien fra Wilson *et al.* (2013). I følge Stubberud (2015a) er det i en intensivavdeling varierte oppgaver, og pasientenes ulike tilstand kan være uforutsigbare og akutte situasjoner kan raskt oppstå. Intensivavdelingene kan preges av høyt arbeidstempo.

Flere av informantene i denne studien gav uttrykk for at de ønsket et tverrfaglig møte utenfor pasientrommet, til de pasientsituasjonen som er komplekse, sammensatte og risikofylte. Intensivsykepleierne mente de hadde tilstrekkelig med erfaring, kunnskap og kliniske observasjoner til å tilføye viktige faktorer i et slikt møte. Fordelen er at alle i behandlingsteamet er klar over pasientens aktuelle status, og at alle får en felles forståelse for hverandres oppfatninger og synspunkter. Dette ble også trukket frem i studiene fra Wiegand, Cheon og Netzer (2019), Weiss *et al.* (2017), Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) og Velarde-García *et al.* (2018). Velarde-García *et al.* (2018) tilføyer at sykepleieren følte seg som pasientens talsmann. Rollen som talsmann innebærer at sykepleieren sikret pasienten den ønskede behandlingsinnsatsen han har gitt uttrykk for og la til rette for en verdig død. Videre viser Velarde-García *et al.* (2018) til, at et tverrfaglig samarbeid kan være et hjelpemiddel som forbedrer oppmerksomheten rettet mot pasienten. Dette har vist seg å redusere komplikasjoner, forbedre kommunikasjonen og forholdet mellom sykepleier og lege. I tillegg viser Velarde-García *et al.* (2018) at det tradisjonelle hierarkiske skillet var mindre og maktforholdet mellom lege og sykepleier mer balansert når legen var kvinne. I følge Engen (2016) er antall kvinnelige legespesialister i økning ved Norske sykehus. Det undres over hvordan dette vil ha påvirkning på kommunikasjon i de kommende årene, dersom dette gjør maktskillet mellom sykepleier og lege mindre dominerende.

Weiss *et al.* (2017) hevder at ved å etablere et tverrfaglig team kan det gjøre at palliasjonsbehandling kommer tidligere i gang og øker sjansen for å etablere en behandlingsplan. Å forbedre kommunikasjonen i behandlingsteamet sees som høyst relevant for samarbeidet i behandlingsteamet og har betydning for klinisk sykepleie ved at det kan redusere frustrasjon og moralsk fortvilelse hos sykepleieren (Henrich *et al.*, 2016).

Intensivsykepleierens ønske om faglig begrunnelse for legens valg

Intensivsykepleierne i denne studien ga uttrykk for at de ønsker mer informasjon om hvilke faglige begrunnelser legen har for de valgene han tar. De sier dette er med på å skape en større forståelse for hverandres tankeprosess om pasientsituasjonen. Informantene trekker frem viktigheten av å spørre legen om hans vurderinger og hva han vektlegger. De uttrykket at dersom intensivsykepleieren ikke spør legen hva han mener med de ulike avgjørelsene, kan det være fare for at intensivsykepleieren blir for passiv og havner i en «tjener-posisjon». Av erfaring kan intensivsykepleieren da gjøre seg færre refleksjoner rundt pasientsituasjonen, og blir dermed mindre deltagende i avgjørelsene. Å vise interesse og engasjement for de valgene som blir tatt bør være betydningsfullt for intensivsykepleieren som har ansvaret for pasienten. Som tidligere nevnt er tidspress en faktor som påvirker legen i evaluering av behandlingsnivå. Dette understøtter intensivsykepleierens betydning av å kontinuerlig kunne vurdere pasientens situasjon og dermed forstå når lege må kontaktes. Denne selvstendigheten til intensivsykepleieren er med på å utnytte ressursene i behandlingsteamet.

Wilson *et al.* (2013) trekker frem faktorer som er med på å styre legen i beslutningen. Det viser seg å være vanskeligere for legen å avslutte behandling dersom pasienten har utført kirurgiske inngrep eller annen medisinsk investering under innleggelsen. Andre faktorer er manglende informasjon om pasientsituasjonen ved vaktskiftene til legen, miljøet legen befinner seg i, bemanning, arbeidsmengde, samtale med pårørende, legens religiøse syn, etiske oppfatninger om livet og tidligere erfaring med uventet pasientoverlevelse. Videre formidler Wilson *et al.* (2013) at de legene som tok seg tid til pårørende, var de som hadde en engasjert tilnærming, viste trygghet og følte seg komfortabel i situasjonen. De legene som fikk høre direkte av pasienten selv om deres ønske om behandlingsnivå, ble veid tyngre enn om det ble videreformidlet via sykepleieren. Ved at pasienten formidler informasjonen selv, kan det være at det skaper en mer emosjonell tilknytning til informasjonen. Ved at legen selv tolker pasientens uttrykksform og non-verbale kommunikasjon.

Intensivsykepleieren har respekt og er ydmyk for legens beslutningsansvar

Informantene i denne studien sier at de er ydmyke og kjenner respekt for de vurderingene legen må ta om pasientens ofte komplekse og sammensatte situasjon. Før det blir tatt avgjørelser som kan føre til at pasienten dør, er det forståelig at legen har et behov for å tenke seg om og

konferere med andre kolleger. Informantene uttrykte at intensivsykepleiere og leger kan se pasientsituasjonen fra ulike sider, noe de trolig mente kommer av ulike kompetanse.

Intensivsykepleieren jobber i turnus og det kan ifølge informantene være utfordrende å kontinuere samme personell hos samme pasient. Derfor kan det å holde oversikt over alle detaljene i pasientsituasjonen være utfordrende. Dette kan svekke pasientens oppfølging, siden det stadig kommer nytt personell til som skal vurdere situasjonen. Dette kan føre til at hun er forsiktig med å komme med forslag til endringer i behandlingen. Mangel på oversikt i pasientsituasjonen kan gjøre at hun utviser ydmykhet og respekt. Dette er faktorer som også belyses av Velarde-García *et al.* (2018). Brooks, Manias og Nicholson (2017) uttrykker at både sykepleiere og leger trenger tid på å se variasjoner i pasientens situasjon når de er «ny» hos pasienten og det er derfor ikke utenkelig at tiden med aktiv behandling forlenges. Det er grunn til å tro at pårørende som stadig opplever utskifting av intensivsykepleiere og leger kan oppleve det som utfordrende, og kan føle mangel på kontinuitet. Det er i lignende tilfeller en risiko for at behandlingsteamet spør pårørende om de samme spørsmålene. Dette kan oppleves som belastende.

Intensivsykepleierens behov for å bli sett og hørt

Opplevelsen av å ikke bli sett eller hørt av legen, kan danne grunnlaget for frustrasjon og motløshet hos intensivsykepleieren. Disse følelsene kan oppstå når intensivsykepleierens observasjoner og erfaring fra tidligere situasjoner sammen med klinisk vurdering ikke blir tatt hensyn til. Dette gjelder spesielt de situasjonene hvor pasienten ikke lengre nyttiggjør seg av behandlingen og intensivsykepleieren ønsker å konvertere til palliativ behandling, mens legen ønsker å fortsette aktiv behandling.

