



Masteroppgave

Intensivsykepleierens erfaringer med analgosedasjon i intensivavdelingen

Forfatter: Tom-Erik Øderud

Dato: 26.02.2022

Sammendrag

Introduksjon: Analgosedasjon til den intuberte pasienten er en smerte og sederingsteknikk der det først og fremst smertelindres og deretter gis sedasjon ved behov. Dette er en anbefalt strategi der hensikten er å bidra til en mer våken, mobil og delvis selvputende pasient, slik at kognitive funksjoner kan overvåkes og slik at pasienten selv kan kommunisere sin egen smerte .

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få innsikt i intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon, da kunnskap om disse erfaringene kan bidra til å belyse områder som kan være viktig for å gjennomføre analgosedasjon i intensivavdelinger.

Metode: Denne studien har et kvalitativt eksplorativt design, og det ble gjennomført tre semistrukturerte fokusgruppeintervjuer i tre forskjellige intensivavdelinger på tre forskjellige sykehus. De transkriberte dataene ble analysert ved hjelp av en induktiv innholdsanalyse.

Resultat: Analysen resulterte i seks temaer: Bemanning er et nøkkelord, Vanskelig å vite om pasienten har det bra, Usikkerhet og maktesløshet, Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon, Det handler om å stå i situasjonen og Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende. Intensivsykepleierne har noe kunnskap om analgosedasjon og er positive til analgosedasjonsprinsippet, men erfarer at god bemanning er en forutsetning for å gjennomføre analgosedasjon på en trygg måte .

Konklusjon: Intensivsykepleierne kjenner analgosedasjonsprinsippet og opplever økt oppmerksomhet rundt viktighet og utfordringer med mere våkne respiratorpasienter. Det kan være vanskelig å vurdere om pasienten opplever smerter, og sykepleierne støtter seg på en rekke ulike kartleggingsverktøy. Det er behov for mere kunnskap blant leger og sykepleiere om analgosedasjon slik at de lettere kan enes om felles mål og samarbeide bedre. Analgosedasjon krever adekvat bemanning for å få dekket alle pasientens behov, og for at intensivsykepleierne skal føle seg trygge og klare å stå i situasjonen når pasientene er urolige eller gir uttrykk for ubehag eller smerte. Analgosedasjon gir mulighet for tidlig mobilisering, men dette krever kunnskap, erfaring og bemanning. Det er utfordrende å kommunisere med den intuberte pasienten og det kan bidra til usikkerhet blant sykepleierne. Pårørende kan være en viktig ressurs da de kjenner pasienten best. Intensivsykepleierne erkjenner at pasienten er i en ekstrem situasjon og legger til rette for å normalisere dette.

Nøkkelord: Analgosedasjon, intensivsykepleie, intensivavdeling

Antall ord: 18418

Abstract

Introduction: Analgosedation is a strategy with the intubated intensive care patient to reduce pain and provide sedation when needed. This is a recommended strategy intended to contribute to a more alert, mobile and partially self-breathing patient, enabling the patient to communicate potential pain or suffering.

Aim: The aim of this study was to gain insight into the intensive care nurses' experiences with analgosedation, as knowledge of these experiences can help to shed light on areas that may be important for carrying out analgosedation in intensive care units.

Method: This study has a qualitative design with an exploratory purpose, and three semi-structured focus group interviews were conducted in three different intensive care units at three different hospitals. The transcribed data were analyzed using an inductive content analysis method.

Results: The analysis resulted in 6 main topics. These are: Staffing is a key word, Difficult to know if the patient is well, Uncertainty and powerlessness, Trying to normalize an extreme situation, Enduring the situation and Positive experiences with next of kin as a resource. The intensive care nurses know analgosedation and are favourable to the analgosedation principle, but experience that good staffing is a prerequisite for carrying out analgosedation in a safe manner.

Conclusion: The intensive care nurses know the principle of analgosedation and experience increased awareness of the importance and challenges of more alert mechanically ventilated patients. It can be challenging to assess whether the patient is experiencing pain, and the nurses rely on a several different mapping tools. There is a need for more knowledge among doctors and nurses about analgosedation to agree on common goals and cooperate better. Analgosedation requires adequate staffing to cover all the patient's needs, and for the intensive care nurses to feel safe and able to endure the situation when the patients are restless or express discomfort or pain. Analgosedation provides the opportunity for early mobilization, but this requires knowledge, experience and staffing. It is challenging to communicate with the intubated patient, contributing to insecurity among the nurses. Relatives can be an essential resource as they know the patient best. The intensive care nurses acknowledge that the patient is in an extreme situation and make arrangements to normalize this.

Keywords: Analgosedation, intensive care, intensive care unit

Number of words: 18418

Forord

Denne masteroppgaven er en avslutning av min videreutdanning i intensivsykepleie. Videreutdanningen har vært spennende og lærerik og temaet for denne studien har interessert meg siden jeg først ble kjent med analgosedasjonsbegrepet når jeg begynte å jobbe med pasienter som var intubert og lå på respirator. Det å få muligheten til å gjennomføre denne studien har gitt meg motivasjon til å fortsette arbeidet fremover med å implementere analgosedasjon som en naturlig del av hverdagen for intensivsykepleierne.

Det å bidra til at pasienter som er intubert og ligger på respirator får en bedre behandling og kommer seg raskere gjennom pasientforløpet er et viktig arbeide som jeg gjennom å ha studert temaet inngående kan bidra med inn i mitt videre arbeide som intensivsykepleier.

Jeg vil først og fremst takke de intensivavdelingene som har bidratt med informanter til mine fokusgruppeintervjuer. Takk til avdelingslederne som har bidratt med rekruttering og organisering og tusen takk til informantene som har delt sine erfaringer og opplevelser med meg med et engasjement som har gjort at alle gruppeintervjuene ble både informative, interessante og morsomme å være en del av.

Tusen takk til Kristian Ringsby Odberg for god, inspirerende og klargjørende veiledning gjennom hele prosessen fra oppstart med prosjektplan til den endelige masteroppgaven. Jeg vil også takke min arbeidsplass, intensivavdelingen på Lillehammer sykehus, for tildeling av utdanningsstilling og for tilrettelegging under arbeidet med master studiet.

Og til sist vil jeg takke min familie for at de alltid er tålmodige med meg hver gang jeg setter i gang med tidkrevende prosjekter slik som denne master studien.

Innhold

Forord.....	4
1.0 Introduksjon	7
1.2 Tidligere forskning.....	8
2.0 Hensikt og forskningsspørsmål.....	9
Forskningsspørsmålet er:	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Utvalg og rekruttering	10
3.1.1 Inkluderingskriterier for deltakelse:	11
3.1.2 Ekskluderingskriterier for deltakelse:	11
3.2 Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer.....	11
3.3 Transkribering.....	12
3.4 Induktiv innholdsanalyse	13
3.5 Taushetsplikt	14
3.6 Lydopptak.....	15
3.7 Troverdighet.....	15
4.0 Forskningsetikk	17
4.1 Særskilt varsomhet.....	17
4.2 NSD.....	17
4.3 Veileder og ansvarlig	18
5.0 Resultat	18
5.1 Bemanning er et nøkkelord.....	18
5.2 Vanskelig å vite om pasienten har det bra	20
5.3 Usikkerhet og maktesløshet.....	23
5.4 Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon	26
5.5 Det handler om å stå i situasjonen	27
5.6 Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende.....	29
6.0 Resultatdiskusjon	30
6.1 Bemanning er et nøkkelord.....	30
6.2 Vanskelig å vite om pasienten har det bra	32
6.3 Usikkerhet og maktesløshet.....	35
6.4 Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon	37
6.5 Det handler om å stå i situasjonen	38
6.6 Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende.....	40
7.0 Metodisk refleksjon.....	41

7.1 Refleksjon om metodevalg.....	41
7.2 Forforståelse og bakgrunn hos forsker.....	42
7.3 Refleksjon rundt utvalg og rekruttering	43
7.4 Refleksjon om datainnsamlingen.....	44
7.5 Refleksjon om analysevalg	45
8.0 Konklusjon.....	45
9.0 Relevans for klinisk praksis.....	46
Referanseliste.....	47
Vedlegg 1	50
Intervjuguide.....	50
Vedlegg 2	51
NSD godkjenning	51
Vedlegg 3	54
Tilråding fra personvernombudet	54
Vedlegg 4	57
Informasjonsskriv til avdelingsleder	57
Vedlegg 5	58
Informasjonsskriv til informantene	58

1.0 Introduksjon

Intensivavdelinger representerer et av de største kliniske kostnadsstedene på et sykehus, og mekanisk ventilasjon står for en betydelig andel av denne kostnaden. Pasienter som trenger mekanisk ventilasjon representerer en betydelig andel av alle intensivpasienter og har vist seg å stå for en uforholdsmessig høy andel av totale kostnadene i intensivavdelingen (Kaier et al., 2020). Å håndtere kritisk syke pasienters smerte, angst og søvnløshet er noen av intensivsykepleiernes oppgaver, men det kan være utfordrende med tanke på alvorlighetsgraden av sykdom og livsstøttende teknologier (Mehta, Spies og Shehabi, 2018). Intensivpasientene er ofte ute av stand til å rapportere smerte verbalt eller med andre bevisste tegn på grunn av en endotrakeal tube, eller et endret bevissthetsnivå. Tap av tale forårsaket av endotrakealtuben, og det å ikke vite at tapet av tale er forbigående, kan være traumatiserende for de intuberte pasientene (Berntzen et al., 2020). Ideelt sett bør pasienter kunne kommunisere symptomene og alvorlighetsgraden selv, slik at klinikere kan bruke passende symptombasert ikke-farmakologisk og farmakologisk behandling. En prioritet for intensivsykepleiere er pasientkomfort, samtidig som pasientene holder seg våkne og er interaktive, slik at de kan delta i sin egen pasientbehandling. Det å unngå overdreven sedasjon er assosiert med redusert tid på respirator og redusert tid i intensivavdelingen, og kan redusere dødeligheten. Med engasjement fra pasienten, pårørende og det tverrfaglige teamet, kan pasientstyrt, symptombasert komforthåndtering oppnås (Mehta, Spies og Shehabi, 2018). Analgosedasjon er en smerte- og sederingsteknikk der det først og fremst smertelindres og deretter gis sedasjon ved behov. Dette er en anbefalt strategi der hensikten er å bidra til en mer våken, mobil og delvis selvpustende pasient, slik at kognitive funksjoner kan overvåkes og slik at pasienten selv kan kommunisere sin egen smerte (Devabhakthuni et al., 2012).

International Association for the Study of Pain (IASP) er en internasjonal organisasjon for smerteforskning og smertebehandling. IASP definerer smerte slik: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (International Association for the Study of Pain, 2021). Ifølge Oslo Universitetssykehus (2021) er smerte en opplevelse og et symptom som er subjektiv og personlig. Det er bare er den personen som opplever smerte, som kan vite hvordan smerten kjennes.

Pasienter opplever både smerte og ubehag mens de er på intensivavdelingen og internasjonale retningslinjer (PADIS) anbefaler å bruke analgosedasjonsstrategier i intensivavdelinger (Devlin *et al.*, 2018). PADIS-retningslinjer fra 2018 gir intensivteamet viktig ny veiledning om hvordan man kan håndtere smerte, agitasjon, delirium, immobilitet og forstyrret søvn hos kritisk syke voksne fra et pasientsentrert perspektiv. Hensikten med disse retningslinjene er å inspirere klinikere til å reflektere over gjeldende praksis, identifisere hull og bruke velprøvde strategier for å forbedre omsorgen for kritisk syke pasienter (Balas *et al.*, 2018). Retningslinjer for klinisk praksis publiseres fordi de gir en aktuell og

transparent analysert gjennomgang av relevant forskning med sikte på å veilede klinisk praksis. PADIS retningslinjer fra 2018 bygger på dette oppdraget ved å oppdatere retningslinjene for smerte, agitasjon og delirium (PAD) fra 2013, ved å legge til to uløselig relaterte kliniske omsorgstemaer; rehabilitering/mobilisering og søvn og ved å inkludere pasienter som samarbeidspartnere og medforfattere. I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleierne skal det legges til rette for rehabilitering av pasienter allerede i akuttstadiet (Norsk sykepleieforbund, 2017). Dette er enklere å gjennomføre med en godt smertelindret, våken og samarbeidsvillig pasient.

1.2 Tidligere forskning

For å finne gode søkeord til det systematiske søket ble det benyttet et PICO-skjema (tabell 1). Et PICO-skjema er et rammeverk som kan bidra til å stille velformulerte spørsmål og for å finne gode søkeord. P står for populasjon, I for intervensjon, C for sammenligning og O for utfall (Polit og Beck, 2020). Det ble funnet relevante søkeord som kunne relateres til problemstillingen.

Tabell 1: PICO

P	I	C	O
Intensivsykepleier	Analgosedasjon Lett sedasjon Smertelindring	Dyp sedasjon	Erfaringer

Søkeordene ble oversatt i PICO skjemaet til engelske ord da planen var å søke i databaser etter artikler som var publisert på engelsk. Det ble benyttet en MeSH oversetter på internettet for å se om søkeordene også kunne benyttes som MeSH søkeord i databasene. MeSH står for Medical Subject Headings og blir brukt til å indeksere artikler i databaser (Polit og Beck, 2020). Det ble deretter benyttet et konseptkart for å få en oversikt over søkeordene oppdelt i både nøkkelord og MeSH. Deretter ble det utførte søk i Cinahl complete, Ovid Medline og Cochrane med søkeordene fra konseptkartet. Søkestrategien ble utført etter anbefalinger fra bibliotekar på biblioteket på NTNU Gjøvik.

Tidligere forskning belyser behandlingmessige fordeler med analgosedasjon som kortere varighet av mekanisk ventilasjon og kortere intensivopphold (Devabhakthuni *et al.*, 2012; Devlin *et al.*, 2018). Forskning beskriver også intensivpasientenes opplevelser av å være godt smertelindret når de behandles etter analgosedasjonsprinsippet. Men at de fortsatt opplevde intensivoppholdet som traumatisk på grunn av andre ubehag forårsaket av respirator behandlingen, av å ikke forstå hva som skjer, av kommunikasjonsproblemer, vrangforestillinger og bare det å være kritisk syk (Berntzen, Bjørk og Wøien, 2018). Berntzen *et al.* (2020) fulgte opp denne studien med å videre utforske intensivpasientenes opplevelse av ubehag og om disse opplevelsene ble oppfattet av

intensivsykepleierne. Studien viste at det eksisterer et gap mellom intensivpasientenes komfortbehov og sykepleiernes prestasjoner i å oppfylle disse, noe som indikerer at ubehag for tiden er en uunngåelig del av det å være kritisk syk. Økt kunnskap om hvordan hjernen påvirkes hos intensivpasienter og mer systematiske tilnærminger for å vurdere komfortbehov og forbedre komfort kan støtte sykepleiere i å oppfylle pasientbehov og muligens redusere det eksisterende komfortgapet (Berntzen *et al.*, 2020).

Det er også forsket på intensivsykepleierens utfordringer med å tolke smerte hos pasientene som viste at bruken av kliniske retningslinjer ble sett positivt på av sykepleierne og at bruken av vurderingsverktøy bidro til en bedre smertevurdering av pasientene (Wøien og Bjørk, 2013). Randen, Lerdal og Bjørk (2013) beskriver intensivsykepleiernes utfordringer med å vurdere symptomer og tegn til under- og oversedering av mekanisk ventilerte pasienter, og Weir og O'Neill (2008) utforsket intensivsykepleiernes oppfatninger og erfaringer med bruken av sedasjons- og agitasjonsverktøy for å vurdere og håndtere sedasjon hos kritisk syke pasienter. Tradisjonelt ble mekanisk ventilerte pasienter holdt dypt sedert. Nåværende anbefalinger (PADIS, (Devlin *et al.*, 2018)) støtter en mer våken pasient og det har vært lite forskning på sykepleiernes erfaringer etter endringen fra dypt til lett sederte intuberte pasienter som blir behandlet med respirator (Everingham, Fawcett og Walsh, 2014).

Everingham, Fawcett og Walsh (2014) konkluderte med at intensivsykepleiere fant at den nåværende tilnærmingen til sedasjonshåndtering med lett sederte eller våkne intuberte pasienter kan true deres faglige forpliktelser og personlige ønske om å gi den individualiserte omsorgen de ønsket å levere. Intensivsykepleierne ga uttrykk for at pasienter som er intuberte og lett sederte eller våkne, påvirket direkte sykepleiernes arbeidsmengde og de fryktet for pasientenes sikkerhet. En mer våken intensivpasient ble beskrevet av sykepleierne som mer krevende og at det tydelig økte den daglige arbeidsmengden. De beskrev å bruke mer tid på å berolige pasientene som hadde fått tilbake bevissthet som et resultat av at sedasjonen ble redusert eller stoppet.

2.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å få innsikt i intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon, da kunnskap om disse erfaringene kan bidra til å belyse områder som kan være viktig for å få gjennomført analgosedasjon i intensivavdelinger.

Forskningsspørsmålet er:

- Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med analgosedasjon i intensivavdelingen?

3.0 Metode

Denne masteroppgaven benytter seg av en kvalitativ forskningsmetode og har et eksplorativt formål. Hensikten er å utforske intensivsykepleierne erfaringer med analgosedasjon og denne metoden og dette designet er egnet til dette formålet (Kvale *et al.*, 2015). I den kvalitative forskningsmetoden består det empiriske datamaterialet av tekster som representerer samtaler eller samhandlinger. Med denne metoden kan vi bearbeide og analysere disse dataene (Malterud, 2012). Den kvalitative forskningen er mangfoldig og preges av innlevelse og kreativitet, men også av struktur og systematikk (Tjora, 2017).

3.1 Utvalg og rekruttering

Den opprinnelige planen for gjennomføring av fokusgruppeintervjuene var først å gjennomføre ett pilot intervju i egen avdeling, for deretter å gjennomføre intervjuer i andre avdelinger. Dette for å teste ut intervjuguiden før gjennomføring av de andre 3 intervjuene. En pilotstudie er ifølge Polit og Beck (2020) en prøvekjøring i liten skala, av en studie utført som forberedelse til en større studie. Denne prøvekjøringen er designet for å vurdere muligheten for forbedringer av protokollene, metodene og prosedyrene som skal brukes i en større studie.

