

Regina Eide

## **Skjær i sjøen**

En Q-metodologisk undersøkelse av helsepersonells opplevelse av delaktighet i  
etisk utfordrende beslutningsprosesser

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap

Trondheim, våren 2015

Veileder:

Camilla Fikse

Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Trondheim



## Sammendrag

Denne mastergradsavhandlingen søker å skape innsikt i helsepersonells subjektive oppfatning av sin egen deltakelse i medisinske beslutningsvalg som gjelder langtidsintensivpasientens behandling. Ut fra et rådgivningsperspektiv er det ønskelig å øke den gjensidige forståelsen for de forskjellige syn eller perspektiv som de ulike aktørene i det tverrfaglige behandlerteamet har som utgangspunkt for deres personlige og profesjonelle tilnærming. Forskningsstudien er gjennomført ut fra følgende problemformulering: *Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende beslutningsvalg som gjelder langtidsintensivpasientens behandling?*

Studien er basert på en Q-metodologisk undersøkelse som inkluderer 55 deltakere fra ulike profesjoner med minst 10 år klinisk erfaring med langtidsintensivpasienter og som er tilknyttet pasientene i en interdisiplinær intensivavdeling ved et norsk universitetssykehus. Forskningsdataene ble analysert ved hjelp av dataprogrammet PQMethod (Schmolck, 2002). En valgt trefaktorløsning synliggjorde tre fremtredende, ulikt opplevde faktorsyn eller perspektiv på hvordan helsepersonell opplever sin delaktighet i etisk utfordrende beslutningsprosesser.

Faktorfortolkningen viser til likhetstrekk i faktorsynene der ekspertene synes å formidle en tydelig mening om å ikke ville basere sine beslutninger alene på sin egen fagspesifikke kompetanse, men derimot søker å rådføre seg med annet helsepersonell for å kunne komme fram til etisk riktige avgjørelser for pasientens behandling. Gode tverrfaglige relasjoner mellom ekspertene anses å ha betydning for effekten og kvaliteten av behandlingen. Alle informanter virker å fremsette et behov for å kunne få tilgang til hverandres vurderinger og overveielser på et tidligere tidspunkt i pasientforløpet slik at det fremmer informasjonsflyten.

Studien har også resultert i synliggjøring av betydelige forskjeller på hvordan helsepersonell opplever så vel det kommunikative som det relasjonelle i det tverrfaglige teamet.

Fagpersonene med Faktorsyn 1 og 3, bestående i hovedsak av leger, gir hverandre gjennom denne studien en tvers gjennom positiv tilbakemelding på deres samarbeid og at de kjenner seg inkludert i beslutningsprosesser. Fagpersonene som representeres ved Faktorsyn 2, bestående av intensivsykepleiere, gir uttrykk for at de mangler innflytelse og delaktighet og at de kjenner seg ekskludert fra beslutningsprosesser. Det kan virke som at samarbeidet og en noe ulik helhetlig tilnærming i pasientbehandlingen, kan være til hinder for en optimal benyttelse av menneskelige og faglige ressurser som finnes i det tverrfaglige teamet.



## **Abstract**

This Master's thesis has its focus on healthcare professionals' subjective evaluation of their participation in ethically challenging management decision making processes for long-term intensive care patients. It is desirable that the various healthcare professionals endeavor to understand the different attitudes and approaches that would appear to be prevalent in each professional group.

This research study is based on the following statement:

*How do healthcare professionals evaluate their participation in ethically challenging patient management decision making processes with long-term intensive care patients?*

The study was a Q-methodology analysis of 55 healthcare providers with various medical professional backgrounds and a minimum of 10 years clinical experience of working with long-term intensive care unit patients at a multidisciplinary intensive care unit at a Norwegian university hospital. The research data was analyzed using PQMethod software (Schmolck, 2002). A chosen three-factor-solution represents three prominent and differently points of view on how healthcare professionals experience their participation in ethically challenging patient management decision making processes.

An analysis of these subjective viewpoint factors demonstrates a hesitancy by professionals to make patient management decisions exclusively based on their own conclusions but rather would choose to make ethically challenging decisions in cooperation with other healthcare providers from other professions. Good working relationships between various experts with different professional backgrounds would appear to have an effect on the efficacy and quality of treatment. All participants agreed that there was a need to share in other colleagues' evaluations and approaches at an earlier phase in order to improve the flow of information between the professionals.

The study concludes that there are real differences in how members of these multidisciplinary teams view how well the various healthcare groups communicate with and understand each others' point of view. Healthcare providers with Q "sort" Factor 1 and 3, mostly physicians, give an almost exclusively positive feedback on how well they felt included in the decision making process. Healthcare providers with Q "sort" Factor 2, intensive care nurses, concluded that they lacked influence and felt excluded from patient management decision making processes. It would appear that varying professional groups have different interpretations of how well interdisciplinary groups work and that this may limit the potential for improving patient care.



## Forord

Intensivmedisinen har i de over tretti år som jeg har jobbet innenfor dette fagfeltet gjennomgått en rivende utvikling innen avanserte behandlingsmetoder og teknikker og innen medisinsk teknologi. Jeg føler at jeg er heldig som har fått og fortsatt får arbeide på lag med engasjerte spesialister fra eget fag og fra andre disipliner som er dedikerte for oppgavene i sine respektive spesialiseringer og som har utviklet sine fag til de høyeste nasjonale, og til dels også internasjonale standarder. Jeg fikk utvikle meg i et stimulerende miljø der intensivpasienten og dens familie står i sentrum for vår profesjonelle innsats.

I alle år har jeg hatt en særlig interesse for behandlerens opplevelse av å leve i spenningsfeltet mellom seg selv som individ med sine egne behov og i relasjon med mennesker i sjokk og krise, som på et øyeblikk har fått snudd sin tilværelse på dramatisk vis. Å jobbe i et fagfelleskap i dette spenningsfeltet kan oppleves som dypt meningsfylt og givende, men til tider også svært krevende. Faglig veiledning og rådgivning har gitt meg kunnskap om og redskaper til egen og andres personlige og faglige vekst og utvikling, til å kunne se sammenhenger i intra- og interpersonlige prosesser som tar innflytelse på måten vi opplever oss som individer i møte med intensivverdenen.

Tusen takk til alle leger, fysioterapeuter og intensivsykepleiere, mine informanter, som bidro med en så helhjertet og sporty innsats ved å stille til intervjuer og ved å gjennomføre en for dere metodologisk uvant sorteringsprosedyre i en særdeles arbeidsintensiv periode på jobben. Jeg håper at jeg med denne avhandlingen får gitt noe tilbake for åpenheten og ærligheten dere deler tankene med hverandre og med meg. At denne studien kan være et eksempel på at vi i felleskap kan evne å manøvrere mellom *skjær i sjøen* og løse noen floker underveis, slik at vi kan ta vare på oss selv og på hverandre på en enda bedre måte, i en jobbhverdag preget av så vel engasjement og entusiasme som utfordringer, tidspress og krav.

Min takk går også til avdelingslederne som stilte velvillig med ressurser og tilrettela for gjennomføringen av forskningsprosjektet.

Jeg takker veilederen min, førsteamanuensis Camilla Fikse, for solid, konstruktiv og engasjert veiledning, ved å balansere så utmerket faglige krav og utfordringer og empati, humor og oppmuntring.

Ingeborg Alexandersen, førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, var en verdifull støttespiller for meg og jeg setter stor pris på våre klargjørende samtaler og refleksjoner.

En stor takk går til min familie, som alltid, og på alle måter har støttet meg gjennom studietiden og spesielt under den avsluttende skriveprosessen med denne masteravhandlingen.

Til slutt retter jeg takken til min ektemann og venn Eugen for friske diskusjoner og refleksjoner, og for tålmodighet og optimisme, alltid, når jeg hadde behov for det.

*Skulle jeg ønske meg noe,*

*da ville jeg ikke ønske meg rikdom eller makt,*

*men mulighetens lidenskap.*

*Det øye som overalt, evig ungt,*

*evig brennende, ser muligheten.*

*Søren Kierkegaard*

Trondheim, mai 2015

Regina Eide



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Oppgavens tema og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Studiens intensjon og problemstilling .....	2
1.3	Vitenskapsteoretisk ståsted .....	3
1.4	Avveininger og begrepsavklaringer .....	4
1.4.1	Intensivmedisin og langtidsintensivpasientens livsverden .....	4
1.4.2	De etisk utfordrende beslutningsvalgene og beslutningsprosessen .....	6
1.5	Oppgavens strukturelle oppbygging .....	7
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>9</b>
2.1	Person- og relasjonsdimensjonen .....	9
2.1.1	Avhengighetsrelasjoner .....	11
2.1.2	Maktdimensjonen .....	12
2.1.3	Uavhengighetsrelasjoner .....	13
2.1.4	Gjensidighetsrelasjoner .....	13
2.2	Faser i gruppeprosessen .....	14
2.3	Samarbeid – tverrfaglig samarbeid – tverrfaglig teamarbeid .....	16
2.4	Fremmede og hemmende forhold i kommunikasjonen .....	18
2.5	Fokus i beslutninger - Helheten vs organspesifikt sykdomsbilde .....	20
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>23</b>
3.1	Q-metodologiens bakgrunn og idegrunnlag .....	23
3.2	Subjektivitet .....	24
3.3	Selv-referanse.....	24
3.4	Operant subjektivitet .....	25
3.5	Stegene i forskningsprosessen.....	25
3.5.1	Valg av tema og kommunikasjonsunivers .....	25
3.5.2	Eksperimentelt design og Q-utvalg .....	26
3.5.3	P- utvalget .....	28
3.5.4	Q-sortering og instruksjonsbetingelse .....	29
3.5.5	Faktoranalyse .....	30
3.5.6	Faktorfortolkning .....	33
3.6	Kvaliteten i studien .....	34
3.6.1	Post-intervju .....	34
3.6.2	Reliabilitet .....	34
3.6.3	Validitet .....	35
3.6.4	Forskningsetiske betraktninger .....	35
3.6.5	Forskerrollen .....	36

<b>4</b>	<b>Presentasjon og fortolkning av faktorene</b> .....	<b>39</b>
4.1	<b>Faktor 1 - Inkludert og gjensidig avhengig i et tverrfaglig teamarbeid</b> .....	<b>40</b>
4.1.1	Åpen kommunikasjon og dialog .....	40
4.1.2	Et gjensidig samarbeid inkluderer alle i det tverrfaglige teamet.....	41
4.1.3	Den krevende beslutningsprosessen.....	41
4.1.4	Stort felles ansvar for beslutningsvalg, distansert pasient-behandler-relasjon.....	42
4.1.5	Oppsummerende helhetsbilde av Faktor 1 .....	43
4.2	<b>Faktor 2 - Ekskludert fra beslutningsprosessen og avhengig i samarbeidet.</b> .....	<b>44</b>
4.2.1	Ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid - til pasientens beste .....	44
4.2.2	Fokus på pasientens livsverden og dens helhetlige situasjon.....	45
4.2.3	Pasientens livsverden engasjerer – en nær pasient-behandler-relasjon.....	45
4.2.4	Ønske om journalføring og om en handlingsstrategi .....	46
4.2.5	Oppsummerende helhetsbilde av faktor 2.....	46
4.3	<b>Faktor 3 – Inkludert og uavhengig i samarbeidet</b> .....	<b>48</b>
4.3.1	Kvalitetssikring av beslutningsvalg - en verdi i det tverrfaglige samarbeidet .....	48
4.3.2	Nærhet, empati og omsorg .....	49
4.3.3	Uavhengig i samarbeidet, ønske om å ha hovedansvaret for beslutninger.....	49
4.3.4	Oppsummerende helhetsbilde av Faktor 3 .....	49
4.4	<b>Forskjeller og likhetstrekk mellom Faktor 1, 2 og Faktor 3</b> .....	<b>50</b>
4.4.1	Likhetstrekk mellom de tre faktorene – konsensusutsagn.....	50
4.4.2	Ulikheter mellom de tre faktorene – diskriminerende utsagn .....	51
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>55</b>
5.1	<b>Ulik opplevelse av dialogen og kommunikasjonen</b> .....	<b>55</b>
5.2	<b>Relasjonsdimensjonen i det tverrfaglige samarbeidet</b> .....	<b>58</b>
5.2.1	Opplevelsen av å være inkludert i beslutningsprosessen - gjensidig avhengig i samarbeidet.....	59
5.2.2	Opplevelsen av å være ekskludert fra beslutningsprosessen – avhengig i samarbeidet .....	60
5.3	<b>Etisk utfordrende beslutningsvalg</b> .....	<b>63</b>
5.3.1	Prinsippet om autonomi, velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet .....	63
5.3.2	Nærhet og distanse i pasient-behandler-relasjonen.....	65
<b>6</b>	<b>Oppsummering av studien</b> .....	<b>69</b>
6.1	<b>Implikasjoner for praksis</b> .....	<b>70</b>
6.2	<b>Videre forskning</b> .....	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>I</b>
8.1	<b>Vedlegg 1: Intensivmedisin og langtidsintensivpatientens livsverden</b> .....	<b>I</b>
8.2	<b>Vedlegg 2: De etisk utfordrende beslutningsvalgene og beslutningsprosessen</b> .....	<b>IV</b>
8.3	<b>Vedlegg 3: Q-metodologiens bakgrunn og idegrunnlag</b> .....	<b>VII</b>
8.4	<b>Vedlegg 4: Eksempel på kvasinormalfordeling/sorteringsmatrise</b> .....	<b>IX</b>

8.5	Vedlegg 5: Informasjonsbrev til forskningsdeltakere .....	X
8.6	Vedlegg 6: Samtykkeerklæring .....	XI
8.7	Vedlegg 7: Følgebrev til forskningsdeltakere .....	XII
8.8	Vedlegg 8: Instruksjonsbetingelse .....	XIII
8.9	Vedlegg 9: 48 utsagn i rekkefølge og faktorenes plassering .....	XV
8.10	Vedlegg 10: Uroterte faktorer .....	XVII
8.11	Vedlegg 11: Gjennomsnittsmønster for de tre Faktorsynene .....	XVIII
8.12	Vedlegg 12: Konsensusutsagn (jf kapittel 4.4.1) .....	XIX
8.13	Vedlegg 13: Diskriminerende utsagn (jf kapittel 4.4.2) .....	XIX
8.14	Vedlegg 14: Deltakernes faktorladninger i 3-faktorløsningen.....	XX
8.15	Vedlegg 15: Faktor 1 - Inkludert og gjensidig avhengig i et tverrfaglig teamarbeid .....	XXI
8.16	Vedlegg 16: Faktor 2 - ekskludert fra beslutningsprosessen og avhengig i samarbeidet. ....	XXIII
8.17	Vedlegg 17: Faktor 3 - Inkludert og uavhengig i samarbeidet .....	XXV
8.18	Vedlegg 18: Godkjenning fra NSD.....	XXVII
8.19	Vedlegg 19: Vurdering om fremleggingsplikt for REK .....	XXIX

## Tabelloversikt

Tabell 1: Eksperimentell design for studien (etter Fisher's balanced block design) .....	27
Tabell 2: Korrelasjon mellom faktorene .....	32
Tabell 3: Studiens reliabilitet .....	34

## Figuroversikt

Figur 1: <i>The Arc Model</i> (McClure, fig 5.7., <i>Group Stages Arc</i> , s.70). .....	14
Figur 2: Gjennomsnittsmønster for Faktor 1.....	40
Figur 3: Gjennomsnittsmønster for Faktor 2.....	44
Figur 4: Gjennomsnittsmønster for Faktor 3.....	48



# 1 Innledning

Denne studien tar utgangspunkt i det tverrfaglige samarbeidet for helsetjenesten som langtidsintensivpasientene er mottakere for. Den aktuelle pasientgruppen behandles i en multidisiplinær, generell intensivavdeling ved et større norsk universitetssykehus. Avdelingen danner studiens kontekst. Den medisinske behandlingen av langtidsintensivpasientene er kompleks og krever involvering av mange yrkesprofesjoner. I denne studien ønsker jeg å undersøke forskjellige legers, fysioterapeuters og intensivsykepleieres subjektive opplevelse av sin delaktighet i etisk vanskelige beslutninger som tas når det gjelder langtidsintensivpasientens behandling. Jeg ønsker å anvende Q-metodologien som forskningsmetode for en systematisk undersøkelse av ovenfor nevnte personers subjektivitet med tanke på at synspunkter, av personlig og sosial betydning, er kommuniserbare og at de alltid er videreutviklet ut fra en posisjon av ”selv-referanse” (McKeown & Thomas, 1988).

## 1.1 Oppgavens tema og bakgrunn for valg av tema

Med bakgrunn i over 30 års yrkeserfaring som sykepleier og 17 år som intensivsykepleier har jeg opparbeidet meg en klinisk kompetanse som inkluderer spesialsykepleie for langtidsintensivpasienten og et omfattende omsorgsarbeid for dens pårørende. Utover dette har jeg, gjennom mitt arbeid som faglig veileder for intensivsykepleiere fra forskjellige intensiv- og observasjonsavdelinger, tilgang til også deres praksiserfaringer relatert til den aktuelle pasientgruppen. Studiens tematikk har vokst fram i veiledningssammenheng og ut fra samtaler med helsepersonellet på min arbeidsplass. Den omhandler *kommunikative og relasjonelle utfordringer innad i behandlerteamet. Dette gjelder spesielt informasjonsflyten av faglige og etiske resonnementer ved beslutninger i intensivpasientens mest alvorlige sykdomsfaser.* Jeg opplever at det etterspørres en åpen og tydelig kommunikasjon der representanter fra alle involverte yrkesgrupper lyttes til på lik linje, og der de forskjellige erfaringsperspektivene kan danne utgangspunkt for den helhetlige behandlingen av langtidsintensivpasientene. Dette behovet peker på avhandlingens tittel som synes å beskrive helsepersonells opplevelse av å ofte måtte manøvrere mellom etiske utfordringer eller dilemmaer, som mellom *skjær i sjøen*, der det er behov for fyrlykter (jf en åpen og tydelig kommunikasjon) som hjelper å finne en mest mulig trygg fartsled, slik at langtidsintensivpasienten kan ivaretas ved en etisk og medisinsk mest riktig og best tilpasset, helhetlig behandling.

## 1.2 Studiens intensjon og problemstilling

Denne studien har primært sin tilhørighet i et samfunnsvitenskapelig fagfelt, i Rådgivningsvitenskapen. Samfunnsvitenskapelig forskning søker å skape kunnskap om på hvilken måte mennesker og sammenslutninger av mennesker utvikler seg i forhold til hverandre. Det pedagogisk-psykologiske rådgivningsfeltet har som mål å hjelpe personer til å utvikle selvinnsikt og ferdigheter som øker deres handlings- og samhandlingskompetanse. Personene hjelpes videre til å kunne ta innflytelse på sine valgforutsetninger, og til å øke sin beslutningskompetanse.

Med dette som utgangspunkt håper jeg at dette forskningsprosjektet vil få relevans for arbeidet til det tverrfaglige behandlerteamet som har det medisinske og helsefaglige ansvaret for langtidsintensivpatienten. Min studie tilsikter videre å få en nytteverdi for kunnskapsutviklingen om tverrfaglig, relasjonell samhandling og om kommunikasjon i en intensivavdeling. Dette kan videre danne grunnlaget for å frambringe endringsprosesser for en mer helhetlig og tilfredsstillende pasientbehandling. Min intensjon er å hjelpe praksisfeltet til ønsket vekst og utvikling. Dette kan oppnås ved at prosjektet bidrar til økt forståelse for og innsikt i forhold som fremmer eller hemmer en effektiv bruk av medarbeiderressurser.

Hensikten med å stimulere til slik bevisstgjøring og refleksjon er å kunne tilby langtidsintensivpatienten en intensjonell tilsiktet og helhetlig helsehjelp som er basert på faglig og etisk velfunderte resonnementer og som inkluderer perspektivene fra alle involverte profesjonene i det tverrfaglige teamet. Ut fra ovennevnte er oppgavens problemstilling:

*Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet når det gjelder etisk utfordrende avgjørelser angående langtidsintensivpatientens behandling? En Q-metodologisk undersøkelse av helsepersonells subjektive opplevelse av beslutningsprosessen.*

Forskningsspørsmålene som belyser problemstillingen er:

- Hvilke subjektive syn har helsepersonell i sin tverrfaglige tilnærming når det gjelder å ta beslutninger for langtidsintensivpatientens behandling?
- Hva opplever helsepersonell som etisk utfordrende med tanke på avgjørelser som tas for pasientens videre medisinske behandling?
- Hvordan opplever yrkesutøverne sine egne bidrag med henblikk til å svare på kravet om en helhetlig behandling av pasienten og for omsorgen i møte med dens pårørende?

### 1.3 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne forskningsstudien innen rådgivningsvitenskap er forankret i humanismen og i eksistensialistisk filosofi. Sentrale vilkår av den menneskelige eksistens omhandler frihet, ansvar, håp, mening, angst, lidelse og erkjennelse av døden. Ut fra et eksistensialistisk perspektiv betraktes mennesket, i utgangspunktet, som å være fritt, med retten og ansvaret til å velge sitt eget liv (Leenderts, 2014). Individet tilskrives å være en aktør i sitt eget liv og at det evner å håndtere sine egne utfordringer og konflikter. I følge et dialektisk og holistisk menneskesyn utvikler individet seg i en gjensidig vekselvirkende prosess mellom menneske og miljø på det vis at begge påvirker og påvirkes (ibid.). Ut fra positiv psykologi, fokuserer rådgivning heller på individets muligheter, ressurser og potensialer enn på vedkommendes mangler og inkompetanse. En slik rådgivning søker å hjelpe personen til å utvikle selvinnsikt og ferdigheter som øker dens handlings- og samhandlingskompetanse (Johnson & Johnson, 2013). Noe som avhandlingens intensjon sikter til.

Ut fra et fenomenologisk perspektiv ønsker jeg ved denne studien, slik som Thagaard (2013) beskriver det, å utvikle en forståelse av essensen av den relasjonelle kompetansen som de ulike fagpersonene gjør bruk av i sitt tverrfaglige samarbeid (Thagaard, 2013). Et fenomen må forstås i den konteksten det inngår i. Det er en funksjon eller et resultat av helheten, der mennesket oppfatter og interpreterer omverdenen ut fra sitt unike synspunkt. (Sohlberg & Sohlberg, 2013). Undersøkelser av fagpersonenes subjektive opplevelse faller innunder Q-metodologien, forskningsmetoden jeg har anvendt i prosjektet. Som forsker er også min egen subjektivitet involvert i alle ledd av forskningsprosessen (Brown, J.R., 1996; Brown, S.R.; Watts & Stenner, 2012). Å være subjektivt deltakende byr på utfordringer med tanke på nærheten til forskningsfeltet. I og med at jeg utførte min studie innenfor mitt eget fagfelt ble det nødvendig å rette et særlig fokus på forskerrollen, noe som blir mer utdypende belyst i kapittel 3.6.5. For å styrke studiens transparens er det nødvendig å kommentere mitt eget yrkesfaglige ståsted som intensivsykepleier, som legger premissene for mine egne perspektiv når det gjelder oppgavens tema. Jeg støtter meg i mitt sykepleieretiske og filosofiske syn til den *interaksjonelle sykepleiepraksis*, utviklet av Merry Elisabeth Scheel (1929-2007), som er påvirket av det fenomenologisk-eksistensielle menneskesynet. I følge det blir mennesket til i kraft av sin interaksjon med andre mennesker. Dette samsvarer med det forut nevnte dialektiske og holistiske menneskesynet som rådgivningen baserer på. Den interaksjonelle sykepleiepraksis befinner seg i følge Scheel (2013) i spenningsfeltet mellom naturvitenskap,

humanvitenskap og samfunnsvitenskap og anses som en helhetlig tilnærming med mulighet til å fremskaffe kunnskap om og erkjennelse av pasientens muligheter og begrensninger relatert til pleie- og omsorgshandlinger i sykepleiepraksis<sup>1</sup>.