Intensivsykepleierens erfaringer og gjenkjennelse av situasjonen gjør det synlig at behandlingen ikke fører frem

Som tidligere nevnt opplevde intensivsykepleierne at deres erfaringer og observasjoner ikke alltid ble lyttet til eller vektlagt av legen. Flere av informantene i denne studien ga uttrykk for at de tidlig kunne se en negativ utvikling av pasientens situasjon, ofte lenge før legen har kommet til samme konklusjon. Det viser også studien til Henrich *et al.* (2016). Denne studien tilføyer at sykepleieren følte fortvilelse i de pasienttilfellene hvor behandlingsteamet ikke var

samstemt om pasientens situasjonsutvikling. Informantene i denne studien mener dette antagelig er på grunn av tiden intensivsykepleieren benytter hos pasienten, gjenkjennelsesfaktorer fra tidligere situasjoner og klinisk blikk. Det bemerkes av informantene at de har fått trening i å se detaljer og endringer i pasientsituasjonen gjennom mange år. De mente det å få støtte og reflektere med kolleger kan være hensiktsmessig i de situasjonene hvor legen ikke har kommet til samme slutning. Intensivsykepleierne sier at til tross for en synlig negativ utvikling hos pasienten påvirker ikke dette behandlingen til pasienten. Det er grunn til å tro at en åpen faglig refleksjon og diskusjon rundt situasjonen kan ha betydning for klinisk sykepleie ved at intensivsykepleiere seg imellom utveksler erfaringer. Dette kan gjøre det enklere å se ulike sider av pasientsituasjonen.

Det å tenke helhetlig og langsiktig er ifølge informantene i denne studien viktig. Å løfte blikket og reflektere over hvilken forutsetning pasienten har for å nyttiggjøre seg av behandlingen, hvilken livskvalitet er det han overlates til og hvordan vil det påvirke han videre i livet. Dette er ifølge informantene viktige faktorer som bør ha stor medvirkning i avgjørelsen av hvordan behandlingen skal utvikle seg. De sier at pårørendes informasjon om tidligere funksjonsnivå og helsetilstand kan farge intensivsykepleieren i hennes formening om pasienten får riktig behandling. Ifølge Helsedirektoratet (2013) er det forskjellig hva hver og en av oss opplever som livskvalitet. Men trolig har vi alle i utgangspunktet noen fellesnevner og minimumsforventninger, som å oppleve egen og andres eksistens, uttrykt ved kontakt og samhandling samt å lindre uholdbar smerte eller lidelse.

Schimmer *et al.* (2011) viser en oversikt over hvilke faktorer leger og sykepleiere vektlegger når pasientens behandlingsnivå skal avgjøres. Det kom frem at sykepleiere og leger vektlegger ulikt. Sykepleiere mente at pasientens begrensede behandlingsmulighet og pårørendes mening var mest avgjørende, men legen vektla forventet dårlig livskvalitet. Funnene overrasket og står i motsetning til denne studien, hvor sykepleierne blant annet vektla forventet livskvalitet. I tillegg viser studien fra Henrich *et al.* (2016) hvor sykepleiere ikke ønsket at behandlingen skulle vedvare unødige og bli en forlengelse av en dødsprosess. Helsedirektoratet (2013) presiserer at det å krenke menneskers verdighet kan gjøres ved å teknifisere og forlenge en lidelsesfull dødsprosess. Å spørre hva pasienten selv ønsker er på intensivavdeling sjelden mulig og det kan derfor være nødvendig å støtte seg på pårørende som en kilde til informasjon. I følge Helsedirektoratet (2013) skal behandlingsteamet foreta en vurdering for hva som er pasientens beste ut fra medisinsk og helsefaglig kunnskap, men samtidig bør det også innhentes informasjon om pasientens verdier og preferanser. Velgjørenhets- og ikke skadeprinsippet

krever at fordelene skal oppveie ulempene ved behandlingen. For å overholde pasientens autonomi og integritet forutsetter det at behandlingsteamet har innhentet tilstrekkelig med informasjon (Helsedirektoratet, 2013).

Frustrasjon ovenfor legens «blindhet» for pasientens tegn til manglende respons på behandling

Informantene i denne studien er tydelige på at de kjenner frustrasjon når behandlingen av pasienten ikke oppfattes som riktig. Denne følelsen dyrkes når intensivsykepleieren mener pasienten lider og behandlingen sees som nytteløs. Informantene trekker frem at slike situasjoner er belastende ved at respekten og verdigheten for pasienten ikke ivaretas på en tilstrekkelig måte. Mangel på dialog og en felles forståelse er med på å forsterke frustrasjonsfølelsen. Å ikke bli lyttet til, og at legen ikke oppfatter de samme endringene og gjør de samme observasjonene i pasientens tilstand oppleves som frustrerende. Dette bekreftes i studiene fra Pishgooie *et al.* (2019), Henrich *et al.* (2016), Schallenberger *et al.* (2019) og Calvin, Lindy og Clingon (2009). Å stå i en slik situasjon er omtalt fra informantene i min studie som å stå alene, noe som funnene i studien fra Calvin, Lindy og Clingon (2009) bekrefter. Videre viser sistnevnte studie til at sykepleieren ble holdt på sidelinjen eller ble en «mellommann» i behandlingsnedtrappingssamtalen med pårørende. Sykepleierne beskriver en moralsk kamp når pasientens tilstand forverres, men behandlingen kontinueres. For sykepleieren kan pasientbehandlingen ved noen tilfeller bli forlenget til det ytterste, og en følelse av at pasienten utsettes for et behandlingseksperiment har oppstått.

I følge Calvin, Lindy og Clingon (2009) fremkommer det at sykepleieren mener det sitter langt inne hos legen å vedkjenne at det ikke er mulig å gjøre mer for pasienten. Sykepleieren holder tilbake sine følelser for å prøve å skåne seg selv for frustrasjonen. Pishgooie *et al.* (2019) trekker frem at ved å utarbeide strategier og prosedyrer, er dette med på å forhindre etisk konflikt og det forbedrer miljøet mellom sykepleier og lege, samt kvaliteten på pasientbehandlingen. Henrich *et al.* (2016) mener årsakene til moralsk stress i intensivavdeling kan ha flere faktorer. Disse nevnes som kvaliteten på behandlingen, utskifting av personer i behandlingsteamet og ikke eksisterende behandlingsplan. Flere faktorer er dårlig kommunikasjon, konflikt internt i behandlingsteamet eller med pårørende og behandlingsforslag som blir ignorert. Schallenberger *et al.* (2019) tilføyer at mangel på profesjonell utførelse av pasientbehandlingen, manglende kompetanse og utfordringer på systemnivå ved fravær av prosedyrer og nødvendig utstyr øker frustrasjonen.