Da en av de planlagte intensivavdelingene trakk seg fra prosjektet den samme dagen intervjuet skulle gjennomføres og det allerede hadde tatt uforholdsmessig lang tid å få gjennomført intervjuene på grunn av komplikasjoner grunnet Covid og andre uforutsette problemer, ble det bestemt at pilot intervjuet skulle benyttes som ett av de 3 fokusgruppeintervjuene. De 2 siste fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på respondentenes arbeidsplass som planlagt. Dette for at det skulle være enkelt for deltakerne å stille opp på intervjuet og at det var jeg som skulle reise til dem og ikke omvendt. Deretter ble det opprettet kontakt med avdelingslederne for de 2 intensivavdelingene og all rekruttering ble gjennomført gjennom disse kontaktpersonene. Informasjonen til avdelingslederne inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet (vedlegg 4) samt informasjon til informantene (vedlegg 5).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i 3 forskjellige intensivavdelinger for voksne på 3 forskjellige sykehus på Østlandet og har bestått av 3-4 deltaker, 10 deltakere totalt. Alle informantene var utdannet intensivsykepleiere med mer enn 2 års erfaring fra intensivavdeling for voksne. Intervjuene ble gjennomført på henholdsvis 11. mai 2021, 28. mai 2021 og 15. september 2021. På grunn av Covid-19 restriksjoner var det i en periode mest aktuelt å gjennomføre intervjuene digitalt for å unngå unødvendig kontakt. Da smittetrykket etter hvert ble mindre og restriksjonene lettet på, ble det bestemt å gjennomføre gruppeintervjuer på vanlig måte. Dette ga meg muligheten til å observere kroppsspråk og gestikulering. Selv om kroppsspråk og gestikulering ikke har hatt noen avgjørende betydning for intervjuene, ble det valgt å gjennomføre intervjuene som normalt da det oppleves enklere å snakke åpent med andre mennesker ansikt til ansikt enn gjennom en skjerm.

3.1.1 Inkluderingskriterier for deltakelse:

- Utdannet intensivsykepleier
- Jobber i intensivavdeling for voksne
- Har minimum 2 års erfaring fra intensivavdeling for voksne
- Har erfaring med analgosedasjon
- Snakker norsk, svensk eller dansk

3.1.2 Ekskluderingskriterier for deltakelse:

- Ikke ferdigutdannet intensivsykepleier
- Jobber i intensivavdeling for barn

De tre intensivavdelingene som ble inkludert i denne studien er alle i samme helseforetak og har mellom 49 og 54 intensivsykepleiere ansatte i avdelingene. Avdelingene har postoperative avdelinger i tillegg til intensivplasser. Intensivavdelingene behandler i hovedsak medisinske pasienter, men har også nevrologiske, kirurgiske, barn, gyn/føde, øre-nese-hals og onkologiske pasienter. Hver avdeling har over 100 pasienter på respirator per år.

3.2 Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer

Dataene ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Det ble benyttet en forhåndsformulert intervjuguide som er anbefalt av De nasjonale forskningsetiske komiteene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019), vedlegg 1. I følge Malterud (2012) kan man bruke fokusgrupper til å studere erfaringer og synspunkter hos helsepersonell, og metoden egner seg for å utforske felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mennesker samhandler. Fokusgrupper har ikke til hensikt å komme til enighet eller å komme frem til løsninger på problemstillingen som er presentert, men egner seg for å få frem ulike synspunkter på problemstillingen. Denne studien har vært en eksplorerende studie hvor fokus har vært på å åpne dører som kan gi ny innsikt i intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon, mer enn å kartlegge alt som kan finnes om dette temaet (Malterud, 2012). Alle intervjuene ble åpnet med følgende spørsmål: Kjenner alle her til analgosedasjons begrepet? Det var ønskelig å starte med et enkelt og åpent spørsmål for deretter å spørre mer fokusert om spesifikke temaer og invitere til motstridende synspunkter og erfaringer (Malterud, 2012). I alle intervjuene var det et ønske fra intensivsykepleierne om at det skulle gis en kort innføring i hva analgosedasjon innebærer.

Etter at informantene fikk en rask begrepsavklaring ble det klart at de ikke var vant til å bruke analgosedasjonsbegrepet, men at de ser at de bruker analgosedasjon i sitt daglige arbeide med intuberte pasienter. Etter gjennomgangen av analgosedasjonsbegrepet ble det spurt om informantenes positive og negative erfaringer med analgosedasjon og hvilke erfaringer de har i forhold til smerte, mobilisering, søvn og delir hos disse pasientene. Disse spørsmålene var ment som hjelpespørsmål og informantene kom ofte inn på disse temaene underveis uten at intervjuer hadde behov for å spørre direkte. Deretter ble det undersøkt hvilken påvirkning analgosedasjon har hatt på intensivsykepleierens arbeidshverdag. Hjelpespørsmål under dette temaet var arbeidsmengde, dokumentasjon, bemanning og tverrfaglig samarbeide. Dette er også temaer informantene ofte kom inn på uten at intervjuer hadde behov for å spørre direkte. Det ble avsluttet med å spørre om det var noe med analgosedasjonsprinsippet de skulle ønske var annerledes og om de har mer å fortelle som vi ikke har vært innom før vi avslutter. Intervjuguiden var til stor hjelp underveis og fungerte godt som en huskeliste med essensen i analgosedasjon (vedlegg 1). Det var også stor åpenhet underveis for å prate om temaer utenfor intervjuguiden, men da tiden var begrenset måtte intervjuer være nøye med å regulere tidsbruken for å ikke bruke lenger tid på intervjuet enn det som var avtalt med avdelingsledelsen.

I følge Kvale *et al.* (2015) kan gruppesamspillet redusere moderators kontroll over intervjuforløpet, og intervjuet kan få et kaotisk preg. En av moderators utfordringer blir derfor å balansere diskusjonen slik at flest mulig får komme til orde. Deltakerne ble informert om at moderator har ansvaret for at tiden blir brukt best mulig til å samle kunnskap om intensivsykepleierens erfaringer med analgosedasjon og på denne måten fikk moderator fullmakt til å avbryte deltakere som tok uforholdsmessig stor plass i samtalen (Malterud, 2012).

Det var ønskelig at gruppedynamikken under fokusgruppeintervjuene skulle bidra til at intervjuobjektene skulle gi de gode fortellingene (Malterud, 2012). Å intervju flere informanter samtidig i en gruppe kan gi en trygghet for informantene som følger med å sitte sammen. Man kan fange opp meninger som oppstår i interaksjonen mellom deltakerne som kan bidra til mer spontane svar (Tjora, 2017). I følge Tjora (2017) foreslår Krueger å benytte mini-fokusgrupper med 3-4 informanter der gruppen består av spesialister på temaet som skal diskuteres. Gruppene kan da være sammensatt av kolleger fra samme intensivavdeling da dette kan skape samhørighet i gruppa (Tjora, 2017).

3.3 Transkribering

Jeg har selv transkribert alle intervjuene for at lydopptakene skulle bli best mulig gjengitt og for å lettere oppfatte nyansene i intervjuene. Transkriberingen foregikk fortløpende slik at det ble mulig å få øye på nye problemstillinger eller løse tråder som kunne være interessant å forfølge i større detalj i neste

intervju (Malterud, 2012). På den ene siden er det viktig å stille spørsmål ved de samme områdene for alle deltakerne. På den annen side er intervju og observasjon en prosess i utvikling der intervjuer og observatører får ny innsikt i fenomenet som senere kan påvirke oppfølgingsspørsmål eller begrense fokuset for observasjon (Graneheim og Lundman, 2004). Dette styrker sannsynligheten for å få et så rikt materiale som mulig som gir et godt grunnlag for analysen. På denne måten ble også transkriberingsprosessen brukt som første steg i analysen, for å få en oversikt over materialet og å etablere et helhetsinntrykk av dataene som foreløpig ble transkribert. Deltakerne ble gitt et pseudonym med en gang transkriberingen startet og det ble arkivert en kryptert kryssliste over pseudonymer og deltakernes virkelige navn (Malterud, 2012). Lydopptakene og den krypterte krysslisten ble slettet etter at personopplysningsperioden med NSD var over.

3.4 Induktiv innholdsanalyse

Det er i hovedsak to forskningsprinsipper som benytter seg av innholdsanalyse. Den ene er en kvantitativ tilnærming som ofte brukes i for eksempel medieforskning, og den andre er en kvalitativ tilnærming som ofte brukes i for eksempel sykepleieforskning og utdanning. Virkeligheten kan tolkes på forskjellige måter og forståelsen er avhengig av subjektiv tolkning. Kvalitativ forskning, basert på data fra fortellinger og observasjoner, krever forståelse og samarbeid mellom forskeren og deltakerne, slik at tekster basert på intervjuer og observasjoner er gjensidige, kontekstuelle og verdibundne. En tekst innebærer alltid flere betydninger, og en tilnærming til teksten innebærer alltid en viss tolkning. Dette er et vesentlig problem når man diskuterer påliteligheten av funn i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim og Lundman, 2004).

Innholdsanalyse er en fleksibel og pragmatisk metode for å behandle kvalitative data, slik som fra intervjuer, og egner seg godt til å analysere mangesidige og sensitive fenomener som er karakteristiske for sykepleie. Det ble benyttet en induktiv innholdsanalyse metode da denne metoden anbefales når det ikke er tidligere studier om fenomenet eller når kunnskap er fragmentert. Analyseprosessen følger tre hovedfaser: forberedelse, organisering og rapportering. Nøkkelprinsippet ved all innholdsanalyse er at de mange ordene i teksten blir delt opp i meningsbærende enheter, som klassifiseres i innholdskategorier som kan si noe om problemstillingen (Elo og Kyngäs, 2008; Malterud, 2012).

I forberedelsesfasen ble transkriberingen av intervjuene lest gjennom flere ganger for å få en følelse av helheten. Etter å ha fått en forståelse av dataene var neste skritt å benytte en induktiv tilnærming for å organisere dataene. Den transkriberte teksten ble delt inn i meningsenheter som ble kondensert. De kondenserte meningsenhetene ble deretter merket med en kode. Dette arbeidet ble utført i NVIVO som et hjelpemiddel til å organisere mine data. Eksempler på meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder er vist i tabell 1. Hele konteksten ble vurdert ved kondensering

og merking av meningsenheter med koder. En refleksjonsprosess resulterte i en sortering av kodene. Målet med å gruppere data var å redusere antall kategorier ved å kollapse de som er like eller forskjellige til bredere høyere ordens kategorier (Graneheim og Lundman, 2004; Elo og Kyngäs, 2008).

Et kjennetegn ved kvalitativ innholdsanalyse er at metoden i stor grad fokuserer på emne og kontekst, og vektlegger forskjeller mellom og likheter innenfor koder og kategorier. Et annet kjennetegn er at metoden omhandler manifest så vel som latent innhold i en tekst. Det manifeste innholdet, det vil si det teksten sier, presenteres ofte i kategorier, mens temaer blir sett på som uttrykk for det latente innholdet, det vil si hva teksten snakker om (Graneheim og Lundman, 2004).

I følge Graneheim og Lundman (2004) er det å lage temaer en måte å koble de underliggende betydningene sammen i kategorier og at Polit og Hungler beskriver et tema som en tilbakevendende regelmessighet som er utviklet innenfor kategorier eller går på tvers av kategorier. Et tema er ikke nødvendigvis avhengig av kvantifiserbare mål, men heller av om det fanger opp noe viktig i forhold til det overordnede forskningsspørsmålet. Når de først er identifisert, ser temaer ut til å være viktige begreper som knytter betydelige deler av dataene sammen. Med en induktiv tilnærming er de identifiserte temaene sterkt knyttet til selve dataene og kan ha liten sammenheng med de spesifikke spørsmålene som ble stilt til deltakerne. Induktiv analyse er en prosess for å kode dataene uten å prøve få de til å passe inn i en eksisterende kodingsramme eller forskerens analytiske forutsetninger. Slik sett er denne formen for tematisk analyse datadrevet (Nowell *et al.*, 2017). Deretter er denne prosessen rapportert ved å beskrive prosessens detaljer for å gi leseren en forståelse av hvordan analysen ble gjennomført (Graneheim og Lundman, 2004; Elo og Kyngäs, 2008). Meningsenhetene ble identifisert og kondensert uten fortolkning. Noe som innebærer en reduksjon av teksten på en måte som ikke forsaker meningsinnholdet (Graneheim og Lundman, 2004). Ett eksempel på dette er da ett av intervjuobjektene sa: «*Det kommer an på hvor i forløpet du er da. Hvis den har vært våkenintubert ganske lenge, og du stoler på pasienten, du vet at den er klar. Så kan du liksom ... da blir det litt annerledes. Den kan skrive, du kan forlate rommet for å hente medisiner uten at du er redd for at tuben går liksom. Det kommer helt an på hvor trygg du blir på pasienten*». Dette ble identifisert som en meningsenhet og videre kondensert til: «*Det kommer an på hvor trygg man er på pasienten*». Deretter fulgte flere gjennomganger av det kondenserte meningsinnholdet for å danne koder som var basert på fellestrekk og ulikheter (Graneheim og Lundman, 2004). Det ble reflektert individuelt og sammen med veileder noe som resulterte i temaer som samlet den underliggende meningen i kodenenes innhold.

3.5 Taushetsplikt

Selv om det bare er forskeren som kan pålegges taushetsplikt i denne studien ble deltakerne anmodet om å forholde seg til opplysninger som kommer fram i gruppesamtalene som om de også var omfattet

av taushetsplikten. Deltakerne ble informert om dette i forkant av intervjuene slik at de fikk anledningen til å vurdere hvor mye informasjon om seg selv de er villig til å dele med de øvrige gruppedeltakerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019a).

3.6 Lydopptak

Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene og en forutsetning for bruk av opptaksutstyr i forskning er at det innhentes et skriftlig informert samtykke. Når deltakerne møtte til intervju, fikk de utdelt et samtykkeskjema som de signerte (vedlegg 5). Disse samtykkeskjemaene ble så arkivert. Så fort deltakerne samtykket til at lydopptakene lagres, satte lydopptaket i gang. Lydopptakene er kryptert for å sikre dataene mot uønsket innsyn (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019a; Malterud, 2012).

3.7 Troverdighet

Forskningsresultater bør være så pålitelige som mulig, og hver studie må evalueres i forhold til prosedyrene som brukes for å frembringe funnene. I kvalitativ forskning har troverdighet, pålitelighet og overførbarhet blitt brukt for å beskrive ulike aspekter av troverdighet. Troverdighet omhandler forskningens fokus og refererer til hvor godt data og analyseprosesser adresserer det tiltenkte fokuset (Graneheim og Lundman, 2004). I følge Polit og Beck (2020) blir troverdighet sett på som et overordnet mål for kvalitativ forskning, og er et kriterium identifisert i flere kvalitative rammeverk. Troverdighet refererer til tillit til sannheten til dataene og tolkninger av dem. Kvalitative forskere må bestrebe seg på å etablere tillit til sannheten i funnene for de spesielle deltakerne og kontekstene i forskningen. I følge Polit og Beck (2020) påpeker Lincoln og Guba at troverdighet involverer to aspekter: for det første å gjennomføre studien på en måte som øker troverdigheten til funnene, og for det andre å ta skritt for å demonstrere troverdighet i forskningsrapporter. Et kritisk spørsmål for å oppnå troverdighet er å velge den mest passende meningsbærende enheten. Betydning av enheter som er for brede, for eksempel flere avsnitt, vil være vanskelig å tolke siden de sannsynligvis vil inneholde forskjellige betydninger. For smale meningsbærende enheter, for eksempel et enkelt ord, kan resultere i fragmentering. I begge tilfeller er det en risiko for å miste betydningen av teksten under kondensasjons- og abstraksjonsprosessen (Graneheim og Lundman, 2004).

I følge Polit og Beck (2020) er pålitelighet, det andre kriteriet i Lincoln-Guba rammeverket, og refererer til stabiliteten eller påliteligheten til data over tid og forhold. Pålitelighetsspørsmålet er: Ville funnene av en undersøkelse blitt de samme hvis den ble gjentatt med de samme deltakerne i samme kontekst? Troverdighet kan ikke oppnås i fravær av pålitelighet. Når data er omfattende og innsamlingen strekker seg over tid, er det fare for inkonsekvens under datainnsamlingen.

Troverdighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet, som refererer til «i hvilken grad funnene kan overføres til andre omgivelser eller grupper». Forskerne kan gi forslag til overførbarhet,

men det er leserens avgjørelse om funnene kan overføres til en annen kontekst eller ikke. For å bidra til overførbarheten er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvelgelse og egenskaper ved deltakere, datainnsamling og analyseprosess. En rik presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også øke overførbarheten (Graneheim og Lundman, 2004). I følge Polit og Beck (2020) refererer overførbarhet til i hvilken grad funn kan overføres til å ha anvendbarhet i andre settinger eller grupper. De sier at Lincoln og Guba bemerket at forskeren har et ansvar for å gi tilstrekkelig beskrivende data i en tykk beskrivelse slik at leseren kan evaluere relevansen av dataene for andre sammenhenger noe som er gjort i dette metodekapittelet.

Funn i denne studien sammenfaller i stor grad med funn i tidligere studier, noe som anses som en styrke. Denne studien kan med støtte i tidligere studier som viser fordelene med analgesedasjon bidra til større fokus på kunnskap om analgesedasjon ved å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer med dette prinsippet. I følge Malterud (2012) er det også en styrke at deltakerne i fokusgruppeintervjuene var relevante i forhold til problemstillingen da diskusjonene i gruppene sannsynligvis har presentert erfaringer som andre kan lære noe av. Den grundige teoretiske diskusjonen som er gjennomført i denne studien setter også funnene inn i en større sammenheng (Malterud, 2012).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i tre forskjellige intensivavdelinger med en variert pasientgruppe, noe som kan være en styrke for studien da dette også gir en variert deltakergruppe med variert pasienterfaring. Det at alle tre intensivavdelingene ligger under samme helseforetak kan være en svakhet da de også har en geografisk nærhet. Hvis studien hadde inkludert intensivavdelinger fra andre helseforetak kunne dette gitt deltakere med bredere erfaringsbakgrunn, noe som kunne styrket studiens overførbarhet utover studiens lokale sammenheng (Malterud, 2012).

For å fremme denne studiens troverdighet har det vært et mål å reflektere og beskrive studiens fremgangsmåte og å erkjenne min egen forforståelse. Dette er presentert under kapittel 3.5, og det er også presentert vurderinger rundt valg av fokusgruppeintervjuer, deltakerutvalg, intervjuforløp og min egen erfaringsbakgrunn.