Langtidsintensivpasienten er mottaker for helsehjelpen som ytes av studiens fagpersoner. Når det gjelder å kunne anvende sin beslutningskompetanse i teamet, forutsetter det solid kunnskap om etikk og norsk helselovverk. Den norske helseetikken og helsepersonells yrkesetikk er tuftet på det humanistiske menneskesynet (Barbosa da Silva, 2006). Menneskers likeverdighet danner det etiske grunnlaget for de mest grunnleggende rettigheter, som er: retten til liv, trygghet (eller lykke) og retten til frihet. Slik er de spesifiserte i FNs universelle erklæring om menneskerettighetene (1948). Rettighetene har positive etiske konsekvenser for likebehandlingen og for den rettferdige fordelingen av samfunnets ressurser slik de er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, i helsepersonelloven og i loven om spesialisthelsetjenesten (alle 1999). Dette lovverket danner grunnlaget for langtidsintensivpasientens rett til helse- og omsorgstjenester.

#### **1.4 Avveininger og begrepsavklaringer**

I det følgende presenterer jeg begrepsavklaringer om ulike sentrale begrep i studien for å sørge for en felles forståelsesramme. Slike begrep er: intensivmedisin, langtidsintensivpasienten, de etisk vanskelige beslutningene og livsforlengende behandling.

##### **1.4.1 Intensivmedisin og langtidsintensivpasientens livsverden**

Intensivmedisinen har sitt utspring i 1950 tallets store polioepidemier i Skandinavia. Faget preges av en betydelig teknologisk utvikling gjennom de siste 20 årene, med utstrakt bruk av medisinsk teknisk utstyr og avanserte IKT-løsninger. Behandlingen er personellkrevende og kostbar. I nordisk sammenheng har intensivmedisinen sin faglige bakgrunn i anesthesiologiens teknikk og tenkemåte (Flaatten & Søreide, 2010). Spesialkompetente leger og sykepleiere overvåker døgnkontinuerlig pasientens vitale funksjoner og gir avansert organunderstøttende behandling i sykehusets intensivenheter (RIN, 2014)<sup>2</sup>. Målgruppen for studien rekrutteres

---

<sup>1</sup> For mer utfyllende informasjon anbefales boken av Scheel, M.E. (2013). *Interaksjonell sykepleiepraksis* (4. utg.). København, Munksgaard

<sup>2</sup> RIN, 2014 står for Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, utgitt i 2014



blant fagpersonene fra disse to spesialistgruppene og fra fysioterapeutene<sup>3</sup> som langtidsintensivpatienten har kontakt med i det daglige under sitt opphold i den aktuelle intensivavdelingen, som danner konteksten for denne studien. I tillegg ble det inkludert leger med spesialiseringer innen gastro-, kar-, og nevrokirurgi, ortopedi og infeksjonsmedisin, som er hyppigst delaktige i langtidsintensivpatientens behandling.

I følge norsk standard for intensivmedisin, NSI (2001), og RIN (2014) defineres en pasient som intensivpatient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel. De vanligste årsakene som krever intensivmedisinsk behandling hos voksne er større traumatiske skader, organsvikt etter store, kompliserte operasjoner som hjerte-, kar-, lunge- og bukoperasjoner, og alvorlige infeksjoner som sepsis og septisk skokk (Stubberud, 2010). I denne studien omtales den voksne intensivpatienten og han/hun omtales både som *pasient* og *intensivpatient*. Det er valgt en behandlingstid på minst 7 dager eller mer for å betegne pasienten som *langtidsintensivpatient*. Dette gjøres fordi jeg baserer alle i dette kapitlet brukte opplysninger på den aktuelle intensivavdelings årsrapport for 2014 (vedlegg 8.1).

Pasienten er innlagt i intensivavdelingen som følge av sykdommens eller skadens alvorlighetsgrad, og den vil variere på lik linje med pasientens bevissthetstilstand og dens mulighet til å kunne forstå fullt ut bakgrunnen og betydningen av sykehusinnleggelsen. Som akutt kritisk syk befinner pasienten seg i en utfordrende situasjon preget av trussel om svikt i eller tap av legemsdeler, organer, funksjoner eller tap av livet selv. Marginene mellom liv og død kan ofte være små. Pasientene har ulike diagnoser men de har tilfelles at de befinner seg i en fysisk, psykisk, sosial og åndelig stress- og krisetilstand som kan vare fra dager, uker og opp til måneder. Denne tilstanden har stor innflytelse på pasientens evne til å kunne oppleve og tilpasse seg, og dermed kunne mestre sin tilværelse som intensivpatient (Stubberud, 2010). Det er viktig for et tverrfaglig behandlerteam å ha fagkunnskap og god innsikt i hvilken nytte for eksempel eldre personer og personer med kroniske sykdommer kan ha av operative inngrep og intensivbehandling. Vurderinger og avveininger med tanke på en faglig og etisk forsvarlig behandling og som baserer på den enkelte profesjonsutøverens fagkompetanse, skal kunne ut i en konsensusbeslutning som blir tatt ut fra den enkelte intensivpatientens helhetlige situasjon. Ikke fordi vedkommende har en viss alder eller tilstand, eller fordi

---

<sup>3</sup> Fysioterapeuter, intensivsykepleiere og leger med ulike spesialiseringer omtales i denne studien alle på lik linje som spesialister, fagpersoner eller helsepersonell.

behandlingen er teknisk mulig (Moesmand, A.M. & Kjøllesdal A., 2004).

Langtidsintensivpasientens medisinske forløp er som sagt preget av uforutsigbarhet og faren for en forverring i helsetilstanden er alltid overhengende.

For noe mer utfyllende begrepsforklaringer og tekst rundt *intensivmedisin og langtidsintensivpasientens livsverden*, henvises til vedlegg 8.1.

#### **1.4.2 De etisk utfordrende beslutningsvalgene og beslutningsprosessen**

Akutt kritisk syke kan bare i varierende, og noen ganger, i livstruende situasjoner, i ikke eksisterende grad ivareta sin rett til medvirkning (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Når intensivpasientens sykdomsforløp er på sitt mest kritiske, stilles helsepersonell overfor faglig og etisk utfordrende spørsmålsstillinger. Når pasienten viser tydelige tegn på at helbredelse ikke er mulig, er *livsforlengende behandling* alternativet<sup>4</sup>. Etikken handler om å ta stilling til det riktige valget av en handling (Nordbye, 2012; Ricoeur, 1992). Det oppstår en etisk utfordring eller et dilemma når en ikke vet hva som er riktig eller gal handling, nemlig der det ikke finnes en ideell løsning. Uansett valget, blir løsningen ikke fullgod. Derfor må hovedfokus for etisk utfordrende beslutningsprosesser fram mot et forsvarlig beslutningsgrunnlag, rettes mot å gi langtidsintensivpasienten den beste, det vil si den etisk og medisinskfaglig mest riktige behandlingen ut fra pasientens eventuelle egne ønsker, familiens behov, fra helsepersonells profesjonelle kompetanse og helseorganisasjonens menneskelige og materielle ressurser (VBBL, 2013). Dette viser til behovet for helsepersonells beslutningskompetanse som i tillegg til faglig kompetanse også baserer på solid erfaringskunnskap fra etisk utfordrende spørsmålsstillinger. I denne studien ble det inkludert helsepersonell med minst 10 år erfaring fra sitt arbeid med den aktuelle pasientgruppen. Det er dermed valgt ut en mest homogen informantgruppe som antas å representere den samlet høyeste beslutningskompetansen i klinikken.

Beslutningsprosessen må munne ut i en konsensus, enten om å starte eller fortsette livsforlengende behandling, eller om å la være å starte eller avbryte behandlingen (VBBL, 2013). Det finnes ingen lov og ingen nasjonal konsensus som definerer hvor dårlig pasientens

---

<sup>4</sup> Med *livsforlengende behandling* menes all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død. Eksempel på dette er hjerte-lungeredning, annen pustehjelp og hjertestimulerende legemidler, ernærings- og væskebehandling (intravenøst eller gjennom svelg- eller magesonde PEG), dialyse eller antibiotika og kjemoterapi. Definisjonen er fra Veileder for Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (2009, revidert 2013:4) i teksten benevnt som VBBL, 2013).

prognose skal være før det besluttes å ikke tilby behandling (Laake,2013). Når behandlingstiltak basert på terapiplanen ikke er til nytte for intensivpasienten, han/hun vil ta skade av behandlingen eller behandlingen forlenger et liv med store plager, bør begrensning av livsforlengende behandling vurderes (VBBL, 2013). Det gjelder å kvalitetssikre beslutningsprosesser for eller imot livsforlengende behandling på grunnlag av medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger. Pasientens rettigheter må respekteres og all behandling skal ha intensjonen om å være til pasientens beste (VBBL, 2013). Hva som er til pasientens beste henleder til etiske betraktninger som legger føringer for verdier og holdninger som helsepersonell lever ut i sin yrkespraksis. Det kreves etisk kompetanse. Den etiske fordringen etter K.E. Løgstrup går ut på å ta vare på *den Andres* liv. I møte med *den Andre*, slik som intensivpasienten, dens pårørende, og medarbeideren i teamet, møter man en henvendelse som kan tas imot enten i omsorg eller ødeleggelse, ivaretagelse eller utnyttelse, slik at den andres livsmulighet fremmes eller forspilles. *Den ene har mer eller mindre av den annens liv i sin magt* (Løgstrup, 1975:65).

De pårørendes sentrale rolle når det gjelder pasientens rehabilitering og tilfriskningsprosesser er av uvurderlig betydning. Denne studien er ikke tenkt å belyse denne betydningen nærmere. Pasientens pårørende nevnes og omskrives i all korthet kun for å minne oss om denne dimensjonen der det faller naturlig i oppgavens tekst.

For noe mer utfyllende begrepsforklaringer og tekst rundt *de etisk utfordrende beslutningsvalgene og beslutningsprosessen*, henvises til vedlegg 8.2.

## **1.5 Oppgavens strukturelle oppbygging**

Avhandlingen består av 6 hovedkapitler. I kapittel 1 presenteres innledningsvis bakgrunnen for valg av tema, studiens intensjon og problemstilling, oppgavens vitenskapsteoretiske forankring, samt avveininger og begrepsforklaringer. Kapittel 2 inneholder den teoretiske referanserammen som danner et av grunnlagene for studiens teoretiske og eksperimentelle forskningsdesign. I og med at jeg baserer min studie på Q-metodologien, presenteres denne metoden i kapittel 3. Disposisjonen følger stegene i den Q-metodologiske forskningsprosessen. Her redegjøres også for kvaliteten i studien samt at det gis oppmerksomhet til forskningsetiske betraktninger og til forskerrollen. I kapittel 4 presenteres og fortolkes forskningsresultatene før det, i kapittel 5, drøftes studiens resultater i lys av relevant teori opp mot studiens problemstilling. I kapittel 6 avsluttes avhandlingen ved å

oppsummere essensen av studiefunnene. Videre følger implikasjoner for praksis og det presenteres til slutt noen forslag til videre forskning.

## 2 Teori

Den teoretiske referanserammen danner et av grunnlagene for denne studiens teoretiske og eksperimentelle forskningsdesign (se tabell 1), Studien tar utgangspunkt i denne designen. I Q-metodologien belyser forskeren studiens tema ut fra både en *concourse*, et representativt naturalistisk stimulifelt, og ut fra teori for å kunne konstruere et utvalg av utsagn, et såkalt Q-utvalg. Mer utdypende metodologiske beskrivelser av *concourse*, *forskningsdesignen* og *Q-utvalget* avhandles i kapittel 3. Kjerneområdene i forskningsdesignen, som belyser studiens tema, er *relasjon*, *samarbeid/kommunikasjon* og *fokus/oppmerksomhetsfelt i beslutninger*. Jeg benytter meg av relevant teori om kvaliteten i samarbeidsrelasjoner, om utviklingen av gruppeprosesser, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Teori om etikk og menneskesyn i helsetjenesten anvendes for å belyse helsepersonells fokus eller oppmerksomhetsfelt når etisk utfordrende beslutninger skal tas.

### 2.1 Person- og relasjonsdimensjonen

Rådgivningsperspektivet i denne studien retter seg mot samarbeidslæring og samspillet i dynamiske gruppeprosesser slik de utspiller seg mellom representantene fra de ulike profesjonene rundt langtidsintensivpasienten, i konteksten av en intensivavdeling, en systemenhet innen sykehuset som organisasjon. Min studie har dermed et både individ- og systemrettet perspektiv. Hvordan personer oppfatter seg selv og utvikler seg i forhold til hverandre vil jeg i det følgende forklare ved hjelp av Bubers filosofi om *det dialogiske prinsippet*, Macmurrays teori om *personer-i-relasjoner* og Kvalsunds *person-teori*.

I følge den østerrikske teologifilosofen Buber (1878-1965) fødes mennesket med et iboende relasjonelt potensial, et instinkt, som gjør seg gjeldende i et stadig behov for aktualisering og realisering, gjennom hele livet. Bubers (1923/2003) *dialogiske prinsipp* tilsier at et individ erkjenner seg selv som et unikt *Jeg* først i møte med den andre, med et *Du*. I det intersubjektive rommet, i dialogen, mellom *Du* og *Jeg*, kommer både det unike og det forskjellige til syne. Det er i *Jeg-Du*-kommunikasjonen kvaliteten i relasjonene kan identifiseres (Buber 1923/2003). For eksempel kan samtalepartnernes holdninger, den enkelte har ovenfor den andre, bli tydelige ved måten de samsnakker på. Dette vil igjen resultere i konsekvenser deres møte i det videre vil få. Buber (1923/2003) plederer for unike *subjekt-subjekt-møter*, der autentiske, det vil si ekte og oppriktige, dialoger kan legge premisser for gjensidig anerkjennende samhandling. Bubers etiske krav består i at en må vokte seg for

*subjekt-objekt-relasjoner*, der en står i fare for å gjøre den andre til et objekt for ens interesser, noe som kan resultere i fremmedgjøring i retning av en nedverdiggende og demoraliserende reduksjon av den andre. Dette kan gjøre seg gjeldende i samarbeidsteam, der fagpersoner ikke får muligheten til å bidra i henhold til verken sitt iboende potensial til selvaktualisering og -realisering, eller i henhold til sine yrkesfaglige kvalifikasjoner.

I likhet med Buber beskrev den skotske filosofen John Macmurray (1891 -1976) mennesket som et relasjonelt vesen som oppfatter sin egen identitet ikke isolert ut fra seg selv som individ, men opplever og får dermed kunnskap om seg selv i konteksten med den andre. Det finnes ikke noe *Jeg* uten et *Du*, eller *den Andre*. (Macmurray, 1991). *Den Andre* er ikke nødvendigvis ment å være et annet individ, men kan også bestå i sosiale enheter eller systemer som familien, arbeidsorganisasjonen eller samfunnet. Macmurrays teori går ut på at *Jeg* ikke kan oppfatte meg som en person uten å være i relasjon med *den Andre*. Vi er *personer-i-relasjoner*.

Med utgangspunkt i Bubers og Macmurrays teorier utviklet den norske pedagogen og professoren Ragnvald Kvalsund *person-teorien* som tilsier at synet på seg selv som et eget *Jeg* ikke kan forstås annet enn som et *Jeg-Du* (Kvalsund,1998). Personen er avhengig av *den Andre* for å kunne identifisere sitt eget *Jeg* som likt eller forskjellig fra et *Du*. Enhetene *Jeg* og *Du* hver for seg representerer det individuelle og utvides så til personen, som en helhet. Dette danner personsystemet som jeg, i likhet med Kvalsund og Meyer (2005), legger til grunn for forståelsen av det relasjonelle systemet en tverrfaglig arbeidsgruppe består i.

Kvalsund & Allgood (2008) påstår, i likhet med Macmurray, at virkelig dialogiske møter bare utvikler seg når personene har en dyp gjensidig intensjon og vilje til å entre *den Andres* verden. Innen eksistensialismen og fenomenologien er intensjonaliteten av stor betydning. Gjennom intensjonalitet er menneskets bevissthet stadig rettet mot noe (Sohlberg & Sohlberg, 2013), og blir ut fra det aktivt handlende. Personen blir til en agent i sitt eget liv på den måten at han/hun kan realisere sitt iboende potensial til egen vekst og utvikling og til å inngå meningsfulle relasjoner med andre, gjensidig avhengige av hverandre. På denne måten oppstår det ekte interaksjon (Johnson & Johnson, 2013; Kvalsund & Allgood, 2008).

Det relasjonelle systemet i en tverrfaglig samarbeidsgruppe baserer som før nevnt på personsystemet. Hvert møte mellom fagpersonene byr på muligheten til en fornyelse av den enkeltes individuelle identitet, og dermed til hele teamets og til slutt organisasjonens identitet (Kvalsund & Meyer, 2005). Ut fra et rådgivningsperspektiv fokuserer jeg på overskridelsen

av individnivået for å kunne forstå gruppenivået. Fagpersonenes aktiviteter, roller og posisjoner i forhold til hverandre gir grunnlag for å kunne vurdere og analysere kvaliteten av møtene; om de er lukkede eller fastlåste, slik at de gir grobunn for uenigheter og konflikter eller om de er åpne, med muligheter til vekst og utvikling for den enkelte og for hele teamet (Kvalsund & Meyer, 2005). Kvaliteten i relasjonene kan analyseres ved hjelp av tre hoveddimensjoner, nemlig *avhengighet*, *uavhengighet* og *gjensidighet*, som så beskriver hva det betyr å være person-i-relasjon (Kvalsund, 1998, Macmurray, 1991). De tre dimensjonene er nødvendige elementer i kommunikasjonen fagpersonene seg imellom og de danner dermed et utgangspunkt for å kunne lese gruppeprosesser (Kvalsund & Meyer, 2005).

### **2.1.1 Avhengighetsrelasjoner**

Avhengighetsrelasjoner gjør seg gjeldende når for eksempel en person fra en yrkesgruppe opplever at han/hun er avhengig av en kollega fra en annen yrkesdisiplin, når hjelpen i en gitt situasjon vurderes fra den førstnevnte som nødvendig, og at den er ønsket (Kvalsund 2005). Dette kan eksemplifiseres ved at intensivsykepleieren, når pasienten på nytt viser tydelige tegn på utvikling av en kritisk fase i sitt intensivforløp, får behov for faglig bistand fra anestesilegen. Sykepleieren trer da inn i en positiv avhengighetsrelasjon med legen, når de møtes i en gjensidig erkjennelse av at forholdet dem imellom er asymmetrisk. For å presisere det, relateres asymmetrien her ikke til de to fagpersonenes likeverdighet (seg imellom), som selvstendige individer. Asymmetrien sikter heller til forskjellene i deres formelle og fagspesifikke roller som de innehar og til den betydningen dette har for deres samarbeidsrelasjon som behandlere av samme pasientgruppe. I kraft av legens ekspertise og overordnede juridiske ansvar for pasientbehandlingen, er det han/hun som initierer vesentlige forandringer i behandlingen, basert både på sine egne og intensivsykepleierens observasjoner, på sin faglige kompetanse og erfaringskunnskap.

Slike forhold kan også gjøre seg gjeldende når anestesilegen må innhente råd hos andre legespesialister. Han/hun trer inn i en positiv avhengighetsrelasjon og dermed anerkjenner legene gjensidig asymmetrien som ligger i deres ulike spisskompetanser og i merkompetansen på definerte områder av det medisinske diagnostiske og terapeutiske felt. De ulike legerollene er i utgangspunktet likestilte når det gjelder det juridiske ansvaret for pasientbehandlingen. Avhengighetsrelasjoner oppleves altså som positive når hjelpen oppfattes som nødvendig, og når den er ønsket (Kvalsund, 2005). Kommunikasjonen i avhengighetsrelasjoner er preget av at fagpersoner unngår motsetninger og konfrontasjoner med den hensikt å skape trygghet og

en viss grad av forutsigbarhet i samarbeidsgruppen. I avhengighetsrelasjoner søker en å oppnå en følelse av gruppen som ivaretaende institusjon for enkeltindividet (Lassen i Kvalsund & Meyer, 2014). Avhengighetsrelasjoner kan også oppleves som negative, nemlig når asymmetrien opprettholdes utover det som er ønskelig. For eksempel kan intensivsykepleieren oppfatte det som overdreven kontroll og mistillit når en av legene gjentatte ganger forsikrer seg om at forordninger blir fulgt opp.

### **2.1.2 Maktdimensjonen**

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet om hvilke subjektive syn helsepersonell har på sin egen rolle i en tverrfaglig tilnærming, må også maktaspektet vies oppmerksomhet. Maktbruken har relevans når det gjelder den relasjonelle kvaliteten i et tverrfaglig samarbeid. I følge Kvalsund (Kvalsund & Allgood, 2003a) vil alle aktører i det relasjonelle samspillet, bare gjennom intensjonell interaksjon, bli til *personer-i-relasjon* eller til personer for hverandre. Kvalsund påpeker at alle former for relasjonell interaksjon grunnleggende involverer bruk av makt, ut fra at alle aktører på en eller annen måte ønsker innflytelse og en viss kontroll. Kvalsund beskriver videre at slike forhold kan skape reaksjoner av motstand og tilbaketrekning, beskrevet ved en bevegelse av *contact – withdrawal - return* (jf en bølge som møter stranden før den vender tilbake til sjøen). Denne idéen betegner interaksjonsprosessen mellom personers umiddelbare erfaring og tilhørende refleksjoner (Allgood, 2003b; Kvalsund 2003a). Det kreves evne for selv-refleksivitet, for å kunne overveie om ens egen eller den andres motstand eller synspunkt kan møtes positivt eller negativt, ved å revurdere eller avvise. I følge Allgood (2003b) må vi respektere maktens potensielle kraft i retning av en konstruktiv eller en destruktiv utvikling. Ved å bruke vår makt bevisst som en positiv kraft legger vi til rette for gjensidigheten i samarbeidet mot et felles mål. Det er viljen til åpenhet, ved å ville gjøre maktaspektet til gjenstand for refleksjon og diskusjon, som gir relasjonene i det tverrfaglige teamet en etisk ryggrad (Kvalsund, 2006). Det profesjonelle samhandlingsgrunnlaget bygger på denne måten på gjensidig forståelse for og anerkjennelse av hverandres ekspertise og for perspektivet av hverandres tilnærming i vårt felles arbeid for langtidsintensivpatienten.