I min studie uttrykker informantene at leger med ulike spesialiseringer ser ulikt på samme pasientsituasjon og gjør ulike vurderinger, i de tilfellene hvor behandlingen er sviktende. Dette bekreftes i studie fra Wilson *et al.* (2013). Videre forteller Wilson *et al.* (2013) at intensivlegen klarte å fokusere på helhetsbilde og hvilken betydning behandlingen har for pasienten. Andre leger med et smalere fagfelt ikke klarte å se dette. Men fokuserte mer på sitt fagfelt og hva spesifikt de kunne bidra med. Dette til tross for at det gikk på bekostning av prognose, funksjonsnivå og livskvalitet.

I denne studien uttrykte en informant bekymring for at intensivsykepleierens stemme ikke er tydeligere i behandlingsteamet. Dette skaper frustrasjon og bekymring ved at intensivsykepleierens kunnskap, klinisk blikk og erfaringer ikke blir lyttet til i større grad enn hva det blir i dag. Studien fra Calvin, Lindy og Clingon (2009) som nå er ti år gammel kan på flere områder bekrefte denne manglende utviklingen. Den nevnte studie har flere fellestrekk og funn sammenlignet med denne studien. Det bekrefter at det fremdeles er noen av de samme elementene intensivsykepleieren opplever som utfordrende i dag.

Informantene i denne studien sier det er krevende å stå i pasientsituasjoner som påvirker intensivsykepleieren emosjonelt, og det kan over tid føre til utbrenthet. I følge Stubberud (2015a) er intensivsykepleieren mye alene med den kritisk syke pasienten. Browning og Cruz (2018) forteller at intensivsykepleiere ved intensivavdeling, er den gruppen helsepersonell som har høyest risiko for å bli utsatt for påkjenninger i form av stress, mental belastning og etiske konflikter. Dette er faktorer som over tid kan føre til utbrenthet. Browning og Cruz (2018) viser også til at dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og lege påvirker forekomsten av moralsk stress. Spesielt de situasjonene hvor konflikten kommer av uenighet om pasientbehandlingsnivå og der hvor sykepleieren ønsker å avslutte aktiv behandling. Av erfaring kan det å øke intensivsykepleierens kunnskap om moralsk stress og mental belastning være forebyggende og kan ha effekt på å senke følelsen av maktesløshet. En økt bevissthet om hva som utløser disse krevende belastningene kan trolig være med på å forbygge sykdomsfravær, skape bedre arbeidsmiljø og forbedre kommunikasjon innad i behandlingsteamet. Dette er igjen faktorer som kan påvirke om intensivsykepleieren evner å stå i jobben gjennom mange år. Studien fra Austin, Saylor og Finley (2017) tilføyer at både leger og sykepleier opplevde moralsk stress, men at sykepleierne opplevde dette i høyere grad enn legen.

Intensivsykepleierens ønske om å iverksette palliasjonsbehandling

Eksempler på hvor informantene i min studie kjente på etisk konflikt, kunne være i situasjoner der pasienten ikke var ved bevissthet og der de vurderte at behandlingen pågikk lengre enn det som var hensiktsmessig. Ofte var det intensivsykepleierne som først kom til erkjennelsen om at ytterlige behandlingstiltak var fånyttede og at behandling burde konverteres til palliasjon.

Ifølge Gulbrandsen (2015) kan det i et høyteknologisk miljø raskt bli fokusert på alt som er mulig å behandle hos pasienten. Men hos noen pasienter er sykdomsbilde såpass komplekst og kritisk at det ikke er mulig å utføre livreddende behandling. Denne utviklingen kan skje raskt eller det kan ta opptil flere dager og uker. Dermed kan det også være vanskelig å se et klart skille på når det er på tide å endre behandlingsfokus, til palliasjonsbehandling (Gulbrandsen, 2015). Som tidligere nevnt kom det frem fra Austin, Saylor og Finley (2017) at det satt lagt inne hos legen å komme til beslutningen at det ikke var mer behandling å tilby pasienten.

I følge Becker, Wright og Schmit (2017) og Gulbrandsen (2015) skal palliasjonsbehandling være tverrfaglig, hvor målet er at pasienten skal få en fredelig og verdig død. Videre sier Becker, Wright og Schmit (2017) og Gallagher *et al.* (2015) at intensivsykepleieren ble opptatt av å humanisere pasientrommet og gjør det mer estetisk når pasienten fikk palliativ behandling. Dette ble uttrykt ved å rydde bort unødvendig utstyr og teknologiske apparater og gjøre pasientrommet rent og ryddig. Pasientens ubehagelige symptomer ble lindret og det ble tilrettelagt for at pårørende får bruke den tiden de ønsker sammen med pasienten.

I min studie kommer det frem at intensivsykepleieren ofte ble alene med behandlingen av pasienten når det ble bestemt om å avslutte aktiv behandling. Det er vanskelig å si om dette handler om manglende kunnskap eller har andre forklaringer, men fenomenet er også beskrevet i Gulbrandsen (2015) der lite kunnskap om palliativ pleie og omsorg i intensivavdeling beskrives som er generelt problem, uavhengig av yrkesgruppe på intensivavdeling. Disse funnene kan tyde på manglende bevissthet og for lite fokus på viktigheten av god palliasjonsbehandling av behandlingsteamet. Dette bekreftes også i studien fra Schimmer *et al.* (2011) hvor det fremkommer at legene må innhente mer kunnskap for å gjenkjenne raskere når pasienten går over i en fase hvor han lengre ikke nyttiggjør seg av behandlingen.

Profesjonell utøvelse av intensivfaget til pårørende

Pårørende til en kritisk syk pasient på intensivavdeling er ofte i sjokk og krise. Pårørende er en mangfoldig gruppe, er fra ulike kulturer med ulike religiøse trosretninger og med ulike morsmål. Dette kan utfordre behandlingsteamet til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon.

Ønske om å fremstå samlet og profesjonell ovenfor pårørende

I min studie sier informantene det er viktig at behandlingsteamet opptrer samlet ovenfor pårørende og vil bidra til å bygge tillit og trygghet. Intensivsykepleierne sier det også er viktig at de deltar på informasjonssamtaler med lege og pårørende. Dette for at de skal være informert om hvilken informasjon som er formidlet og dermed kan gjenfortelle. Dette støttes av Pecanac og King (2019), Frivold, Dale og Slettebø (2015), Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) og Stubberud (2015c).

Informasjonen kan raskt blir komplisert, uforståelig og lite informativt for pårørende som ikke har kjennskap og kunnskap til medisinsk fagspråk (Stubberud, 2015c). I følge Pecanac og King (2019) er sykepleieren den som må forklare pårørende hva legen har formidlet til de og gjøre språket mer normalisert og uten kompliserte faguttrykk.