Studiens analysevalg er presentert i kapittel 3.4 og jeg har vært alene om å gjennomføre analysen. Det har til tider vært utfordrende å gjøre analysen alene og jeg anser det å være alene om dette har vært en svakhet da jeg under hele analyseprosessen har savnet noen å diskutere med. Studien har blitt presentert for medstudenter og veiledere under analyseseminar og masterseminar noe som har bidratt til refleksjoner og konstruktive tilbakemeldinger. Analysen er presentert i kapittel 3.4 gjennom beskrivelse og en matrise med eksempel fra analysen.

4.0 Forskningsetikk

Denne studien legger De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019a) sine retningslinjer til grunn gjennom hele forskningsprosessen. Det ble distribuert informasjon om studien til ledelsen i de aktuelle intensivavdelinger der de mulige intervjuobjektene jobbet og til personvernombudet i de aktuelle helseforetakene. Det er de mulige deltakerne selv som ga sitt samtykke til å delta på studien. Det informerte samtykket samt ivaretagelse av sårbare grupper står sentralt i Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019b). Informantene i denne studien er intensivsykepleiere som reflekterer over utøvelsen av sitt eget arbeide og kan derfor ikke regnes som en sårbar gruppe.

Intervjupersonene fikk i forkant av intervjuene skriftlig informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra studien og at de også kan gi beskjed både under og etter intervjuet om det er deler av intervjuet de ikke ønsker skal være med videre i studien. Denne informasjonen ble også gjentatt muntlig i forkant av intervjuene. Intervjuobjektene ble anonymisert under transkriberingen for å ivareta intervjupersonenes konfidensialitet. Denne studien er ikke finansiert.

4.1 Særskilt varsomhet

Intervjuobjektene blottstiller alltid noe av seg selv og dette fordrer en særskilt varsomhet fra min side. Det er viktig at jeg respekterer informantens fysiske og mentale grenser og jeg må være varsom i å grave dypere i tematikker som informanten vegrer seg å snakke om. Informantene ble informert om mitt faglige ståsted i forkant av intervjuene. Målet var at informantene skulle oppleve det som positivt og som en gevinst å delta på studien ved å dele sine erfaringer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019a).

4.2 NSD

Studien er godkjent av NSD (nr. 958832), vedlegg 2. Det er også hentet inn godkjenning fra intervjupersonenes egne helseforetaks personvernombud, vedlegg 3. Da denne undersøkelsen ønsker å se på intensivsykepleiernes erfaringer med analgesedasjon og det er nåværende praksis som skal undersøkes, er dette prosjektet definert som kvalitetssikring. Dette prosjektet inneholder heller ikke helseopplysninger eller forskning på mennesker eller sårbare grupper så prosjektet skal derfor ikke godkjennes av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015; Forskningsetikkloven, 2017) .

4.3 Veileder og ansvarlig

Veileder for studien er Førstemanuensis Kristian Ringsby Odberg på NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap. Kristian Ringsby Odberg er ansvarlig for denne studien (Helseforskningsloven, 2008).

5.0 Resultat

Dette kapitlet inneholder resultatene av analysen etter intervjuene i forbindelse med denne studien. Intensivsykepleierne erfarer at det er mer krevende å ha våkne pasienter som er intuberte og ligger på respirator enn de som er dypt sederte. De har et ønske om at pasientene skal være våkne da dette gir dem muligheten til å kommunisere med pasientene. Våkner pasienter gir også bedre muligheter for tidlig mobilisering. Men de er avhengige av at avdelingen er bemannet slik at man slipper å stå alene med en slik pasient og at anestesilegene også har de samme målene. Resultatene av følgende 6 temaer blir presentert i hvert sitt kapittel: *Bemanning er et nøkkelord, Vanskelig å vite om pasienten har det bra, Usikkerhet og maktesløshet, Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon, Det handler om å stå i situasjonen og Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende.*

5.1 Bemanning er et nøkkelord

For å få gjennomført analgesedasjon i intensivavdelingen er bemanning et nøkkelord. Intensivsykepleierne har negative erfaringer med å ha våkne intuberte pasienter handler ofte om frykten for å bli stående alene med pasientene uten å få hjelp av andre intensivsykepleiere når de har behov for hjelp. De erfarer at bemanningsutfordringer når det gjelder å jobbe med en veldig ressurskrevende pasientgruppe, er kritisk når det gjelder å få gjennomført analgesedasjon i intensivavdelingen. Intensivsykepleierne må stadig gå fra pasienten for å hente utstyr eller medikamenter og de har også behov for pauser. For å få dette til må avdelingen være bemannet slik at det er mulig å få hjelp og avlastning. Selv om de opplever at fysioterapeutene er til stor hjelp, er det stadig behov for mobilisering av pasienten når fysioterapeutene ikke er i avdelingen. De er da avhengige av hjelp fra andre sykepleiere i avdelingen. Intensivsykepleierne synes pasientgruppen er spennende å jobbe med og de ser at analgesedasjon er et behandlingsprinsipp som gir mange fordeler for pasienten og som også kan gi fordeler for intensivavdelingen da de erfarer at det kan gi færre intensivdøgn for pasientene. Intensivsykepleierne sier det slik:

«Det er jo interessant å høre nå, når vi er fire stykker som prater. Så er det veldig ofte at kvaliteten henger sammen med antall hoder, eller utdannede mennesker i hvitt på jobb, ikke sant. Ikke bare, det går også litt på organisering og at vi ser hverandre som team og bruker ressursene best mulig. Men kvalitet betinger at vi er så og så mange

på jobb da. Fordi nettopp det å ha en våken pasient på respirator, det krever mye altså.»

Intensivsykepleiere er opptatt av mobilisering, men god og trygg mobilisering er også avhengig av at man er godt nok bemannet. Skal man mobilisere en pasient som ikke har krefter til å støtte sin egen kropp er man avhengig av å være flere personer for å få gjennomført mobiliseringen godt og trygt både for pasienten og for helsepersonell. Informantene er bekymret for at tidlig mobilisering av pasienter uten å ha god nok bemanning kan gå utover helsepersonellens egen helse. En av informantene sier det slik:

«Jeg mener også at tidlig mobilisering er veldig viktig og veldig bra, men det jeg ser at når de mobiliseres og er sedert da, så er det jo vi som tar hele den støytten. Fordi de klarer jo ikke å holde noe vekt selv»

Intensivsykepleiere er gode med tidlig mobilisering og ser at rask nedtrapping av sedasjon gir bedre mulighet til å få mobilisert pasienten tidligere, men ikke alle informantene har erfaring med å mobilisere pasienter som fortsatt er intuberte. Intensivsykepleierne erfarer at tidlig mobilisering gir mange positive effekter både for lungefunksjonen og at det kan bidra til å normalisere døgnrytmen for pasientene. At aktivitet på dagtid kan gi bedre søvn på natt og at mobilisering også kan gi pasientene håp:

«Og så tenker jeg at det må jo være ganske godt å komme opp etter å ha ligget ganske lenge også. Sikkert en tilfredsstillende og at man blir fylt av litt mere sånn håp. Du begynner å liksom kjenne kroppen din og kanskje begynner å få tilbake litt av kontrollen.»

Intensivsykepleierne er også oppmerksomme på at mobilisering av pasienten kan gi pasienten en liten nedtur når han oppdager hvor mye han har mistet i løpet av sykdomsperioden. At bare det å sitte på sengekanten og prøve å finne balansen eller å forsøke å holde hodet selv, både kan gi en følelse av å komme seg videre samtidig som det kan være en ubehagelig oppdagelse for pasienten når han kjenner hvor mye han har mistet og hvor lang tid det er igjen til han blir frisk igjen.

Det er stor enighet blant informantene at fysioterapeutene spiller en viktig rolle i intensivavdelingen og for intensivpasientene. De har gode erfaringer med fysioterapeutene i intensivavdelingen og sier at fysioterapeutene er aktive pådrivere for å få pasienten raskt opp av sengen. De sier det er enkelt å samarbeide med dem og at fysioterapeutene alltid står på for pasientene. Fysioterapeutene er gode til å tilpasse seg pasientene og avdelingens rutiner og behov, og de oppleves som uredde i behandlingen av intuberte pasienter.

5.2 Vanskelig å vite om pasienten har det bra

Analgosedasjonsbegrepet er et kjent begrep for mange intensivsykepleiere, men det er ikke et begrep som blir brukt i det daglige arbeidet i avdelingen og intensivsykepleierne har variert kunnskap om analgosedasjon. Selv om de er oppmerksomme på at analgosedasjon blant annet gir kortere respiratoravvenning, kortere total tid på respirator, mulighet for tidlig mobilisering, redusert fare for delir og kortere total tid i intensivavdelingen, er de usikre på om pasientene har det bra når de er lett sederte eller våkne når de er intuberte. Pasienter som har vært våkne på respirator har i ettertid fortalt at de hadde det helt forferdelig uten at intensivsykepleierne oppfattet dette. Dette har gjort at noen av intensivsykepleierne har blitt usikre på om de stoler på forskningen da de er usikre på om pasientene lider uten at de klarer å oppfatte dette til tross for at de benytter seg av validerte verktøy for å vurdere pasientenes smerte. En av informantene sier det slik:

«Men jeg ... når jeg opplever det der med kavinga, den grimaseringen, da får jeg litt problemer med det. Det må jeg bare innrømme. Jeg er ikke ... det er jo fordi jeg tror ikke det er noe godt å ligge sånn i en døs og ikke forså hva som skjer. Og jeg ... det plager meg litt noen ganger rett og slett. At hvis folk ligger sånn, litt sånn halv våkne, da stiller jeg litt spørsmål ved det. Er det her det beste for pasienten?»

Anestesilegene mer opptatt av analgosedasjon enn intensivsykepleierne, selv om sykepleierne også har et ønske om å følge analgosedasjonsprinsippet. De fleste synes det er et godt samarbeidsklima mellom sykepleierne og anestesilegene, men at legene ofte ønsker lettere sedasjon enn sykepleierne og at det noen ganger kan være vanskelig å få til det sedasjonsnivået legen har forordnet. En mulig forklaring på dette er at sykepleierne er mer sammen med pasientene og ser mer av pasientens plager når de er lett sederte, og at anestesilegene ikke blir påvirket av disse plagene på samme måte da de kun er inne hos pasientene i korte perioder:

«nei, jeg veit jo at det er jo det som er grunnen til det, at vi står der 24 timer, hele tiden, og ser på at det er jo absolutt plager ute og går her. Og de er ikke så lette å bare avskrive når du på en måte må stå å være med på dem hele tiden ikke sant. Så det er jo hele tiden diskutert en del og det er jo legen klar over også, at de kan på en måte komme inn, de er der inne et lite øyeblikk, de er jo ikke der mye»

Det er viktig at det er tydelig og god kommunikasjon mellom sykepleier og legen slik at de blir enige om hvilket sedasjonsnivå som er best for pasienten og hva som er mulig å gjennomføre. Det er avgjørende at intensivavdelingen har aktive pådrivere for analgosedasjon, for å få til en kontinuitet og progresjon i gjennomføringen av denne behandlingsmetoden. De har opplevd at det har vært mye fokus

på analgosedasjon når det har vært anestesileger i avdelingen som har vært opptatt av dette og at pasientene ligger dypere sedert når disse legene ikke er i avdelingen lenger. En av intensivsykepleierne sier det slik:

«Jeg må også si at det handler mye om legene. Altså hva har de som mål? Hvis de ikke har noe mål om, eller noen tanker selv om at det er gunstig å ha pasienten våken, ikke tenker tanken i det hele tatt, så blir de jo liggende der da.»

For å få gjennomført analgosedasjon i avdelingen er det helt avgjørende at anestesilegene har et tydelig mål for gjennomføringen av smertelindring og sedasjon. For å oppnå god analgosedasjon må alle i den tverrfaglige gruppen være informert og enige om at det er en fordel for pasienten å være lett sedert. Dette for å ha en felles forståelse for hvor man er og hvor man skal. Intensivsykepleierne sier at det har vært store endringer de siste årene. Det er mer fokus på å vekke pasientene raskere enn før og at medikamentbruken til sedasjon har endret seg fra medikamenter med lang halveringstid til medikamenter med kort halveringstid. Intensivsykepleierne opplever også at det er mer fokus på analgosedasjon på undervisningsdager i avdelingen. Intensivsykepleierne har gode erfaringer med analgosedasjon i de tilfellene det har fungert godt. De synes det er en god trend og at de er på riktig vei i arbeidet med å holde pasienter som er oral intubert mer våkne enn de tidligere har vært:

«Jeg synes vi begynner å bli ganske oppmerksomme på dette jeg. Det drypper jo sakte men sikker inn med fag i forhold til forskningsartikler og sykepleierne underviser oss på teoridager og diverse.»

Får å få gjennomført god analgosedasjon på intuberte pasienter på respirator er man avhengig av å klare å balansere bruken av opiater og sedasjon på en måte som gjør at pasienten er godt smertelindret, og samtidig ikke unødvendig dypt sedert. Det er vanskelig å finne den beste balansen mellom god smertelindring og riktig sedasjonsdybde. Intensivsykepleierne har en tendens til å gi mer sedasjon enn det som er nødvendig, og gir ofte ekstra sedasjon hvis pasienten har smerte eller ubehag istedenfor smertelindring:

«Det greit at noen har ubehag innimellom, men hvis de ligger der og sliter med et eller annet hele tiden så er vel vi som gruppe tror jeg, nå prøver jeg å snakke litt sånn generelt slik det er i vår avdeling, at vi har lyst til å gi de mer sedering.»

Under intervjuet reflekterer de rundt hvorfor de ofte har lyst til å gi pasienten mer sedering når pasienten egentlig har behov for bedre smertelindring, men er usikre på hvorfor det er slik. Noen av intensivsykepleierne har opplevd at intuberte pasienter kun får sedasjon og ikke noe smertelindring når

de er intuberte, noe de undrer seg over. De mener at intuberte pasienter sannsynligvis har smerter eller ubehag som bør lindres med noe smertelindring i tillegg til sedasjon men de er bekymret for at hvis man gir mye smertelindring, kan dette bidra til at pasienten hypoventilerer og at det derfor går utover det lungefysiologiske. Intensivsykepleierne er usikre på både hvor mye smertelindring de skal gi og hvor mye sedasjon pasienten skal ha og stiller seg selv spørsmålet om de gir for lite smertelindring til pasientene når pasientene er urolige når de er intuberte og lett sederte. Selv om de opplever at pasienter noen ganger kun har sedasjon uten smertelindring, opplever de sjelden at pasientene kun får smertelindring uten sedasjon:

«Men vi pratet litt om det med at de er tube irritert, hoster og harker og du ser at de har det ubehagelig da, men kan det være for at vi rett og slett ikke gir nok smertestillende? At det er en måte å bruke analgosedasjon på en bedre måte da. At vi gir mer smertestillende.»

Anestesilegene ønsker ofte å redusere både smertelindring og sedasjon samtidig når de planlegger å vekke opp pasientene, mens intensivsykepleierne ønsker å beholde smertelindringen og redusere sedasjon først for å se om pasienten har det bra når han våkner opp. Intensivsykepleierne er engstelige for at pasienten skal ha ubehag når han våkner hvis han ikke får noe smertelindring når han fortsatt er intubert. Dette er noe intensivsykepleierne tar som en selvfølgelighet og de undrer seg over hvorfor noen leger ønsker å vekke pasienter uten å gi dem noe smertelindring.

Det å kommunisere med pasienter som er intubert og ligger på respirator er en stor utfordring for intensivsykepleierne og informantene er enige om at det er vanskelig å tolke tegnene fra en pasient som er dypt sedert. Det er også en utfordring å tolke tegnene fra en pasient som er lettere sedert og intubert så lenge han ikke kan uttrykke seg verbalt. Hva er det som plager eller bekymrer pasienten? Det kan være mye som ligger bak pasientenes urolighet og det å kartlegge disse pasientene når de ikke kan gi uttrykk for egne behov er vanskelig. Informantene kan fortelle at en pasient hadde fortalt i etterkant av intensivoppholdet at det hadde vært helt forferdelig opplevelse, uten at intensivsykepleierne hadde oppfattet dette når pasienten var innlagt

Intensivsykepleiere synes det er positivt med muligheten for å kommunisere med pasientene selv om de er intuberte. At man kan spørre om de har vondt eller om de har noe ubehag og at man kan få et innblikk i pasientens opplevelser som intensivpasient:

«Ja, du får jo en litt annen mulighet til å kommunisere da, som er veldig god å ha. Du får en annen kontakt og mere sånn ... ja, tilknytning blir kanskje feil ord, men du klarer hvert fall å kommunisere på en viss måte da, med pasienten.»

Til tross for at intensivsykepleierne synes det er positivt at pasientene er lettere sederte synes de det fortsatt er vanskelig å forstå hva pasientene mener og at de er usikre på om pasientene klarer å uttrykke hvordan de egentlig har det. En informant sier:

«Og da er det jo sånn at vi får jo korte svar når vi spør om ting. Og man bruker jo ikke så veldig mye tid ... eller får kanskje ikke til heller da ... hvis de får til å skrive setninger så er det jo mulig å finne ut åssen de har det. Men får de ... altså blyanten glipper, og det bare er sånn kråketær så er det jo vanskelig å forstå.»

5.3 Usikkerhet og maktesløshet

Det er vanskelig for sykepleierne å vurdere pasientens smerte bare ved å se på pasienten.

Intensivsykepleierne er nødt til å spørre pasientene om hvordan de opplever smerten da de erfarer fra sitt arbeide med kritisk syke pasienter at smerte kan være individuelt. For å oppnå dette må pasienten være såpass våken når han er intubert at han kan kommunisere sin egen opplevelse av smerte .

Intensivsykepleierne opplever ofte usikkerhet rundt pasientens smerte når pasienten er lett sedert og synes det er ugreit når pasienten ikke har det bra. De synes ikke alltid det er så enkelt å ha lett sederte eller våkne pasienter på respirator da pasientene ofte uttrykker smerte eller ubehag, og stiller seg spørsmålet om det de driver med er riktig. Når de opplever at pasientene er urolig og tydelig har smerter eller ubehag, er de usikre på hva det er som plager pasienten og hva de skal gjøre for at pasienten skal få det bedre.