### **2.1.3 Uavhengighetsrelasjoner**

Kvalsund og Meyer (2005) poengterer at uavhengighetsdimensjonen er en forutsetning for gruppens utvikling fordi den motvirker ensrettet gruppetenkning. Overskridelsen fra avhengig til uavhengig skjer når personene opplever seg selv som å være i sentrum for sine vurderinger og handlinger (Macmurray, 1991). For eksempel kan ulike leger framstå som eksperter på akkurat det organsystemet de har opparbeidet seg en spisskompetanse i. Når den gjensidige tillit til uavhengigheten er tilstede, bevilges spesialistene i det tverrfaglige teamet likeverdighet, og det signaliserer symmetri i gruppen. Det er under slike forhold en kan betegne uavhengighetsrelasjonene som positive.

Individuelle behov og verdier som de ulike fagpersonene i en arbeidsgruppe representerer, kan være motsetningsfylle, og en kilde til konflikt. Negativ uavhengighet kan for eksempel gjøre seg gjeldende når noen spesialister baserer sine vurderinger av pasientens prognose, i stor grad på forskningsbaserte, objektive kriterier alene. Som et eksempel for slike kriterier kan nevnes anslått overlevelse i prosent, basert på ulike grader av multiorgansvikt. Andre spesialister i teamet kan ha en helt annen tilnærming i sine vurderinger, slik som hensynet til pasientens psykososiale forutsetninger for å kunne og ville gjennomføre et enda lengre intensivopphold. Andre spesialister igjen kan ha sitt fokus på prognosen ut fra pasientens komorbiditet og på klinikken som viser seg som følge av pasientens prolongerte intensivmedisinske terapiopphold. Et slikt perspektiv som utgangspunkt for vurdering og initiering av en målrettet pasientbehandling tar hensyn også til pasientens sjanser til å kunne evne å gjenvinne et liv med mening, verdighet, mestring, egenkontroll, selvhjulpenhet og selvaktualisering som opplevbare verdier og aspekter (VBBL, 2013; Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Hvis en fagperson eller en yrkesgruppe krever sin bestemmelsesrett alene ut fra sitt eget perspektiv, og dermed får dominere beslutningsprosessene, trues balansen innad i behandlerteamet og fører til forhold som virker hemmende på det tverrfaglige samarbeidet (Scheel, 2013).

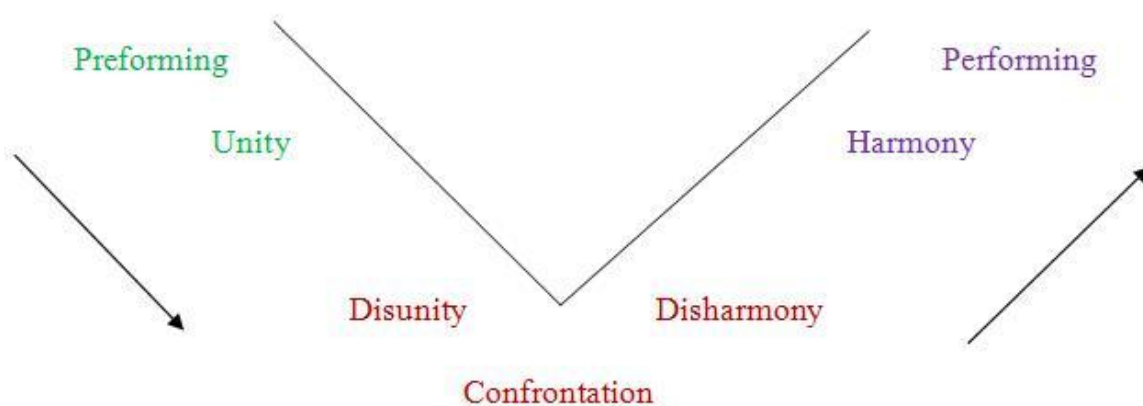
### **2.1.4 Gjensidighetsrelasjoner**

Når fagpersonene i et samarbeidsteam forstår betydningen av og evner å jobbe for både sin egen og for andres suksess, har de utviklet en positiv gjensidighet. De har utviklet en innsikt i at de faktisk er avhengige av hverandre for å kunne realisere seg i henhold til sitt eget og teamets inneboende potensial (Kvalsund, 1998). Kommunikasjonen personene seg imellom foregår effektivt og konfliktene håndteres konstruktivt (Johnson & Johnson, 2013).

Konfliktene må tydeliggjøres for på den måten å kunne benyttes som ressurser i et kreativt, skapende fellesskap. Det betyr at alle fagpersoner i sine gjensidige relasjoner inkluderer avhengighet, uavhengighet og gjensidighet, uten at det oppleves som truende (Kvalsund & Meyer, 2005). Gjensidigheten utvikler seg når personene er seg bevisste at de faktisk kan påvirke hverandre til å havne i avhengighetsregresjoner. Denne bevisstheten skal veilede dem til å være observante og påpasselige, og til å se etter muligheten for uavhengighet og gjensidighet i relasjonene (Kvalsund, 1998).

## 2.2 Faser i gruppeprosessen

Bud A. McClure, som innehar et professorat i psykologi ved Universitetet i Minnesota, presenterer en modell for lesing av gruppeprosesser. Modellen beskriver syv ulike stadier der samarbeidsteam utvikler seg fram mot et velfungerende, kollektivt utøvende fellesskap, som *et skapende vi*, og med målet om å utvikle et *gruppeselv* (Lassen, 2014; McClure, 2005). Ressursutvikling i grupper og organisasjoner ut fra det relasjonelle personbegrepet er å forstå som utvikling fra avhengighet via uavhengighet til gjensidighet, i både positiv og negativ forstand, ut fra gruppens ståsted og behov (Kvalsund & Allgood, 2008). McClure's nonlineære perspektiv på gruppeprosesser går ut på at samarbeidsgruppen utvikler seg i dynamisk bevegelse gjennom faser preget av uro og usikkerhet og fram til etablering av ny orden. I denne modellen kommer det usammenhengende og uforutsigbare i samarbeidsrelasjoner tydelig fram samt at den gir en oversikt over hvordan gruppen formes, utvikles og modnes (McClure, 2005). Stadiene i gruppeutviklingen som fenomener i en prosess, kan fremstilles i form av *The Arc Model* (McClure, 2005). De svarte pilene er tilføyet av meg og beskriver retningen i gruppeutviklingen.



**Figur 1:** *The Arc Model* (McClure, fig 5.7., *Group Stages Arc*, s.70).

I sin bok *Putting a New Spin on Groups* (2005) presenterer Bud A. McClure syv ulike stadier i gruppeprosessen i en modell, formet som en «V». Den venstre nedadgående aksene representerer gruppens individer når de tilslutter seg og danner arbeidsgruppen, kjennetegnet ved avhengighetsrelasjoner i enhetsstadiene *Performing og Unity*. Det er viktig for personene å føle seg inkluderte og trygge og det individuelle uttrykket gis derfor ikke rom. De er avhengige av bekreftelse og anerkjennelse fra lederen og fra de andre gruppe medlemmene. På denne måten kan de oppleve en form for enhet, en gruppetilhørighet (Lassen, 2014; McClure, 2005). Det er nærliggende å tenke seg at nyansatte fagpersoner i en nybegynnerfase oppleve seg selv i avhengighetsrelasjoner. Men en må være klar over at personer har behov for trygghet over en lengre periode, slik at forutsigbarhet og kontroll prioriteres. Kommunikasjonen er preget av forsiktig åpenhet og vennlig høflighet (Lassen, 2014).

De neste stadiene *Disunity, Confrontation og Disharmony* lokaliserer McClure i bunnen av *V-modellen*. De tilsvarer uavhengighetsdimensjonen i det relasjonelle samarbeidet. Gruppens mangfold og individuelle uttrykk blir synlig og markerer et brudd med gruppens tilsynelatende enhetskarakter (Lassen, 2014). I *Disunity*- eller splittelsesfasen opplever gruppe medlemmene et første konfliktnivå der det gjerne danner seg allianser eller subgrupper, og for å lette på trykket kan en gjerne søke etter synde bukker. I konfrontasjonsfasen kommer konflikt, sinne og interesse motsetninger til uttrykk. Som et eksempel kan det nevnes uenighet med tanke på det medisinsk faglige grunnlaget for beslutningene. Videre kan kommunikasjonssvikt og ulikt verdisyn resultere i opprivende konflikter mellom helseprofesjoner seg imellom og mellom fagpersoner og pårørende (VBBL, 2013). Ulike syn på om pasienten burde tilbys eller om det er riktig å trekke tilbake livsforlengende behandling, kan gi opphav til uenigheter, spesielt når slike ulike perspektiv er underkommunisert i teamet. I følge McClure (2005) er det gjennom konflikt at eksisterende normer og handlemåter utfordres og blir stilt spørsmål ved. Og det er gjennom konflikt at vi ofte blir mest nytenkende. Som oftest er konflikter og uenigheter assosiert med ubehag og negative erfaringer og personer har lært å unngå dem. Så fremt en ikke aktivt jobber seg gjennom dette konfrontasjonsstadiet og etablerer adekvate atferdsnormer, vil kun et kunstig nivå av samhörighet oppnås og den videre utviklingen av gruppeprosessen vil stoppe opp. Undertrykkelse av konfliktfylt materiale vil kunne manifestere seg i uheldige og destruktive atferdsmønstre (McClure, 2005). Årsaker til misnøyen kan ligge i motstridende personlige behov, verdier og forventninger til samarbeidet. McClure (2005) tillegger lederen en spesiell betydning ved at han påpeker dens ansvar for å kanalisere slike aspekter på en måte at

toleransen for individuelle differanser utvikles hos den enkelte. Det ligger også i en leders ansvar å fremme vilkårene for at hvert enkelt gruppe medlem anerkjennes for dets ærlighet og mot til å kunne opptre autentisk og tro mot seg selv og overfor de andre.

Den høyre oppadstigende aksene av *The Arc Modell* beskriver gruppe medlemmenes utvikling gjennom stadiene *Harmony og Performing*, eller *prestering*. Her gjør gjensidighetsrelasjoner seg gjeldende. Når arbeidsgruppen oppnår disse stadiene utvikler det seg en høy moral, respekt for hverandres perspektiv og et *gruppeselv* som uttrykk for at en har lyktes med å forsere konfliktstadiene. En slik arbeidsgruppe er i følge McClure preget av gjensidighet, modenhet og av å inkludere forskjeller. Alle personene er aktører i et gjensidig skapende felt, basert på gjensidig tillit, der en også evner å imøtekomme konflikter (McClure, 2005).

### **2.3 Samarbeid – tverrfaglig samarbeid – tverrfaglig teamarbeid**

Begrepet *samarbeid* brukes mye og i mange ulike sammenheng i vår daglige tale, gjerne synonymt med begrepet *samordning*, *tverrfaglig samarbeid* og *teamarbeid*, og er derfor vanskelig å definere presist (Eide et al., 2003; Lauvås & Lauvås, 2004). Samarbeid forutsetter at jeg i første omgang evner å være med meg selv. Det kreves så en overskridelse av *Jeg*-posisjonen for å kunne inngå og skape en relasjon sammen med den andre (Braathen, 2014). I tilknytning til arbeid i organisasjoner sammenføres i følge Lauvås og Lauvås (2004) flere fagpersoners arbeid til en helhet, *et samarbeid* som forutsetter nærhet i tid og rom og en form for avhengighet i relasjonene mellom fagpersonene. Et *tverrfaglig samarbeid* er kjennetegnet ved interaksjon mellom representantene fra ulike fag og der en ønsker å oppnå synergieffekter. Fokus for den enkelte fagpersonens arbeid kan derfor ikke lenger ligge på dens ensidige selvrealisering alene, men må flyttes til bevisstheten om at en er en del av fagfellesskapet i organisasjonen som helhet (Kvalsund og Meyer, 2005). Tanken er at den samlede effekten av et slikt samarbeid blir bedre enn summen av de enkelte fagdisipliner for seg selv (Johnson & Johnson, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). Dette betegnes også som en *synergieffekt*. Hensikten av et slikt tverrfaglig samarbeid er i følge Lauvås & Lauvås (2004) todelt. For det første ønskes at den samlede faglige kompetansen utnyttes maksimalt for å kunne sikre den høyest mulige kvaliteten i verdiskapingen, som i dette tilfellet gjelder den helhetlige behandlingen og ivaretagelsen av den alvorlig syke langtidsintensivpatienten. For det andre ønskes utvikling av et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagene. Her foreslår for

eksempel det aktuelle helseforetakets strategi (for perioden 2015-2018) og den regionale strategiplanen for forskning og utvikling i det regionale helseforetaket<sup>5</sup> (for perioden 2009 – 2014) tverrfaglig forskning, som initierer til fagutvikling og en fremragende pasientbehandling som baserer på evidensbasert praksis. *Tverrfaglige team*, slik som Lauvås & Lauvås (2004) beskriver de, består av aktører fra ulike profesjoner som samarbeider i mer eller mindre faste enheter i nære ansikt-til-ansikt-relasjoner. Deres samarbeid er preget av gjensidig avhengighet som premiss for å kunne nå komplekse mål. Fagpersonene i slike tverrfaglige team er bevisste på at de ikke bare er forpliktet ut fra sitt eget fagspesifikke område, men at de hver bærer ansvaret for helheten i beslutninger og i resulterende behandlingstiltak. De kombinerer kunnskaps- og ferdighetsområder, teori og metoder som gjennom sin kommunikasjon med hverandre integreres til en felles tverrfaglig innsikt. De ulike fagpersonene bidrar med hver sin fagspesifikke innfallsvinkel i en arbeidsdeling. De kan ha overlappende virksomheter, slik det her er tilfelle innen den multidisiplinære intensivmedisinske behandling. Men de vil være konsentrerte om ulike aspekter ved den. Hvert fag representerer hver sin egenlogikk og faglige tradisjon. Scheel (2013) gjør imidlertid oppmerksom på to fallgruver som det gjelder å unngå. Hun påpeker viktigheten av at fagpersonene må være sikre på sin egen fagidentitet. Tverrfaglig samarbeid foregår som oftest på den faggruppens premisser som er trygg på sin fagidentitet, og som ikke er i tvil om hva dens eget fag kan bidra med til løsning av den konkrete oppgaven (ibid.:106). For det andre må en unngå *faglig etnosentrisme*. Scheel (2013) henviser til Bernstein (1989:28) i sin definisjon av etnosentrisme som betyr at man *måler og vurderer verden og andre kulturer på sin egen kulturs premisser*. Med andre ord er en av den oppfatning at ens eget perspektiv er det eneste rette ut fra de verdier og framgangsmåter som finnes i ens egen fagkultur (Scheel, 2013:106). Slik innstilling er like uheldig for et tverrfaglig samarbeid som å mene at de andre fagkulturene alltid er ens egen overlegen. Scheel (2013) konkluderer med at vi må utvikle en helsefaglig identitet som forplikter til å involvere hverandre ut fra pasientens behov for den rette helsehjelpen.

---

<sup>5</sup> Det aktuelle helseforetakets strategi for perioden 2015-2018 og den regionale strategiplanen for forskning og utvikling i det RHF for perioden 2009-2014, refereres *ikke* til i litteraturlisten for å ivareta forskningsetiske hensyn til anonymitet og personvern.

## 2.4 Fremmende og hemmende forhold i kommunikasjonen

Det er avgjørende for kvaliteten i samarbeidet og for effekten av verdiskapingen at alle fagpersoner i et tverrfaglig team utvikler en høy relasjons- og kommunikasjonskompetanse (Bolman & Deal, 2014; Johnson & Johnson, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Meyer, 2014; Skau, 2011). Den britiske, senere amerikanske, sosialantropologen og biologen Gregory Bateson (1904-1980) vektla i sin *system- og kommunikasjonsteori* det relasjonelle perspektivet i menneskets utvikling. Mennesket som individ utvikler seg i gjensidighet, i interaksjon med andre i sosiale systemer som grupper, organisasjoner, institusjoner og hele samfunn (Johannessen et al., 2001). Det disse sosiale systemer, uansett størrelse, har felles, er at delene i systemet hører sammen og påvirker hverandre i et kommunikativt samspill, ut fra en dynamisk, *sirkulær årsaksforklaring*, i motsetning til den klassiske lineære årsak - virkningsforståelsen (ibid.). Det latinske begrepet *communicare* betyr å *gjøre felles* og hovedbudskapet hos Bateson er at *alt er kommunikasjon*. Utveksling av budskap foregår ikke bare via det uttalte eller det skriftlige ordet men også via kroppsspråket. Konteksten, sammenhengen budskapet formidles i, er av betydning. Egne kommunikasjonsformer med sin særegne begrepslogikk og symbolikk, slik de anvendes for eksempel innen det intensivmedisinske fagmiljøet, legger grunnlag for forståelsen av verbale og nonverbale budskap. Det er meget sannsynlig at pasienter og deres pårørende opplever kommunikative hindringer og barrierer for å kunne forstå budskap med medisinskfaglig innhold slik de var ment i følge helsepersonells intensjon. Dette kan gjøre seg gjeldende også i kommunikasjonen mellom fagpersonene fra ulike disipliner.

Den norske pedagogen og forskeren innenfor filosofi, helsefag, etikk og kommunikasjon, Halvor Nordby, påpeker nødvendigheten av et felles språk og betydningen av å nå frem til den andres oppmerksomhet. Som en betingelse for gode kommunikasjonsprosesser redegjør han for å aktivt forebygge *assosiative misforståelser*. Partene assosierer det som direkte blir sagt med forskjellig meningsinnhold (Nordby, 2012). For eksempel kan uttalelsen fra legen om at det nå går litt bedre med pasienten og at situasjonen begynner å stabilisere seg, oppfattes av pårørende som et signal på at deres kjære nå er utenfor livsfare og som tilsier en snarlig oppvåkning fra den medikamentelt induserte narkosen. Samtidig ser pasienten og dens pårørende at intensivsykepleierne uttrykker seg noe mer nølende og vage i sine forsøk på å moderere og formidle legens budskap. Assosiative misforståelser kan også gjøre seg gjeldende når informasjon gitt av legen tolkes av intensivsykepleieren ut fra en annen

forståelsesramme. For begge er det helt naturlig å resonnerer på den måten de gjør, men i forhold til den andre tar begge feil. Begge parter tar ikke sitt ansvar på alvor for å skape en felles forståelse av hverandres begrepsverden, for å skape en god kommunikasjon og for dermed å utvikle en solid basis for samarbeidet (Nordby, 2012).

Sosionom, familieterapeut og høyskolelektor Torborg Aalen Leenderts (2014) påpeker dialogens betydning der de involverte partene lar seg berøre og påvirke, i ekte *Jeg-Du*-møter. *Man hører ikke bare på hva den andre sier, man lytter til hverandre på en åpen måte for virkelig å forstå den andre* (2014:69). I åpne og ærlige dialoger våger man å gjøre seg sårbar, legger fra seg den yrkesfaglige flinkheten og stoltheten og svarene, og søker å møtes på fellesmenneskelig grunn (ibid.). I ekte dialoger møtes individene i en av de dypeste formene for interaksjon. Det handler om å utforske betydningsfulle temaer i felleskap og i likeverdighet. *Dialogisk kommunikasjon* svarer på den etiske fordringen om å ivareta hverandres henvendelse i ansvarlighet. Den skaper fortrolighet og tillit og ved å kunne formidle ubetinget aktelse og respekt, får man en unik tilgang til både pasientens og de pårørendes, og til de andre kollegers livsverden. Det utvikles et eksistensielt språk som åpner rommet der en evner å samtale om håp, livssyn, reell og falsk skyldfølelse, mening, lidelse, verdighet og om forsoning med det uungåelige (Leenderts, 2014).

Johannessen et al. (2007) henviser til Bateson som foreslår å gå veien via *metakommunikasjonen*, ved å samtale åpent og direkte om budskapet istedenfor å godta uttalte meninger som muligens innbyr til misforståelse og usikkerhet. Johannessen et al. utdyper videre at metakommunikasjon regulerer det forholdet partene har til hverandre (ibid.:90). Vi formidler og mottar budskapet alltid på to nivåer, både på et innholds- og et relasjonelt forholdsplan, men mest intenst på forholdsplanet. Johnson & Johnson (2013) støtter dette synet. Jo mer samarbeidspartene stoler kun på sitt eget perspektiv i et saksforhold og jo steilere de signaliserer sin holdning for å nekte å ta de andres perspektiv til vurdering, desto lavere vil kvaliteten i samarbeidsgruppens avgjørelser og måloppnåelser arte seg. Negativ gjensidighet virker hemmende på relasjonene og på pasientbehandlingen. Positiv gjensidighet derimot vil virke fremmende på interaksjonen, der en gir hverandre støtte og assistanse, utveksler ressurser som kunnskap og informasjon, og utfordrer konstruktivt hverandres konklusjoner og resonneringer. Målsettingen er å utvikle en troverdig interaksjon preget av tillit som oppmuntrer både til å ta vare på samarbeidsfellesskapet og til å yte faglig arbeid på et høyt kvalitativt nivå, til felles måloppnåelse (Johnson & Johnson, 2013), som i dette tilfelle gjelder langtidsintensivpasientens beste.

## 2.5 Fokus i beslutninger - Helheten vs organspesifikt sykdomsbilde

I stadig flere sammenhenger som blant annet i strategier, retningslinjer, funksjonsbeskrivelser og i de ulike fagdisipliners profesjonsetikk, forpliktes fagpersonene til et helsefaglig arbeid som bygger på et helhetlig menneskesyn. Kjernen i et helhetlig menneskesyn er i følge Leenderts (2014) og Barbosa da Silva (2006) flerdimensjonal, der mennesket framstår som en udelelig enhet av kropp, sjel og ånd. Essensen i et helhetlig menneskesyn er, uttrykt med Leenderts (2014) ord: *at mennesket aldri bare blir pasient, klient eller pårørende, og at historien aldri bare blir en syke- eller problemhistorie. Isteden er ethvert menneske alltid en unik person med sin helt unike livshistorie* (ibid.:82). Et slikt menneskesyn kan helsepersonell kun erverve seg intensjonelt og det forutsetter målrettet og engasjert handling. Hensikten er å skape likeverd. Det er ved å skaffe seg tilgang til pasientens livshistorie og hans/hennes livsverden at pasienten får et *ansikt*, som helsepersonellet i følge Løgstrups (1975) *etiske fordring* kan svare på i ansvarlighet.