Av erfaring kan informasjonen endres noe ved videreformidling, spesielt om det går noe tid etter pårørendesamtalen. Informasjonen som er da blir gitt, er prosessert av intensivsykepleieren og ubeviste tolkninger kan forekomme. Dette kan påvirke informasjonsdetaljene. Å skulle gjenfortelle informasjon uten selv å vært tilstede i pårørendesamtalen kan skape forvirring, en følelse av å ikke bli tilstrekkelig informert og en mistillit til behandlingsteamet av pårørende. Studiene fra Pecanac og King (2019), Frivold, Dale og Slettebø (2015) og Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) bekrefter dette ved at pårørende ofte har behov for et «møte etter møtet». Med det menes at sykepleieren oppklarer og repeterer det legen alt har sagt. Oftest blir dette gjort når de kommer tilbake til pasientrommet, sykepleieren og pårørende. Det er ofte når pårørende får summet seg alle spørsmålene kommer. Noen pårørende trenger tid til å absorbere informasjonen, spesielt negativ informasjon. Flere har behov for å få den samme informasjonen gjentatt flere ganger.

Frivold, Dale og Slettebø (2015) trekker frem at det var frustrerende og smertefullt å ikke få delta i beslutningsprosessen for pårørende, dette kan utløse traumatiske opplevelser. Å få være deltagende ble beskrevet som en følelse av å kunne bidra med noe, meningsfullhet, være til

nytte, inkluderende og ble respektert som en resurs. Det ble også praktisert ikke tidsbegrensede besøkstider for pårørende. Dette gjorde det lettere for pårørende å imøtekomme egne behov og ønske om å være nær pasienten. Videre forteller de at det å ha en åpen kommunikasjon med pårørende ble sett på som avgjørende for å etablere en god kontakt og relasjon. I de situasjonene hvor dette ikke ble utført, resulterte det i frustrasjon, forvirring og at pårørende ikke følte seg komfortabel.

I følge Scheunemann *et al.* (2019) er pårørendesamtalene fokusert på prognose og behandling og ikke hva pårørende mente pasienten selv hadde ønsket. Kun 8% utarbeidet en behandlingsplan basert på pasientens egne ønsker, preferanser og verdier. Scheunemann *et al.* (2019) mener legen ikke er bevisst nok på sammenhengen mellom prognose, behandling og pasientens egne verdier og preferanser. Tiltak bør iverksettes slik at legen får økt bevissthet relatert til kommunikasjon med pårørende og se helhetsbildet til pasienten. Studien fra Weiss *et al.* (2017) hevder at for å optimalisere palliasjonsbehandlingen må behandlingsindikasjonene klargjøres. Beslutningstakingen må gjøres av lege i samråd med sykepleier, pasienten, pårørende og lovverket. Weiss *et al.* (2017) viser også til behovet for å forbedre kunnskapen om palliasjonsbehandling i behandlingsteamet.

I min studie mente informantene det var viktig at diskusjonen mellom intensivsykepleier og lege om pasientens behandling forgikk utenfor pasientrommet, helst på et eget lukket rom. Dette for å skåne pårørende og bevare profesjonaliteten som et samlet team. Dette støttes også i studiene fra Wiegand, Cheon og Netzer (2019) og Frivold, Dale og Slettebø (2015). Disse to studiene hevder at når sykepleier og lege opptrådte sammen utviste de kontroll og balanse ovenfor pårørende. Behandlingsteamet tilrettela for å veilede pårørende gjennom prosessen, ved å gi tilstrekkelig informasjon, gi de tid og finne den rette tiden for å snakke om nedtrapping av aktiv behandling. Det fremheves at ved samtale om palliasjonsbehandling må sykepleier og lege tydelig kommunisere hva som blir neste naturlige steg videre i pasientsituasjonen. Dette er med på å styrke samholdet i behandlingsteamet og bygger tillit og trygghet til pårørende.

Være støttende, informerende og tilstede for pårørende

Informantene i denne studien sier at pårørende er ulike når det gjelder alder, kulturelle forskjeller, religion, personlighet, språk, antall personer og hvordan de opplever og håndterer pasientsituasjonen. Det er mange hensyn å ta og dette utfordrer intensivsykepleieren på hvordan de kan tilrettelegge informasjonen. De sier pårørende ofte er i sjokk og krise, og flere kan virke

som de er i en «boble». Dette medfører ofte at informasjonen ikke når frem. En informant sier det er hensiktsmessig å spørre kontrollspørsmål, og dermed få oversikt over eventuelle misforståelser og mangler ved informasjonen. I dagens økende multikulturelle samfunn er det rimelig å tenke at økt kunnskap om ulike kulturer og religioner blir nødvendig for behandlingsteamet for å tilkomme pårørendes behov.

Flere informanter i denne studien sier at noen pårørende har urealistiske forventninger til behandlingen og vil ikke innse at pasienten kommer til å dø. De bemerker at denne type utfordring kan være tid- og ressurskrevende for behandlingsteamet. En informant sier pårørende har endret seg gjennom de siste årene ved at de har en større tendens til å innhente kunnskap om pasientens sykdomsbilde på egenhånd. En sannsynlig årsak til denne tendensen er økt tilgang til informasjon på internett. Det er grunn til å tro at dette vil stille større krav til intensivsykepleieren og behandlingsteamet om tydelig formidling av fagkunnskap til pårørende. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2019) § 3-5 skal informasjonen tilpasses pårørendes forutsetninger. Gallagher *et al.* (2015) mener derimot at sykepleieren kan «lese» pårørendes behov for støtte og informasjon. Videre bemerker Gallagher *et al.* (2015) at ved å sette seg ned sammen med pårørende og lytte til de, er det en fin anledning til å få innsikt i deres opplevelse og håndtering av situasjonen og dermed få en oversikt over eventuelle informasjonsmangler. En slik mulighet for relasjonsbygging kan intensivsykepleieren vise at hun tar seg tid og vise empati og støtte.

I studien til Lind *et al.* (2012) etterlyser pårørende mer informasjon, men dersom behandlingsteamet ikke klarte å etterkomme deres informasjonsbehov utførte pårørende selv søk på internett. Videre forteller Lind *et al.* (2012) at pårørende savnet mer åpenhet og samtale med sykepleieren. I tillegg varierte det hvor god de enkelte sykepleierne var til å se pårørendes behov. Sykepleieren snakket heller om vitale parameter enn prognose og marginaliteten i pasientsituasjonen. Det kunne virke som om noen sykepleiere gav uklar informasjon og prøvde å beskytte pårørende, ved å la de klamre seg til håpet. Pårørende i Lind *et al.* (2012) mente at dette svekket åpenheten og ærlig kommunikasjon.

Noen informanter i denne studien mente pårørende var sensitive for måten informasjonen ble formidlet, og tolket intensivsykepleierens non-verbale kommunikasjon, noe som resulterte i forsiktig ordvalg. Andre informanter sier derimot at de er ærlige når pårørende spør om pasientens tilstand, men uten å skape unødig frykt. I følge Helsedirektoratet (2017) skal behandlingsteamet bidra med psykososial støtte og informasjon ved akutte situasjoner og kriser. Med dette menes at behandlingsteamet blant annet bør skape trygghet, dempe uro, bidra til

mestring, samhörighet og håp. Spesielt det å dempe uro og skape håp, kan for intensivsykepleieren bli utfordrende når pasienten ikke nyttiggjør seg av behandlingen.