Intensivsykepleierne sier de har få strategier for smertelindring og det er ikke alltid man velger smertelindring før sedering som analgosedasjonsprinsippet anbefaler. I intensivavdelingene som ble intervjuet ble det benyttet Behavioral Pain Score (BPS) når pasientene selv ikke kan kommunisere. BPS er et observasjonsskjema hvor sykepleieren vurderer pasientens ansiktsuttrykk, bevegelser i overekstremitetene og samarbeid med respiratoren og er et anbefalt verktøy for å vurdere smerte hos intuberte pasienter (Devlin *et al.*, 2018). Sykepleierne observerte at BPS skår ble lavere hos pasienter som var dypt sederte enn pasienter som var lett sederte. Kan dette bety at pasientene ikke er godt nok smertelindret men at smerten blir kamuflert av sedasjon? Det er anbefalt å benytte seg av Visuell analog skala (VAS) for å vurdere smerte hos pasienter som kan kommuniser selv. En VAS skala er en mye brukt selvrappoterende målemetode for å gradere subjektive symptomer eller plager hos våkne pasienter (Store medisinske leksikon, 2021). Noen intensivsykepleiere fortsatte å bruke BPS på lett sederte pasienter til tross for at det kunne vært mulig å benytte seg av VAS når pasientene var såpass våkne at det var mulig å kommunisere med dem:

«nei, jeg har ikke brukt VAS, men det kunne jeg sikkert ha gjort, men jeg har jo spurt pasienter som har vært såpass våkne at de kan svare, og de har vondt. Og, eventuelt hvor har du vondt ... ja har vondt her ...»

De som benyttet seg av VAS på lett sederte pasienter opplevde at VAS skår ikke alltid samsvarer med det de observerer. Noen rapporterer lav VAS skår selv om de oppfattes som smertepåvirket mens andre oppga høy VAS skår selv om de oppfattes som helt smertefrie. Det kreves mye av sykepleierne for å forstå pasientens plager og om pasienten underrapporterer smerte eller overrapporterer :

«Det blir jo litt sånn kombinasjon noen ganger at ... for hvis man spør pasienten, hvor vondt har du på en skala fra 0 til 10 liksom, så er det jo noen som har 10 og de ser helt avslappet ut, har 60 i puls og holder på å sovne så Da samsvarer jo det ikke med det du ser. Og andre som ligger 10 cm over senga og ser ut som de blir ... ikke kan ha det verre liksom ... oi, det er nok en 2.»

Hvis man skal vurdere pasientenes smerte og ubehag må man vite hva som er grunnen til at pasienten er intubert. Det er stor forskjell på en pasient som er intubert på grunn av dårlige lunger og en pasient som er intubert på grunn av øre-nese-hals problematikk. Begge vil jo sannsynligvis være plaget av tuben og respiratorbehandlingen, men pasienten med dårlige lunger vil jo også kanskje være plaget med tungpust i tillegg. Noe som kan påvirke sykepleiernes vurdering av smertelindring og andre tiltak for at pasienten skal klare å være lett sedert når han er intubert:

«Det krever jo litt av en sykepleier å finne ut av hva som ligger bak skåren.»

Intensivsykepleierne erfarer at sedasjonen blir lettet på raskere nå de siste årene. Og selv om de synes det er mer krevende med lett sederte pasienter kontra dypt sederte pasienter, ser de likevel at det er mange fordeler med lettere sederte pasienter som beskrevet tidligere. Legene er mer aktive med RASS forordninger nå enn tidligere og sykepleierne er gode til å dokumentere RASS. The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) er et skåringsverktøy for å vurdere bevissthets-/sedasjonsnivå som både forskningslitteratur og intensivavdelinger i inn- og utland bruker og som Devlin *et al.* (2018) benytter i sin forskning og i sine anbefalinger. Sykepleierne erfarer også at legene forordner lettere sedasjonsdybde nå enn tidligere. Det er ikke nok å bare dokumentere RASS når man skal vurdere pasientens sedasjonsdybde. Man må dokumentere en beskrivelse av pasientens bevissthetsnivå i tillegg til RASS for å få en god forståelse av hvor dypt pasienten er sedert. Sykepleierne synes det noen ganger kan være vanskelig å følge RASS forordningene fra legene og sier det slik:

«Men ofte så er det jo legene som bestemmer det med RASS nivå, men jeg synes ikke alltid at det blir fulgt, eller at det er mulig å følge det. På grunn av at pasienten er for urolig eller ... ja, ett eller annet da ...»

Intensivsykepleierne synes det noen ganger kan være vanskelig å slippe opp på sedasjonen selv om de vet at det er en fordel for pasienten. De vet at pasientene har godt av å bli stimulert og at de kan bli motiverte av å ha kontakt med sine pårørende. De er opptatt av at pasientene skal forstå hva som skjer med dem og hva som skjer rundt dem og at dette kan bidra til at de klarer å kjempe seg gjennom sykdomsprosessen og at dette også kan bidra til å redusere delir:

«Ja, sånne dagligdagse aktiviteter. Og så har kanskje hjernen din godt av å bli på en måte stimulert da. Å bli satt opp, at du blir snakket ordentlig til og at du ser ting som du kanskje kjenner igjen rundt deg også. Og ikke minst pårørende.»

Det å ha intuberte pasienter som er lett sederte eller våkne er mer ressurskrevende enn dypt sederte pasienter. Intensivsykepleierne må da bruke seg mye mer som sykepleier noe som er mer mentalt slitsomt. Man må bruke ikke medikamentelle intervensjoner som f. eks sang, og du må ha mye mer kommunikasjon med pasienten. Til tross for at intensivsykepleierne synes det kan være ekstra krevende å ha pasientene våkne eller lett sederte når de er intuberte, er de entusiastiske og synes det er tilfredsstillende å få til god analgosedasjon. De synes denne pasientgruppen er en utfordrende og spennende gruppe å jobbe med og de blir imponerte over pasientene når de klarer å være våkne i en slik situasjon:

«Ja, det er jo veldig morsomt med de pasientene det fungerer på. Altså det å på en måte ha en pasient sittende i stol på respirator, det er jo kjempegøy. At man kan få til det liksom.»

Til tross for at RASS er det skåringsverktøyet som skal benyttes for å dokumentere pasientens sedasjonsdybde i de avdelingene hvor intervjuene fant sted, er det noen av informantene som opplever at det ikke er noe vits i å dokumentere RASS lenger da legene hverken ordinerer RASS eller er opptatt av om intensivsykepleierne dokumenterer RASS. De erfarer at det er veldig personavhengig hvor mye fokus det er på de forskjellige skåringsverktøyene hos de forskjellige anestesilegene. Flere av intensivsykepleierne erfarer at anestesilegene ikke forordner mål for pasienten, og at de må oppfordre dem til å dokumentere behandlingsmål, inkludert RASS. De opplever at det blir opp til intensivsykepleierne å vurdere sedasjonsdybde på pasientene der behandlingsmål ikke blir forordnet:

«Ja, for det var veldig fokus for legene å ordinere RASS en periode, det har falt litt bort synes jeg. Nå skriver dem mye mindre på ... det var vel egentlig når de innførte

det nye skjemaet at vi på en måte ble litt oppmerksomme på at nå skal dere føre sedasjonsmål, sirkulasjonsmål osv. Men nå har det egentlig bare falt i fisk. Det er veldig få som skriver sånne mål lenger. Så da får man jo egentlig ingen RASS forordning.»

5.4 Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon

Det å være intubert og mekanisk ventilert på en intensivavdeling er en ekstrem opplevelse som potensielt kan være livstruende. Pasientene opplever å få høye doser benzodiazepiner eller opiater og de er ute av stand til å kommunisere normalt på grunn av intubasjonen. De opplever smerte og ubehag og er ute av stand til å påvirke dette selv uten hjelp fra intensivsykepleierne. Mange intensivpasienter har dårlig søvn under oppholdet i intensivavdelingen. Selv om intensivsykepleierne mener det er viktig med god søvn og en normal døgnrytme erfarer de at det er mye støy og prosedyrer i løpet av natten som forstyrrer søvnen til pasientene. De forsøker så godt de kan å samle prosedyrer på natt og unngå unødvendige forstyrrelser, men klarer ikke alltid å unngå å forstyrre pasientens søvn:

*«For vi ser jo ... det er jo fryktelig mye dårlig søvn på en intensiv avdeling.
Altså, folk sover jo knapt.»*

Selv om PADIS anbefaler å unngå økt sedasjon på natt, erfarer informantene at det stadig blir gitt mer sedasjon på natt enn på dagen. De synes det er vanskelig å se på at pasienten ikke får sove og at han blir urolig og at eneste løsning blir å øke sedasjon. Intensivsykepleierne opplever at pasienter som har dårlige netter blir enda dårligere på dagen når de ikke blir dypere sedert på natt. De sier:

«Jeg jobber jo mye natt så jeg synes jo ofte at vi prøver å ikke øke og så kommer vi til klokka tolv-ett og pasienten bare ligger og kaver ikke sant, og så tenker vi at får han ikke sove så blir han dårligere dagen etter. Så da synes jeg stort sett at vi ender med å sedere mer.»

Intensivsykepleierne er opptatt av at pasienten skal få sove på natten for å forebygge komplikasjoner som oppstår ved dårlig søvn. De gjør det de kan for å forsøke å lage natt for pasienten til tross for at de har mange prosedyrer som skal utføres på natt og at det stadig er støy ute fra avdelingen. De mener det bør være rom for å si ifra til andre kollegaer om at de lager for mye støy hvis det forstyrrer pasientene på natten.

Intensivsykepleiere er opptatt av å forebygge delir men de opplever likevel at mange intuberte pasienter får delir. Informantene mener det å tilrettelegge for en normal døgnrytme er viktig for å

unngå delir. Og det å skjerme disse pasientene og legge dem på enerom hvis det er mulig vil være til hjelp for å unngå unødvendig støy og forstyrrelser:

«Jeg ser jo for meg at hvis du ligger med en tube i halsen og så ligger du våken og så er du påvirket av smertestillende. Jeg ser jo for meg at du klorer deg litt fast på en måte da. Og det der med å klore seg fast så lenge at du blir jo helt utslitt da. Og da blir du uklar på en måte.»

Til tross for at intensivsykepleierne ofte opplever at intuberte pasientene som ligger på respirator får delir og at dette er et problem, er det noen få informanter som ikke opplever delir som noe problem. Disse intensivsykepleierne erfarer at de som er intuberte ligger så kort tid på respirator at pasientene ikke utvikler delir. I alle intensivavdelingene som ble intervjuet blir det brukt CAM-ICU for å vurdere om pasienten har delir eller ikke. CAM-ICU er et valid og reliabelt verktøy som benyttes i vurderingen av delirium hos intensivpasienter (eHåndbok for Oslo universitetssykehus - internettutgaven, 2021). Det er bred enighet blant intensivsykepleierne at deres erfaring med CAM-ICU er at dette skåringsverktøyet er altfor omstendelig og vanskelig å bruke. Mange sier de ikke bruker CAM-ICU på grunn av dette og at de har et dårlig grunnlag for å vurdere om pasientene har delir eller ikke. Noen av informantene sier dette om å benytte CAM-ICU:

«Men når det ikke er så sterkt fokus på det så blir det litt ... at vi ikke er så flinke til disse skåringene og kanskje ikke kan si helt sikkert da, er det delir eller er det ikke delir hos dem? Når vi ikke skårer med CAM-ICU så har vi ikke ... ja vi gjør det en gang i uka kanskje liksom. Da blir det litt dårlig grunnlag for oss å mene og syntes noe om det.»

En av intensivsykepleierne forteller at det var mye mer fokus på dokumentasjon av delir, smerte og sedasjonsdybde når hun studerte og under praksis periodene i intensiv avdelingen enn det har vært etter at hun ble videreutdannet og begynte å jobbe i klinikken.

5.5 Det handler om å stå i situasjonen

Det å ha pasienter lett sederte når de er intuberte og ligger på respirator er en utfordring for intensivsykepleierne og informantene erfarer at man må ha erfaring og planlegge godt for å få det til. Under oppvåkningen må man være «hands on» med pasienten hele tiden og man må være trygg på at pasienten kan tolerere å være lett sedert eller våken. Man må som intensivsykepleier klare å stå løpet ut. Man må tørre å ta tak i situasjonen og forsøke å berolige pasienten. Dette er noe som kommer med

erfaring ifølge informantene. Intensivsykepleierne har forskjellige grenser på hvor mye de tåler i slike situasjoner, men det handler om å tåle å stå i situasjonen:

«Og så er det jo liksom noe med det å stå i den situasjonen der. Og så er du kjemperedd for at den tuben skal ryke ikke sant, hva skjer da? Hvor er bagg ...? Altså det er noe med å tåle det selv å da. Å stå i den ubehagelige situasjonen det er når en pasient begynner å prøve å dra ikke sant.»

Man må investere mye tid i oppvåkingsfasen slik at man kan bli trygg på pasienten og for at pasienten skal føle seg trygg. Intensivsykepleierne er redd for at pasienten skal trekke ut tuben og synes det er skummelt når pasienten tar armene opp mot ansiktet. De synes ikke det føles greit å holde armene til pasienten for at han ikke skal trekke ut tuben og sier:

«Hvis man bare kan investere i den tiden som det tar å komme over fra den dere drømme fasen da til å våkne opp. For da at der er det ... da kan det hende at vi puffer på raskt en ekstra dash, istedenfor å prøve å prate beroligende å fortelle hvor de er eller ha pårørende til stede i den fasen som kan liksom berolige ...»

I oppvåkingsfasen er det mye usikkerhet og det er forskjell på hvor mye intensivsykepleierne tillater pasienten å bevege seg. I denne fasen erfarer intensivsykepleierne at det kan være vanskelig å stå løpet ut og at det er lett å gi sedasjon når man blir usikker på situasjonen. Intensivsykepleierne må investere mer tid til oppvåkingsfasen slik at man unngår ubehaget med at pasienten våkner raskt og forsøker å trekke ut tuben med en gang. Noe de uttrykker på denne måten:

«Jeg kan vel tenke at vi ikke alltid er flinke nok til å stå løpet ut. At vi liksom er ... vi sedere han igjen. Dette gikk jo ikke, liksom. Men har vi på en måte egentlig latt han få sjansen da til å bli ordentlig seg selv? Fordi de mellomstadiene når man letter sedasjonen, den er ikke alltid bare god altså.»

Det går ofte fint en stund når pasienten våkner opp, men pasientene blir ofte mer uklare etter hvert og dette gjør det vanskelig for intensivsykepleierne å stå løpet ut. De opplever at det er vanskeligere å stå i situasjonen som sykepleier enn som lege da sykepleierne er inne hos pasienten hele tiden og ser hvor urolig pasienten er. Informantene mener det er enklere for anestesilegene siden de ikke er hos pasienten så lenge og ikke trenger å stå i situasjonen på samme måte som sykepleierne :

«Det varierer jo fra pasient til pasient, men sånn vanligvis er de (anestesilegene) ikke der mye, og da får du jo ikke ... da tolererer du jo sånne ubehagsymptomer litt lettere da, når du slipper å se dem hele tiden.»

De gangene intensivsykepleierne opplever å ha rolige våkne intuberte pasienter som er godt smertelindret, opplever de dette som positivt. De er enige om at det er bra for pasientene å være våkne og at pasientene selv også opplever dette som positivt. Pasientene kan selv blir overrasket over at de får det til og de lyser opp når de våkner og opplever at de kan kommunisere med omverdenen, til tross for at de fortsatt er intuberte og har behov for respirator hjelp. Noen av informantene sier det slik:

«du har jo noen som du da kan få en viss øyekontakt med og som du kan prate med, ikke prate med da, men du skjønner at han skjønner hva som skjer da, det er jo litt positivt da. Nå er du på sykehuset på (sier navnet på sykehuset), han nikker og ... Har du vondt i halsen? Ja litt ubehagelig. Så for de som klarer det så er det jo veldig positivt.»

«Jeg tenker sånn at i utgangspunktet så synes jeg det er et bra prinsipp. Det er jo på en måte ... alt med det er jo ... det er jo logisk at det er bra å være våken.»

5.6 Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende

Det er viktig å inkludere pårørende i pasientbehandlingen og intensivsykepleierne er opptatt av å bruke de pårørende til å kartlegge pasienter som er intubert og ligger på respirator. Det er de pårørende som virkelig kjenner pasientene og de kan informere sykepleierne om hvordan pasienten er til vanlig. Intensivsykepleierne opplever de restriksjonene som nå har vært gjeldende i Covid-19 pandemien har vært problematisk i forhold til kontakt med pårørende. De har savnet pårørende i intensivavdelingen og ser frem til at avdelingen blir mer åpen for pårørende igjen. Manglende kontakt med pårørende har vært en belastning for både intensiv avdelingen og for pasientene da en viktig kilde til informasjon om pasientene har vært mindre tilgjengelig. En av informantene sier det slik

«Og så er det jo noe med at pasienten er jo seg selv, men ... alle vi er jo ikke bare oss. Vi er jo en del av noe mer da ... familier og det å kunne inkludere det når du er kritisk syk, det tror jeg egentlig er veldig viktig. Så nå har det blitt veldig sånn ... du får ikke med deg den delen. Og det tror jeg og ... jeg tenker at det kan og gjøre noen ganger at pasienten blir mer urolig, få mere smerter. Fordi det er mangler noe av det andre da. Som ikke går på liksom fysiske behov kanskje.»

Pasientene har forskjellige behov og det er de pårørende som vet hvordan pasientene vil ha det når de selv ikke kan formidle dette når de er intuberte og dypt sedert. Denne informasjonen er viktig i en oppvåkingsfase og kan gjøre det enklere for intensiv avdelingen å gjennomføre analgesedasjon og ha pasientene lettere sederte. De sier det slik:

«... at vi bruker pårørende, tror jeg kan hjelpe oss til å ha lettere pasienter. Fordi at vi blir kjent med den personen er utenfor den tuben og alt utstyret da. Hvis du vet hvem som ligger i sengen så er det lettere å tilrettelegge for at dette kan bli greit da. Vi er jo så forskjellige. For noen er det viktig å liksom vaske seg med ordentlig vann og klut hver dag, hver morgen og hver kveld liksom. For andre er ikke det viktig. Olaf vil ha skjegg, det vil ikke Åge liksom. Sånne ting. At vi bruker pårørende for å kartlegge hvem pasienten er. Og på den måten kan vi bli bedre kjent med pasienten og ha de mer våkne. For de vi kan møte dem og deres behov da.