Professor i helseetikk og psykisk helsearbeid, Antonio Barbosa da Silva (2006) fremhever at et helsevesen som vektlegger brukermedvirkning krever en åpen og holistisk helse- og sosialmodell som baserer på et flerdimensjonalt menneskesyn. Den tar hensyn til at fysiologiske, psykologiske og åndelige behov kan påvirke menneskets helse- og sykdomstilstand og den vektlegger pasientens egen opplevelse av sykdom (eng. *illness*). Sykdom er dermed et komplekst fenomen som kan ha ulike årsaker og forklaringer, nemlig fysiske, psykiske, psykofysiske, sosiokulturelle, åndelige, eksistensielle og religiøse (Dahl, 2004). Dette står i motsetning til det biomedisinske menneskesynet som finnes implisitt i både medisinsk vitenskap og i en del medisinsk praksis, og som har dominert helsevesenet i mange år i den vestlige verden. Det gjør seg også gjeldende i den såkalte evidensbaserte medisinen som forutsetter et empirisk-positivistisk kunnskapssyn. Den biomedisinske sykdomsmodellen (BSM) har sin forankring i et naturvitenskapelig og endimensjonalt menneskesyn. Sykdommen blir definert som en kroppslig defekt, en skade eller en dysfunksjon (eng. *disease*). Ulempen er at en kan miste synet på helheten. BSM reduserer ontologisk pasientmennesket til en defekt kropp og i kunnskapsteoretisk forstand objektiviseres pasienten ved å betrakte han /henne på avstand, som et målbart og forskbart kunnskapsobjekt. De fenomener som ikke lar seg forklare naturvitenskapelig, slik som psykomotoriske lidelser, psykologiske sykdommer, sykdomsopplevelser og mentale fenomener, har lett for å betraktes som ikke eksisterende. Scheel (2013) legger til at både pasientens og førstelinjes helsepersonells opplevelser, holdninger og meninger, har lett for å bli redusert til private og



subjektive fenomener som ikke er vitenskapelige. Barbosa da Silva (2006) påpeker at et rent biomedisinsk naturvitenskapelig perspektiv har lett for å resultere i objektivisering av pasienten også i etisk forstand, usynliggjør pasienten og bidrar til distanse. Dette kan gjøre seg gjeldende i inautentisk kommunikasjon mellom behandler og pasient som kan lett oppfattes som nedvurderende og kjennetegnes av, slik som Buber (1923/2003) formulerer det, *Jeg-Det*-relasjoner, der det ikke foreligger gjensidighet (jf kapittel 2. 1).

En åpen og holistisk helsemodell bygger derimot på en helseideologi som *inkluderer også* BSM. Den anses å være nødvendig for å forhindre mange fysiske sykdommer, og er en betingelse for diagnostisering, behandling og prognostisering av rent somatiske sykdommer. Men den anerkjenner *ikke* BSM for å være den nødvendige og tilstrekkelige betingelsen for helbredelse av *alle* sykdommer (Barbosa da Silva, 2006). Den åpne holistiske helsemodellen søker å fremme pasienten i dens integritet, verdighet, autonomi og grunnleggende rettigheter og blir derfor også dekkende i behandlingen, pleien og omsorgen av pasienten i livets slutfase. Der blir behovet for de ulike helseprofesjoners helhetlige tilnærming så tydelig fordi det må inkluderes perspektiver og tiltak ut over det som den klassiske skolemedisinen omfatter ved å behandle fysiske og psykiske smerter og ubehag. Her sikter tiltakene også mot pasientens familie og venner og mot sosiale, åndelige eller eksistensielle problemer.



### 3 Metode

All vitenskapelig virksomhet tar utgangspunkt i en form for beskrivelse av virkeligheten. Forskeren konstruerer eller avbilder sine forskningsobjekter ved å benytte seg av egnede teorier og metoder med tanke på deres relevans for forskningsprosjektets problemstilling. (Sohlberg & Sohlberg, 2013; Thagaard 2013). I denne studien benytter jeg meg av Q-metodologien som jeg anser å være særlig velegnet for undersøkelse av helsepersonells subjektive opplevelser. I likhet med Q-metodologiens hovedformål blir det mulig for meg å studere helsepersonells tanker, meninger, verdier, holdninger og erfaringer fra deres personlige ståsted ut fra nyanseringen i deres preferanser, slik de viser seg i Q-sorteringen (Stephenson, 1953).

I dette kapitlet ønsker jeg å presentere i korthet Q-metodologien med dens bakgrunn og idegrunnlag. Deretter forklares begrepene *subjektivitet*, *self-referanse* og *operant subjektivitet*, slik de anvendes innen Q-metodologien. Kapitlets disposisjon følger videre stegene i den Q-metodologiske forskningsprosessen der jeg redegjør for studiens framgangsmåte. Jeg avslutter metodekapitlet med forskningsetiske betraktninger og med mine egne betraktninger vedrørende min rolle som forsker.

#### 3.1 Q-metodologiens bakgrunn og idegrunnlag

Q-metodologien er i følge Brown og Good (2010) en vitenskapsfilosofisk retning. Den har sin egen forskningsteknikk, Q-metoden, til å samle inn empiriske data og den er i tillegg en statistisk og fortolkende analysemetode for den vitenskapelige utforskingen av menneskelig subjektivitet (McKeown & Thomas, 1988). Hensikten er altså å utforske kvalitative aspekter av menneskelig atferd, slik som personers meninger, holdninger og verdier (Brown, 1993; van Exel & de Graaf, 2005).

Den britiske fysikeren og psykologen William Stephenson (1902-1989) utviklet Q-metodologien som forskningsmetode i 1940-årene som et alternativ til datidens dominerende naturvitenskapelige forskningstradisjon (Brown, 1980; Stephenson, 1953). Stephenson kritiserte den såkalte R-metodologiens hypotetisk deduktive tilnærming for dens reduksjonistiske tendenser ved å objektivisere og kvantifisere data, og da også kvalitative data som menneskers synspunkter, følelser, holdninger og atferd, for å kunne gjøre slike data generaliserbare (Stephenson, 1953; Smith, 2001; Watts & Stenner, 2012). For mer om Q-metodologiens bakgrunn og ulikhetene mellom Q og R, se vedlegg 8.3.

Stephenson utviklet Q-metodologien for nettopp å ivareta et holistisk menneskesyn i sin forskning. ”The total person-in-action is our concern” (Stephenson, 1953:4). Han påpekte et av sine psykologiske prinsipper som går ut på at menneskelig atferd, og da både ytre, av andre objektiv observerbare handlinger, og indre opplevelser, som er subjektive for individet selv, ikke kan skilles fra hverandre når de skal studeres vitenskapelig (Stephenson, 1953). I denne Q-studien kan jeg, med andre ord, finne fram til ulike grupper av personer blant helsepersonellet som deler like perspektiv, synspunkter eller holdninger med tanke på deres egen opplevelse av den felles konteksten de inngår i, nærmere bestemt ved sin delaktighet i beslutningsprosesser for langtidsintensivpasientens behandling.

### **3.2 Subjektivitet**

Stephenson var, i følge Smith (2001), helt tydelig og konsekvent på anvendelsen av begrepet subjektivitet som betegner studiedeltakernes egne synspunkt, som anses som fullstendig objektiv atferd, og som dermed kan måles og studeres systematisk og vitenskapelig (Stephenson, 1953). Subjektivitet kan sees på som måten en samtaler med seg selv eller med andre om et tema. I følge Stephenson (1953) er subjektivitet kommunikativ atferd, men den kan ikke observeres direkte av andre fordi den er en indre erfaring. Ved hjelp av Q-metoden gjøres denne subjektiviteten eksplisitt, gjennom egne forestillinger og samtaler med seg selv, i sorteringsprosessen, som er selveste Q-eksperimentet. Wolf (2010) formulerer det slik at studiedeltakernes «subjektivitet er liv pustet inn i kommunikasjonsuniverset» (2010: 33) og at kommunikasjonsuniverset bare forblir potensielt uten subjektivitet.

### **3.3 Selv-referanse**

Subjektivitet har selvreferanse. Personene som interagerer med utsagnene under Q-sorteringen henviser og relaterer til sine egne følelser, forestillinger og meninger (Smith, 2001). Forutsetningen er at forskeren formulerer items eller utsagn, med utgangspunkt i en instruksjon og ut fra et selvreferent ståsted: « *Slik jeg opplever det...* ».

### 3.4 Operant subjektivitet

I selve Q-eksperimentet gis studiedeltakerne et utvalg av setninger eller utsagn som skal sorteres og rangeres i henhold til deres egne følelser, holdninger, bedømmelser eller preferanser som utløses av utsagnene. Når handlingen eller operasjonen i den ferdige Q-sorteringen er utført, konfigurerer det seg et helhetsbilde av personens operante subjektivitet, som er relatert til et gitt tema (Thorsen & Allgood, 2010). På denne måten er operant subjektivitet subjektiv atferd som manifesterer seg gjennom Q-metodologien (Smith 2001b). Personers syn eller subjektive oppfatninger kommer opp i en eller flere faktorer ved hjelp av faktoranalyse og blir slik operante. Kvalsund (2005) påpeker at begrepet operant indikerer at slike subjektive syn ikke er resultat av på forhånd bestemte hypoteser, slik det er tilfellet i kvantitative studier innen R- metodologien. I Q-metodologien måler og vurderer studiedeltakerne seg selv, istedenfor å bli gjort til objekter som måles og vurderes av forskeren i R-metodologien (Smith, 2001b). I motsetning til å ha hypoteser som utgangspunkt for sin forskning, som det gjelder å bekrefte alle avkreftede, er en i Q-metodologien interessert i å oppdage noe nytt.

### 3.5 Stegene i forskningsprosessen

#### 3.5.1 Valg av tema og kommunikasjonsunivers

Enhver forskningsprosess har sitt utspring i forskerens egne interesser og i en nysgjerrighet til å finne ut av hva et observert fenomen handler om (Patton, 2002; Postholm, 2010). Med denne studien ønsker jeg å utforske helsepersonells subjektive oppfatning av sin egen delaktighet i etisk utfordrende medisinske beslutningsvalg. Wolf (2010) presiserer at en anvender Q-metodologien som et speil foran individer og samarbeidsgrupper, som en nødvendig mekanisme for å undersøke interne referanserammer. Ved å anvende Q-metodologien søker jeg å utforske og dermed å øke forståelsen for de forskjellige syn og perspektiv som de ulike aktører i det tverrfaglige behandlerteamet har som utgangspunkt for sin faglige innsats for langtidsintensivpasienten.

I følge det neste steget i forskningsprosessen skulle jeg identifisere og definere en såkalt *concourse*, som dannet utgangspunkt for konstruksjon av en forskningsdesign. *Concourse* avledes fra det latinske ordet *concursum*, som betyr å *flyte sammen*. I denne sammenhengen er det alle måter en kommuniserer om det forut skisserte temaet, som flyter sammen i dets totale ytringsfelt, eller dets *kommunikasjonsunivers* (Brown, 1993; Kvalsund & Allgood, 2010;

Watts & Stenner, 2012). En slik populasjon av ytringer og utsagn, studiens empiriske data, samlet jeg ved hjelp av uformelle samtaler og ustrukturerte intervju med aktuelle studiedeltakere fra miljøet der forskningen ble utført i. Subjektive og uformelle ytringer i form av spørsmål, oppfatninger og diskusjoner flyter slik sammen, som oftest uttrykt som hele eller delvise synspunkter om temaet (Kvalsund & Allgood, 2010). Jeg benyttet også materiale fra media, der temaet livsforlengende intensivmedisinsk behandling er gjenstand for offentlige refleksjoner og diskusjoner. Bøker, artikler og retningslinjer med vitenskapsteoretisk og yrkesfaglig innhold om intensivmedisinen og dens etiske grunnlag, så vel som teori om relasjons-, kommunikasjons- og samarbeidsutvikling ga viktige bidrag. Min egen forforståelse med tanke på studiens tema bidro også til å skape concoursen. Jeg oppfatter det som en styrke at jeg har min yrkesfaglige tilhørighet og mitt virke som faglig veileder i den samme konteksten som min studie skal utføres i. Det gir meg en unik tilgang til egne og andre kollegaers personlige erfaringer med tanke på studiens problemstilling. Jeg vil ikke se bort fra at denne nærheten til forskningsfeltet muligens kan innebære en viss begrensende seleksjon i valg av aktuell informasjon. Et viktig korrektiv og en kilde til å kunne ivareta kravet om en mest dekkende og fullstendig concourse kan ivaretas av min veileder så vel som av personene som deltar i pilotstudien.

### **3.5.2 Eksperimentelt design og Q-utvalg**

Det neste steget omhandlet konstruksjonen av et eksperimentelt design som så dannet utgangspunktet for utformingen av et utvalg av utsagn, et såkalt *Q-utvalg*. Det er av stor betydning at forskeren konstruerer et balansert og representativt stimuliutvalg, slik at studiedeltakeren under sorteringsprosessen får mulighet til å respondere på et mest mulig nyansert og dekkende stimulifelt og på denne måten kan tegne et helhetlig bilde av sitt eget syn (Kvalsund, 2005). Dersom en utvikler et Q-utvalg bare ut fra en teoretisk struktur, blir samplingen ubalansert, skjev og ikke representativ. I denne studien anvendte jeg Fishers balanserte blokkdesign, som er en teoretisk, eksperimentell og hypotetisk design (Stephenson, 1953), presentert i tabell 1. Designen, som er en logisk oppbygd konstruksjon, reflekterer dermed en teoretisk struktur av feltet jeg vil studere.

**Tabell 1:** Eksperimentell design for studien (etter Fisher's balanced block design)

Effekter	Nivåer			Celler
Relasjoner	<b>a</b> Avhengig	<b>b</b> Uavhengig	<b>c</b> Gjensidig avhengig	3
Samarbeid/kommunikasjon	<b>d</b> Hemmende		<b>e</b> Fremmende	2
Fokus/ oppm.felt i beslutninger	<b>f</b> Organspesifikt sykd.bilde		<b>g</b> Hele mennesket	2
Sum				12

Designen for denne studien ble sammensatt av tre effekter som kan betegnes som kjerneområder og som på forskjellig og uavhengig vis (Kvalsund, 1998) er vevd inn i forhold som betinger helsepersonells medvirkning i beslutningsprosesser. Hver av de tre effektene ble igjen delt inn i to eller tre nivåer som står for ulike aspekter eller karakteristika. Den første effekten ble dannet av *relasjoner* og reflekterer persondimensjonen i det tverrfaglige teamet. I og med at personer er iboende relasjonelle kan en beskrive kvaliteten på relasjonene ved hjelp av dimensjonene *avhengig*, *uavhengig* og *gjensidig avhengig* ut fra teoriene til Buber, Kvalsund og Macmurray. Den andre effekten kaller jeg for *samarbeid/kommunikasjon*, som forklares nærmere ved sine to nivåer *fremmende* og *hemmende*. Denne andre effekten reflekteres ved teorier om samarbeid og gruppeprosesser ved Lassen og McClure og ved teorier innen kommunikasjonstematikken, ved Bateson, Nordby og Leenderts. Den tredje effekten er *fokus/oppmerksomhetsfelt i beslutninger* som beskriver helsepersonells intensjonalitet i deres profesjonelle tilnærming til sitt arbeid rettet mot langtidsintensivpatienten. Denne siste effekten forklares ut fra de to nivåene *organspesifikt sykdomsbilde* og *helheten* for å verifisere hva som ligger i de ulike aktørens oppmerksomhetsfelt. Her anvendes teori som omhandler helsepersonells profesjons- og samarbeidsetikk i helsetjenesten, ved Leenderts og Barbosa da Silva.

Når de tre effektene og nivåene kombineres innbyrdes med hverandre gir de basis for utformingen av utsagn. I denne studien resulterte kombinasjonen av hver celle, multiplisert med hverandre ( $3 \times 2 \times 2 = 12$ ) i de følgende 12 cellekombinasjoner: adf, adg, aef, aeg, bdf, bdg, bef, beg, cdf, cdg, cef, ceg. For eksempel gir cellekombinasjonen beg følgende utsagn: *Når pasienten ikke er i stand til å kommunisere, trenger jeg innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg.* I denne studien valgte jeg å konstruere fire replikasjoner ut fra hver cellekombinasjon. Replikasjoner vil i denne sammenhengen si at de er nesten, men ikke helt identiske (Kvalsund & Allgood, 2010). Resultatet blir dermed  $12 \times 4 =$

48 setninger eller utsagn som jeg vurderte som dekkende i forhold til kommunikasjonsfeltet (concourse) for studiens tema og til fenomenet som skulle undersøkes.

Å konstruere både positivt og negativt ladede utsagn er en måte å sørge for mer varierte stimuli i setningene. Kvalsund og Allgood (2010) henviser til en teknikk som instruerer til å balansere slike utsagn, gjøre de rikere på nyanser og som fører til at Q- utvalget blir så representativ som mulig. Utsagnene er randomiserte slik at deres nummerering i en rekkefølge ikke kan gi studiedeltakeren idéen om en bestemt struktur som kunne peke på logiske sammenhenger mellom tematiske innholdsenheter (Kvalsund & Allgood, 2010).

Randomisering hindrer at oppmerksomheten under sorteringsprosessen trøttes ved å forskyve fokus fra selve interaksjonen med utsagnene under sorteringen til kognitive aktiviteter med målet om å oppdage mønstre og sammenhenger.

7 av 55 informanter valgte å gi skriftlig tilbakemelding om at de syntes utsagnene var krevende med tanke på deres komplekse meningsinnhold, at det var noen utsagn som var for lite generelle og liknet på hverandre. 3 kommenterte at 48 utsagn ble for mange å forholde seg til slik at en hadde vanskelig for å holde oversikten.

### **3.5.3 P- utvalget**

I Q-metoden betegnes utvalget av studiedeltakere for *p-utvalget* eller *p-settet*. I kvantitative studier innen R-metodologien er målet med studien å fastslå årsakssammenheng eller prevalens av fenomener. Dette er ikke tilfellet innen Q-metodologien og en søker ikke å generalisere (Brown, 1980). Et høyt antall av studiedeltakere er i følge Watts og Stenner (2012) ikke assosiert med en høyere kvalitet på studien. En Q-studie er i utgangspunktet en induktiv metode (Stephenson, 1980) og i følge Størksen (2012) er det sjelden man involverer flere enn 50 deltakere. Det er også mulig å utføre intensive studier på enkeltpersoner som gjennomfører den samme Q-sorteringen flere ganger under ulike instruksjonsbetingelser. I og med at denne studien har et p-utvalg som består av 55 deltakere som forholder seg til en og samme instruksjonen, betegnes den som ekstensiv (McKeown & Thomas, 1988; Stephenson, 1953). Det er av betydning at personene i p-utvalget er representative for konteksten concourseen er hentet fra. Utvelgelsen ble i denne studien gjort ut fra et både teoretisk og pragmatisk perspektiv, ut fra personenes relevans for å kunne belyse studiens forskningsspørsmål og ut fra deres tilgjengelighet (Brown, 1980; van Exel & de Graaf, 2005). Jeg inkluderte 30 intensivsykepleiere, 23 legespesialister og 2 fysioterapeuter i denne studien. Grunnen for at jeg valgte å inkludere så mange som 55 informanter, som representerer den



lengste kliniske erfaringen (minst 10 år) fra den aktuelle pasientgruppen, er at jeg tilsikter at hele klinikken kan få eierskap til denne studien, og dermed kan bruke den som utgangspunkt for videreutvikling av det tverrfaglige behandlerteamet.

### **3.5.4 Q-sortering og instruksjonsbetingelse**

Q-sorteringen er det mest dyptgående og sentrale aspektet ved Q-teknikken og dens hensikt er å samle inn studiens datamateriale. I sorteringsprosessen interagerer studiedeltakeren med kommunikasjonsuniverset og personen foretar sine egne målinger. Sorteringsprosessen er relasjonell og intensjonell og deltakeren blir aktiv handlende i relasjon til utsagnene (Brown, 1980; Kvalsund, 1998). Utsagnene, med deres ulike meningsinnhold, rangeres ut fra sorterers synspunkt, eller i henhold til dens subjektivitet (Wolf, 2010). Det komplekse bilde av hver studiedeltakers subjektive syn er et selvreferent portrett og et øyeblikksbilde av sin egen rolle som personen oppfatter å ha i beslutningsprosessene for langtidsintensivpasientens behandling.

I en Q-sortering introduseres studiedeltakeren for 48 utsagn som skal rangeres i henhold til sine preferanser på en sorteringsmatrise med en tvungen kvasinormal fordeling. Tvungen vil si at personen blir oppmuntret til å holde seg til det introduserte mønsteret. Det kan oppleves som vanskelig å være nødt til å gi de forskjellige utsagn en plassering på matrisens ulike felt eller ruter, noe som også ble bekreftet av noen deltakere i denne studien. Størksen (2012:568) uttrykker det slik at sorterers subjektive nyanser framtvinges når alle utsagn må rangeres i forhold til hverandre. Utsagnene som plasseres ytterst i sorteringskjemaet, i områdene -6, -5, -4, +4, +5 og +6 engasjerer sorterers følelsesliv sterkest. Jo nærmere en velger å rangere utsagnene fram mot 0- området, desto mer krevende blir nyanseringen av ens preferanser grunnet at den psykologiske signifikansen avtar (Kvalsund & Allgood, 2010). Matrisens form tilsvarende en kvasinormal fordeling som gjenspeiler at det vanligvis eksisterer færre utsagn som er av psykologisk signifikans enn de mer nøytrale, som ligger i områdene -1, -0, og +1 (Brown, 1980). Se vedlegg 4 for eksempel på kvasinormalfordeling/sorteringsmatrise.

Sorteringen skal gjennomføres i henhold til en instruksjonsbetingelse som har til hensikt å lede sorterers oppmerksomhet i en retning som er tilsiktet av forskeren (McKeown & Thomas, 1988). Denne studiens instruksjonsbetingelse lyder som følgende:

*Sorter og ranger utsagnene ut fra din egen subjektive oppfatning eller opplevelse du har av din egen delaktighet i etisk utfordrende beslutningsvalg for langtidsintensivpasientens*

*behandling. I denne studien er det ikke av interesse å finne ut hva du synes din rolle **burde** bestå i. Det finnes ikke rette eller gale svar.*

To personer, en intensivsykepleier og en lege, gjennomførte hver en pilotstudie. De to anså jeg som representative for populasjonen som deltakerne for denne studien skulle rekrutteres fra. Hensikten var å teste språk og meningsinnhold i utsagnene. Jeg har også selv gjennomført en Q-sortering, som ble innlemmet i studien på lik linje med de øvrige 54 deltakers sorteringer. Potensielle informanter for min studie ble av meg personlig forespurt. Leger nådde jeg blant annet i deres morgenmøter. Intensivsykepleiere ble i hovedsak identifisert og kontaktet via mail av avdelingslederen. I denne første kontakten fikk de i et informasjonsbrev (vedlegg 5) spørsmål om å delta. De var også vedlagt en samtykkeerklæring (vedlegg 6). Personene som innvilget i å bidra til prosjektet fikk senere utlevert hver sin konvolutt. Den inneholdt et følgebrev (vedlegg 7), en instruksjonsbetingelse (vedlegg 8), en sorteringsmatrise (vedlegg 4) og 48 utsagn skrevet på små kort (vedlegg 9). Etter slutført Q-sortering var det 10 deltakere som oppgav at sorteringsprosedyren opplevdes vanskelig, at den krevde full konsentrasjon og at den var tidkrevende. Informantene brukte alt mellom 45 minutter og 2,5 timer. Tematikken i utsagnene ble av de fleste beskrevet som interessant, tankevekkende og verdt å reflektere over.

### **3.5.5 Faktoranalyse**

Jeg benyttet meg av programvaren PQ-Method for Windows (Schmolck, 2002) for å bearbeide og analysere studiens data. Dataprogrammet genererte en rapport som inneholder alle statistiske resultater som gir grunnlaget for den videre faktoranalysen.