I studien fra Wiegand, Cheon og Netzer (2019) mente pårørende at de trengte tid for å akseptere pasientsituasjonen. En sykepleier i sistnevnte studie sier at pårørende ofte gir tegn til at de er klare for å snakke om behandlingsnedtrapping, for eksempel ved at de sier «jeg klarer ikke å se han slik, kan han få slippe?». Sykepleieren sier at behandlingsteamet må benyttes disse anledningene til å gi informasjon. En sykepleier sier at hun må føle med pårørende, gjøre jobben sin og samtidig fremstå medfølende.

Av erfaring kan pårørende bli veldig opphengt i vitale parameter og endringer som vises gjennom teknologiske apparater. Fokuset på de «blinkende» apparatene kan i noen tilfeller bli altopplukende. Derimot viser studie fra Lind *et al.* (2012) at sykepleierne sier at ved å la pårørende være tilstede gir det de muligheten til å selv se hvordan pasienten endres, for eksempel endringer i vitale parameter og at pasienten er annerledes å ta og se på. Dette kan gjøre det lettere for de å innse at pasienten ikke nyttiggjør seg av behandlingen. Det bemerkes også at ved å la pårørende se hvordan sykepleierne jobber med pasienten kan dette berolige pårørende ved at de ser at pasienten får den omsorgen og pleien han trenger. Wiegand, Cheon og Netzer (2019) uttrykker at det å vise omsorg for pårørende er essensielt for å kunne ivareta de i intensivavdelingen. I tillegg er kontinuitet i behandlingsteamet og forutsigbarhet for pårørende viktig. Valsø, Ambjørnrud og Lindahl (2013) viser til at sykepleieren representerte noe kjent og trygt i situasjonen for pårørende, og dette kunne skape en følelse av verdighet og omsorg. Frivold, Dale og Slettebø (2015) tillegger at det er viktig at sykepleieren spør pårørende om hvordan de har det, og eventuelt hjelpe de å tilrettelegge for å få ordnet praktiske gjøremål relatert til situasjonen.

Diskusjon av metode

Metode handler om på hvilken måte man tilnærmer seg og avslører virkeligheten. Innsamlingen av data, behandlingen av informasjonen og presentasjonen skal være systematisk utført for at den skal være troverdig (Jacobsen, 2015). I følge Malterud (2017) finnes det ingen feilfri forskningsprosess. Alle slike prosesser vil være farget av feil, svakheter og manglende presisjon. Formålet er ikke å være upåvirket, men i stedet å erkjenne og gjøre rede for hvilke svakheter resultatene påvirkes av (Malterud, 2017). I denne studien vil styrker og svakheter diskuteres i relasjon til validitet, reliabilitet og refleksivitet.

Motivasjonen for å gjennomføre denne studien var preget av forforståelse og søken etter mer kunnskap om hvorfor vi mennesker tenker og handler som vi gjør. Derfor er studien påvirket av både hermeneutisk og fenomenologisk metode.

Diskusjon av studiens design

Studiens formål var å undersøke intensivsykepleierens erfaringer, derfor ansees kvalitativ metode som egnet. Metoden kan belyse menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Dette er med på å presentere et mangfold, ulike nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017). Valg av metode anses som relevant og troverdig for studien. Samtidig er ikke kvalitativ metode med få informanter en metode hvor funnene kan generaliseres. Derimot er heller ikke hensikten å generalisere (Jacobsen, 2015).

Diskusjon av studiens utvalg

Informantene til denne studien ble inkludert fra en intensivavdeling som tilbyr spesialisert behandling, noe som gjør at pasientgruppen er homogen. Dette kan svekke studiens overførbarhet og relevans for andre intensivavdelinger. Hadde utvalget av informanter vært inkludert fra flere intensivavdelinger kan de ulike erfaringene intensivsykepleieren opplever vært annerledes (Jacobsen, 2015).

De intensivsykepleierne som oppfylte de to første inklusjonskriteriene fikk e-post med forespørsel om deltagelse i studien. Siden intervjuer og de potensielle informantene er kolleger, ble denne inklusjonsformen vurdert som hensiktsmessig. Muntlig forespørsel kunne føre til at

de følte uønsket press for å måtte delta. Ved å delta på feil grunnlag kunne dette føre til mangelfullt og smalt datamateriale. Men det kunne ved et slikt valg ikke utelukkes at de informantene som meldte interesse hadde svært negative erfaringer med temaet og dermed få et resultat som ble skjevt fremstilt. Dette kan svekke studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet (Malterud, 2017). Informantene i denne studien belyste både positive og negative sider av teamet under intervjuene.

Antall informanter dekker masteroppgavens kriterier. Bakgrunnsinformasjon som antall år som intensivsykepleier og antall år ansatt ved intensivavdelingen viser til høye gjennomsnittstall. Det kan ut i fra disse tallene antas at de ulike informantene har lang klinisk erfaring og kunnskap. Dette er med på å styrke studiens validitet og reliabilitet.

Diskusjonen av studiens datainnsamling

Intervjuene ble utført semistrukturert og det ble benyttet en intervjuguide. Intervjuguiden sikret at alle informantene fikk den samme bakgrunnsinformasjonen og at de ulike temaene i hovedspørsmålene ble gjennomgått. Det ble utført ett pilotintervju. Dette var styrkende og lærerikt for intervjueren. For å unngå å starte intervjuet med for komplekse og sammensatte spørsmål ble intervjuguiden testet og noen spørsmål endret. Det ble lest teori fra Jacobsen (2015), Malterud (2017) og Brinkmann og Tanggaard (2010) før oppstart av datainnsamlingen for å øke kunnskap om intervjuteknikk og anbefalinger rundt spørsmålsformulering, dette for å styrke studiens refleksivitet. Det kan være at en erfaren intervjuer hadde fått en større bredde og mer utdypende svar ved bruk av de samme spørsmålene.

Siden intervjuene skulle utføres i informantens arbeidstid gav dette utfordringer ved at de måtte ha en annen kollega til å tilse sin pasient under intervjuet. Det ble tilrettelagt for å kunne gjøre intervju når avdelingens- og informantens kapasitet tillot det, noe som førte til at intervjuene ble gjennomført både på dag, kveld og natt. Noen av informantene ble negativt påvirket ved at de ble stresset av tiden og tydelig følte de ikke kunne være lenge borte fra pasienten og avdelingen. Dette ble synlig for intervjueren ved at noen tittet ofte på klokken og sittestillingen kom lengre utpå stolen. Det kan ha påvirket informantene i å ikke finne roen i intervjuet, slik at informasjonsmetningen reduseres. Dette kan svekke studiens troverdighet.

I Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering (STC) er det mulighet for å justere spørsmålene i intervjuguiden og oppfølgingsspørsmålene underveis. Denne endringen beriket datamaterialet og gjorde at flere ulike synspunkt ble belyst. Å lytte på de gjennomførte

lydopptakene før neste intervju ga også en påminnelse om hvordan de ulike spørsmålene ble stilt og hvilke spørsmålsformuleringer som gav mest utdypende svar.