6.0 Resultatdiskusjon

Formålet med denne studien var å utforske intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon i intensivavdelinger med voksne pasienter. Det er seks temaer som blir diskutert i dette kapittelet: Bemanning er et nøkkelord, Vanskelig å vite om pasienten har det bra, Usikkerhet og maktesløshet, Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon, Det handler om å stå i situasjonen og Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende. Disse temaene blir her diskutert opp mot erfaringer og relevant litteratur.

6.1 Bemanning er et nøkkelord

Intensivsykepleierne var helt enige om at for å klare å gjennomføre god analgosedasjon var de helt avhengige av god bemanning i intensivavdelingen. Bemanningen i avdelingen må være så god at de ikke blir stående alene med en pasient som er intubert på respirator og som samtidig er lett sedert eller helt våken. Kiekkas *et al.* (2013) undersøkte risikofaktorer, forekomsten og konsekvensene av ikke-planlagt ekstubering hos intensivpasienter. De fant blant annet at de viktigste sykepleier assosierte risikofaktorene når det gjelder uønsket selv-ekstubering, er fravær av sykepleiere og redusert pasientovervåking. I følge Kiekkas *et al.* (2013) er økt bemanning med sykepleiere assosiert med signifikant lavere ikke-planlagt ekstuberingsrisiko. Selv om det er varierende ressursbehov hos de forskjellige pasientene i intensivavdelingen var intensivsykepleierne enige om at det generelt er mer krevende og mer ressurskrevende når pasientene er mer våkne. Man må da være «bed side» hos pasienten hele tiden og man er helt avhengig av hjelp fra andre i avdelingen for å få gjennomført alle oppgavene som skal gjennomføres gjennom vekten. Det er viktig at sykepleierne ser hverandre og tilbyr hjelp, noe som forutsetter at det er ressurser nok i avdelingen til dette. I følge Bae *et al.* (2017) er gjensidig støtte et nøkkelbegrep innen teamarbeid og er avgjørende for kvalitet og sikkerhet i et sykepleieteam. Det er et generelt ønske fra intensivsykepleierne at det bør være mer enn en sykepleier

på pasienter som er intuberte og ligger på respirator samtidig, på grunn av arbeidsmengden og for at intensivsykepleierne skal føle seg trygge på at det alltid er noen ved pasienten for å unngå uheldige hendelser som for eksempel uønsket ekstubering.

Noen av intensivsykepleierne som ble intervjuet jobbet i intensivavdelinger som har flersengsrom og noen i avdelinger med enerom. De erfarer at det er mer krevende for intensivsykepleierne å ha respirator pasienter på enerom enn på flersengsrom da de blir stående alene på rommet og er helt avhengig av at det er mulig å få tak i andre utenfor rommet som kan komme og hjelpe til eller avløse hvis det er behov for dette. I følge Marshall *et al.* (2017) skal hver intensivpasient ideelt sett ha enkeltseingsrom, men intensivsykepleierne opplever at det kan være enklere å ha intuberte pasienter på flersengsrom, da det ofte er flere sykepleiere på samme rommet som kan hjelpe hverandre.

Resultatene i denne undersøkelsen viste at ikke alle sykepleierne hadde erfaring med å mobilisere intuberte pasienter. Samtidig var alle klar over at tidlig mobilisering er gunstig og kan bidra til færre sengeleiekomplikasjoner (Devlin *et al.*, 2018). Forskning antyder at mobilisering av den intuberte pasienten er svært krevende og at lav bemanning derfor kan oppleves som en barriere (Parry *et al.*, 2017). Til tross for at utilstrekkelig bemanning er en barriere for å få gjennomført tidlig mobilisering i intensivavdelingen, konkluderer Nydahl *et al.* (2017) med at pasientmobilisering og fysisk rehabilitering på intensivavdelingen fremstår som trygg. Med lav forekomst av uønskede hendelser, og kun sjeldne hendelser som har noen konsekvenser for pasientbehandlingen.

Resultatene i denne undersøkelsen viser også at mobilisering gir håp både for helsepersonellet og for pasientene, og at fysisk aktivitet kan bidra til å gi pasienten en mer normal døgnrytme og bedre søvn. Intensivsykepleierne erfarer også at mobilisering har en positiv effekt på pasientenes lunger og at de ofte kan redusere pasientenes støtte fra respiratoren etter de har blitt mobilisert. Laerkner *et al.* (2019) utforsket interaksjoner mellom sykepleier og pasient og fant at mobilisering er mer enn fysisk aktivitet. Mobilisering oppnås gjennom samarbeid mellom sykepleier og pasient som en forhandlet, kompleks og meningsfull prestasjon, som fører til håp for fremtiden. Intensivsykepleierne erfarer at mobilisering også kan gi pasientene en nedtur når de kjenner hvor mye krefter de har mistet og hvor slitsomt det er bare å sitte oppreist på sengekanten. I følge Laerkner *et al.* (2019) har pasienter og sykepleiere et divergerende perspektiv på mobilisering. Sykepleiere hadde et langsiktig perspektiv og så på mobilisering som en del av intensivbehandlingen, mens pasienter hadde et kortsiktig perspektiv fokusert på sin nåværende tilstand og opplevelsen av å bli overveldet av aktiviteten. Sykepleierne kan bruke sin kliniske erfaring og faglige kunnskap til å fremme håp gjennom mobilisering.

Informantene erfarer at det er et meget godt tverrfaglig samarbeide med fysioterapeutene i avdelingene opplever at fysioterapeutene er veldig flinke til å motivere pasientene og at de er aktive pådrivere for å mobilisere pasientene så tidlig som mulig. Til tross for at PADIS retningslinjer presiserer at vasoaktive medikamenter eller mekanisk ventilasjon ikke er til hindring for å sette i gang

rehabilitering/mobilisering, forutsatt at pasienten er hemodynamisk stabil (Devlin *et al.*, 2018), påpekte Lin *et al.* (2020) at bruken av vasoaktive legemidler kunne være en barriere for å gjennomføre tidlig mobilisering. En Cochrane studie fra 2018 (Doiron, Hoffmann og Beller, 2018) viser at det er utilstrekkelig dokumentasjon på effekten av tidlig mobilisering av kritisk syke personer på intensivavdelingen i forhold til endringer i fysisk funksjon, ytelse, uønskede hendelser, muskelstyrke eller helserelatert livskvalitet på tidspunktet studien ble gjennomført (Doiron, Hoffmann og Beller, 2018). Tidlig mobilisering ser i midlertid ut til å kunne redusere forekomsten av muskelsvakheter grunnet intensivbehandling, forbedre funksjonskapasiteten og øke antall respiratorfrie dager og forbedre utskrivingsfrekvensen for pasienter med kritisk sykdom i intensivavdelingen (Zhang *et al.*, 2019). Til tross for enkelte positive utfall av tidlig mobilisering, presiserer Zhang *et al.* (2019) at på grunn av den betydelige heterogeniteten blant de inkluderte studiene har bevisene lav kvalitet, og resultatene bør tolkes med forsiktighet. Ytterligere storskala og godt utformede forskningsstudier er nødvendig for å gi mere robuste bevis for å støtte effektiviteten og sikkerheten til tidlig mobilisering av kritisk syke pasienter i intensivavdelingen. Til tross for at forskning viser noe usikker effekt av tidlig mobilisering, erfarer intensivsykepleierne at det er positivt for pasientene og at de ønsker å gjennomføre tidlig mobilisering på intuberte pasienter på respirator hvis det kan gjennomføres på en sikker og trygg måte.

6.2 Vanskelig å vite om pasienten har det bra

Intensivsykepleierne er usikre på om pasienten har det bra når de er våkne uten at de klarer å oppfatte det, og de er derfor usikre på om de stoler helt på forskningen som viser at analgosedasjon er det beste for pasientene. De er usikre på om pasientene lider uten at de klarer å oppfatte det. Resultatene viste at analgosedasjonsbegrepet var kjent for intensivsykepleierne, men at enkelte var usikre på hva det faktisk innebar. Dette kan være fordi begrepet er relativt nytt, og i liten grad blir brukt under utdanningen av intensivsykepleiere. I siste lærebok i intensivsykepleie (Gulbrandsen, Stubberud og Toverud, 2020) blir begrepet overhodet ikke nevnt. Dette er et paradoks da analgosedasjon har vært ledende og anbefalte sedasjonsprotokoll i PADIS sine anbefalinger helt tilbake til 2013 (Devlin *et al.*, 2018). Til tross for at analgosedasjon ikke blir diskutert i pensumlitteraturen sier intensivsykepleierne at det har blitt mer fokus på lettere sederte pasienter de siste årene og de blir stadig mer oppmerksomme på analgosedasjon. I følge Laerkner *et al.* (2017) er det en internasjonal trend mot lettere sedasjon hos mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelingen. Dette samstemmer også med funnene til Berntzen, Bjørk og Wøien (2019) som viste at analgosedasjonsprinsippet var tydelig synlige i behandlingen av smerte og andre plager hos kritisk syke pasienter, selv om de involverte intensivsykepleierne sjelden refererte til den implementerte protokollen. Dette funnet kan tyde på at analgosedasjonsprinsippet lett kan tas i bruk og smelter godt sammen med gjeldende klinisk praksis. Berntzen, Bjørk og Wøien (2019)

fant også at elementene i smertevurderingsverktøyene som ble brukt (BPS og NRS), utgjorde en «naturlig del» av sykepleiernes rutinevurderinger. Selv om det var nødvendig med tolkning utover verktøyene, var det rimelig enighet om hvordan man skulle vurdere og behandle smerte og at ingen pasienter skulle ha smerter. Ubehag virket imidlertid dårlig definert og vanskelig å skille fra smerte.

I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2019) ivaretar sykepleiere pasientens smerte tilstrekkelig, men tilnærmingen til andre ubehag enn smerte virker usystematisk og tilfeldig. I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2019) er det behov for mer eksplisitte mål og strategier for å håndtere ubehag som skiller seg fra smerte hos disse pasientene. Ubehag er vanligvis ikke vurdert forskjellig fra smerte i intensivavdelingen. Systematiske tilnærminger har konsentrert seg om å lindre smerte mer enn på å øke komforten. Å strukturere tilnærmingen til fenomenet ubehag som en del av intensivbehandlingen i tillegg til smerte, kan hjelpe sykepleiere i deres bestrebelser på å lindre pasientenes ubehag i den kliniske settingen (Berntzen *et al.*, 2020). Intensivsykepleierne synes det er vanskelig å tolke tegn på smerte og ubehag fra pasientene, men de erfarer at kommunikasjon er enklere når pasienten er våken. I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2018) gir analgosedasjon god smertelindring, men pasientene beskriver fortsatt hyppige fysiske og psykiske plager, spesielt knyttet til mekanisk ventilasjon og ulike forvirringstilstander. For å klare å akseptere intensivoppholdet måtte pasientene få delta i sin egen behandling, klare å stole på andre og tåle lidelse (Berntzen, Bjørk og Wøien, 2018).

Selv om det er mer fokus på å vekke pasientene tidligere nå enn før og at det er mye fokus på tidlig mobilisering i avdelingen der intensivsykepleierne jobber, er det stor variasjon blant anestesilegene hvor mye fokus de har på analgosedasjon. Noen av intensivsykepleierne sier at de legene som er aktive med å gjennomføre analgosedasjon ofte ønsker pasientene lettere sedert enn sykepleierne klarer å gjennomføre. Å være med en våken intubert pasient og ta del i pasientens frustrasjon og pasientens plager er utfordrende, og derfor er det vanskelig å oppnå foreskrevet sedasjonsnivå. I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2018) opplever pasienter behandlet med analgosedasjon andre ubehag enn direkte smerte forårsaket av respiratorbehandlingen. De opplever å ikke forstå hva som skjer, kommunikasjonsvansker og vrangforestillinger. Intensivoppholdet kan derfor resultere i innestengte følelser av virkelige og uvirkelig opprinnelse. Intensivsykepleiernes erfaring er at legene kun er inne hos pasientene en kort stund av gangen og at de derfor opplever det som mindre belastende at pasientene er våkne. For å få gjennomført analgosedasjon på en god måte er det ifølge intensivsykepleierne viktig med tydelig dialog med legene og at de sammen finner et felles mål for behandlingen av pasientene. Temesgen *et al.* (2021) anbefaler å revidere intensivavdelingens smerte-, sedasjons- og deliriumprotokoll til en protokoll som følger analgosedasjonsprinsippet, da dette har gitt forbedret RASS vurdering, reduksjon av bruken av benzodiazepiner, redusert delir, redusert tid på respirator og redusert varighet av intensivoppholdet. Effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og lege kan ha positive effekter på behandlingskvalitet og pasientresultater, som økt pasienttilfredshet, kortere

liggetid og færre bivirkninger. Derimot kan ineffektiv kommunikasjon mellom sykepleier og lege kompromittere pasientsikkerheten og øke helsekostnadene (Wang *et al.*, 2018). Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og lege kan også føre til misnøye på jobb og manglende autonomi blant sykepleiere. Slike arbeidsforhold har fått sykepleiere til å forlate yrket, noe som gjør det stadig vanskeligere å beholde og rekruttere sykepleiere. Leger kan bli frustrerte når forordninger ikke utføres i tide, og uklar kommunikasjon kan øke misnøyen. Slike spuriøse effekter mellom sykepleiere og leger kan i sin tur påvirke kvaliteten og pasientsikkerheten (Wang *et al.*, 2018).

De intensivsykepleierne som har klart å ha lett sederte intuberte pasienter på respirator uten at pasienten har gitt uttrykk for smerte eller ubehag, opplever dette som positivt og ønsker å fortsette å benytte seg av analgosedasjon i intensivavdelingen. De erfarer at for at avdelingen skal fortsette å ha fokus på analgosedasjon, er de avhengige av at det både er leger og intensivsykepleiere i avdelingen som er aktive pådrivere for dette. De erfarer at når disse personene ikke lenger er en del av avdelingen, forsvinner noe av fokuset på analgosedasjon og pasientene generelt er dypere sedert. For å effektivt implementere nye prosedyrer i intensivavdelingen er det ifølge Balas *et al.* (2013) avgjørende med lederengasjement og institusjonell støtte. Lege- og sykepleieledere må være involvert i alle faser av implementeringsprosessen. Lederne må også være hjelpelige med å identifisere andre nøkkelpersoner i avdelingen som kan være pådrivere for disse endringene, noe som understøtter intensivsykepleiernes erfaringer i avdelinger der disse nøkkelpersonene ikke er til stede.

Noen av informantene erfarer at intensivsykepleiere kan ha en tendens til å gi pasientene mer sedasjon enn nødvendig og at det ikke er uvanlig å sedere pasientene istedenfor å smertelindre når pasienten gir uttrykk for smerte eller ubehag. De er usikre på hvorfor det er slik, men de mener dette er en ubevisst handling og har ingen forklaring på hvorfor de ikke gir smertelindring istedenfor sedasjon. Frölich, Zhang og Ness (2013) undersøkte effekten av sedasjon hos pasienter med smerte og fant at sedasjon gitt intravenøst i noen tilfeller kan øke pasientenes opplevelse av smerte. Effekten av sedasjon i forhold til smertelindring er avhengig av medikament og man må ha kunnskap om disse effektene for å benytte seg av smertelindring og sedasjon på den mest hensiktsmessige måten. Intensivsykepleierne erfarer at anestesilegene ofte ønsker å vekke pasientene fra dyp sedasjon ved å stoppe både sedasjon og smertelindring samtidig. De undrer seg over hvorfor legene ikke ønsker å beholde smertelindring da de er engstelige for at pasienten har smerter eller ubehag når han våkner opp og fortsatt er intubert og ligger på respirator. Noen av informantene sier de insisterer på å beholde smertelindring til de ser at pasienten har det bra når han våkner. I følge Hirzallah, Alkaissi og do Céu Barbieri-Figueiredo (2019) er det bevis for at bruk av sykepleier ledede avvenningsprotokoller for mekanisk ventilerte voksne pasienter har en positiv innvirkning på avvenningsresultater og pasientsikkerhet. Undersøkelsen støtter intensivsykepleiernes avgjørende rolle og evner til å lede avvenning fra mekanisk ventilasjon. Det vil derfor være riktig å inkludere intensivsykepleiernes vurderinger av pasientens behov for smertelindring

under pasientens oppvåkingsfase da det er sykepleierne som tilbringer mest tid med pasienten og derfor kan ha best kjennskap til pasientens smertelindringsbehov.

6.3 Usikkerhet og maktesløshet

Intensivsykepleierne synes ikke alltid det er enkelt med lett sederte eller våkne pasienter på respirator og de opplever ofte usikkerhet rundt pasientens opplevelse av smerte. De opplever at pasientene er urolige og har ubehag uten at de er helt sikre på hva som plager dem. Intensivsykepleierne er oppmerksomme på at det å være oral intubert kan være smertefullt og de er også oppmerksomme på at det er mange andre grunner til at pasientene gir uttrykk for smerte og ubehag når de er innlagt på intensivavdelingen. De vet at smerte er individuelt og at pasientens smerter også kan være uttrykk for noe annet enn fysiske smerter. De benytter seg av BPS for å vurdere smerte hos intuberte sederte pasienter og erfarer at BPS skåren ofte blir lavere når pasienten er dypt sedert enn når pasienten er lettere sedert. I følge Devlin *et al.* (2018) er det to verktøy som har størst validitet og pålitelighet når det gjelder å vurdere smerte hos pasienter. Blant kritisk syke voksne som er i stand til å selv rapportere smerte, er 0–10 Numeric Rating Scale (NRS) enten verbalt eller visuelt en god og gjennomførbar smerteskala. Blant kritisk syke voksne som ikke er i stand til å selv rapportere smerte viser Behavioural Pain Scale hos intuberte (BPS) størst validitet og pålitelighet for å overvåke pasientens smerte. I følge Devlin *et al.* (2018) kan det i noen tilfeller være hensiktsmessig å involvere pårørende i smertevurderingen av pasienten når pasienten selv ikke er i stand til å selvrapportere sin egen smerte. Pasientens smerteopplevelse ble i en undersøkelse vurdert av intensivpasientene selv, sykepleiere, leger og pårørende. I undersøkelsen stemte smerteintensitet og smerteplager best mellom pårørende og pasient enn hos sykepleierne og legenes vurdering av pasientens smerter. Det er familier som kanskje ikke ønsker å være involvert i smertevurdering eller situasjoner der familieinvolvering i smertevurdering ikke er hensiktsmessig, og familieinvolvering i smertevurdering bør ikke erstatte et intensiv-team sin rolle og forpliktelse til systematisk smertevurdering og optimal smertelindring (Devlin *et al.*, 2018).