Hensikten med faktoranalysen er å finne de underliggende strukturer i fenomenet som skal studeres, slik at forskeren kan bruke de som utgangspunkt for sine fortolkninger (Allgood, 1994/1995). Når studiedeltakere sorterer utsagnene på samme måte og gir dem de samme skåringsverdiene i fordelingsmatrisen, korrelerer personene høyt med hverandre (Kvalsund & Allgood, 2010). Disse personene danner sammen en klynge som definerer en faktor i Q-faktoranalysen. Den personen som lader høyest på en faktor (korrelerer høyest med den) har det mest dekkende synet og definerer dermed faktoren mest. Jo lavere korrelasjon det er mellom faktorene, desto tydeligere er forskjellene i faktorsynenes operante subjektivitet. I Q-metode refererer generalisering til hvilke og hvor mange ulike tydelige subjektive syn som opererer i concoursen, som er fenomenet jeg ønsket å utforske. Generalisering viser ikke, slik

som i R-studier, til en gjennomsnittsparemeter i en definert populasjon (Brown, 1980; van Exel og de Graaf, 2005; Smith, 2001b).

I PQ-Method-programvaren kan en anvende enten Centroid eller Principal Components for å konstruere en korrelasjonsmatrise av de 55 Q-sorteringene. Jeg valgte Principal Components grunnet at den leverer en presis matematisk *beste løsning* (Brown, 1980), er brukervennlig og anses som den rådende analysemetoden innenfor statistikken. Som følge av sin datareduserende og -ekstraherende teknikk (Watts & Stenner, 2012), foreslo programmet i denne studien som en første løsning 8 uroterte faktorer (se tabell 2 i vedlegg 10).

Den mest vanlige statistiske praksis for å fastslå om en faktor er signifikant eller av betydning, er å anvende dens *forklarende varians* og *egenverdi (eigenvalue)*-kriteriet. I henhold til egenverdien estimeres faktorens signifikans ved summen av dens kvadrerte faktorladninger. Sammen med Brown (1980) fastslår McKeown og Thomas (1988) og Watts og Stenner (2012) at faktorer med egenverdi høyere enn 1,00 ansees for å være statistisk signifikante. Alle de 8 uroterte faktorene som programmet foreslo for denne studien hadde en egenverdi over 1,00 og de kvalifiserte dermed per definisjon til å være sterke nok til å kunne representere et eget faktorsyn. Allikevel påpeker Brown (1980) at signifikansen ikke bare kan bestemmes ved statistiske kriterier alene, men at forskeren også må se faktorene i sammenheng med studiens hensikt. Det er også betydningsfullt å ta de sosiale settingene i betraktning som faktorene har sin organiske tilknytning til. Dette betegnes som faktorenes teoretiske og kontekstuelle signifikans. Sammen med egenverdien gir den *forklarende variansen*, eller variabiliteten, en klar indikasjon på styrken og den potensiell forklarende kraft av en ekstrahert faktor (Watts & Stenner, 2012).

For å frembringe en mer tydelig faktorstruktur i datamaterialet utfører PQ-Method ytterligere beregninger ved hjelp av Varimax rotasjon (McKeown & Thomas, 1988). Varimax er en av de mest vanlige matematiske, objektive metodene for statistisk faktorrotasjon. Varimax anbefales spesielt når en er interessert i å finne ut hovedsynspunktene i deltakergruppen (Watts og Stenner, 2012), noe som er tilfellet i denne studien. Forskeren kan også utføre en *by-hand*-tilpasning, der det foretas skjønnsmessige eller teoretisk baserte rotasjoner. En slik framgangsmåte krever dog en del praktisk erfaring som jeg enda ikke kan ty til. Sammen med veileder ble Varimax med tanke på to-, tre- og firefaktorløsninger prøvd ut. Vurderinger for og imot de respektive faktorløsningene går ut på antall personer som lader signifikant på faktorene, de enkelte faktorenes egenverdier, graden av korrelasjonen (sammenheng) mellom

faktorene og hvor høy den forklarende variansen er (Watts & Stenner, 2012). En to-faktorløsning anså jeg som å være mer ugunstig med tanke på en lavere forklarende varians (52%). I tillegg var mitt håp å kunne få tilgang til flere nyanser i fortolkningen av faktoranalysen ved å velge en analyseløsning med flere faktorer. Ved sammenlikning av resultatene fra tre- og fire-faktorløsningene, fant jeg at tre-faktorløsningen genererte lavere korrelasjonsverdier mellom faktorene og frembrakte dermed faktorer som var mer tydelig forskjellige fra hverandre. Det var 7 flere studiedeltakere som ladet signifikant på de tre faktorene enn det var tilfelle i fire-faktorløsningen (totalt 52 deltakere versus 45). Når jeg undersøkte nærmere på utsagnnivå hva Faktor 4 vektla i forhold til de andre tre faktorene, så jeg at disse utsagnene ikke går tapt som nyanser, men alltid også blir ivaretatt i en av faktorene i en tre-faktorløsning. Mitt valg falt dermed på en tre-faktorløsning som dermed danner utgangspunkt for min videre analyse og tolkning av datamaterialet.

**Tabell 2:** Korrelasjon mellom faktorene

Faktor	1	2	3
1	1,0000	0,3957	0,5811
2	0,3957	1,0000	0,4091
3	0,5811	0,4091	1,0000
<b>% Forklarende varians</b>	25	23	8

**N: 55**

Tabell 3 viser en akseptabel korrelasjon mellom de tre faktorene. Faktor 1 og 2 korrelerer lavest, med 39%, faktor 1 og 3 høyest, med 58%, og faktor 2 og 3 korrelerer med 41%. Med andre ord skiller Faktorsynene 1 og 2 seg i større grad fra hverandre og representerer dermed tydeligere syn hver for seg i forhold til faktor 3. Det betyr også at studiedeltakerne som lader signifikant på faktor 3 (3 personer) har noen flere fellestrekk i deres synspunkter med personene som utgjør faktor 1 (26 personer) enn med de fra faktor 2 (23 personer). Dette vises også i *konsensusutsagnene* som dataanalysen genererte (vedlegg 12). Nyanseforskjellene på henholdsvis 42% mellom faktor 1 og 3, 60% mellom faktor 1 og 2, og på 59% mellom faktor 2 og 3 vises som *diskriminerende utsagn* (vedlegg 13)

De tre faktorene samlet forklarer 56% ( 25+23+8) av den totale variansen som finnes i hele studiens datamateriale, og dermed representerer den over halvparten av alt som alle Q-sorteringene har felles. Dermed tilfredsstilles kriteriene for akseptable og pålitelige verdier for variansen som ligger i følge Watts og Stenner (2012) på rundt 30 til 40% eller over.

### 3.5.6 Faktorfortolkning

Hensikten med fortolkningen er å fange den helhetlige, meningsbærende essensen som ligger i den faktorinterne plasseringen av utsagnene (Watts & Stenner, 2012). Det er her den underliggende subjektiviteten opererer og lar seg identifisere ved å betrakte utsagnenes posisjonering i et dynamisk forhold til hverandre (Kvalsund, 1998), i hver av de tre faktorenes gjennomsnittsmønstre. Den statistiske analyseprosedyren brukes i Q-metode dermed innledende til den kvalitative fortolkningsprosessen. Et første fokus for min oppmerksomhet fikk faktorskårene med psykologisk signifikans, i ekstremområdene (+6,+5,+4 og -6,-5, -4). Et helhetlig bilde dannet seg imidlertid først i en gestaltisk prosess der utsagnene fikk sin mening på bakgrunn av deres kontekstuelle bakgrunn, representert ved utsagn plassert i det mer nøytrale midtområde rundt 0-verdien. I neste omgang skulle alle tre faktorene sammenlignes med hverandre. Faktoranalysen frembrakte konsensusutsagn (vedlegg 12) og diskriminerende utsagn (vedlegg 13), som er utsagn som forener og som skiller de tre faktorene.

Forståelse og mening skapes *a posteriori*, gjennom abduksjon (Kvalsund, 1998; McKeown & Thomas, 1988). Slike abduktive prinsipper følger logikken for oppdagelsen av noe uventet og nytt heller enn logikken for bekreftelse av noe forut antatt eller definert, ut fra hypoteser. I henhold til det abduktive prinsippet utløses hos forskeren et engasjement til å skape meningssammenhenger og forståelser med utgangspunkt i sine egne tolkninger. Å anvende et abduktivt analyseperspektiv krever av forskeren en åpen, søkende og nysgjerrig holdning og en evne til å la seg overraske (Charmaz, 2013). Wolf (2010) påpeker at forståelsen ut fra slike faktoranalyser og tolkninger er forskerens egne, og ikke den individuelle studiedeltakerens. En viktig oppgave for forskeren er å vinne innsikt i subjektiviteten slik som den har vist seg og som den er blitt avslørt eller antydnet av studiedeltakeren i Q-sorteringen. Wolf (2010) refererer til Brown når hun utdyper videre om at denne innsikten utvikles ved å prøve å forstå meningen i personenes oppfatninger, og dermed i deres egne synspunkter. I følge disse abduktive prinsipper ble det dermed mulig å ta inn ny teori, for eksempel når jeg drøftet resultatene av faktoranalysene. I praksis utspiller det seg dermed en vekselvirkning mellom teoriladet empiri og empiriladet teori.

### 3.6 Kvaliteten i studien

I det følgende presenterer jeg aspekter og forhold som bidrar til å tilfredsstillende kravene til studiens pålitelighet og gyldighet. I tillegg redegjør jeg for forskningsetiske betraktninger til viktige momenter for kvalitetssikringen av mitt forskningsprosjekt, samt for min egen rolle som forsker.

#### 3.6.1 Post-intervju

I følge anbefalinger til Brown (1980), Smith (2001b), Størksen (2012) og van Exel & de Graaf (2005) gjennomførte jeg post-intervju, eller ettersamtaler, med informanter som har ladet og skåret høyest på de forskjellige faktorsynene. I denne studien foretok jeg totalt 6 intervju, med 2 informanter for hvert av de tre faktorsyn. Denne member-check er en form for triangulering og den gav meg tilbakemelding på om personene kjente seg igjen i analyseresultatene. Jeg fikk dermed viktige opplysninger om mine fortolkninger var i overensstemmelse med studiedeltakernes egne syn. Jeg har valgt å gjøre studiedeltakernes reaksjoner og kommentarer synlige i forskningsteksten, slik at post-intervju bidrar som et ledd i kvalitetssikringen av forskningsprosessen (Postholm, 2010; Thorsen & Allgood, 2010).

#### 3.6.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i forskningsstudier viser til deres pålitelighet. Det vil si at de samme resultatene lar seg framskaffe når en bruker det samme måleinstrumentet gjentatte ganger (Rindal, 2013). I følge Brown (1980) viser replikasjonsstudier for en og samme person, som sorterer ut fra samme instruksjon, en gjennomsnittlig reliabilitetskoeffisient på 0,80 eller mer (se tabell 4). Det betyr i praksis at et helhetlig syn, som er basert på meninger og verdier, ikke så lett lar seg forandre (Kvalsund, 1998), hvis ikke studiedeltakeren eller konteksten gjennomgår en vesentlig transformasjon. I det følgende vises tabellen over forskningsstudiens reliabilitet.

**Tabell 3:** *Studiens reliabilitet*

<b>Faktorer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Antall definerende variabler</b>	26	23	3
<b>Gjennomsnittlig reliabilitetskoeffisient</b>	0,800	0,800	0,800
<b>Komposittreliabilitet</b>	0,990	0,989	0,923

N: 55

Komposittreliabiliteten refererer til faktorenes pålitelighet og den vil øke, jo flere personer som lader på et faktorsyn. Tabell 3 viser at faktor 1 lader med 26 studiedeltakere og faktor 2

med 23. Faktor 3 lader med 3 deltakere. Komposittreliabiliteten for de respektive faktorene er for faktor 1: 0,990; for faktor 2: 0,989 og for faktor 3: 0,923.

### 3.6.3 Validitet

Validitet, eller gyldighet, går ut på at forskeren virkelig måler det han/hun hadde til hensikt å måle. I Q-metodologien er validitet i tradisjonell forstand ikke vesentlig. Det er, som nevnt før, ikke av interesse å bevisføre for noen forhåndsdefinerte hypoteser, slik som det er tilfellet i hypotetisk-deduktive, kvantitative studier. Det finnes ingen rette eller gale plasseringer av utsagnene. I Q-metodologien handler det om en intern validitet som er, i følge Kvalsund (1998), relatert til sorterers kontakt med sitt eget følelsesliv og som ligger i en ærlig evaluering av seg selv i møte med utvalget av utsagn. Det er av avgjørende betydning for studiefunnenes validitet at studiedeltakeren sorterer i henhold til instruksjonsbetingelsene. Ikke for eksempel ut fra en ideell subjektivitet, det vil si å sortere ut fra hva en *bør* være, istedenfor å sortere ut fra hva man faktisk *er*.

### 3.6.4 Forskningsetiske betraktninger

I Q-metoden blir studiedeltakerne kun indirekte presentert, via faktorene fra den statistiske faktoranalysen og i pre- og postintervjuene. Med hensyn til personvernet er det allikevel påkrevd å anonymisere forskningsdata slik at de ikke kan tilbakeføres til enkelpersoner. Alle forsknings- og studentprosjekter som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes og godkjennes av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatilsyn (NSD). Denne mastergradsstudien er blitt meldt inn og godkjent av NSD (vedlegg 18). Etter oppfordring fra avdelingsledelsen for legetjenesten ved intensivavdelingen ble denne studien i tillegg meldt inn til vurdering til REK, de Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk. Studien ble i henhold til helseforskningsloven funnet som ikke fremleggingspliktig for REK fordi komiteen vurderer at hovedformålet med denne studien ikke er rettet mot ny kunnskap om helse og sykdom som sådan (vedlegg 19).

I følge krav om informasjon skal de personene som er gjenstand for forskning få all informasjon som er nødvendig for å kunne danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av følgene av å delta i forskningsprosjektet og av hensikten med forskningen.

Studiedeltakerne mottok et informasjonsbrev (vedlegg 5) og et samtykkeskjema (vedlegg 6). I informasjonsbrevet informerte jeg om studiens tema og hensikt og om metoden som skulle anvendes, og som skulle omtrentlig vare i 30 til 45 minutter. Jeg gjorde oppmerksom på at

deltakelse er frivillig og at informantene til enhver tid har rett til å avstå fra videre deltakelse, til tross for at de har underskrevet samtykkeerklæringen.

I og med at jeg samlet inn data (fra 55 personer) som omhandlet studiedeltakernes egne subjektive opplevelser, innebar dette at personene og forskningsmaterialet måtte anonymiseres og lagres i et personregister. I et slikt personregister har jeg tallkodet navnene til alle personene. I informasjonsbrevet har jeg orientert om hvor lenge materialet skal oppbevares før det tilintetgjøres. De ferdig utfylte sorteringsmatrisene ble oppbevart innelåst, kun tilgjengelige for forskeren og for veilederen.

### **3.6.5 Forskerrollen**

Som forsker er jeg involvert med min egen subjektivitet i alle ledd av forskningsprosessen (Brown, J.R., 1996; Brown, S.R. 1980; Watts & Stenner, 2012). I og med at jeg utførte min studie innenfor mitt eget arbeidsområde ble det nødvendig å rette et særlig fokus på min forskerrolle. Relasjonene jeg inngikk med studiedeltakerne som personer-i-relasjoner krevde at jeg levde ut mine egne verdier, slik som kongruens, ubetinget positiv anerkjennelse og empati for å kunne formidle min transparens og for å ivareta informantene med sin egen integritet (Allgood, 1997). Min kompetanse som veileder og rådgiver var i så måte av stor nytte. Å være deltakende og samtidig observerende krever av forskeren selvrefleksivitet, en form for selvkonfrontasjon. Som forsker søkte jeg å rette et kritisk og ærlig blikk på mine egne tanker, verdier og handlinger (Steen-Olsen, 2010). Observatørperspektivet gjorde det mulig å oppdage tilsløringer, eller *blinde flekker*. De besto av kulturinterne og sosialiserte holdninger, forutinntatte meninger og fastlåste tankemønstre som jeg ble oppmerksom på gjennom tilbakemeldinger fra min veileder og i samtalene med mine informanter i pre- og postintervjuene.

Min egen subjektivitet og forforståelse må synliggjøres for leseren av denne avhandlingen slik at han/hun kan se analysene og tolkningene i lys av mitt forskerperspektiv. Med tanke på studiens transparens og troverdighet var jeg oppmerksom på å redegjøre for hvordan jeg har gått fram under datainnsamlingen, Q-metodens analyseopplegg og hvordan funnene har blitt til gjennom min tolkning (Thagaard, 2013). Jeg har på beste evne forsøkt å svare på kravet til redelighet, refleksivitet, empatisk innsikt og etisk forsvarlig handling slik at det skal lage rammene for min forskning (NSD; 2010; Patton, 2002). I og med at jeg utøver forskning innenfor mitt eget fagfelt, oppfatter jeg at selve genereringen av forskningsdata og den statistiske faktoranalysen ga mulighet til å ivareta en ønskelig distanse til



forskningsdeltakerne. Selve kategoriseringen baserer seg i følge Størksen (2012) på faktoranalysen og tas dermed ikke i samme grad innflytelse på av min egen forforståelse, noe som også tilsvarte min egen opplevelse. Jeg var bevisst på å la dataene snakke for seg og gjorde meg på denne måten også erfaring med Q-metodologiens abduktive prinsipp.

Forskeren har et etisk ansvar overfor deltakerne. Et viktig etisk prinsipp er å ikke bidra til å skade personene som utsettes for forskerens metodiske tiltak, som pre- og post-intervju og Q-sorteringen.

En utfordring ligger helt tydelig i å være bevisst og kritisk til min egen forforståelse og til egne tolkninger ut fra den interaksjonelle sykepleiepraksis, som mitt eget sykepleiefaglige perspektiv, og et holistisk menneskesyn, slik som beskrevet tidligere i kapittel 1.3.



## 4 Presentasjon og fortolkning av faktorene

Forskningsresultatene som presenteres i dette kapitlet danner grunnlaget for den senere drøfting og diskusjon av funnene opp mot oppgavens problemstilling. I den av meg valgte trefaktorløsningen representerer 52 av totalt 55 informanter samlet sett tre ulike syn på hvordan helsepersonell opplever sin delaktighet i etisk utfordrende beslutningsvalg når det gjelder langtidsintensivpasientens medisinske behandling. 3 studiedeltakere er mikset og lader således ikke signifikant i et av de tre faktorsynene.

Utgangspunkt for presentasjonen av hver av de tre faktorsynene dannes av deres respektive gjennomsnittsmønstre. Jeg fokuserer i min redegjørelse i første omgang på utsagn med psykologisk signifikans, der studiedeltakerne har plassert påstandene i henhold til *stemmer mest/stemmer minst med min opplevelse*, i gjennomsnittsmønsterets ytterposisjoner. Gjennom denne prosessen vil temaer kunne tre tydelig fram. Disse analyseres og fortolkes, og ved å gi oppmerksomhet til utsagnene som ble plassert i det psykologisk nøytrale midtområde rundt 0-verdien, kan temaene i en avsluttende oppsummering presenteres som et helhetlig forklarende faktorsyn. Utforskningen av sammenfallende og forenende forhold hos faktorsynene gjøres så ved å betrakte konsensusutsagnene (vedlegg 12). Uthevede tall i gjennomsnittsmønstrene viser til hver faktors diskriminerende utsagn, *distinguishing statements*, utsagn som er spesielle for akkurat den enkelte faktoren (vedlegg 13). Disse utsagnene gir dermed uttrykk for hva som skiller det enkelte faktorsynet fra de andre to faktorene. Kommentarer fra postintervjuene nevnes underveis i faktortolkningen, der det virker mest hensiktsmessig.

## 4.1 Faktor 1 - Inkludert og gjensidig avhengig i et tverrfaglig teamarbeid

Faktor 1 har en egenverdi på 20,9 og forklarer 25% av studiens varians. Med andre ord fanges en fjerdedel av studiens syn i Faktor 1. 26 studiedeltakere er signifikant assosiert med Faktor 1 (se vedlegg 14). Deltaker D3 korrelerte høyest, med 82%, og deltaker G2 nest høyest, med 79%, på faktorsyn 1 og det ble derfor gjennomført postintervjuer med disse to personer. I faktor 1-gruppen er det representanter med hovedtyngde fra alle legespesialiteter, som opprinnelig ble inkludert i denne studien, så vel som fra fysioterapi og fra intensivsykepleie.

Mest ulik meg eller

Mest lik meg eller

Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse

Stemmer med min oppfatning/opplevelse

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
25	28	10	2	18	14	<b>11</b>	5	<b>1</b>	4	23	<b>9</b>	45
	41	13	3	19	22	12	<b>7</b>	6	<b>15</b>	29	<b>17</b>	
		44	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	20	34	16	26	30		
			33	<b>32</b>	<b>35</b>	24	38	31	37			
				40	36	46	39	42				
					<b>48</b>	47	<b>43</b>					

**Figur 2:** Gjennomsnittsmønster for Faktor 1.

Figur 2 viser gjennomsnittsmønsteret for Faktor 1 og det representerer synet Faktor 1 rommer. Uthevede numre markerer diskriminerende utsagn. Det er fire hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 1: *åpen kommunikasjon og dialog*; *et gjensidig samarbeid inkluderer alle i teamet*; *den krevende beslutningsprosessen*; *et stort felles ansvar for beslutningsvalg og distansert pasient-behandler-relasjon*.

### 4.1.1 Åpen kommunikasjon og dialog

(jf tabell i vedlegg 15, utsagn og rangering)

Det første hovedtemaet i Faktor 1 omhandler viktigheten av et tverrfaglig samarbeid som er preget av en god dialog og en åpen kommunikasjon. Dette temaet anser jeg å være faktorens sentrale tema i og med at utsagn 45 (+6) er blitt tildelt den høyeste psykologiske signifikansen. Å formidle åpent sine bakenforliggende resonnementer vektlegges høyt for å kunne unngå misforståelser og uklarheter. Ved å plassere utsagn 17 så høyt (+5) tilmåles opplevelsen av en god dialog en stor betydning for beslutningsprosesser. I utsagn 29 (+4) utdypes videre at de gode holdningene som oppleves å være rådende i teamarbeidet, oppfattes

som en premiss for at den enkelte kan yte sitt beste i arbeidet for langtidsintensivpasienten. Utsagn 18 (-2) presiserer at relasjonene i det gjensidige samarbeidet tilmåles å ha betydning for effekten av behandlingen. Utsagn 9 (+5) tilføyer at den enkelte fagpersonen kjenner seg anerkjent i kommunikasjonen med de andre i teamet. Utsagn 8 (-3) og 40 (-2) virker å bekrefte dette ved å fremheve opplevelsen av å få støtte fra de andre i teamet når krevende beslutninger skal tas. Denne jevnt over positive beskrivelsen av et godt fungerende tverrfaglig samarbeid bekrefte ved at utsagn 11 er blitt posisjonert i 0-området, noe som tyder på at ikke-kommunisert uenighet i teamet ikke baserer på reelle opplevelser.