Intervjuene varte fra 30 til 60 minutter. Å gjennomføre et intervju, med varighet på 30 minutter, er ifølge Jacobsen (2015) for kort tid til at informasjonsmengden blir dekket. Likevel ble det stilt spørsmål frem til at informantene ikke hadde noe nytt å meddele om temaet. I slutten av hvert intervju fikk alle informantene spørsmål om de hadde noe mer å tilføye. Dermed fikk de mulighet til å komme med nye elementer eller å presisere det de mente var viktig for temaet. Dette styrket studiens bredde på datamaterialet, validitet og reliabilitet.

Diskusjon av studiens dataanalyse

Datamaterialet ble som tidligere nevnt analysert ut i fra Malterud (2017) sin STC. Denne metoden ble ansett som den mest hensiktsmessige fordi den ikke krever lang erfaring og kunnskap for å utføre analysen på en forsvarlig og systematisk måte. Dette styrker studiens troverdighet. Derimot kan en svakhet være at analysen kun ble gjort av intervjueren alene. Selv om det i første analysetrinn ble prøvd å kompensere for dette ved å lage et tankekart hvor de foreløpige temaene ble vurdert. Det kan likevel være at ulike nyanser ikke ble belyst.

Analysen startet etter at de fire første intervjuene var gjennomført, slik Malterud (2017) anbefaler. Dette for å redusere mengden datamateriale som skal analyseres samtidig, og dermed gjør det enklere å holde oversikt. Analyseprosessen var preget av en interaktiv prosess, hvor det i dataanalysen flere ganger ble stoppet opp for å se om det underveis i prosessen kunne fremkomme ukjente mønstre i form av erfaringer og kunnskap (Malterud, 2017). Dette gjør dataanalysen mer reliabel ved at datamaterialet ble nøye gjennomgått og vurdert.

Diskusjon av forskningsetiske overveielser

De tre grunnleggende forskningsetiske kravene Jacobsen (2015) stiller mellom intervjuer og informant: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt har vært sentral under arbeidet med studien. Ved informert samtykke menes at deltagelsen i studien er frivillig og alle informantene fikk informasjon om hva informasjonen i intervjuet skulle brukes til. Først i form av informasjonsskrivet og deretter i starten av intervjuet. Krav om privatliv har vært ivaretatt ved at informantene ikke er gjenkjennelig beskrevet i sitatene og ellers i studien. Ingen av sitatene bærer preg av sterk personlig karakteristikk. Det tredje og siste kravet, krav

på korrekt gjengivelse, har vært viktig. I stedet for å sortere de meningsbærende enhetene via et analyseprogram på datamaskin, ble intervjuene skrevet ut på papir. De ulike meningsbærende enhetene ble klippet ut fra intervjuene og sortert i bunker etter kodegruppene. I dette sorteringsarbeidet kunne de ulike papirlappene med meningsbærende enheter blitt blandet. Dette ble unngått ved at kodegruppens navn ble skrevet i margen på arket. De ulike kodegruppene ble oppbevart adskilt. Disse overveielsene og bevisstgjøringene styrker studiens validitet og reliabilitet.

Intervjueren er i likhet med informantene intensivsykepleier og har selv opparbeidet erfaring med teamet. Dette kan utfordre studien ved fortolkning og forforståelse ved at intervjueren kan være smalsynt og mangler åpenhet for å se mangfoldet i temaet og datamaterialet. Intervjuene kan bli preget av spørsmål og oppfølgingsspørsmål rettet mot negative opplevelser og erfaringer fra informanten og dermed ikke få frem bredden i teamet. Dette er noe intervjueren har vært bevisst på under prosessen, og har i tillegg innhentet teori fra Jacobsen (2015), Malterud (2017) og Brinkmann og Tanggaard (2010) om hvordan dette kan påvirke studien. Samtidig var denne nysgjerrigheten over hvorfor kommunikasjonen tidvis er komplisert og vanskelig, spesielt mellom intensivsykepleier og lege, som gjorde at studien ble startet. For å finne svar på dette ble det valgt å holde ett «åpent sinn» for å prøve å finne nye svar og på den måten øke forståelsen for hverandres synspunkt og handlinger. Dette kan styrke studiens troverdighet.

Videre forskning

Tatt i betraktning mengden med leserinnlegg, fagartikler og forskning som er skrevet om dette temaet, kan det tyde på at dette er noe som engasjerer helsepersonell på flere plan. Ut ifra hva jeg kan finne er det ikke utført forskning på dette temaet i Norge siden 2013. Helsedirektoratet publiserte i 2013 en veileder i beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Det kan være at denne veilederen gjorde temaet mer håndfast og oversiktlig for helsepersonell.

Min studie viser til flere elementer som intensivsykepleieren opplever som utfordrende i pasientsituasjoner der behandlingen ikke fører frem. Dette bekrefter at det fremdeles er behov for å undersøke flere sider av teamet og vise viktigheten av intensivsykepleierens rolle i pasientens behandling. Denne studien belyser på ingen måte alle sidene ved dette temaet. Det er derfor behov for ytterligere forskning.

Et sentralt funn i denne studien var at intensivsykepleierne ønsker å etablere et tverrfaglig team. Formålet med teamet er at alle i behandlingsteamet blir klar over pasientens aktuelle status, og at alle får en større forståelse for hverandres oppfatninger og synspunkter om pasientens situasjon. Hensikten er at teamet i utgangspunktet vil bestå av den/de legene som deltar i pasientbehandlingen og intensivsykepleieren som har ansvaret for pasienten den vekten. Det forutsetter at alle er innforstått med formålet og gevinsten med et mer sammensveiset behandlingsteam. Etter etablering av et tverrfaglig team har det vært fordelaktig å gjennomføre en ny studie som kan undersøke om dette forbedrer kommunikasjonen i behandlingsteamet, om pasienten får mer helhetlig behandling og om pårørende opplever et samlet og profesjonelt behandlingsteam.

Siden det forekommer at legen ikke benytter seg av intensivsykepleieren observasjoner og vurderinger i en kompleks pasientsituasjon, hadde det vært interessant å undersøke hvordan legen opplever samarbeidet med intensivsykepleieren. Blir intensivsykepleierens observasjoner og fagkompetanse benyttet av legen? I hvilke situasjoner opplever legen et godt samarbeid med intensivsykepleieren?

På grunn av studiens homogene pasientgruppe hadde det vært hensiktsmessig å undersøke om resultatene hadde endret seg i en større intensivavdeling med flere pasientgrupper. Spesielt med tanke på kommunikasjonen innad i behandlingsteamet og om intensivsykepleierens stemme kommer mer tydelig frem og blir lyttet til.

Det fremkommer at det fremdeles er et hierarkiskille mellom intensivsykepleieren og legen. Men det viser seg at dette kan jevne seg ut i de tilfellene hvor legen er kvinne. Antall kvinnelige leger er økende i Norge i dag, derfor hadde det om noen år vært interessant å undersøke om hierarkiskillet er like synlig, og hvor stor rolle kjønn påvirker samarbeidet og kommunikasjonen i behandlingsteamet.