Informantene synes det er ugreit når pasienten ikke har det bra og opplever at lett sederte pasienter ofte gir uttrykk for å være plaget. De lett sederte pasientene kaver og grimaserer og intensivsykepleierne blir usikre på om det er riktig å lette på sedasjonen. De spør seg selv om det er greit det de driver med og gir ofte mer sedasjon til pasientene istedenfor mer smertelindring. Devlin *et al.* (2018) anbefaler å rutinemessig vurdere smerte hos intensivpasienter og man skal behandle smerten før man gir sedasjon. Devlin *et al.* (2018) anbefaler også å bruke en vurderingsdrevet, protokollbasert, trinnvis tilnærming for smerte- og sedasjonsbehandling hos kritisk syke voksne. Implementeringen av denne anbefalingen konkluderer med at institusjoner bør ha en vurderingsdrevet protokoll som krever regelmessig smerte- og sedasjonsvurdering ved bruk av validerte verktøy, gir tydelig veiledning om

medikamentvalg og dosering, og gjør smertebehandling til en prioritet fremfor å gi sedasjon. I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2018) gir analgesedasjon god smertelindring, men pasientene beskriver likevel hyppige fysiske og psykiske plager, spesielt knyttet til mekanisk ventilasjon, manglende forståelse av hva som foregår og opplevelser med vrangforestillinger. Etter utskrivning fra sykehus beskrev pasientene både undertrykkelse av opplevelser og søken etter anerkjennelse av det de hadde gjennomgått. Til tross for god smertelindring, ble andre plager ofte beskrevet. I følge Berntzen, Bjørk og Wøien (2019) ser det ut til at sykepleiere ivaretar pasientens smerte tilstrekkelig, men tilnærmingen til andre ubehag enn smerte virker usystematisk og tilfeldig. De konkluderer med at det er nødvendig med flere strategier for å håndtere ubehag som skiller seg fra smerte.

Delirium er en forstyrrelse av bevissthet og kognisjon som oppstår i løpet av en kort periode. Det er assosiert med betydelig økt morbiditet og dødelighet hos kritisk syke pasienter (Park og Lee, 2019). Mange av intensivsykepleierne som ble intervjuet erfarte at det var mange pasienter i intensivavdelingen som fikk delir. Informantene erfarer at pasientene klorer seg fast til de blir helt utslitte og at det ofte ender med at de blir deliriske. Intensivsykepleiere i avdelinger som ikke har så mye erfaring med analgesedasjon og som enten ekstuberer raskt eller tracheostomerer pasientene raskt erfarer at de sjelden opplever intuberte pasienter med delir. Delirium er et kritisk og svært utbredt problem blant kritisk syke pasienter. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) og Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) er de mest anbefalte vurderingsverktøyene for å oppdage delirium på intensivavdelingen. Selv om både CAM-ICU og ICDSC er nøyaktige vurderingsverktøy for å screene delir hos kritisk syke pasienter, er CAM-ICU overlegen når det gjelder å utelukke pasienter uten delir og oppdage delir hos pasienter i medisinsk intensiv og de som får mekanisk ventilasjon (Chen *et al.*, 2021). Intensivsykepleierne synes det er vanskelig og alt for omfattende å bruke CAM-ICU og sier at de sjeldent benytter seg av dette verktøyet. De synes derfor at de har dårlig grunnlag for å vurdere om pasienten har delir eller ikke.

Bruk av smertelindring og sedasjon er avgjørende på intensivavdelingen i behandlingen av kritisk syke pasienter. For mye sedasjon er imidlertid assosiert med en forlenging av tiden med mekanisk ventilasjon og lengre varighet av intensivoppholdet. Dårlig administrering av smertelindring og sedasjon hos intensivpasienter gir en deliriumrate på opptil 80 %, økt dødelighet, lengre sykehusopphold, høyere sykehuskostnader og dårlige langtidsutfall (Temesgen *et al.*, 2021). Intensivsykepleierne er opptatt av at pasientene skal ha det best mulig både under og etter intensivoppholdet og de erfarer at pasienter som blir behandlet etter analgesedasjonsprinsippet og derfor ikke blir unødvendig dypt sedert, har kortere tid på respirator og også kortere tid i intensivavdelingen.

6.4 Forsøker å normalisere en ekstrem situasjon

Intensivsykepleierne erfarer at pasientene ofte er lettere sedert nå enn tidligere, og de synes det er utfordrende å slippe opp på sedasjonen, men at det er tilfredsstillende når de får det til uten at pasienten har smerter eller ubehag. De erfarer at det er mange fordeler med lett sedasjon men at det er krevende å få til, og at det er mer jobb å ha pasienten lett sedert enn dypt sedert. Når pasientene er lett sedert, intubert og ligger på respirator befinner de seg i en ekstrem situasjon som intensivsykepleierne forsøker å normalisere så godt det lar seg gjøre. De bruker RASS til å vurdere pasientens sedasjonsdybde og det er stor variasjon i avdelingene hvor godt legene forordner RASS nivå hos pasientene. Noen sier at legene er flinke til å forordne RASS mens andre opplever at RASS sjeldent blir forordnet og det blir da opp til intensivsykepleierne å vurdere sedasjonsdybden til pasienten. Sedasjon administreres ofte til kritisk syke pasienter for å lindre angst, redusere stresset av å bli mekanisk ventilert og forhindre agitasjonsrelatert skade. Helsepersonell må fastsette den spesifikke indikasjonen for bruk av sedasjon og hvis sedasjon er nødvendig bør pasientens nåværende sedasjonsstatus vurderes og deretter ofte revurderes ved hjelp av gyldige og pålitelige skalaer (Devlin *et al.*, 2018). Intensivsykepleierne erfarer at det er stor forskjell blant pasientene hvor godt de tåler å lette på sedasjonen og at RASS nivå kan variere mye i løpet av vekten. De sier at for å gi en god vurdering av pasientens sedasjonsnivå hold er det ikke bare å registrere RASS. Man må også gi en beskrivelse av pasienten i kombinasjon med RASS for å få en god forståelse av sedasjonsnivået til pasienten. PAD-retningslinjene fra 2013 definerte lett sedasjon som en RASS-skår lik eller høyere enn -2 og øyeåpning på minst 10 minutter. Dette sedasjonsnivået er sannsynligvis dypere enn nødvendig for behandling av mekanisk ventilerte voksne på en intensivavdeling. Selv om det ikke finnes en universelt akseptert definisjon av lett sedasjon er PADIS sine anbefalinger fra 2018 at lett sedasjon er definert som en RASS-skår på -2 til +1-område. Lett sedasjonsnivå er assosiert med bedre utfall for intensivpasienter og er nødvendig for å muliggjøre andre intervensjoner som spontane pusteforsøk og tidlig mobilisering. Derfor bør helsepersonell strebe etter å oppnå lett sedasjonsnivå hos de fleste pasienter mesteparten av tiden (Devlin *et al.*, 2018). Noen av intensivsykepleierne synes RASS fungerer dårlig når pasientene er urolige og tydelig ikke finner seg til rette i situasjonen. I disse tilfellene synes de ofte det ikke er mulig å følge RASS forordningene fra legene. Noen av intensivsykepleierne erfarer også at det ikke er uvanlig at sykepleierne argumenterer for at pasientene bør være dypere sedert enn forordnet og stiller spørsmål om hvorfor det er slik. En mulig forklaring på dette kan være at intensivsykepleierne ofte er i pressede situasjoner med dårlig bemanning og at det å ha en våken pasient som krever mer arbeid og høyere bemanning kan virke truende for pasientsikkerheten og at det derfor oppleves tryggere å ha pasienten dypere sedert.

Intensivsykepleierne er opptatt av at hvile og døgnrytme er viktig, men de erfarer at det er veldig vanskelig å få naturlig søvn i intensivavdelingen. I intensivavdelingen er det mye aktivitet på natt og ofte

mange forstyrrelser for pasienten. Ifølge Beltrami *et al.* (2015) er søvn hos kritisk syke pasienter preget av hyppige forstyrrelser, endringer i døgnrytmen og dårlig søvnkvalitet, sammen med en reduksjon av de dype, restituerende søvnstadiene. Slike søvnforstyrrelser ser ut til å blant annet skyldes faktorer knyttet til selve intensivavdelingen, og faktorer relatert til intensivbehandlingen som for eksempel mekanisk ventilasjon. Intensivsykepleierne erfarer at det er enklere å få til ro rundt pasientene med ensengsrom enn med flersengsrom. De forsøker å lage natt av natt med å slukke lys og tilpasse romtemperatur, men det er likevel mange prosedyrer som skal gjennomføres på natt og disse prosedyrene kan være veldig forstyrrende for pasienten. Intensivsykepleierne sier de ubevisst kan ta mer hensyn på natten når de har lett sederte eller våkne pasienter enn de gjør når de har dypt sederte pasienter. Noen av intensivsykepleierne har erfart at noen intensivsykepleiere ser på TV på pasientrommet på natten og mener at dette må være forstyrrende for pasienten da det vil lyse fra skjermen selv om lyden er lav eller av. Dette har hendt ofte i periodene med isolerte pasienter med Covid-19 smitte der intensivsykepleierne har vært «bed side» inne på isolatet i lange perioder. Intensivsykepleierne erfarer også at det er stor variasjon på støynivået på natten avhengig av hvor mye det er å gjøre i avdelingen og på hvem som er på jobb. Noen intensivsykepleiere tar hensyn til støy om natten og andre er ikke så opptatt av dette, og de opplever ofte at det kan være støy ute i avdelingen på natten og mener at det må være rom i avdelingen for å si ifra til de andre hvis man opplever at lydnivået er for høyt. Ifølge Devlin *et al.* (2018) er dårlig søvn et vanlig problem i intensivavdelingen og det er plagsomt for mange kritisk syke pasienter. For å bedre søvnen til intensivpasienter bør intensivavdelingen ha en søvn-protokoll som favoriserer ikke-medikamentelle tiltak fremfor medikamentelle da dette har vist seg å ha best effekt på pasientenes søvnkvalitet. Administrering av medisiner som er dårlig testet for effekt på intensivpasienter kan øke risikoen for polyfarmasi og delirium i stedet for å faktisk fremme søvn.

I følge analgosedasjonsprinsippet skal man ikke øke sedasjon på natt (Mehta, Spies og Shehabi, 2018). Intensivsykepleierne stiller seg uforstående til dette prinsippet og erfarer at det er vanlig å øke sedasjon på natt hvis pasienten er lett sedert på dagtid, selv om de er oppmerksomme på at sedasjon i seg selv ikke gir god søvn. Flere studier viser at mekanisk ventilerte pasienter får høyere doser av opioider og benzodiazepiner om natten. Høyere nattlige doser med sedasjon er assosiert med dårligere gjennomføring av spontane pustetester, samt forsinket ekstubering. Sedasjon minimering bør være målet om natten så vel som om dagen, og sedasjon bør ikke økes om natten med det formål å fremme søvn (Mehta, Spies og Shehabi, 2018).

6.5 Det handler om å stå i situasjonen

Analgosedasjon innebærer å behandle smerte og ubehag først, og kun gi beroligende midler når det er nødvendig for å hjelpe pasienter til å hvile og redusere angst og uro (Berntzen, Bjørk og Wøien, 2018).

Ideelt sett bør pasientene være i stand til å kommunisere sine symptomer og alvorlighetsgrad, slik at intensivsykepleierne kan bruke passende symptombasert ikke-farmakologiske og farmakologiske behandlingsmetoder (Mehta, Spies og Shehabi, 2018). For å få dette til erfarer intensivsykepleierne at de må investere mye tid i oppvåkingsfasen, være «hands on» og være nær ved pasienten hele tiden. Intensivsykepleierne mener at det handler om å planlegge godt og at man har bedre forutsetning for å få dette til hvis man har erfaring. De erfarer at det er stor forskjell på hvor mye de forskjellige intensivsykepleierne tolererer at pasienten beveger seg når de er intuberte og at mye avhenger av hvor trygg man er på pasienten. Intensivsykepleierne erfarer at det ikke er like enkelt å få dette til med alle pasientene og noen av de sier at de kanskje kunne vært enda bedre til å stå løpet ut. At man må klare å stå i situasjonen selv om det kan være krevende. At man må gi pasienten en hånd å holde i når han våkner, selv om det ikke alltid er så enkelt for pasientene. Auto seponering av endotrakealtuben er noe intensivsykepleierne er veldig oppmerksomme på og noe de ønsker å unngå. Noen har opplevd at de må holde armene til pasienten slik at han ikke drar ut tuben på egenhånd. Noen av intensivsykepleierne som har opplevd å holde armene til pasienten på denne måten, synes det har vært en ubehagelig opplevelse selv om de vet at det er det beste for pasienten.

Intensivsykepleierne har mye erfaring med å balansere bruken av opiat og sedasjon og føler seg trygge på bruken av de forskjellige medikamentene. De sier de bruker mindre Midazolam enn tidligere og har god erfaring med Propofol og Dexdor. Når det gjelder farmakologiske alternativer for sedativer, anbefales Propofol sterkt for kortvarig sedasjon og er overlegen Midazolam og andre beroligende midler. Det er like effektivt for middels og langvarig sedasjon som Midazolam i mer enn 72 timer. Så man kan bruke Propofol til både kortsiktige og langsiktige sedasjon trygt. Det anbefales også bruk av Ketamin som et alternativt beroligende middel til voksne mekanisk ventilerte intensivpasienter, spesielt hos pasienter med astma og hypotensivt blodtrykk (Temesgen *et al.*, 2021). Intensivsykepleierne erfarer at det er vanlig å gi pasienter sedasjon når de har ubehag istedenfor smertelindring. Under intervjuene reflekterer de over hvorfor det er slik og at de kanskje skulle gitt pasientene smertelindring i disse situasjonene istedenfor sedasjon. Når pasientene er i fasen hvor de skal respirator avvennes eller man ønsker å vekke pasienten før ekstubering, erfarer intensivsykepleierne at anestesilegene ofte ønsker å redusere både sedasjon og smertelindring samtidig. I denne fasen ønsker intensivsykepleierne at man i første omgang skal redusere sedasjonen for å se om pasienten har smerter eller plager, for deretter å redusere smertelindringen når pasienten selv kan gi uttrykk for at han har det bra eller ikke.

Intensivsykepleierne synes det er positivt med de pasientene som klarer å være våkne når de er intuberte. De mener det er logisk at det er bra å være våken og de er opptatt av alle de positive sidene dette kan gi. De som har opplevd å ha en våken intubert pasient som har klart å akseptere tuben og har vært rolige sier at de så at pasienten lyste opp og at det var godt å kunne kommunisere med pasienten da han kunne nikke og riste på hodet. De gangene det har fungert har informantene vært overrasket

over at pasienten har klart det, og de husker det som en positiv opplevelse. Intensivsykepleierne synes det er veldig artig å få muligheten til å kommunisere med pasientene når de er lett sederte. Det å få et innblikk i hvordan de har det og det å få tilbakemeldinger fra pasienten oppleves som veldig positivt selv om lett sederte pasienter stiller andre krav til kommunikasjon. Informantene erfarer at det er veldig vanskelig å kommunisere med pasienter som er intuberte selv om pasienten er lett sedert da pasienten uansett ikke kan snakke. Det er mulig å få et innblikk i hvordan pasienten har det, men man kan ikke helt vite hvordan pasienten egentlig har det sier en av intensivsykepleierne.

6.6 Positive erfaringer med tilstedeværende pårørende

Intensivsykepleierne erfarer at det er viktig både for pasienten og for helsepersonellet å ha kontakt med pasientens pårørende. Det er de pårørende som kjenner pasienten best og intensivsykepleierne benytter seg av deres kunnskap for å kartlegge hvem pasienten egentlig er og hva pasienten liker og ikke liker. Davidson *et al.* (2017) har utarbeidet retningslinjer hvor hovedmålet var å identifisere beste praksis for familiesentrert omsorg på intensivavdelingen basert på eksisterende forskning. Davidson *et al.* (2017) definerer "familie" og "familiesentrert omsorg" som følger: Familie defineres av pasienten eller, når det gjelder mindreårige eller de uten beslutningsevne, av deres verger. I denne sammenhengen kan familien være i slekt med eller uten slekt med pasienten. De er individer som gir støtte og som pasienten har et betydelig forhold til. Familiesentrert omsorg er en tilnærming til helsehjelp som respekterer og reagerer på individuelle familiers behov og verdier (Davidson *et al.*, 2017). Pasient- og familiesentrert omsorg i intensivavdelingen er ifølge Goldfarb *et al.* (2017) forbundet med økt pasient- og familietilfredshet, forbedret mental helsestatus og redusert ressursutnyttelse på intensivavdelingen. Det gir også reduserte totale liggedøgn i intensivavdelingen, men det gir ikke redusert dødelighet (Goldfarb *et al.*, 2017). I følge Davidson *et al.* (2017) vil en åpen eller fleksibel tilstedeværelse av familien bidra til å øke familiens tilfredshet og engasjement. De anbefaler også at familien får muligheten til å delta på tverrfaglige teamrunder i intensivavdelingen.

Familietilstedeværelse kan også være utfordrende for ansatte i intensivavdelingen og kan oppleves å øke arbeidsbelastningen og stress hos intensivavdelingens personale (Davidson *et al.*, 2017).

De fleste intensivpasienter klarer ikke å ta beslutninger om egen helse, og flere av dem utvikler akutt forvirring. De pårørende føler et stort ansvar overfor pasienten og gjør sitt beste for å snakke på deres vegne (Valle og Lohne, 2021). Valle og Lohne (2021) understreker betydningen av håp i intensivavdelingen og familiens håp ble styrket da legene og sykepleierne viste at de ikke hadde gitt opp og at de hadde tro på behandlingen som ble gitt. Når sykehuspersonalet hadde håp for en kritisk syk pasient, følte familiemedlemmene at dette var av stor betydning og at det økte deres eget håp. I følge Valle og Lohne (2021) bør sykepleiere og leger være mer bevisste på hvordan de kommuniserer

helseprognoser, verbalt og nonverbalt, for best mulig å beskytte og fremme håp hos pårørende. Å fremme håp hos pårørende som oppholder seg på intensivavdelingen ser ifølge Valle og Lohne (2021) ut til å være av enorm betydning. Intensivsykepleierne er vant til å inkludere pasientens pårørende i behandlingen og de har opplevd restriksjonene i forbindelse med Covid-19 pandemien som belastende. De ser frem til at sykehuset åpner mer opp igjen slik at de kan ha mer kontakt med pårørende enn de har hatt i denne pandemi perioden.