#### **4.1.2 Et gjensidig samarbeid inkluderer alle i det tverrfaglige teamet**

(jf tabell i vedlegg 15, utsagn og rangering)

Neste hovedtema handler om at Faktor 1 synes å vektlegge opplevelsen av både å inkludere og å bli inkludert i et gjensidig og tjenelig tverrfaglig teamarbeid. Dette temaet anses å være en videreføring av det sentrale, første temaet. Både utsagn 28 (-5), 10 (-4) og 37 (+3) ser ut til å fremheve opplevelsen av at så vel fysioterapeutenes som intensivsykepleiernes observasjoner og fagspesifikke tilnærminger anses som viktige og relevante perspektiv for å kunne skape et helhetlig bilde av pasientens situasjon. Utsagn 41 (-5), 30 (+4) og 13 (-4) gir en indikasjon på at eget fagspesifikt ståsted alene ikke anses som basis for krevende avgjørelser, men at fagpersonene heller foretrekker å støtte seg til og å rådføre seg med de andre i behandlerteamet. Både utsagn 3 (-3) og 4 (+3) viser til at fagpersonene synes å ha en bevissthet om at de bidrar med fremragende spesialistbehandling og at de ikke ønsker å overlate vurderingen av pasientens helhetlige helsesituasjon til de andre i teamet. Tvert i mot virker det som om den enkelte fagpersonen ønsker å inneha en aktiv rolle der dens fagspesifikke perspektiv inkluderes i den videre beslutningsprosessen.

#### **4.1.3 Den krevende beslutningsprosessen**

(jf tabell i vedlegg 15, utsagn og rangering)

Det neste hovedtemaet som er fremtredende i Faktor 1 vurderes til å ha mye felles med det forrige temaet. Det omhandler opplevelsen av forhold som danner grunnlaget for krevende beslutningsvalg. Igjen gir utsagn 30 (+4) og 13 (-4) et innblikk i at vanskelige beslutninger ønskes tatt i fellesskap, sammen med de andre spesialistene i teamet. Spesielt når det gjelder tilbaketrekking av livsforlengende behandling synes det å være ønskelig å rådføre seg med andre involverte fagpersoner. Ved å posisjonere utsagn 25 ved -6, avvises det at beslutningene

baserer på fagpersonenes tidligere erfaringer med tanke på at pasienter har overlevd intensivbehandling på mirakuløst vis før. Studiedeltakerne synes tvert imot, ved utsagn 23 (+4), å oppleve at avgjørelser tas med utgangspunkt i fagspesifikke aspekter som vurderes opp mot pasientens helhetlige tilstand og opp mot prognosen generelt. Det vektlegges også, ved utsagn 15 (+3), at fagpersonene i behandlerteamet etter intensjonen klarer å etablere et tydelig og konsekvent behandlingsforløp, som må evalueres regelmessig. Dette skal i sin tur kunne skape tillit og trygghet hos pasienten og dens pårørende. Utsagn 6 (+2) henviser til at helsepersonell søker å rådføre seg med de pårørende når pasientene ikke er samtykkekompetente. Dette for å kunne komme fram til riktige beslutninger. Både utsagn 16 (+2) og 42 (+2) uttrykker et ønske om å kunne ty til en slags plan eller konsensus som en har blitt enig om i felleskap tidlig i forløpet, i tilfelle pasienten skulle gjennomgå en kritisk forverring i sin helsetilstand.

#### **4.1.4 Stort felles ansvar for beslutningsvalg, distansert pasient-behandler-relasjon**

(jf tabell i vedlegg 15, utsagn og rangering)

Det siste hovedtemaet i Faktorsyn 1 gir oppmerksomhet til opplevelsen av å inneha et stort ansvar i pasientbehandlingen, ja faktisk et ansvar for pasientens liv og død, uttrykt ved utsagn 26 (+3). Posisjonert i det psykologisk høyere signifikansområde, ved +6, +4 og +5 virker det som at fagpersonene ønsker å søke støtte og råd hos andre i det tverrfaglige teamet og at den relasjonelle og kommunikative dimensjonen i samarbeidet dermed bidrar til å kvalitetssikre utfordrende beslutninger på best mulig vis, 45 (+6), 17 (+5), 29 (+4), 30 (+4), 41 (-5). Når det gjelder grunnlaget for beslutningsvalgene for eller mot livsforlengende behandling synes plasseringen av utsagn 44 (-4) å gi en indikasjon på at pasientens egen opplevde livsverden i liten grad tar innflytelse på spesialistenes avgjørelser. Plager i form av smerter, depresjon og forvirringstilstander over lang tid vurderes ikke som så tungtveiende at videre livsforlengende behandling oppfattes som etisk betenkelig. Dette finner støtte i posisjoneringen av utsagn i det psykologisk mer nøytrale område ved -1, 0 og +1, som uttrykker utsagn som utløser lite engasjement i studiedeltakernes operante subjektivitet. Utsagnene 39 (+1), 43 (+1) og 14 (-1) kan dermed være et uttrykk for at verken pasientens manglende muligheter til medbestemmelse eller dens spesielle psykososiale behov under intensivoppholdet, 5 (+1), får oppmerksomhet nok til at disse forholdene kunne ta innflytelse på beslutningsprosessene. Det synes heller ikke å basere i en reell opplevelse hos fagpersonene, at pasientens livsverden under et langvarig sykdomsforløp, med en meget usikker utsikt til bedring, klarer å engasjere

behandlerne utover det medisinskfaglige og organspesifikke, utsagn 27 (-1) og 35 (-1). Dette gir muligens en indikasjon på en noe distansert pasient-behandler-relasjon som dermed synes å mangle oppmerksomhet for pasientens helhetlige situasjon.

#### **4.1.5 Oppsummerende helhetsbilde av Faktor 1**

Faktorsyn 1 formidler et bilde av det tverrfaglige samarbeidet mellom fagpersonene der en synes å verdsette opplevelsen av en åpen kommunikasjon, en god dialog og relasjonelle kvaliteter som gjensidig respekt, støtte og anerkjennelse. Dette faktorsynet gir inntrykk av at gevinsten med et inkluderende, gjensidig avhengig samarbeid ligger i å kunne få tilgang til hverandres ressurser. Dette gjør det mulig å vurdere pasientens situasjon helhetlig. Den enkelte fagpersonen synes å ha et uttrykkelig ønske om å spille en aktiv rolle i beslutningsprosesser ved å ville inkluderes med sitt fagspesifikke perspektiv. Faktorsyn 1 virker å være tydelig på opplevelsen av at avgjørelser tas med utgangspunkt i fagspesifikke aspekter som vurderes opp mot pasientens helhetlige tilstand og opp mot prognosen generelt. Det fremmes et ønske om å kunne etablere en form for konsensus eller plan der en allerede tidlig i pasientforløpet nedtegner spesialistenes bakenforliggende resonnementer. I tilfelle pasienten skulle gjennomgå en akutt forverring i sin helsetilstand hadde fagpersonene dermed mulighet til å kunne stille bedre informert og forberedt med tanke på sine beslutningsvalg. Samarbeidet tilmåles en kvalitetssikrende effekt. Studiedeltaker D3 påpekte i postintervjuet at et stort antall med ulike perspektiv kan bidra til at det blir vanskeligere å treffe beslutninger. D3 er opptatt av et samarbeid der fagpersonene kjenner pasienten og dens situasjon godt. Det kan se ut som at pasientens livsverden under sitt opphold i intensivavdelingen kun i mindre grad er gjenstand for oppmerksomheten til Faktorsyn 1. Dette kan muligens gi en indikasjon på en noe distansert pasient-behandler-relasjon.

## 4.2 Faktor 2 - Ekskludert fra beslutningsprosessen og avhengig i samarbeidet.

Faktor 2 har en egenverdi på 7,6 og forklarer 23% av studiens varians. Faktor 2 representeres av 23 studiedeltakere (se vedlegg 14). Alle er intensivsykepleiere. Studiedeltaker H18 og H2 korrelerte høyest, med henholdsvis 84% og 79% på Faktorsyn 2. Det ble gjennomført postintervju med disse to personene.

Mest ulik meg eller						Mest lik meg eller						
Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse						Stemmer med min oppfatning/opplevelse						
-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
19	25	10	13	18	3	1	2	6	7	5	42	47
	32	15	17	22	9	8	4	14	16	27	45	
		28	33	29	12	21	11	20	34	35		
			40	41	23	24	36	30	37			
				43	31	26	38	46				
					44	39	48					

Figur 3: Gjennomsnittsmønster for Faktor 2.

Figur 3 viser gjennomsnittsmønsteret for Faktor 2 og det representerer synet Faktor 2 er fylt av. Uthevede numre markerer diskriminerende utsagn. Det er 4 hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 2: *ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid – til pasientens beste; fokus på pasientens livsverden og dens helhetlige situasjon; pasientens livsverden engasjerer, en nær pasient-behandler-relasjon; ønske om journalføring og om en handlingsstrategi.*

### 4.2.1 Ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid - til pasientens beste

(jf tabell i vedlegg 16, utsagn og rangering)

Det første og sentrale hovedtemaet i faktorsyn 2 synes å fremheve et ønske og behov om å drøfte pasientens situasjon i regelmessige teammøter, uttrykt ved utsagn 47 (+6), 19 (-6) og 45 (+5) i håp om å bedre det tverrfaglige samarbeidet. I en åpen kommunikasjon kan ulike synspunkter og resonnementer utveksles og eventuelle misforståelser lar seg avklare i felleskap. Plasseringen av utsagnene 17 (-3) og 29 (-2) tyder på at fagpersonene som definerer Faktorsyn 2 muligens ikke opplever dialogen og kommunikasjonen mellom alt involvert helsepersonell som å være god nok slik at beslutningsprosessen kunne bli til pasientens beste. Utsagn 32(-5) synes å gi uttrykk for at en oppfatter at legene fra moderavdelingene ikke har god nok oversikt over pasientens helhetlige situasjon slik at de kunne få ansvaret alene for en eventuell tilbaketrekking av livsforlengende behandling. Utsagnene 10 og 28, som



posisjonerer seg psykologisk signifikant ved (-4), synes å fremheve at intensivsykepleiernes observasjoner og vurderinger er av relevans og bidrar til å skape et helhetlig bilde av pasientens situasjon. Med utsagn 42 (+5) virker Faktorsyn 2 å fremlegge et ønske om at det tverrfaglige teamet kunne ha handlet ut fra en plan eller handlingsstrategi som alle involverte spesialister hadde blitt enige om tidlig i forløpet og før langtidsintensivpasienten på nytt gjennomgår en kritisk forverring i sin helsetilstand. Muligens fremsetter Faktor 2 dermed et ønske om å få delaktighet og medeierskap i en slik gjensidig forpliktende konsensusbeslutning.

#### **4.2.2 Fokus på pasientens livsverden og dens helhetlige situasjon**

(jf tabell i vedlegg 16, utsagn og rangering)

Det neste hovedtemaet som er fremtredende i Faktorsyn 2 synes å representeres ved utsagn 5 (+4) og 33 (-3) som peker på fagpersonenes ønske om at pasientens psykososiale behov og også hans/hennes egne ønsker i større grad kunne ha vært gjenstand for felles refleksjoner når det gjelder utfordrende beslutningsvalg for pasientens videre behandling. Dette synet virker å støttes av utsagn 43 (-2) som går ut på opplevelsen av at pasientens medbestemmelserett muligens ikke ivaretas. En heller psykologisk nøytral posisjonering av utsagn 31 (-1) kan muligens gi indikasjon på at respekten for pasientens eget livssyn og egen opplevelse av sin situasjon ikke tas hensyn til i beslutningsprosessene. Dette grunnet at disse forholdene ikke baserer på en reell opplevelse hos Faktorsyn 2.

#### **4.2.3 Pasientens livsverden engasjerer – en nær pasient-behandler-relasjon**

(jf tabell i vedlegg 16, utsagn og rangering)

Det tredje hovedtemaet til Faktor 2 omhandler den subjektive opplevelsen av å stå i en nær og profesjonell pasient- behandler-relasjon over tid. Den beskrives trolig best ved utsagnene 27 (+4), 35 (+4) og 40 (-3). De synes å uttrykke noe om spesialistenes opplevelse av å stå i mentalt krevende situasjoner der langtidsintensivpasientene må støttes, oppmuntres og følges opp gjennom et sykdomsforløp som er preget av hyppige skiftninger i den kliniske utviklingen, og spesielt når utsikten til bedring er meget usikker. Utsagn 40 (-3) gir inntrykk av at fagpersonene kan velge å dele sine opplevelser med andre kolleger for bearbeidelse av slike energikrevende forhold.

#### **4.2.4 Ønske om journalføring og om en handlingsstrategi**

(jf tabell i vedlegg 16, utsagn og rangering)

Det siste hovedtemaet til Faktorsyn 2 beskrives ved utsagn 42 (+5) som fokuserer på og synes å fremsette et ønske om utarbeidelse av en plan eller handlingsstrategi som retningsgivende utgangspunkt for en gjensidig forpliktende oppfølging, som får sin verdi når pasienten på nytt gjennomgår en kritisk forverring i sin helsetilstand i et langvarig sykdomsforløp. Utsagn 15 (-4) virker å formidle opplevelsen av en mangel på tydelige og konsekvente behandlingsforløp som derfor heller ikke virker tillitvekkende på pasienten og dens pårørende. Utsagn 34 (+3) tilføyer utdypende at erfaringer med journalførte nedtegnelser av informasjonene som er gitt til pasienten og dens pårørende tidligere i forløpet, muligens kan hjelpe spesialistene i oppfølgingen og veiledningen i krevende prosesser senere i forløpet.

#### **4.2.5 Oppsummerende helhetsbilde av faktor 2**

Faktor 2 synes først og fremst å uttrykke et ønske om å kunne være delaktig i drøfting av pasientens situasjon. Det ser ut til at spesialistene ytrer et behov for regelmessige teammøter for å kunne få tilgang til hverandres ulike perspektiver. For Faktorsyn 2 virker det tverrfaglige samarbeidet med de andre fagpersonene å ha et forbedringspotensial. Det ser ut til at det oppleves relasjonelle og kommunikative mangler, som kan være årsak til dette uttrykte ønsket. Fysioterapeutenes og intensivsykepleiernes relevante faglige innspill anses å kunne være med på å skape et helhetlig bilde av pasientens situasjon og kan dermed danne et viktig perspektiv i en tverrfaglig tilnærming. Spesialistene som representerer Faktorsyn 2 synes å fremsette et ønske om å få medeierskap i en plan eller handlingsstrategi, som kunne fungere som en gjensidig forpliktende konsensusbeslutning. Dette kan muligens tydes som at disse yrkesutøverne opplever å være i en avhengighetsrelasjon til de øvrige spesialistdisiplinene. Det ser ikke ut til at de opplever å være delaktige i beslutningsprosesser som skal lede fram til etisk riktige avgjørelser og som er basert på en helhetlig tverrfaglig vurdering av langtidsintensivpasientens komplekse situasjon. Fagpersonene som utgjør Faktorsyn 2 kan se ut til å oppleve sin pasientnære yrkesvirksomhet og det genuine innblikket i pasientens livsverden som mentalt krevende. Spesielt når pasientene utsettes for langvarige og skiftende behandlingsforløp og når en reell bedring viser seg å være meget usikker, virker støttende og oppmuntrende oppfølging å være mentalt slitsomt. I tillegg til å ha oversikt over pasientens sykdomsutvikling, synes den nære pasient-behandler-relasjonen å bidra til å gi fagpersonene et godt innblikk i pasientens helhetlige situasjon. Spesialistene ser ut til å oppleve at

pasientens medbestemmelsesrett ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Det fremsettes et ønske om journalføring av informasjonene, som er gitt til pasienten og dens pårørende tidligere i forløpet, i håp om at det kan hjelpe spesialistene i oppfølgingen og veiledningen i krevende prosesser i det senere forløpet.

### 4.3 Faktor 3 – Inkludert og uavhengig i samarbeidet

Faktor 3 har en egenverdi på 2,3 og forklarer 8% av studiens varians. Faktor 3 representeres av 3 studiedeltakere (se vedlegg 14). Alle er leger, med forskjellige fagspesialiseringer. Studiedeltaker C2 og A4 korrelerte høyest, med 65% og 64% på Faktorsyn 3 og det ble gjennomført postintervju med disse to personer.

Mest ulik meg eller						Mest lik meg eller						
Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse						Stemmer med min oppfatning/opplevelse						
-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
25	<b>24</b>	3	2	18	<b>7</b>	<b>10</b>	5	23	4	1	<b>11</b>	30
	<b>48</b>	41	12	22	8	31	14	<b>28</b>	<b>9</b>	6	35	
		44	13	33	<b>15</b>	<b>37</b>	16	29	26	27		
			19	36	17	38	21	34	<b>39</b>			
				43	20	40	<b>32</b>	<b>45</b>				
					47	46	42					

**Figur 4:** Gjennomsnittsmønster for Faktor 3

Figur 4 viser gjennomsnittsmønsteret for Faktor 3. Uthevede numre markerer diskriminerende utsagn. Det er 3 hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 3: *kvalitetssikring av beslutningsvalg; nærhet, empati og omsorg; uavhengighet i samarbeidet, ønske om å ha hovedansvaret for beslutninger.*

#### 4.3.1 Kvalitetssikring av beslutningsvalg - en verdi i det tverrfaglige samarbeidet

(jf tabell i vedlegg 17, utsagn og rangering)

Det første og sentrale hovedtemaet i faktorsyn 3 synes å fokusere, ved utsagn 30 (+6) og 1 (+4), på behovet for å kvalitetssikre etisk vanskelige avgjørelser for eller imot initiering av livsforlengende behandling ved å rådføre seg med andre fagpersoner. Plasseringen av utsagnene 11 (+5) og 41 (-4) synes å utdype dette videre ved å søke å oppnå enighet innad i behandlerlaget, spesielt når en opplever selv å være i tvil om hva som kunne være det beste for pasienten. Faktorsyn 3 kan tyde på at spesialistene ser verdien i å innhente informasjon fra pårørende til pasienter som ikke er samtykkekompetente, for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg, utsagn 6 (+4). Fagpersonene synes å kjenne seg anerkjent og respektert i kommunikasjonen med de andre i det tverrfaglige teamet, utsagn 9 (+3), og de ser ut til å ha behov for å inkluderes i beslutningsprosessene, utsagn 4 (+3). Samtidig synes de ikke bare å respektere egen fagspesifikk kompetanse når det gjelder å beslutte behandlingsnivået, utsagn

13 (-3). Spesialistene fremlegger muligens, ved utsagn 19 (-3), et ønske om tverrfaglige teammøter.

#### **4.3.2 Nærhet, empati og omsorg**

(jf tabell i vedlegg 17, utsagn og rangering)

Det andre hovedtemaet til Faktor 3 virker å fremheve et relasjonelt aspekt som kjennetegnes ved utsagnene 35 (+5) og 27 (+4). Spesialistene synes å la seg berøre av langtidsintensivpasientens livsverden på intensivavdelingen, dette uttrykkes i en holdning preget av empati og nærhet. De medgir, ser det ut som, at de kan kjenne på forståelse for pasientens fremsatte ønske om å få slippe mer behandling når den allerede har vart en lengre tid, utsagn 39 (+3), og når alle kliniske tegn peker i negativ retning. Dette kan tydes som en holdning som går ut på å ivareta pasienten når det gjelder dens rett til medbestemmelse. Allikevel synes utsagn 44(-4) å klarlegge at spesialistene ikke anser pasientens påførte plager i form av smerter, depresjon og forvirring over tid som å være så tungtveiende at disse aspektene kunne rettferdiggjøre en tilbaketrekking av livsforlengende behandling av den grunn.

#### **4.3.3 Uavhengig i samarbeidet, ønske om å ha hovedansvaret for beslutninger**

(jf tabell i vedlegg 17, utsagn og rangering)

Det siste hovedtemaet som er fremtredende i Faktor 3 virker å peke på det store ansvaret fagpersonene opplever å ha når de skal bidra med sin ekspertise for å finne fram til en forsvarlig og god avgjørelse, utsagn 26 (+3). Konsekvensene slike beslutninger får for pasienten veier tungt og det synes at en ikke ønsker å overlate hovedansvaret for avgjørelser, som gjelder en eventuell tilbaketrekning av livsforlengende behandling, til legene som har det daglige ansvaret for pasientbehandlingen, som er anestesilegene, utsagn 24 (-5) og 48 (-5). Ut fra posisjonen til utsagn 3 (-4) kan det antas at heller ikke vurderingen av pasientens helhetlige situasjon ønskes overlatt til andre.

#### **4.3.4 Oppsummerende helhetsbilde av Faktor 3**

Faktorsyn 3 synes å fremheve en relasjonell uavhengighet i det tverrfaglige samarbeid når det gjelder å ta på seg ansvaret for beslutningsvalg for eller imot livsforlengende behandling. Det ser ut til at hovedansvaret for slike beslutninger skal ligge hos legene fra moderavdelingen som kan oppfattes at de mener å ha den beste oversikten over pasientens helhetlige situasjon.

For å kunne kvalitetssikre etisk utfordrende beslutningsvalg virker det som om de søker å rådføre seg med de andre spesialistene i det tverrfaglige teamet. Studiedeltaker C2 avkreftet min egen tolkning om at spesialistene som representeres ved faktorsyn 3 synes å anse fysioterapeutenes og sykepleiernes perspektiv til å være lite relevant for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg. Pasient-behandler-relasjonen til Faktorsyn 3 virker å være preget av nærhet, empati og omsorg. Dessuten ser det ut som at fagpersonene utviser en holdning der de respekterer pasientens egne ønsker og drar inn de pårørendes perspektiv i beslutningsprosessene fram mot etisk riktige avgjørelser til beste for pasienten. Pasientens selvopplevde livssituasjon under oppholdet på intensivavdelingen synes ikke å rettferdiggjøre en eventuell tilbaketrekking av livsforlengende behandling.

#### **4.4 Forskjeller og likhetstrekk mellom Faktor 1, 2 og Faktor 3**

Som nevnt før i kapittel 3 er det funnet at faktorsynene 1 og 2 skiller seg i større grad fra hverandre og representerer dermed tydeligere syn hver for seg i forhold til Faktor 3. Faktor 3 har flere fellestrekk med Faktor 1 enn med Faktor 2. Dette vises også i *konsensusutsagnene* som dataanalysen genererte (vedlegg 8.12). Dette er utsagn som alle studiens faktorer vektet på omtrentlig samme vis (Watts & Stenner, 2012), presentert ved tallverdier i parentes, i rekkefølge for faktor 1, 2 og 3. Ved disse utsagnene antas at de ulike faktorene deler en felles forståelse. Disse kommenteres og tolkes først. Nyanseskjellene på henholdsvis 42% mellom faktor 1 og 3, 60% mellom faktor 1 og 2, og på 59% mellom faktor 2 og 3 vises som *diskriminerende utsagn* (vedlegg 8.13). De mest sentrale av dem presenteres til slutt og de karakteriserer særtrekkene til hvert faktorsyn best, slik at hver faktor fremtrer mest tydelig i forhold til de andre to faktorene.