Betydning for klinisk sykepleie

Studiens betydning for klinisk sykepleie kan være at intensivsykepleieren blir mer bevisst de ulike sidene av pasientsituasjonen, og med økt forståelse for hverandres roller og ansvar i behandlingsteamet. Hun kan få en større forståelse for hva som kan utløse frustrasjon og avmakt i de pasientsituasjonene hvor hun mener behandlingen forlenges unødige. Ved økt forståelse gir

dette muligheter til å bli mer motstandsdyktig mot moralsk stress, og unngå sykdomsfravær som kan relateres til belastninger intensivsykepleieren opplever i en slik situasjon. Dette kan igjen utløse positive ringvirkninger, som for eksempel et sunnere arbeidsmiljø.

Studien kan øke intensivsykepleierens bevissthet i hvordan hun formidler sine observasjoner til legen på en kommunikasjonsmåte som gjør at hun blir mer lyttet til. Forbedret kommunikasjon kan føre til at behandlingsteamet arbeider bedre sammen og intensivsykepleierens stemme kan dermed bli tydeligere.

Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleieren har vedrørende kommunikasjon med lege og pårørende der behandlingen av pasienten ikke fører frem.

Intensivsykepleieren erfarte at de ikke blir tilstrekkelig inkludert i beslutningsprosessen hos pasienten. Ulik kompetanse, manglende utnyttelse av behandlingsteamets ressurser og ikke tilstrekkelig kommunikasjon kan være noen av årsakene til dette. Flere av intensivsykepleierne mente et tverrfaglig møte om de komplekse og sammensatte pasientsituasjonen kunne ha forbedret kommunikasjonen og fått en mer felles forståelse for pasientsituasjonen. Dette kan føre til en mer helhetlig pasientbehandling. Slik kan intensivsykepleieren bli mer deltagende i beslutningsprosessen og kan tilføye viktige elementer som kan hjelpe legen å ta en faglig og etisk beslutning. Ved å delta i et tverrfaglig team kan det bidra til å heve kunnskapsnivået, styrke og fremme intensivsykepleieren stemme i pasientbehandlingen.

Det kommer frem at intensivsykepleieren opplever det som frustrerende og utmattende å stå i en pasientsituasjon hvor det for henne er tydelig at behandlingen ikke strekker til, men at legen ikke har kommet til samme konklusjon og behandlingen kontinueres. For intensivsykepleieren kan det å stå i slike krevende pasientsituasjoner, over tid, føre til moralsk stress og utmattelse. Dette bekreftes i flere studier, ved at det fører til økt sykefravær, negativ påvirkning på arbeidsmiljøet og at flere intensivsykepleiere slutter i jobben. Det kommer tydelig frem at intensivsykepleieren er opptatt av å tenke helhetlig behandling og et ønske om at nytten skal oppveie ulempene ved behandlingen. Å være undrende til hvilken forutsetning pasienten har for å nyttiggjøre seg av behandlingen og forventet livskvalitet, sett opp imot pasientens preferanser og verdier er hensiktsmessig.

Pårørende er en sammensatt og kompleks gruppe. Det er for de fleste en svært stor belastning når pasienten blir akutt og/eller kritisk syk og har behov for intensivbehandling. Pårørende har krav på tilrettelagt informasjon, noe som kan være utfordrende for intensivsykepleieren. De har ulike forutsetninger for å forstå situasjonens kompleksitet og det er varierende hvor mye de får med seg av det som blir formidlet. For at pårørende skal føle seg tilstrekkelig informert og tryggere i situasjonen er det viktig intensivsykepleieren og legen fremstår samlet og profesjonell. Dette utfordrer behandlingsteamet ved å ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring om kommunikasjon og kunne se pårørendes behov. Informantene erfarte at det pårørende ønsket av intensivsykepleieren var at de fikk informasjon, var tilstede, utviser omsorg og vise sin tilgjengelighet for dem.

Litteraturliste

- Adams, J. A. *et al.* (2011) Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature, *Nurs Res Pract*, 2011, s. 527834. doi: 10.1155/2011/527834.
- Austin, C. L., Saylor, R. og Finley, P. J. (2017) Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), s. 399.
- Becker, C. A., Wright, G. og Schmit, K. (2017) Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses, *Applied Nursing Research*, 33, s. 149-154.
- Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2010) *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Reitzel.
- Brooks, L. A., Manias, E. og Nicholson, P. (2017) Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit, *American journal of critical care*, 26(4), s. 336-341.
- Browning, E. D. og Cruz, J. S. (2018) Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses, *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14(1), s. 44-72. doi: 10.1080/15524256.2018.1437588.
- Calvin, A. O., Lindy, C. M. og Clington, S. L. (2009) The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(4), s. 214-220.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engen, Ø. B. (2016) Kvinner overtar mannsdominerte legespesialiteter, *Dagens Medisin*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/08/kvinner-overtar-mannsdominerte-legespesialiteter/> (Hentet: 7.12.2019).
- Frivold, G., Dale, B. og Slettebø, Å. (2015) Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), s. 232-240.
- Gallagher, A. *et al.* (2015) Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit, *International journal of nursing studies*, 52(4), s. 794-803.
- Gulbrandsen, T. (2015) Livets slutfase, i Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivsykepleie*. 3. utg. utg. Fredrikstad og Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helmers, A.-K. B. (2019) *Bent Høie: - Sykepleiermangelen haster mest*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/06/bent-hoie-sykepleiermangelen-haster-mest> (Hentet: 7.12.2019).

- Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livforlengende behandling (IS-2091)*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf> (Hentet: 13.02 2019).
- Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder* (Hentet: 7.12. 2019).
- Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/> (Hentet: 7.12. 2019).
- Helsepersonelloven (2019) *Lov om helsepersonell m.v.* (Hentet: 7.12. 2019).
- Henrich, N. J. *et al.* (2016) Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study, *Journal of critical care*, 35, s. 57-62.
- Hinkle, L. J., Bosslet, G. T. og Torke, A. M. (2015) Factors associated with family satisfaction with End-of-life care in the ICU, *Chest*, 147(1), s. 82-93.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Klepstad, P. og Petersson, J. (2008) Palliasjon på en intensivavdeling, i Kaasa, S. (red.) *Palliasjon : nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 687.
- Lind, R. *et al.* (2012) Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process—perspectives of relatives, *Nursing ethics*, 19(5), s. 666-676.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Norsk Sykepleierforbund (2004) *Definisjoner*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner> (Hentet: 7.12. 2019).
- O'neill, C. S. *et al.* (2017) Nurses' care practices at the end of life in intensive care units in Bahrain, *Nursing ethics*, 24(8), s. 950-961.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2019) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Hentet: 7.12. 2019).
- Pecanac, K. og King, B. (2019) Nurse–Family Communication During and After Family Meetings in the Intensive Care Unit, *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), s. 129-137.
- Pishgooie, A.-H. *et al.* (2019) Ethical conflict among nurses working in the intensive care units, *Nursing ethics*, 26(7-8), s. 2225-2238.
- Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge* (2014). Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf (Hentet: 7.12. 2019).