Ifølge intensivsykepleierne er pasientene mer enn seg selv. De er en del av noe mer, familie og venner, og intensivsykepleierne erfarer at det er viktig for pasientene at denne delen av dem også blir inkludert som en del av intensivbehandlingen. Intensivsykepleierne erfarer at det er enklere å ha våkne intuberte pasienter når man har fått informasjon fra pårørende om hvem som ligger i sengen, slik at de kan møte pasienten og deres behov når de våkner opp etter å ha vært dypt sedert. Ifølge Taylor, Hammer og Taylor (2021) er det viktig at familien informeres når man letter på sedasjonen og at de oppdateres etter hvert som sedasjonsletten skrider frem. Dette vil bidra til at familien blir en samarbeidspartner, noe som kan dempe angst og stress både hos pårørende og pasient. Pårørende kan også delta i å identifisere symptomer på abstinens hos pasienten når han våkner opp (Taylor, Hammer og Taylor, 2021). Ifølge Devlin *et al.* (2018) vil pasienten, dersom pasienten lider av delir når han våkner opp, konsekvent føle større tillitt til, og ta til seg oppmuntring fra pårørende kontra ansatte. Bannon *et al.* (2018) konkluderer med at familiens tilstedeværelse ble oppfattet som å skape en følelse av fortrolighet og trygghet for pasientene. Personalet i intensivavdelingen mente at familier var en underutnyttet ressurs og kunne brukes til å hjelpe til med kommunikasjon, orientering av pasienten, personalisering av musikkvalg og personlig pleie dersom passende opplæring og støtte var tilgjengelig. Familietilstedeværelse kan oppmuntres ved å legge til rette for mer fleksible besøkstider (Bannon *et al.*, 2018).

7.0 Metodisk refleksjon

7.1 Refleksjon om metodevalg

Kvalitativ metode ble valgt for denne studien da denne metoden ble ansett som mest relevant for å få innblikk i intensivsykepleiernes erfaringer med analgesedasjon i intensivavdelingen. Det ble valgt å gjennomføre semistrukturerte gruppeintervjuer da denne intervjumetoden kan gi en gruppedynamikk som kan bidra til at deltakerne åpner for innsikt av en annen karakter enn den vi får ved individualintervjuer (Malterud, 2012).

I fokusgruppeintervjuer er en av ambisjonene å utnytte samhandlingen mellom gruppedeltakerne for å få frem andre slags fortellinger enn ved individuelle intervjuer. Gruppeintervjuene gir hver enkelt

deltaker begrenset tid til å fortelle om sine erfaringer noe som forhindrer muligheten til å gå i dybden i den enkeltes deltakers erfaringer (Malterud, 2012), noe som kan være et problem for deltakere som synes det er ubehagelig å snakke høyt i en gruppe. En annen utfordring med gruppeintervjuer er at gruppedynamikken kan fostre en gruppekultur som gjør at det blir vanskelig å uttrykke individuelle erfaringer (Polit og Beck, 2020).

Det var forventet at gruppedynamikken skulle bidra til at samtalene skulle flyte og at deltakerne skulle føle en trygghet ved å sitte sammen og dele egne og felles erfaringer. Alle intervjuene hadde god flyt og fremdrift og det var ikke ofte det var behov for innblanding fra intervjuer, men det ble observert i noen tilfeller at det å sitte sammen på denne måten også kunne begrense deltakernes vilje til å kritisere egen avdeling og praksis. Jeg fikk i noen tilfeller følelsen av at noen av deltakerne hadde noe de ønsket å fortelle, men at de trakk seg i fortellingen da de møtte uenighet blant de andre deltakerne. I disse tilfellene valgte jeg å respektere deltakernes grenser og ikke grave dypere i disse temaene når det var tydelig at informantene vegret seg, til tross for at denne informasjonen hadde vært interessant å inkludere i studien.

Som nevnt tidligere startet alle intervjuene med en gjennomgang og presentasjon av temaet analgosedasjon, noe som kan ha bidratt til at deltakerne fikk en bedre oversikt og var bedre forberedt for spørsmålene i intervjuguiden.

7.2 Forforståelse og bakgrunn hos forsker

Jeg er intensivsykepleier og jobber i en intensivavdeling der jeg også er med i faggruppen «Sedasjon og tidlig mobilisering» som består av både intensivsykepleiere og en anestesilege. I mitt arbeide som intensivsykepleier har jeg observert at selv om PADIS allerede i 2013 anbefalte å bruke analgosedasjons strategier i intensivavdelinger, er det fortsatt mye usikkerhet rundt denne strategien. Jeg har observert at pasienter uten åpenbar diagnostisk grunn fortsatt er dypt sedert og at avdelingen fortsatt øker sedasjonen på natten hos pasienter som er lettere sedert på dagtid, noe som forsinker muligheten for tidlig mobilisering dagen etter på grunn av mulig ettervirkning av medisiner. I avdelingens sedasjon og tidlig mobiliserings gruppe jobber vi med å endre prosedyrene for smertelindring og sedasjon til en mer analgosedasjons fokusert prosedyre slik at vi blant annet kan mobilisere intensivpasientene så tidlig som mulig og forhåpentligvis tidligere enn før. Dette forutsetter at pasientene er lettere sederte enn mange av pasientene er nå og at de samtidig er godt smertelindret. Analgosedasjon er en strategi som kan gi oss muligheten til å oppnå dette og jeg ønsket derfor å se nærmere på hvilke erfaringer andre intensivsykepleiere har med analgosedasjon, for å kunne bidra til å utvikle en prosedyre som vil fungere best mulig i intensivavdelinger.

Det er første gang jeg inntar en forskerrolle, og denne rollen må møtes med ydmykhet og bevissthet. Min erfaring med analgosedasjon fra min praksis i klinikken og deltakelse i faggruppen «sedasjon og tidlig mobilisering» i intensivavdelingen jeg jobber i og kunnskap jeg tilegnet meg under videreutdanningen i intensivsykepleie, har bidratt til interesse for analgosedasjon. Mine egne erfaringer og nærheten til fagfeltet kan bidra til økt forståelse og kunnskap om temaet, men min forforståelse kan i noen tilfeller forhindre at jeg ser nye, ikke tidligere kjente aspekter ved temaet. For å unngå dette har jeg lyttet nøye og vært åpen og sensitiv overfor nyansene i intervjuene både under selve intervjuet og når jeg transkriberte ut ifra lydopptakene (Kvale *et al.*, 2015).

Intervjuguiden som ble benyttet inneholdt noen hovedtemaer som jeg forventet skulle bli diskutert. Disse temaene ble valgt ut ifra mine erfaringer, men jeg var ikke ute etter konsensus rundt disse temaene, men at temaene kun skulle være et hjelpemiddel hvis diskusjonen skulle stoppe opp. Det viste seg etter hvert at i intervjuene var deltakerne innom temaene i intervjuguiden uten innblanding fra min side. Selv om det var en del fellestrekk i intervjuene har jeg vært opptatt av å se bort fra min egen forforståelse og lagt vekt på de meningsbærende enhetene som skiller seg ut (Malterud, 2012).

Min erfaring med analgosedasjon er begrenset da jeg var ferdig utdannet intensivsykepleier i januar 2021 og har før dette kun jobbet med intuberte pasienter som student sammen med veileder. Selv om jeg ikke har lang erfaring med intuberte pasienter på respirator som er lett sederte eller våkne, er min erfaring at det kan være utfordrende å få til og at det er mer energikrevende og ressurskrevende for intensivsykepleierne. Jeg har også erfart at det kan være vanskelig å gjennomføre med dårlig bemanning og at det er stor variasjon blant anestesilegene hvor kunnskapsrike og entusiastiske de er i forhold til analgosedasjon. Fysioterapeutene og intensivsykepleiere som er opptatt av tidlig mobilisering er positive til analgosedasjon, og de fleste intensivsykepleiere gir uttrykk for at de mener at mobilisering generelt er viktig for pasienten. Min erfaring er også at det er stor variasjon mellom pasientene. Noen tåler å være våken og intubert bedre enn andre og dette er individuelle forskjeller som har mye å si i forhold til den praktiske gjennomføringen.

Min korte erfaring innen intensivsykepleie faget kan bidra til at jeg har mindre forutsetning for å forstå alle vurderingene intervjuobjektene gjør fullt ut og dette kan påvirke min analyse av intervjuene.

7.3 Refleksjon rundt utvalg og rekruttering

Utvalgskriteriene og rekrutteringsmetoden kan ha påvirket datamaterialet i denne studien. Som nevnt tidligere ble rekrutteringen gjort gjennom avdelingslederen i de tre avdelingene som deltok i studien. Lederen kjenner sine ansatte best, og har et godt utgangspunkt for å velge ut relevante deltakere til studien, men det er mulig at denne rekrutteringsmetoden kan ha bidratt til at man kan ha gått glipp av deltakere som kunne ha bidratt til studien men som ikke avdelingslederen valgte ut for å delta på

intervjuene. Ved å benytte inkluderings- og ekskluderingskriterier plukket avdelingslederne ut deltakere som var kvalifisert til studien. Da temaet for denne studien krever avansert kunnskap om gjennomføringen av analgesedasjon i intensivavdelingen, ble det besluttet å gjennomføre mini-fokusgruppeintervjuer med 4 spesialister i hver gruppe (Tjora, 2017). Dette ga så homogene grupper som mulig noe som bidro til samholdighet i gruppen og et høyt faglig nivå under intervjuene. Denne homogeniteten styrket også gruppedynamikken og bidro til et best mulig potensial til å belyse problemstillingen i denne studien. Det at gruppeintervjuene foregikk på 3 forskjellige sykehus ga variasjon og mangfold i erfaringene til deltakerne da sedasjonsprotokollene og den interne kulturen varierer på de forskjellige sykehusene (Malterud, 2012).

Pilotintervjuet som ble inkludert i studien ble gjennomført i samme avdelingen som jeg jobber selv. Under dette gruppeintervjuet deltok mine kollegaer som jeg jobber sammen med til daglig. Siden jeg kjente de som skulle intervjues hadde jeg forventninger til intervjuobjektene som jeg ikke hadde i de to andre gruppeintervjuene. Dette kan ha påvirket gjennomføringen av intervjuet og derfor også datamaterialet fra dette gruppeintervjuet (Tjora, 2017). Deltakerne kan ha følt en forpliktelse til å delta på studien da intervjuer er en kollega noe som også kan ha påvirket utvalget.

7.4 Refleksjon om datainnsamlingen

I tillegg til min forkunnskap om studiens tema ble det gjennomført et systematisk søk i relevante databaser etter annen forskning som kan belyse temaet. Resultatet av det systematiske søket ble gjennomlest før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Denne kunnskapen og det at jeg selv er intensivsykepleier, ga meg en trygghet som moderator under datainnsamlingen. Denne kunnskapsoppdateringen bidro også til at jeg kunne benytte meg av fagterminologi under gruppeintervjuene. Denne bruken av fagterminologi bidro til at intensivsykepleierne som ble intervjuet fikk en opplevelse av at jeg som intervjuer hadde innsikt i deres fagfelt, noe som bidro til god dialog med informantene.

Etter å ha gjennomført pilotintervjuet og hørt gjennom intervjuet i forbindelse med transkriberingen, ble jeg mer oppmerksom på min egen rolle som intervjuer. Jeg opplevde meg selv om for synlig i samtalebildet og ønsket å forbedre dette til de neste intervjuene. Jeg ble enda mer bevisst på min egen rolle som intervjuer og at jeg gjennomgående under hele intervjuet hadde behov for å la intervjuobjektene slippe mer til og kun involvere meg i samtalen der den enten stoppet opp, eller den var utenfor temaene i intervjuguiden. Jeg forsøkte også å unngå å bekrefte svar med «ja», «nei» og «mmm» og i stedet benytte meg av nonverbale virkemidler som å riste eller nikke på hodet. Dette fungerte tilfredsstillende under intervjuene som ble gjennomført etter dette. Som nevnt tidligere ble ingen av spørsmålene i intervjuguiden endret etter pilotintervjuet.

Intervjuene ble transkribert fortløpende og dette bidro til at jeg kunne reflektere over min innvirkning på intervjuene underveis, noe som ga meg selvtillit som intervjuer. Dette kan ha bidratt til en tryggere og mer stimulerende intervjusetting (Malterud, 2012). Det at alle intervjuene ble transkribert av samme person som utførte intervjuene oppleves som en styrke da det ga meg mulighet til å forbedre min rolle som intervjuer og samtidig bli ekstra godt kjent med det innsamlede datamaterialet.

7.5 Refleksjon om analysevalg

Ved gjennomføring av analysen av det empiriske datamaterialet ble det som nevnt tidligere benyttet induktiv innholdsanalyse. Denne analysemetoden ble oppfattet som systematisk og oversiktlig. All datainnsamlingen ble gjort ferdig før oppstart av analysen, da det var ønskelig med en oversikt over alle intervjuene for teksten ble kondensert.

Det ble benyttet en software som heter Nvivo som et hjelpemiddel til å systematisere dataene under analysen. Nvivo ga en god oversikt over dataene og opplevdes som et godt verktøy til dette formålet. Som nevnt tidligere ble alle stegene i denne studien gjennomført alene noe som har gitt en veldig god oversikt over de innsamlede dataene, men det har vært et savn etter noen å diskutere med under analysen. Diskusjoner med veileder underveis har vært viktig under denne analyseprosessen. Etter den første analyseringen av dataene var gjennomført, ble det gjort flere runder med analysering som en del av prosessen frem til resultat presentasjonen. Datamaterialet i studien er såpass stort at jeg måtte ved flere anledninger gå helt tilbake til det transkriberte råmaterialet for å se hvilken sammenheng kodene var hentet fra.

Min manglende forsker erfaring innen innholdsanalyse og tekstkondensering kan ha ført til at deler av datamaterialet kan ha blitt oppfattet som uviktig og derfor ikke kommet frem i studien. Dette kan ha hatt betydning for analysen og resultatet. Ved å drøfte både koder og temaer med veileder opplevde jeg at denne risikoen ble redusert og at den endelige analysen er relevant i forhold til det innsamlede datamaterialet.

8.0 Konklusjon

Intensivsykepleierne synes intuberte pasienter er en spennende pasientgruppe, men at det er en veldig ressurskrevende pasientgruppe å jobbe med. For at de skal klare å gjennomføre god analgosedasjon på denne pasientgruppen er de helt avhengige av at bemanningen er tilfredsstillende. Intensivsykepleierne kjenner analgosedasjonsprinsippet og opplever økt oppmerksomhet rundt viktighet og utfordringer med mere våkne respiratorpasienter. Noen intensivsykepleiere føler at de ikke har god nok kunnskap om analgosedasjon men de ønsker å øke sin kunnskap om dette behandlingsprinsippet. De ser at

analosedasjon er et behandlingsprinsipp som gir mange fordeler for pasienten og at det også kan være en fordel for intensivavdelingen da det kan føre til færre intensivdøgn for denne pasientgruppen. Det kan være vanskelig å vurdere om pasienten opplever smerter, og sykepleierne støtter seg på en rekke ulike kartleggingsverktøy som RASS, VAS og BPS. Det er behov for mere kunnskap blant leger og sykepleiere om analosedasjon slik at de lettere kan enes om felles mål og samarbeide bedre for å oppnå lett sederte eller våkne pasienter på respirator. Analosedasjon krever adekvat bemanning for å få dekket alle pasientens behov, og for at intensivsykepleierne skal føle seg trygge og klare å stå i situasjonen når pasientene er urolige eller gir uttrykk for ubehag eller smerte. Analosedasjon gir mulighet for tidlig mobilisering, og dette krever kunnskap, erfaring og bemanning. Det er utfordrende å kommunisere med den intuberte pasienten og det kan bidra til usikkerhet blant sykepleierne. Pårørende kan være en viktig ressurs da de kjenner pasienten best og kan bidra til å kartlegge pasientens plager og ubehag når pasienten selv ikke er i stand til å formidle dette. Intensivsykepleierne erkjenner at pasienten som er intubert og ligger på respirator er i en ekstrem situasjon og legger til rette for å normalisere dette.

9.0 Relevans for klinisk praksis

Funnene i denne studien trekker frem viktigheten av å legge til rette for personlig og faglig utvikling i intensivavdelingene, og at avdelingen har en vilje til å satse på kompetanseutvikling.

Intensivsykepleierne ønsker mer kunnskap om analosedasjon og de er avhengige av at anestesilegene også følge det samme prinsippet for at de skal sette realistiske og oppnåelige mål for pasientbehandlingen. Da PADIS allerede i 2013 (Barr *et al.*, 2013) anbefalte analosedasjon og intensivsykepleierne fortsatt ikke føler de har god nok kunnskap om denne metoden, kan det tyde på at både undervisningen i videreutdanningen av intensivsykepleiere og intensivavdelingene ikke har lagt godt nok til rette for å øke kompetanse om denne behandlingsmetoden frem til nå. Ved å ha økt fokus på analosedasjon i undervisningen av intensivsykepleierne under videreutdanningen og samtidig undervise intensivsykepleierne i intensivavdelingene på undervisningsdager, kan man øke kompetansen om dette prinsippet. I tillegg til kompetanseheving er intensivsykepleierne avhengige av at avdelingen sørger for adekvat bemanning slik at de ikke må stå alene med en pasient som er våken eller lett sedert på respirator da de opplever disse pasientene som mer krevende og ressurskrevende enn pasienter som er dypt sedert. Funnene i denne studien kan bidra til å bedre legge til rette for å implementere analosedasjon i intensivavdelinger som ikke allerede har analosedasjon som prosedyre for behandling av intuberte pasienter.