##### **4.4.1 Likhetstrekk mellom de tre faktorene – konsensusutsagn**

(jf tabell i vedlegg 12)

Av totalt 48 utsagn er 6 konsensusutsagn. Dette kan anses å være få forenende utsagn og er et uttrykk for at faktorsynene står for nokså ulike meningsinnhold. Både Faktor 1 og 2, men mest tydelig Faktor 3, synes å fremheve at de behøver innspill fra de pårørende når pasienten selv ikke er samtykkekompetent, uttrykt ved utsagn 6 (+2, +2,+4). Pårørende er en viktig ressurs når det gjelder å få innsikt i pasientens tidligere fysiske, mentale funksjonsnivå og i dets livssyn når det gjelder egne ønsker for eller imot og omfanget av medisinsk støttende intensivbehandling. At pasientens psykososiale behov under oppholdet på intensivavdelingen

virker å være av noen betydning for alle tre faktorsynene underbygges av utsagn 33 (-3, -3, -2). Alle tre faktorsynene virker å ha en tydelig mening om å ikke basere sine beslutninger alene på sin egen fagspesifikke kompetanse. Dette synet er psykologisk signifikant representert ved plasseringen av utsagn 13 (-4, -3, -3). Implisitt ligger budskapet om at fagpersonene søker å rådføre seg med annet helsepersonell for å kunne komme fram til etisk riktige avgjørelser for pasientens behandling. Helt lik posisjonering av utsagn 18 (-2, -2, -2) tyder på en felles overbevisning om at gode tverrfaglige relasjoner mellom ekspertene har betydning for effekten og kvaliteten av behandlingen. Plasseringen av utsagn 38 (+1, +1, 0) kan tydes på forskjellig vis, avhengig av den enkelte fagpersonens ståsted. Enten at en ikke opplever å inneha en rolle i og innflytelse på beslutningsvalg, muligens som en slags opplevd selvfølghet eller kultur (Faktorsyn 2). Eller som et yrkeskulturelt bakteppe, er det nærliggende å tro at dette utsagnet, som beskriver betydningen av å inneha en aktiv rolle i beslutningsprosessen, ikke gis stor psykologisk oppmerksomhet fordi det handler om en etablert og allmenn godkjent rutine (Faktor 1 og 3). Alle tre faktorsyn virker å uttrykke, ved utsagn 16 (+2,+3,+1), et behov for å kunne få tilgang til hverandres synspunkter på et tidligere tidspunkt i pasientforløpet. Dette er muligens et tegn på underkommuniserte resonnementer og perspektiv, forhold som har lett for å komplisere det tverrfaglige samarbeidet og forsinke beslutningsprosesser.

#### **4.4.2 Ulikheter mellom de tre faktorene – diskriminerende utsagn**

(jf tabell i vedlegg 13)

Av totalt 48 utsagn har dataprogrammet generert 46 som *distinguishing statements*, fordelt på de tre ulike faktorene. Noen av disse er allerede blitt presentert før i sine respektive sammenheng under tolkingen av analysedataene for Faktor 1, 2 og Faktor 3. I det følgende trekkes fram 11 diskriminerende utsagn som tydeliggjør best forskjellene mellom faktorene. Dessuten er de av vesentlig betydning for den senere drøftingen av studiens funn opp mot oppgavens problemstilling.

Utsagnene 17 (+5, -3, -1), 29 (+4, -2,+2) og 9 (+5, -1, +3) tillegges mest betydning hos Faktorsyn 1. Når det gjelder grunnlaget for gode beslutningsprosesser synes Faktor 1 å oppleve at det tverrfaglige samarbeidet mellom helsepersonell preges av en god dialog, en åpen kommunikasjon og av gode holdninger. Spesialistene som representeres ved dette faktorsynet virker å verdsette et slikt gjensidig godt samarbeid høyt og det bidrar som en motiverende faktor i prosessen fram til etiske avgjørelser som er til beste for pasienten.

Faktorsyn 3 virker å være delvis enig, mens Faktor 2 rangerer de samme utsagnene helt motsatt. Faktorsyn 2 synes å formidle at de ikke blir hørt og anerkjent for sine faglige innspill. De virker heller ikke å vurdere dialogen og kommunikasjonen innad i teamet som verken god eller motiverende.

Ved utsagn 47 (0, +6, -1) virker Faktorsyn 2 å fremme et tydelig ønske om å drøfte pasientens situasjon i fellesskap med de andre fagpersonene i teamet. Dette skal muligens bidra til å bedre samarbeidet og forståelsen for hverandres ulike perspektiv og faglige tilnærming i beslutningsprosesser. Både Faktor 1 og 3 synes ikke å uttrykke et slikt behov. Fagpersonene med Faktorsyn 1 synes å oppleve at deres vurderinger munner ut i tydelige og konsekvente behandlingsforløp, utsagn 15 (+3, -4, -1). Spesialistene med Faktorsyn 2 virker å være helt uenig, muligens fordi de som oftest ikke er fysisk tilstede når legene vurderer og reflekterer sammen. De synes heller ikke å oppleve at legenes medisinske avgjørelser er så forståelige og konsekvente at de kunne trygge og ivareta pasientene og deres pårørende på en god måte. Dette kan muligens være bakgrunnen for at Faktor 2 fremsetter, mye tydeligere enn de to andre factorsynene, et ønske om en gjensidig forpliktende handlingsplan, utarbeidet av alt involvert helsepersonell. Den omhandler om og i hvilken grad livsforlengende behandling skal kunne tilbys i tilfelle pasienten på ny gjennomgår en kritisk forverring i sin helsetilstand, utsagn 42 (+2, +5, +1).

Utsagnene 27 (-1, +4, +4) og 35 (-1, +4, +5) tyder på at spesialistene som representeres ved Faktor 2 og 3 opplever sitt profesjonelt nære engasjement for pasientene og deres pårørende, basert på empati og omsorg, som å være i større grad mentalt krevende enn Faktorsyn 1 synes å gi uttrykk for. Ethiske dilemmaer, som pasientens begrensede eller ikke tilstedeværende samtykkekompetanse, eller respekten for pasienten og dens rett til å bli sannferdig informert om at videre livsforlengende behandling anses å være uten nytte og inhumant, fordrer en tett, helhjertet og kontinuerlig oppfølging. En slik oppfølging er tidkrevende og forpliktende. Den er verdifull for pasienten og dens pårørende og den involverer spesialisten ikke bare ut fra et faglig perspektiv, men ut over det også som medmenneske.

Med dette som utgangspunkt synes plasseringen av utsagn 48 (-1, +1, -5), 32 (-2, -5, +1) og 24 (0, 0, -5) å gi mening. Utsagnene omhandler ønskede ansvarsforhold i prosessen fram mot avgjørelser om tilbaketrekking av livsforlengende behandling. Med et så sterkt engasjement i den enkelte pasienten og dens familie virker Faktorsyn 3 ikke å ville overlate hovedansvaret for beslutningene alene til legene på intensivavdelingen. Det motsatte er tilfelle for Faktorsyn



2 som med utgangspunkt i sin nære pasient-behandler-relasjon ikke ser ut til å tillegge legene fra moderavdelingene å ha den beste oversikten over pasientens totale situasjon. Dette synet viser seg, i følge intervju med informantene med Faktorsyn 2, å basere på at legene fra moderavdelingene kun under visittene, og ikke nødvendigvis daglig, viser fysisk tilstedeværelse i pasientnære omgivelser. Dette kom fram under innsamling av kommunikasjonsuniverset og det må her også nevnes at fagpersonene som representeres ved Faktorsyn 2 ikke opplever at intensivlegene og legene fra moderavdelingene muligens har en annen arena til felles faglig refleksjon og rådføring enn det som er observerbart av intensivsykepleierne.



## 5 Drøfting

Drøftingens hensikt er å utforske og å skape forståelse for studiens problemstilling: *Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende avgjørelser som gjelder langtidsintensivpasientens behandling?* Forskningsresultatene er basert på 55 studiedeltakeres gjennomsnittlige Q-sorteringer og synliggjorde tre ulikt opplevde faktorsyn på forhold i beslutningsprosesser: Faktor 1 *inkludert – gjensidig avhengig i et tverrfaglig samarbeid*, Faktor 2 *ekskludert – avhengig i samarbeidet* og Faktor 3 *inkludert - uavhengig i samarbeidet*.

I det videre diskuteres studiens sentrale funn og relevant teori for å utforske fenomenet som omhandler helsepersonells egen opplevelse av å bidra i beslutningsprosesser. I kapittel 2 ble det presentert person-, kommunikasjons- og relasjonsteorier og –modeller, i tillegg til teori om etikk og menneskesyn i helsetjenesten. Denne teorien ble brukt for å skape studiens eksperimentelle design og for å konstruere Q-utvalget (48 utsagn). Både faktoranalysen og –fortolkningen, og anvendelsen av Q-metodologiens prinsipp om abduksjon resulterte i synliggjøring av studiedeltakernes divergerende opplevelse av å delta i beslutningsprosesser. Utover det gav denne studien funn relatert til helsepersonells opplevelse av å stå i etiske utfordringer som gjelder livsforlengende behandling av langtidsintensivpasienten. Det ble derfor nødvendig å inkludere noe nytt teoretisk kildemateriale som omhandler helsepersonells profesjons- og samarbeidsetikk i helsetjenesten og psykososiale behov hos kritisk og alvorlig syke intensivpasienter. De overfor nevnte temaene danner hovedfokus i drøftingen som begynner med studiedeltakeres ulike opplevelse av dialogen og kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet. Videre søkes å skape forståelse for relasjonsdimensjonen i det tverrfaglige samarbeidet. Ut fra studiens funn belyses videre hva helsepersonell opplever som etisk utfordrende med tanke på beslutningsvalgene og hvordan spesialistene virker å ivareta en helhetlig tilnærming i prosessen fram mot et beslutningsgrunnlag. Kapitlet avsluttes med en oppsummering.

### 5.1 Ulik opplevelse av dialogen og kommunikasjonen

Faktoranalysen og -fortolkningen viser en bred og grunnleggende enighet blant studiedeltakerne med Faktorsyn 1, 2 og 3 om viktigheten av en åpen kommunikasjon om sine resonnementer i utfordrende beslutningsprosesser når det gjelder livsforlengende behandling. En slik åpen kommunikasjon anses å fremme det tverrfaglige samarbeidet og å tjene til

pasientens beste. Denne grunnleggende positive holdningen er også forutsetning for at Helsedirektoratets VBBL (2013) og det aktuelle foretakets gjeldende retningslinje<sup>6</sup> kan etterleves i henhold til sin hensikt. I følge den skal hele teamets kommuniserte bidrag, som gjelder den alvorlig syke langtidsintensivpasienten med en meget usikker eller dårlig prognose, kunne ut i en konsensus, som danner et bredest mulig beslutningsgrunnlag. En slik konsensus handler om en samstemmighet, som baseres på et mest mulig nyansert bilde av pasientens helhetlige situasjon og der både medisinske, diagnostiske, prognostiske og verdivurderinger må journalføres og begrunnes, jamfør lov om helsepersonell §§ 39 og 40. Konsensusbeslutningen skal jevnlig revurderes når pasientens kliniske tilstand tilsier det.

Fagpersonene med Faktorsynene 1 og 3 gir uttrykk for å oppleve en god dialog og gode holdninger i samarbeidet. I kommunikasjonen med de andre i teamet kjenner de seg anerkjent og respektert med tanke på sine faglige innspill. Studiedeltakerne representert ved Faktorsyn 2, synes derimot ikke å oppleve at de blir hørt og anerkjent, og de vurderer heller ikke dialogen og kommunikasjonen innad i teamet som å være verken god eller motiverende. Studien har resultert i synliggjøring av betydelige forskjeller på hvordan helsepersonell faktisk opplever så vel kommunikative som relasjonelle forhold seg imellom i det tverrfaglige teamet. I de neste to underkapitlene danner denne divergerende oppfatningen utgangspunktet for den videre drøftingen av studiens funn.

Den ulike oppfatning av hverandres kommunikasjon lar seg belyse ut fra Ronald Laings forklaringsmodell, beskrevet av Swensen (1973), om *interpersonlige relasjoner*. Her beskrives at hva som skiller ut av inntrykk i en interaksjon har sammenheng med forutsetningene til den som observerer. I kommunikasjonen blir alt som sies og gjøres påvirket av personene som samtaler, i hvilken sammenheng samtalen foregår, og hvordan de som samtaler oppfatter hverandre og det som blir sagt. Med andre ord oppfatter samtalepartene det som blir sagt forskjellig, men alle versjonene hører med i en kompleks virkelighetsforståelse av fenomenet som observeres og oppleves av fagpersonene. Det fremheves at det er nødvendig i et samarbeid som omhandler etisk utfordrende beslutningsprosesser og som involverer helsepersonell fra ulike faggrupper, at alle setter ord på og reflekterer over sine pasientrelaterte observasjoner og medisinskfaglige resonnementer,

---

<sup>6</sup>Det aktuelle foretakets retningslinje som gir rammer for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende, refereres *ikke* til i litteraturlisten for å ivareta forskningsetiske hensyn til anonymitet og personvern.

ut fra hver enkelt profesjonsutøvers fagkompetanse og perspektiv (Moesmand & Kjøllesdal, 2004; VBBL,2013). Betydningen dette har for teamets samarbeid tas opp igjen og drøftes i kapittel 5.2. Verdien av å vurdere ulikt drøftes i det følgende.

Som beskrevet mer utfyllende i oppgavens teoridel er utvikling av en høy kommunikasjons- og relasjonskompetanse hos alle involverte fagpersoner i det tverrfaglige teamet avgjørende for kvaliteten i samarbeidet og for effekten av verdiskapingen (Bolman & Deal, 2014; Johnson & Johnson, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Meyer, 2014; Skau, 2011). Det er i den ekte *Jeg-Du*-kommunikasjonen, i *subjekt-subjekt-møtene*, kvaliteten i relasjonene kan identifiseres (Buber, 1923/2003). I slike møter kan autentiske, det vil si ekte og oppriktige dialoger, legge premisser for gjensidig anerkjennende samhandling. Holdninger overfor hverandre vil kunne vises i måten personene samsnakker på.

I følge Batesons *system- og kommunikasjonsteori*, som viser tydelige paralleller til den forutnevnte forklaringsmodellen til Laing, utvikler mennesket seg i interaksjon med andre, i sosiale systemer (Johannessen et al., 2001). Fagpersonene påvirker hverandre i et kommunikativt samspill, ut fra en dynamisk, *sirkulær årsaksforklaring* (jamfør kapittel 2.4). I følge slike sirkulære årsaksforklaringer kan fagpersonene oppleve ulike versjoner av virkeligheten og det kan gjelde både pasientvurdering og samarbeidet innad i teamet. Når for eksempel helsepersonell fra ulike faggrupper behandler den samme pasienten over tid, kan det oppleves at fagpersonene legger merke til nokså ulike forhold i pasientens helse- og livssituasjon på intensivavdelingen. De kan da ut fra det også vurdere ulikt hva som anses å være mest vesentlig for behandlingen.

Bateson (Johannessen et al., 2007) foreslår i slike sammenhenger å metakommunisere (jf kapittel 2.4), med intensjon om å fremme den ekte dialogiske, åpne og direkte kommunikasjonen. Slik kan en hindre utviklingen av antakelser, misforståelser, og skuffelser, og dermed spredelse av usikkerhet. Dette bekreftes av Kegan og Lahey's (2009) forskningsfunn innen organisasjonsutvikling og -ledelse som tillegger at det største hinder for vellykket effektivisering av kommunikasjonen i samarbeidsteam oppstår, når teammedlemmene opplever utilstrekkelig tillitt til hverandre. Tydelig og direkte kommunikasjon er essensiell for å skape et tillitsfullt og støttende samarbeidsmiljø (ibid.).

Selv om faktorsynene, som vi så over, har ulike forutsetninger, fremlegger både Faktorsyn 1 og 2, og i noe mindre grad også Faktor 3, et ønske om en form for konsensus eller plan, der man allerede tidlig i pasientforløpet nedtegner spesialistenes bakenforliggende resonnementer

i pasientjournalen. Journalføring av vurderinger for eller mot livsforlengende behandling, om en eventuell overgang til symptomlindrende behandling (retningslinjer for symptomlindrende behandling, 2007), om pasientens egne ønsker, og om resultatene av samtaler med de pårørende, er en form for skriftlig kommunikasjon av informasjon for å synliggjøre og kvalitetssikre beslutningsprosessen. Hensikten er å gi legene med behandlingsansvaret mulighet til å kunne stille bedre informert og forberedt med tanke på sine beslutningsvalg, i tilfelle pasienten skulle gjennomgå en akutt forverring i sin helsetilstand.

I og med at studiedeltakerne med Faktorsyn 2 ikke opplever dialogen og kommunikasjonen som tilfredsstillende, virker studiens funn å gi forklarende mening. Faktorsyn 2 framsetter et tydelig behov for å både drøfte pasientens situasjon og for å utveksle ulike faglige synspunkt. Spesialistene representert ved Faktorsyn 2 opplever at de ikke er delaktige i beslutningsprosessene. Min tolkning er derfor at de ønsker slik skriftlig dokumentasjon for å kunne få tilgang til bakenforliggende vurderinger og behandlingsintensjoner som ellers oppleves å underkommuniseres i det tverrfaglige samarbeidet. Det må anføres her at den ovennevnte veiledende standard fra Helsedirektoratet, her benevnt som VBBL (2013), på det daværende tidspunktet ikke hadde rukket å bli fullstendig implementert i den aktuelle intensivavdelingen<sup>7</sup>. VBBL (2013) virker ikke å være allment kjent blant studiedeltakerne som representeres ved Faktorsyn 2.

## **5.2 Relasjonsdimensjonen i det tverrfaglige samarbeidet**

Som forut beskrevet, i kapittel 2.1, kan kvaliteten i relasjonene drøftes i lys av de tre relasjonsdimensjonene *avhengighet*, *uavhengighet* og *gjensidig avhengighet* og de beskriver hvordan det oppleves å være person-i-relasjon (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1991). Relasjonsdimensjonene anvendes her i tillegg som utgangspunkt for å få forståelse for gruppeprosesser (Kvalsund & Meyer, 2005) i det tverrfaglige samarbeidsteamet som jobber for langtidsintensivpasienten.

---

<sup>7</sup> Denne opplysningen ble gitt i en samtale av faglig leder for informantteamet som representeres ved Faktorsyn 2

### 5.2.1 Opplevelsen av å være inkludert i beslutningsprosessen - gjensidig avhengig i samarbeidet

Faktorfortolkningens funn viser at helsepersonell som representeres ved Faktorsyn 1 fremhever betydningen av relasjonelle kvaliteter som gjensidig respekt, støtte og anerkjennelse og de opplever og verdsetter disse kvalitetene i det tverrfaglige samarbeidet i prosesser der vanskelige beslutninger om livsforlengende behandling skal tas. Fagpersonene gir også uttrykk for at både fysioterapeutenes og intensivsykepleiernes faglige perspektiv bidrar til å kunne komme frem til en helhetlig vurdering av pasientens situasjon. Faktorsyn 1 tyder jeg dermed som å vise en holdning av, slik som Kvalsund og Meyer (2005) betegner det, *genuin gjensidighet* i samarbeidsrelasjonen med de andre aktørene i teamet. Faktorsyn 1 gir inntrykk av at gevinsten med et inkluderende, gjensidig avhengig samarbeid ligger i å kunne få tilgang til hverandres ressurser for å kunne løse felles oppgaver. I symmetriske gjensidighetsrelasjoner respekteres og verdsettes den enkelte spesialistens uavhengighet. Ut fra egen opplevd integritet kan fagpersonen gi uttrykk for sitt unike perspektiv og for sin virkelighetsforståelse. Gjensidighetsrelasjonen handler derfor om en felles deling av sannheter, der en *må dele landskapet med andre sannheter i et 'både-og'-perspektiv* (Kvalsund & Meyer, 2005:62), heller enn i et *'enten-eller'*. Ut fra en gjensidighetsrelasjon er det meningen at en ved hjelp av toleransen for det ukjente klarer å fastholde og inkludere ulikhetene, uten å utviske de. For, *i grupper der man tenker likt, er det ikke så mange tanker i sving* (ibid.:76). Ensartet gruppetenkning er ensbetydende med stagnasjon. Det er nettopp i mangfoldet at synergieffekten i samarbeidsteam har sitt utspring og finner sine grunnvilkår (Johnson & Johnson, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004).

Et perspektiv med en nyansering av hvordan helsepersonell opplever sin delaktighet i beslutningsprosesser fremlegges av fagpersonene representert ved Faktorsyn 3. Spesialistene her verdsetter den kvalitetssikrende effekten det tverrfaglige samarbeidet har for beslutningsvalgene. Det er nettopp tilgangen på hverandres ulike faglige og personlige ressurser som legger til rette for at fagpersonene kan nyttiggjøre seg den ovennevnte synergieffekten (jf kapittel 2.3). Spesialistene med Faktorsyn 3 er tydelige på at de ikke ønsker å overlate hovedansvaret for beslutninger som gjelder tilbaketrekking av livsforlengende behandling til en definert legespesialistgruppe alene. I postintervjuer presiserte studiedeltakere A4 og C2 at slike beslutningsvalg ønskes tatt i felleskap med fagpersonene som har fulgt opp pasienten over lengre tid og som kjenner pasienten og dens pårørende godt. Og de medgir at det er problematisk å argumentere for om livsforlengende

behandling skal initieres eller ikke, så lenge det er uenighet om det i behandlerteamet. Beslutningsprosesser fram mot konsensus kan være langvarige grunnet deres store alvor og kompleksitet som krever at det overveies både faglige, etiske og juridiske forhold på en måte som skaper tillit hos pasient og pårørende (Gulbrandsen & Stubberud, 2010).

### **5.2.2 Opplevelsen av å være ekskludert fra beslutningsprosessen – avhengig i samarbeidet**

Faktorsyn 2, som har fått navnet med karakteristika på opplevelsen av å være *ekskludert fra beslutningsprosessen – avhengig i samarbeidet*, uttrykker et tydelig ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid. Fagpersonene uttrykker et behov for å drøfte pasienten og dens situasjon i regelmessige teammøter. Dette tydeliggjør en opplevd mangel på informasjon om bakenforliggende vurderinger, gjort av involvert helsepersonell med annen yrkesfaglig bakgrunn. Slike vurderinger danner premissene for beslutningsgrunnlaget som er retningsgivende for alle involverte fagpersoner, og legger føringer for alt videre arbeid rettet mot pasienten og dens pårørende. Med referanse til kapittel 5.1 opplever fagpersonene med Faktorsyn 2 seg som ikke delaktige i beslutningsprosessen. Som følge mangler de innsikt i bakgrunnen for beslutningsgrunnlaget. Dette danner forutsetningene som gjør seg gjeldende i avhengighetsrelasjoner, der forholdet mellom intensivsykepleiere og leger preges av asymmetri. Studiens analysefunn bekrefter at samarbeidsrelasjonen innad i det tverrfaglige teamet oppfattes som utilfredsstillende for noen, idet spesialistene med Faktorsyn 2 medgir at de opplever å mangle innflytelse i beslutningsprosessen og dermed medeierskap i en gjensidig forpliktende konsensus eller behandlingsplan.