- Rådet for sykepleieetikk (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 7.12. 2019).
- Schallenger, C. D. *et al.* (2019) Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units, *Revista brasileira de enfermagem*, 72, s. 2-8.
- Scheunemann, L. P. *et al.* (2019) Clinician-Family Communication About Patients' Values and Preferences in Intensive Care Units, *JAMA internal medicine*, 179(5), s. 676-684.
- Schimmer, C. *et al.* (2011) Policies of withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in critically ill patients on cardiac intensive care units in Germany: a national survey, *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 14(3), s. 294-299.
- St. Meld nr. 7 (2019-2020) (2019) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stubberud, D.-G. (2015a) Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted, i Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivsykepleie*. 3. utg. utg. Fredrikstad og Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar, i Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivsykepleie*. 3. utg. utg. Fredrikstad og Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015c) Pårørende, i Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.-G. (red.) *Intensivsykepleie*. 3. utg. utg. Fredrikstad og Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Valsø, Å., Ambjørnrud, M. W. og Lindahl, B. (2013) Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator—hva er intensivsykepleierens rolle?, *Vård i Norden*, 33(4), s. 37-41.
- Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N. og Vandyk, A. D. (2018) Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence, *International journal of nursing studies*, 77, s. 15-26.
- Velarde-García, J. F. *et al.* (2018) Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses, *Nursing ethics*, 25(7), s. 867-879.
- Weiss, M. *et al.* (2017) End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about structure, current implementation and deficits, *BMC anesthesiology*, 17(1), s. 93.
- Wiegand, D. L., Cheon, J. og Netzer, G. (2019) Seeing the patient and family through: nurses and physicians experiences with withdrawal of life-sustaining therapy in the ICU, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 36(1), s. 13-23.
- Wilson, M. E. *et al.* (2013) Factors that contribute to physician variability in decisions to limit life support in the ICU: a qualitative study, *Intensive care medicine*, 39(6), s. 1009-1018.

Vedlegg

Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Når behandlingen til intensivpasienten ikke fører frem

Referansenummer

704679

Registrert

26.02.2019 av Anne Berit Krogh - anne-berit.krogh@ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) /
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne-Berit Krogh, anne-berit.krogh@ntnu.no, tlf: 73412170

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ane Tolgensbakk Krangnes, anekra@ntnu.stud.no, tlf: 97130292

Prosjektperiode

26.02.2019 - 13.12.2019

Status

12.12.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

12.12.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 09.12.2019.

Vi har nå registrert 13.12.2019 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

28.03.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.03.19, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 29.05.19.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

NSD forutsetter at rekruttering av ansatte er avklart med ledelsen ved aktuelle sykehus/avdeling. Det er videre lagt til grunn at ingen opplysninger om enkeltpasienter innhentes, og at taushetsplikten ikke er til hinder.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Informasjon før lydopptager settes på:

- Taushetsplikt og anonymisering.
- Frivillig deltagelse.
- Lydopptak.
- Oppfordrer informanten til å ikke utgi det som blir sagt videre.

Bakgrunnsinformasjon av informant:

- Alder.
- Antall år som intensivsykepleier.
- Antall år ansatt på denne avdelingen.

Forskningsspørsmål

- *Hvilke erfaringer har du i pasientsituasjoner hvor dine observasjoner ikke samsvarer med lege?*
- *Hvordan kommuniserer du dine observasjoner til legen?*
- *Hvordan oppleves det å stå i situasjoner hvor du observerer at behandlingen ikke fører frem? Hvordan blir kommunikasjonen og din formidling påvirket til lege og pårørende?*
- *Hvilke erfaringer har du med pårørende i slike situasjoner?*

Oppfølgingsspørsmål

Hva tenker du om det..

Hva følte du i den situasjonen..

Kan du forklare det nærmere..

Hva mener du med det, kan du konkretisere ved eksempel..

Hvordan oppleves det å stå i slike situasjoner..

Hva gjør det vanskelig..

Avslutning

Noe du ønsker å legge til?

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Jeg, Ane Krangnes, er masterstudent i klinisk sykepleie med spesialisering i intensivsykepleie ved NTNU og skal nå skrive min masteroppgave. I den forbindelse søker jeg etter åtte frivillige deltagere som kunne tenke seg å dele sine erfaringer.

Bakgrunn og formål

Antall eldre i befolkningen øker og flere lever lengre med ulike og sammensatte diagnoser. Økt alder og komorbiditet kompliserer intensivbehandlingen, og med dette blir flere etiske sider av intensivbehandlingen synlig. Å sette punktum for behandlingen på intensivavdeling kan være vanskelig også fordi det er en spesialisert avdeling for nettopp å redde kritisk syke pasienters liv. Å skille mellom velgjørenhets- og ikke skadeprinsippet utfordres og nytten av behandlingen skal oppveie ulempene.

Forskning viser at intensivsykepleierne er de som oftest ser først at behandlingen av intensivpasienten ikke fører frem. Samtidig viser det seg at kommunikasjonen mellom intensivsykepleier og lege kan være dårlig.

Formålet med studien er å undersøke hvordan intensivsykepleieren opplever og blir påvirket når han/hun observerer at behandlingen av intensivpasienten ikke fører frem og det ikke er flere tiltak å iverksette. Men legen ikke ser det samme og hvordan dette formidles og påvirker pårørende.

Min problemstilling er:

«Hvilke erfaringer har du som intensivsykepleier vedrørende kommunikasjon om beslutningstaking med lege og pårørende der behandlingen av intensivpasienten ikke fører frem.»

For å delta i studien må du oppfylle disse inklusjonskriteriene:

- Utdannet intensivsykepleier for minst to år siden.
- Jobbet ved denne avdelingen i minst to år.
- Ha opplevd utfordringer med kommunikasjon der behandling av intensivpasienten ikke fører frem.

Hva innebærer deltagelse i studien for deg?

Det vil bli utført intervju med hver deltager av meg. Disse intervjuene vil ta utgangspunkt i fire hovedspørsmål, hvor jeg stiller oppfølgingsspørsmål underveis.

For å oppfylle kriteriene for studien blir samtalen tatt opp.

Det avsettes en time til intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen du medgir blir behandlet med taushetsplikt og datamaterialet blir ikke delt. Når studien er ferdig og godkjent blir alt datamateriale slettet og makulert.

Du forblir anonym og det er ikke mulig å gjenkjenne hva hver deltager har sagt i studien. Du har rett til å trekke deg underveis uten å oppgi grunn for dette.

Svarfrist: snarest

Ønsker du å delta, svar JA på denne mailen.

Ane Krangnes, 97130292. anekra@stud.ntnu.no

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker med dette å ha forstått studiens formål og ønsker å delta i studien. Hvor det blir utført intervju med lydopptak. Mine opplysninger blir oppbevart frem til studien avsluttes.

Navn, dato

(signet av forskningsdeltager, dato)