Referanseliste

- Bae, S.-H. *et al.* (2017) Nursing teams: behind the charts, *Journal of Nursing Management*, 25(5), s. 354-365. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12473>.
- Balas, M. C. *et al.* (2013) Implementing the Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring/Management, and Early Exercise/Mobility Bundle into Everyday Care: Opportunities, Challenges, and Lessons Learned for Implementing the ICU Pain, Agitation, and Delirium Guidelines, *Critical Care Medicine*, 41(9), s. S116-S127. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a17064.
- Balas, M. C. *et al.* (2018) Interpreting and Implementing the 2018 Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption Clinical Practice Guideline, *Critical Care Medicine*, 46(9), s. 1464-1470. doi: 10.1097/ccm.0000000000003307.
- Bannon, L. *et al.* (2018) Designing a nurse-delivered delirium bundle: What intensive care unit staff, survivors, and their families think?, *Australian Critical Care*, 31(3), s. 174-179. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.007>.
- Barr, J. *et al.* (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit, *Critical Care Medicine*, 41(1), s. 263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72.
- Beltrami, F. G. *et al.* (2015) Sleep in the intensive care unit, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41, s. 539-546.
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. og Wøien, H. (2018) "Pain relieved, but still struggling" —Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation, *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), s. e223-e234. doi: 10.1111/jocn.13920.
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. og Wøien, H. (2019) "Having the compass—drawing the map": Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgosedation in intensive care, *Nursing Open*, 6(2), s. 453-462. doi: 10.1002/nop2.227.
- Berntzen, H. *et al.* (2020) "Please mind the gap": A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care, *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), s. 2441-2454. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>.
- Chen, T.-J. *et al.* (2021) Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 113, s. 103782. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>.
- Davidson, J. E. *et al.* (2017) Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU, *Critical Care Medicine*, 45(1), s. 103-128.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet: 30.10.2020).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019a) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet: 18.11.2020).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019b) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 18.11.2020).
- Devabhakthuni, S. *et al.* (2012) Analgosedation: A Paradigm Shift in Intensive Care Unit Sedation Practice, *Annals of Pharmacotherapy*, 46(4), s. 530-540. doi: 10.1345/aph.1Q525.
- Devlin, J. W. *et al.* (2018) Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU, *Critical Care Medicine*, 46(9), s. e825-e873. doi: 10.1097/ccm.0000000000003299.

- Doiron, K. A., Hoffmann, T. C. og Beller, E. M. (2018) Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD010754.pub2.
- eHåndbok for Oslo universitetssykehus - internettutgaven (2021) *Intensivpasienter - smerte, uro/agitasjon og delirium, voksne*. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/56319#vedlegg> (Hentet: 13.10 2021).
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107-115.
- Everingham, K., Fawcett, T. og Walsh, T. (2014) 'Targeting' sedation: the lived experience of the intensive care nurse, *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), s. 694-703. doi: 10.1111/jocn.12058.
- Forskningsetikkloven (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2017-04-28-23).
- Frölich, Michael A., Zhang, K. og Ness, Timothy J. (2013) Effect of Sedation on Pain Perception, *Anesthesiology*, 118(3), s. 611-621. doi: 10.1097/ALN.0b013e318281592d.
- Goldfarb, M. J. et al. (2017) Outcomes of patient-and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis, *Critical Care Medicine*, 45(10), s. 1751-1761.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112.
- Gulbrandsen, T., Stubberud, D. -G. og Toverud, K. C. (2020) *Intensivsykepleie*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20).
- Hirzallah, F. M., Alkaiissi, A. og do Céu Barbieri-Figueiredo, M. (2019) A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients, *Nursing in Critical Care*, 24(2), s. 89-96. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12404>.
- International Association for the Study of Pain (2021) *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/> (Hentet: 10.10 2021).
- Kaier, K. et al. (2020) Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care, *BMC Health Services Research*, 20(1), s. 267. doi: 10.1186/s12913-020-05133-5.
- Kiekkas, P. et al. (2013) Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review, *Nursing in Critical Care*, 18(3), s. 123-134. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00542.x>.
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laerkner, E. et al. (2017) A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit, *International Journal of Nursing Studies*, 75, s. 1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>.
- Laerkner, E. et al. (2019) Negotiated mobilisation: An ethnographic exploration of nurse-patient interactions in an intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), s. 2329-2339. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14828>.
- Lin, F. et al. (2020) Early mobilisation of ventilated patients in the intensive care unit: A survey of critical care clinicians in an Australian tertiary hospital, *Australian Critical Care*, 33(2), s. 130-136. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.002>.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Marshall, J. C. et al. (2017) What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, *Journal of Critical Care*, 37, s. 270-276. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.
- Mehta, S., Spies, C. og Shehabi, Y. (2018) Ten tips for ICU sedation, *Intensive Care Medicine*, 44(7), s. 1141-1143. doi: 10.1007/s00134-017-4992-9.
- Norsk sykepleieforbund (2017) *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER> (Hentet: 02.11.2020 2020).
- Nowell, L. S. et al. (2017) Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria, *International journal of qualitative methods*, 16(1), s. 1609406917733847.

- Nydahl, P. *et al.* (2017) Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis, *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), s. 766-777. doi: 10.1513/AnnalsATS.201611-843SR.
- Oslo Universitetssykehus (2021) *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose> (Hentet: 10.10 2021).
- Park, S. Y. og Lee, H. B. (2019) Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines, *Acute and critical care*, 34(2), s. 117-125. doi: 10.4266/acc.2019.00451.
- Parry, S. M. *et al.* (2017) What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? A qualitative study with clinicians, *Journal of Critical Care*, 38, s. 137-143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.11.005>.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2020) *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Eleventh edition.; International edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Randen, I., Lerdal, A. og Bjørk, I. T. (2013) Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients, *Nursing in Critical Care*, 18(4), s. 176-186. doi: 10.1111/nicc.12012.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015) *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK*. Tilgjengelig fra: https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK (Hentet: 18.11.2020).
- Store medisinske leksikon (2021) VAS. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/VAS> (Hentet: 10.10 2021).
- Taylor, S. P., Hammer, J. M. og Taylor, B. T. (2021) Weaning Analgosedation in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation, *Journal of Intensive Care Medicine*, s. 08850666211048779.
- Temesgen, N. *et al.* (2021) Adult sedation and analgesia in a resource limited intensive care unit – A Systematic Review and evidence based guideline, *Annals of Medicine and Surgery*, 66, s. 102356. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102356>.
- Tjora, A. H. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valle, M. og Lohne, V. (2021) The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), s. 521-529. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12864>.
- Wang, Y.-Y. *et al.* (2018) Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review, *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), s. 81-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.007>.
- Weir, S. og O'Neill, A. (2008) Experiences of intensive care nurses assessing sedation/agitation in critically ill patients, *Nursing in Critical Care*, 13(4), s. 185-194. doi: 10.1111/j.1478-5153.2008.00282.x.
- Wøien, H. og Bjørk, I. T. (2013) Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: An explorative study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), s. 128-136. doi: 10.1016/j.iccn.2012.11.003.
- Zhang, L. *et al.* (2019) Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis, *PloS One*, 14(10), s. e0223185. doi: 10.1371/journal.pone.0223185.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med analgosedasjon i intensivavdelingen?»

En kvalitativ studie av intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon.

1. Kjennskap til analgosedasjonsbegrepet

Kjenner alle her til analgosedasjonsbegrepet?

2. Positive og negative erfaringer med analgosedasjon

Kan dere fortelle om erfaringer dere har med pasienter som er smertelindret og sedert etter analgosedasjonsprinsippet?

- Har dere eksempler på positive erfaringer?
- Har dere eksempler på negative erfaringer?

3. Spesifikke erfaringer i forhold til PADIS

Hvilke erfaringer har dere med denne pasientgruppen i forhold til:

- smertelindring?
- tidlig mobilisering?
- søvn?
- delir?

4. Påvirkning på arbeidshverdagen

Kan dere fortelle meg litt om hvordan analgosedasjon påvirker arbeidshverdagen?

- Arbeidsmengde?
- Dokumentasjon (RASS, BPS, VAS, CAM-ICU)?
- Bemanning?
- Tverrfaglig samarbeide (leger, fysio)?

5. Er det noe ved analgosedasjonsprinsippet dere skulle ønske var annerledes?

6. Er det noe dere vil fortelle som vi ikke har snakket om før vi avslutter?

Vedlegg 2

NSD godkjenning

Melding

23.02.2021 10:38

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen. Vi forutsetter da at den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet med vedlegg den 23.02.21 og vurderingen her. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 17.12.2021. Lydopptak, koblingsnøkkel og andre personidentifiserende opplysninger skal da slettes.

Ingen deltagere skal kunne gjenkjennes i publisasjon, verken direkte eller indirekte.

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.

UTVALGET HAR TAUSHETSPLIKT

Helsepersonellet du skal intervjuer har taushetsplikt. Datainnsamlingen må derfor gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter, pårørende eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. I følge meldeskjema skal det heller ikke innhentes identifiserende opplysninger om andre tredjepersoner, som f.eks. ledere og kollegaer.

Forsker og informanter har et felles ansvar for det ikke kommer frem opplysninger om identifiserbare tredjepersoner under intervjuet. Vi anbefaler at du tar dette opp med informantene før intervju.

Dere må være oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger om tredjeperson må utelates. Det gjelder f.eks. alder, kjønn, stilling, sted/institusjon, tidspunkt, diagnoser, spesielle hendelser og andre forhold som gjør det mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Vi anbefaler at informantene snakker generelt om sine erfaringer, og er svært forsiktig med å bruke eksempler/enkelthistorier.

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

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.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha rett til innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

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

Vi minner også om at hvis du skal oversende intervjutranskripsjoner til informantene (for å gi dem innsyn i sine egne opplysninger), må dette skje på en trygg måte (ikke ukryptert epost).

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

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 typer endringer det er nødvendig å melde:
nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 3

Tilråding fra personvernombudet

Journalført i Public 360°



Tom Erik Øderud
Tom-erik.oderud@sykehuset-innlandet.no

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet HF
Per Christian Jørgensen
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler:
Rådgiver Birgit Hovde

Vår ref.: 12927086

Brumunddal, 26.03.2021

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK NR 12927086 INTENSIVSYKEPLEIERENS ERFARINGER MED ANALGOSEDASJON

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Sykehuset Innlandet (SI). Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SI å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

Om saken – beskrevet av innmelder

Formål

Kort beskrivelse

Analgosedasjon er den anbefalte smerte / sederings strategien og det vil være nyttig å se på intensivsykepleiernes erfaringer med denne strategien, for å benytte denne kunnskapen til utarbeidelse av gode sedasjonsprotokoller i avdelinger som ennå ikke har tatt denne strategien i bruk.

Dataansvarlig

Navn på dataansvarlig organisasjon. Sykehuset Innlandet (SI) eller organisasjon utenfor SI (For eksempel NTNU, UIO, OUS).

NTNU

De registrerte

Hvem er de registrerte?

Personene som det innhentes / brukes opplysninger fra. Velg et eller flere alternativer som passer.

Ansatte

Opplysningene

BESØKSADRESSE:
Fumesveien 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 915 06 200 Telefaks: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST



Skal det samles inn nye opplysninger, eller skal det gjenbrukes allerede innsamlede opplysninger?

Kryss for et eller begge alternativ. Allerede innsamlet data kan være opplysninger fra pasientjournalen, registerdata, data fra NPR, SSB eller lignende

Nye opplysninger skal samles inn

Hva slags opplysninger skal samles inn?

Navn, fødselsnummer, helseopplysninger, demografi og så videre

- Navn, E-post

Behandling av opplysninger

Hvor / hvordan skal opplysningene behandles?

I SI benytter innsamlings og lagringsløsningene under. For mer informasjon om dette, se prosedyre i kvalitetsportalen, eller henvend deg til forskningsavdelingene i SI.

- Annet

Annet, beskriv

- Lydopptak av intervju. Anonymiserte transkriberinger av intervju. Lagres kryptert på sikker lagring hos NTNU. Slettes ved prosjektslutt.

Annet om innsamling og lagring av opplysninger

Utdyp hvis behov

- *Ikke besvart*

Hvis ID som navn og fødselsnummer erstattes med et nummer i materialet, hvor lagres koblingsnøkkelen som kobler ID med nummer?

- På papir, innelåst

Datoer

Oppstart dato

Omtrent

- 01.02.2021

Avslutning dato

Omtrent

- 17.12.2021

Dato for anonymisering eller sletting av opplysningene

(Hvis relevant)

- 17.12.2021

Databehandlere

Benyttes det databehandlere?

(Aktører som behandler dataene på vegne av deg)

- Nei

Publisering og tilgjengeliggjøring



Publisering og tilgjengeliggjøring av opplysningene / dataene.

Skal det publiseres en artikkel, en oppgave, en internundervisning eller annet? Beskriv

- Informasjonen skal brukes til en masteroppgave som senere skal være grunnlag for internundervisning.

Personvernombudets vurdering

Hensikten med denne kvalitetsstudien er å få innsikt i intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon. Analgosedasjon er den anbefalte smerte / sederingsstrategien for mekanisk ventilerte pasienter og det skal ses nærmere på intensivsykepleiernes erfaringer med denne strategien. Kunnskapen skal brukes til utarbeidelse av gode sedasjonsprotokoller i avdelinger som ennå ikke har tatt analgosedasjon i bruk.

Prosjektansvarlig henvender seg til leder for intensivavdeling(er) i SI, som legger fram forespørsel om deltakelse for ansatte som oppfyller kriteriene (minst to års erfaring, og erfaring med analgosedasjon). Det skal intervjues 4 personer.

Studien er en masteroppgave, forskningsansvarlig og dataansvarlig er NTNU. Prosjektet er godkjent hos NSD.

Personvernombudet har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen. Behandlingen av personopplysninger kan trå i kraft, forutsatt at vilkårene under er oppfylt.

Etter ikrafttredelse av ny personopplysningslov, er det lovlige grunnlaget for behandling av personopplysninger personvernforordningen artikkel 6.1 bokstav

a. Samtykke

Vilkår:

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
- Ved vesentlige prosjektendringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Prosjektet / saken er forankret hos avdelingssjef for det aktuelle fagområdet i SI
- Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet hos dataansvarlig som er NTNU.

Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet.

Lykke til videre

Vennlig hilsen

Birgit Hovde
Rådgiver hos personvernombudet i SI
936 422 75
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Vedlegg 4

Informasjonsskriv til avdelingsleder

INFORMASJON OM FORSKNINGSPROSJEKTET

Dette informasjonsbrev gjelder en studie med tittel «Intensivsykepleieres erfaringer med analgosedasjon i intensivavdelingen», som det er ønskelig å gjennomføre ved hjelp av intensivsykepleiere som arbeider ved deres avdeling.

Mitt navn er Tom-Erik Øderud og jeg har akkurat fullført videreutdanning i intensivsykepleie ved Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet (NTNU) Gjøvik. Jeg ønsker nå å gjennomføre denne studien som en del av min masteroppgave ved NTNU Gjøvik. Planen er å videreutvikle denne masteroppgaven til en vitenskapelig artikkel og deretter publisere den. Jeg henvender meg til deg som avdelingsleder for å få mulighet til å intervju 4 intensivsykepleiere i din avdeling gjennom et fokusgruppeintervju.

Hensikten med denne studien er å få innsikt i intensivsykepleiernes erfaringer med analgosedasjon. Analgosedasjon er den anbefalte smerte / sederings strategien for mekanisk ventilerte pasienter og det vil være nyttig å se på intensivsykepleiernes erfaringer med denne strategien, for å benytte denne kunnskapen til utarbeidelse av gode sedasjonsprotokoller i avdelinger som ennå ikke har tatt denne strategien i bruk.

Jeg ønsker kontakt med intensivsykepleiere som har minst 2 års erfaring fra intensivavdelinger for voksne, som har erfaring med analgosedasjon og som snakker norsk, svensk eller dansk. Det er også ønskelig med variasjon i erfaringsnivå hos deltakerne og intervjuet vil vare ca. 60min.

Jeg sender dette informasjonsbrevet til deg som avdelingsleder med et ønske om at du kontakter intensivsykepleiere i din avdeling som kan være aktuelle deltakere i denne studien. De intensivsykepleierne som ønsker å delta kan sende e-post til undertegnede og disse vil da motta et samtykkeskjema med ytterligere informasjon om studien.

Jeg håper det er interesse for å delta på studien og jeg ser frem til å høre fra dere.

Veileder for studien er Førsteamanuensis Kristian Ringsby Odberg på NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap

Med Vennlig Hilsen

Tom-Erik Øderud

tomeriko@stud.ntnu.no

Tlf: 920 69 337

Vedlegg 5

Informasjonsskriv til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet «Intensivsykepleierens erfaringer med analgosedasjon i intensivavdelingen»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i intensivsykepleierens erfaringer med analgosedasjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Analgosedasjon er den anbefalte smerte / sederings strategien og det vil være nyttig å se på intensivsykepleierens erfaringer med denne strategien, for å benytte denne kunnskapen til utarbeidelse av gode sedasjonsprotokoller i avdelinger som ennå ikke har tatt denne strategien i bruk.

Vi stiller følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med analgosedasjon i intensivavdelingen?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Veileder for studien er Førsteamanuensis Kristian Ringsby Odberg på NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap. Kristian Ringsby Odberg er ansvarlig for denne studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er utdannet intensivsykepleier og har mer enn 2 års erfaring fra intensivavdeling for voksne og du har erfaring med analgosedasjon. Det er flere intensivsykepleiere fra den samme avdelingen som har fått denne henvendelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil gjennomføre et gruppeintervju i din avdeling med 3-4 intensivsykepleiere og intervjuet vil registreres ved å ta lydopptak. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du, sammen med 2-3 andre intensivsykepleiere, møtes til et gruppeintervju som vil ta ca. 60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ditt navn vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra de øvrige dataene slik at all informasjon som benyttes i prosjektet vil være anonymisert. Det betyr at deltakerne ikke vil kunne gjenkjennes i den endelige publikasjonen. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til dataene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i desember 2021. Alle personopplysninger og lydopptak blir slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved masterstudent Tom-Erik Øderud på epost (tom-erik.oderud@stud.ntnu.no) eller på telefon 920 69 337.
- NTNU Gjøvik, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved Førsteamanuensis Kristian Ringsby Odberg på epost (kristian.odberg@ntnu.no) eller på telefon 611 35 399

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristian Ringsby Odberg
(Førsteamanuensis/veileder)

Tom-Erik Øderud
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Intensivsykepleierens erfaringer med analosedasjon i intensivavdelingen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Deltakerne kan få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv ved å ta kontakt med enten masterstudent eller veileder. De kan få tilgang til forespurt transkribert materiale av seg selv for gjennomlesning.

Deltakerne kan trekke samtykket ved å ta kontakt med enten masterstudent eller veileder for prosjektet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)