Når samarbeidsrelasjoner utvikler seg til å være negativt avhengige, fordi ufrivillig, maktaspektet vies spesiell oppmerksomhet. I følge Kvalsund (2003) vil alle former for relasjonell interaksjon involvere bruk av makt, blant annet i form av innflytelse og kontroll. Faktoranalysen viser at studiedeltakere fra alle tre Faktorsyn vektlegger egen innflytelse i beslutningsprosessen. De fremmer et tydelig ønske om å spille en aktiv rolle ved å ville inkluderes med sitt fagspesifikke perspektiv. I den her beskrevne avhengighetsrelasjonen ser det ut til at asymmetrien trer frem, kanskje mest sannsynlig ut fra legenes formelle, juridiske og medisinske ansvar for fastsettingen av beslutningsvalgene, og som da også kan oppleves av fagpersonene med Faktorsyn 2 som uttrykk for en enerådende definisjonsmakt. Gjensidig anerkjennende samhandling baserer i følge Buber (1923/2003) på autentiske subjekt-subjekt-møter der ekte og oppriktige dialoger er holdningsskapende og dermed tjener til en positiv



prosess i teamutviklingen. Der det ikke utvikles eller legges til rette for slike autentiske møter fratras fagpersoner muligheten til å kunne oppleve seg selv som en likeverdig aktør i en intensjonell interaksjon i det tverrfaglige samarbeidet (McClure, 2005). For at teamet i sin gruppeutviklingsprosess skal kunne oppnå et høyerestående *performing- eller presteringsnivå*, og for derigjennom også kunne nå komplekse mål, bør gjensidighetsrelasjonene være preget av at yrkesutøverne anerkjenner og verdsetter hverandres personlige integritet og fagidentitet (Johnson & Johnson, 2013; Lassen, 2014; Lauvås & Lauvås, 2004).

I følge studiefunn kan det se ut som at fagpersonene representert ved Faktorsyn 1 og 3 ikke er klar over at noen opplever seg ekskludert og de er dermed muligens ikke bevisst på effekten dette har for teamets samarbeid. Ved å utelate en yrkesgruppe som representant for et pasientnært behandlerperspektiv, kan det legges premisser som kan gi effekt i form av motstand, slik som misnøye, skuffelse og mistillit. En slik mistillit synes å komme til uttrykk i Faktorsyn 2 der spesialistene påpeker at behandlingsforløpene ikke oppleves å være tydelige og konsekvente nok for at de skal kunne formidle trygghet og ivaretagelse hos pasienten og dens pårørende. I innledende intervjuer med fagpersonene representert ved Faktorsyn 2, som tjente til å samle til en *concourse*, beskriver disse at de kommuniserer sin mangelfulle innsikt i beslutningsgrunnlag til pasienten og dens pårørende med vaghet og unnvikenhet. De blir av pasienten og dens familie utfordret på å gjøre rede for bakenforliggende vurderinger for beslutningsvalg som de ikke har kunnskap om og medeierskap i. Fagpersonene medgir at dette oppleves som utilfredsstillende fordi de kjenner på at de ikke har god nok oversikt selv. Lind et al. (2012) konkluderer med lignende funn i sin studie, nemlig at de pårørende til tidligere intensivpasienter opplevde sykepleierne som vage og lite åpent kommuniserende. Denne mangelfulle åpenheten resulterte i at pårørendes tillitt til helsepersonellet ble svekket. Pasienter og deres pårørende har et stort og kontinuerlig behov for omsorgsfullt tilmålt og skånsomt meddelt informasjon for å kunne mestre den krevende situasjonen de befinner seg i (Stubberud & Eikeland, 2013). Representanter med Faktorsyn 1, 2 og 3 gir i innledende intervju uttrykk for at orientering gitt fra behandlingsansvarlig lege alene ikke kan dekke dette behovet for informasjon. Den må, under hele pasientforløpet, hyppig gjentas og tilpasses av intensivsykepleierne, som er nærmest pasienten og dens familie. Stubberud og Eikeland (2013) påpeker også at informasjonssamtalene gjennomføres for sjeldent, styres av legenes tilgjengelighet heller enn av pasientens eller pårørendes egne behov. Å måtte vente på informasjon i en kritisk og alvorlig situasjon kan utløse frustrasjon og stress hos pasient og pårørende.

Leenderts (2014) påpeker viktigheten av at samarbeidet skal være preget av dialogisk kommunikasjon, der betydningsfulle temaer er blitt utforsket i felleskap, i likeverdighet og i ansvarlighet. Beslutningsprosesser og det tverrfagliges teamets egne interne gruppeprosesser vil kunne vekke tillitt hos pasienten, dens pårørende og alt involvert helsepersonell, gjennom at de gjenspeiles av at de er gjennomført i et gjensidig samarbeid.

Helsedirektoratets VBBL (2013) og den relaterte retningslinjen som gjelder for denne aktuelle virksomheten gir rammer for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. I følge dem skal virksomheten tilrettelegge for kommunikasjon med pasient og pårørende. Det skal videre settes av tilstrekkelig tid til å gjøre tverrfaglige vurderinger og til samhandling som disse prosessene krever. Per i dag finnes ingen rutiner for teammøter satt i system for å ta opp og drøfte pasientsituasjoner i felleskap med representanter fra alle involverte fagdisipliner på den aktuelle intensivavdelingen<sup>8</sup>. Lassen (2014) fremhever ledernes ansvar for å skape en arena som muliggjør ekte dialogiske møter slik at gruppen kan videreutvikles i retning av et velfungerende tverrfaglig samarbeidsteam. Den ovennevnte makten kan i slike møter brukes bevisst som en potensiell kraft for en konstruktiv gruppeutviklingsprosess (Allgood, 2003b). Åpenhet og vilje til å integrere forskjellighet må gjøres til gjenstand for ærlig og direkte kommunikasjon. Slik forskjellighet omfatter personlige egenskaper og preferanser, erfaringer, yrkesfaglig kunnskap og måter den enkelte har til vane å kommunisere på (Kvalsund & Meyer, 2005). På denne måten utvikles teamets kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Det ser ut til at endringsprosessen kan innledes ved å peke på at intensjonen for alle faktorsyn i studien er en bred og grunnleggende enighet om viktigheten av en åpen kommunikasjon rundt sine resonnementer i utfordrende beslutningsprosesser, og at teamet videre kan bevisstgjøres det faktum at ikke alle teammedlemmer opplever seg inkludert. Videre kan det åpnes opp for at faggruppen som er representert ved Faktorsyn 2 også i beslutningsprosesser deltar med sine faglige bidrag. Ved at denne faggruppen også tar sitt eget ansvar for denne endringsprosessen på alvor, kan den evne overskridelsen fra en avhengighets-, gjennom en uavhengighets- og videre til en gjensidighetsrelasjon med de øvrige i teamet. Ut fra et vekst- og utviklingsperspektiv er gjensidighetsrelasjoner en forutsetning for konstruktiv og effektiv interaksjon i samarbeidsteam (Johnson & Johnson, 2013; Lassen, 2014; Lauvås & Lauvås,

---

<sup>8</sup> Denne opplysningen ble gitt i forbindelse med innsamling av concourse av studiedeltakerne som representertes ved Faktorsyn 2

2004). Ut fra det kan helsepersonell dermed evne å utvikle behandlingsforløp og beslutningsprosesser av høy kvalitet, og beslutningsvalg som hviler på bredest mulig grunnlag, til beste for pasienten og dens pårørende.

### **5.3 Etisk utfordrende beslutningsvalg**

Denne studien har ikke målsetting om å svare på kravene til en fullstendig og uttømmende diskusjon når det gjelder et så komplekst emne som livsforlengende behandling. Temaet vil her ved kun berøres og vil dermed kunne danne utgangspunkt for videre refleksjon. Hensikten med dette underkapitlet er å belyse, og da ut fra studiens funn, forskningsspørsmålet om hva studiedeltakerne opplever som etisk utfordrende med tanke på beslutningsvalgene. I tillegg drøftes det hvordan spesialistene opplever sine egne bidrag når de skal behandle pasientene ut fra en helhetlig tilnærming. Det suppleres underveis med resultater fra en studie som ble gjennomført i to andre norske intensivavdelinger, slik at funnene får sammenligningsverdi.

Helsepersonell vil møte ulike etiske utfordringer i behandlingen av den kritisk og alvorlig syke langtidsintensivpasienten. Helsedirektoratets VBBL (2013) formulerer sentrale etiske prinsipper i helsetjenesten, som tar utgangspunkt i Beauchamp og Childress' (2009) fire helseetiske prinsipper, som også Europarådet har gitt sin tilslutning til: autonomiprinsippet, prinsippet om ikke å skade, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet (likebehandling). Dette i henhold til lov om helsepersonell, om pasient- og brukerrettigheter og om spesialisthelsetjenesten (alle 1999 og med henvisning til vedlegg 8.2).

#### **5.3.1 Prinsippet om autonomi, velgjørhet og ikke-skade-prinsippet**

Denne studien resulterer i funn som beskriver studiedeltakernes opplevelser av etiske utfordringer når det gjelder tre av de fire etiske prinsippene, nemlig prinsippet om autonomi, velgjørhet og ikke-skade-prinsippet. Ekspertene som representeres ved Faktorsyn 2 og i noe mindre grad også ved Faktorsyn 3, opplever det som et etisk dilemma når beslutninger skal tas i sykdomsfaser der pasienten mangler samtykkekompetanse. For eksempel vil pasienten og dens pårørende, for å kunne gi informert samtykke, ha et behov for og krav på informasjon når behandlerteamet foretar vurderinger om å unnlate hjerte-lunge-redning (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Det etiske dilemmaet i dette tilfellet utfordrer helsepersonellet med tanke på pasientens rett til å vite, om pasienten evner å motta eller tåler den informasjonen som skal gis og hvordan den enkelte fagpersonen selv mestrer sin rolle ved å gi informasjonen på en

mest mulig skånsom måte (Gulbrandsen, 2010). I Faktorsyn 2 og 3 formidler spesialistene eksplisitt sin oppfatning om at langtidspasienten ikke ivaretas i sin rett på medbestemmelse.

Faktorfortolkningen viser videre at spesialistene med Faktorsyn 3 trenger innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutninger. Denne praksisen er i tråd med helsedirektoratets oppfordring om at behandlingsansvarlig lege skal vektlegge pålitelig og relevant informasjon fra pårørende eller fra personer som står pasienten nær, når pasienten ikke kan kommunisere selv (VBBL, 2013). Videre understrekes her at pasientens ønsker bør dokumenteres i elektronisk pasientjournal. Eli Haugen Bunch (2005), professor emeritus og med en doktorgrad i sykepleievitenskap, refererer fra sin forskning som bygger på fem år med feltobservasjoner fra to akuttavdelinger på et norsk universitetssykehus. Hennes forskning omhandlet de etiske utfordringene personalet måtte ta stilling til og hvilke løsninger de kom fram til. Bunch (2005) fant i sin studie ut at de gode løsningene oppstod når alle følte at de var medbestemmende. Hun beskriver at en avdeling gjennomførte faste teammøter hvor også pårørende var tilstede. I den grad det var formålstjenlig ble pasientens aktuelle kliniske status, gjennomførte terapeutiske tiltak og forslag til supplerende diagnostikk diskutert. Når pasienten ut i forløpet viste tydelige tegn på at han/hun ikke lenger nyttiggjorde seg behandlingstiltakene og at prognosen var dårlig, syntes det å være enighet om at i hvert fall velgjørhetsprinsippet var ivaretatt, noe som bidro til å forkorte sorgprosessene hos både pårørende og helsepersonell (ibid.).

Å gjøre det godt for et menneske er vanskelig å forene med ikke-skade-prinsippet. Deltakerne i denne studien har i hovedsak et kurativt fokus for sin yrkesutøvelse og er dypt forankret i idealet om å redde liv. Helsepersonell i høyteknologiske miljøer, med spisskompetanse på avansert behandling kan oppleve det som vanskelig og som et nederlag å måtte akseptere når pasienten dør. Dette kan være en årsak til at noen pasienter behandles for lenge (Gulbrandsen, 2010; Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Når nytten av en påbegynt behandling ikke lenger oppveier ulempene ved den, er det ikke sikkert at det er i pasientens interesse å forlenge livet, spesielt når det innebærer forlengelse av lidelse. Studiens faktorfortolkning synliggjør at både Faktorsyn 1 og 3 vitner om at spesialistene kjenner på et stort ansvar når egen fagspesifikk kompetanse etterspørres. De medgir at de er bevisste på at de utvilsomt også bidrar til at pasientens liv forlenges, til tross for at prognosen er meget usikker. I Bunchs (2005) studie slet helsepersonell med å finne mening i å opprettholde behandlingen. De kunne kjenne på at de fra et tidspunkt gjorde mer skade enn velgjørhet for pasienten. Når det gjelder å vekte velgjørhetsprinsippet mot prinsippet om ikke å skade, bør refleksjonen også handle om hva

bivirkningene av intensivmedisinsk behandling potensielt kan forårsake, i tilfelle pasienten skulle overleve (ibid.).

Alle informantene er i denne studien eksplisitt enige om at de *ikke* ønsker å fortsette livsforlengende behandling i det lengste ut fra eventuelle tidligere erfaringer med mirakuløse pasientforløp. Studiefunnene formidler derimot et inntrykk av at beslutninger baseres på en objektiv faglig forsvarlig tilnærming. Fagpersonene med Faktorsyn 1 og 3 opplever at fagspesifikke aspekter alltid vurderes opp mot langtidsintensivpasientens helhetlige tilstand og opp mot prognosen generelt. Dette er i tråd med VBBL (2013), der det tilføyes at en mest mulig objektiv vurdering og avveining av den nytten og de ulemper helsehjelpen innebærer, skal suppleres med en individuell tilnærming til pasientens interesser og verdier.

### **5.3.2 Nærhet og distanse i pasient-behandler-relasjonen**

En slik ovenfor nevnt individuell tilnærming forutsetter i følge Moesmand & Kjøllesdal (2004) pasient-behandler-relasjoner som er preget av empati, omsorg og en genuin interesse for pasientens komplekse livssituasjon. De påpeker videre at kritisk sykdom oftest gir pasienten psykologisk stress. Tap eller trussel om tap av organfunksjoner eller av livet selv, kan utløse følelser av frykt, angst, sinne, depresjon, apati, håpløshet og fortvilelse (Stubberud, 2013). Pasientens muligheter for å få bearbeidet og uttrykt sine psykososiale behov er enten i varierende grad kompromittert, eller de eksisterer ikke, for eksempel under respiratorbehandling eller i følge multimedisinering med blant annet anestetika og sedativa. Stubberud (2013) gjør oppmerksom på at sannsynligheten er stor for at pasienten opplever fremmedgjøring og tap av sin integritet. Disse forholdene stiller store krav til helsepersonells evne til innlevelse og involverer også et personlig engasjement (Scheel, 2013; Stubberud, 2013). Både Faktorsyn 2 og i enda høyere grad Faktor 3, gir signifikant uttrykk for at de opplever det som mentalt krevende å følge pasienten gjennom et langtrukket sykdomsforløp, der faser med stabilitet gjentatte ganger avløses av faser preget av ustabilitet og kritisk forverring. Å måtte støtte og oppmuntre pasienten og dens pårørende når den dårlige helsetilstanden står på stedet hvil i flere uker eller måneder, oppleves av spesialistene som mentalt slitsomt. Faktorsyn 2 og 3 synes å framstille en pasient-behandler-relasjon som er preget av nærhet. Psykoterapeut og sosialrådgiver Susanne Bang (2003) tilmåler tillitsfulle, anerkjennende møter en stor betydning, fordi de kan åpne for at behandleren kan få tilgang til pasientens livsverden. Der kan det også utforskes betydningsfulle temaer i felleskap og i likeverdighet. Studien til Bunch (2005) viste også at leger og sykepleiere ble berørt og

emosjonelt påvirket. Spesielt når helsepersonellet er blitt nærmere kjent med pasienten og dens familie, og når behandlingen viser seg med tiden som går å være uten nytte, er det naturlig at fagpersonene blir påvirket og tynget. I tilknytning til beslutninger om å trekke tilbake livsforlengende behandling fikk personalet som deltok i Bunchs studie gjennomført debriefingmøter for å rekonstruere og bearbeide hendelsesforløpet. Det så ut til at slike møter resulterte i at personalets sorgreaksjoner varte kortere. I den andre avdelingen, der personalet grunnet mangel på tid ikke fikk prioritere debriefing, ble det registrert en høyere turnover blant personalet.

Bang (2003) påpeker at nærhet og engasjement i møte med mennesker i krise og alvorlig sykdom på samme måte tapper og beriker behandleren. Gjennom å speile seg i pasientens liv, utvikles det dybde i de perspektivene behandleren har både på sitt eget liv og på sin egen død (ibid.:37). Det avgjørende for hvordan fagpersonen møter disse utfordringene og belastningene er, i følge Bang (2003), vedkommendes holdninger, personlige ressurser og de faglige redskapene den har til rådighet. Et eksempel på gode holdninger og omsorgstanker for de andre aktørene i teamet formidles i denne studien ved at helsepersonell med Faktorsyn 2 synes å oppleve at fagpersonene som har det juridiske beslutningsansvaret strever med å finne gode løsninger for langtidsintensivpasientene, og de virker å ha forståelse for at en slik ansvarsfull oppgave innebærer en stor utfordring.

Alt helsepersonell som deltok i studien synes å formidle at de har en tydelig intensjon om å skaffe seg oversikt over pasientens helhetlige situasjon ved å ville rådføre seg med øvrige spesialister framfor å vurdere kun ut fra sitt eget fagområde. Dog velger fagpersonene muligens en noe ulik tilnærming eller strategi for å kunne komme fram til og vurdere denne helheten, både ut fra medisinsk og helsefaglig kunnskap, det vil si en mest mulig objektiv vurdering, og ut fra en individuell tilnærming til pasientens interesser og verdier, jf VBBLs (2013) anbefalinger. Som beskrevet før ser det ut som om Faktorsyn 2 og 3 anvender et mer helhetlig syn i sine relasjoner med pasienten og dens familie, og synes å uttrykke et personlig engasjement. I tillegg til å vurdere pasientens situasjon ut fra sin egen fagspesifikke kompetanse virker de å nyttiggjøre seg også sin personlige kompetanse (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Fagpersonene med Faktorsyn 3 framstår samtidig som uavhengige fagpersoner i det tverrfaglige teamarbeidet som virker å skaffe seg selvstendig flerdimensjonale data (fysiologiske, psykologiske og åndelige) for et bredest mulig, holistisk beslutningsgrunnlag (Barbosa da Silva, 2012; Leenderts, 2014). Faktorfortolkningen viser videre at Faktorsyn 1 synes å vektlegge faglig utveksling og kommunikasjon med de andre

fagpersonene i teamet heller enn nærheten til pasienten for å kunne danne seg et helhetsinntrykk. Dette kan gi indikasjon på en noe mer distansert pasient-behandler-relasjon og muligens også på en annerledes oppfatning av *helhets*begrepet (jf kapittel 2.5). Denne studien genererer ingen data når det gjelder på hvilken måte og i hvilken grad distanse og nærhet er med og preger helsepersonells vurderinger direkte, når de skal utvikle etisk og faglig forsvarlige beslutningsvalg for langtidsintensivpasientens helhetlige behandling i det aktuelle intensivmiljøet. Men nærhet og distanse i teamets ulike profesjonelle pasient-behandler-relasjoner kan innebære et potensial til å skape et spenningsfelt fagpersonene seg imellom, noe som kan virke hemmende på samarbeidet. Det er derfor av interesse å gi denne ulike tilnærmingen i pasientbehandlingen, som spesialistene her synes å signalisere, noe oppmerksomhet.

En mulig årsak antas å ligge i helsepersonells ulike tradisjonelle profesjonsetiske perspektiv. Dette støttes også av Barbosa da Silva (2006), Eide et al. (2005) og Scheel (2013). Ut fra sin egen etikk bygger profesjonene i utgangspunktet på et avgrensede og dermed ekskluderende vi-perspektiv i og med at hver profesjon gis en egen identitet og legitimitet (Eide et al., 2005). I tillegg kan de profesjonsspesifikke tilnærminger til sykdom, helse og menneskesyn, som baserer på de ulike profesjonsutdanningene, (jf kapittel 2.3) gjøre seg gjeldene ved å danne skiller (ibid.). Især faginterne spesialiseringer, med utvikling av spisskompetanser innen det medisinske og kirurgiske behandlingsfeltet, kan ha lett for at oppmerksomhetsfeltet for diagnostiske og prognostiske vurderinger og for beslutningsvalg baseres på et organspesifikt sykdomsbilde heller enn på en helhetsvurdering av pasientens komplekse helse- og livssituasjon (Barbosa da Silva, 2006; Scheel (2013). Det skal her presiseres at det ikke ønskes å formidle et inntrykk av at de ovennevnte aspekter alene forklarer hele bildet på helsepersonells ulike tilnærminger i sine relasjoner med pasienten. Det handler heller om mulige innfallsvinkler, gitt oppmerksomhet til i ulike teorier om helse- og profesjonsetikk, som kan bidra til å forstå hva som kan prege helsepersonells ulike perspektiver.

Alle profesjoner har god trening i å kommunisere i et vi-basert samarbeid med yrkeskolleger fra egen profesjon og utvikler og styrker på denne måten sitt eget fagområde, noe som kan virke ekskluderende på andre teammedlemmer (Eide et al., 2003). Komplekse behandlings- og beslutningsprosesser og etisk utfordrende problemstillinger som et tverrfaglig team rundt langtidsintensivpasienten er satt til å løse i kraft av sitt samfunnsmandat, fordrer derimot overskridelse av slike avgrensede og begrensede profesjonskarakteristika. Det er en like stor utfordring for alle i teamet å lære å utvikle en samarbeidsmodell som er basert på *den*

*annerledes andre* (ibid.) I teamutviklingen fram mot en moden ekspertgruppe i *performing*-stadiet gjelder det å oppøve toleransen for å kunne inkludere ulikhetene og dermed få tilgang til synergieffekten som ligger som et potensial i mangfoldet av perspektiver, menneskelige og faglige ressurser, og i en erkjent gjensidig avhengighet av hverandre i et tverrfaglig samarbeid.



## 6 Oppsummering av studien

Hensikten med denne studien har vært å utforske følgende problemstilling: *Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende beslutningsvalg som gjelder langtidsintensivpasientens behandling?* Tre forskningsspørsmål dannet utgangspunkt for å skape forståelse for fenomenet, ut fra: fagpersonenes opplevelse av sin egen rolle og delaktighet i det tverrfaglige teamet, hva de opplever som etisk utfordrende når det tas beslutninger om livsforlengende behandling og hvordan fagpersonene opplever å ivareta pasientene på en helhetlig måte.

Avhandlingen har hatt fokus på kommunikative og relasjonelle aspekter i et konkret tverrfaglig teamarbeid som samordner multidisiplinær helsehjelp for langtidsintensivpasienter. Intensjonen var å se det aktuelle tverrfaglige teamet i et rådgivningsperspektiv med eventuelle implikasjoner.

Ved anvendelse av den Q-metodologiske forskningsprosessen har studien resultert i tre fremtredende, ulikt opplevde faktorsyn eller perspektiv som synliggjorde betydelige forskjeller på hvordan helsepersonellet stiller seg til temaene som belyser de tre ovennevnte forskningsspørsmålene. De tre perspektivene synes å bunne i spesialistenes faglige tilhørighet med sine ulike rolle- og ansvarsforhold. De representerer ekspertenes divergerende perspektiv på kommunikative og relasjonelle forhold i deres tverrfaglige samarbeid. Helsepersonell med Faktorsyn 1 og 3, bestående i hovedsak av leger, gir hverandre gjennom denne studien en tvers gjennom positiv tilbakemelding på deres samarbeid og at de kjenner seg inkludert i beslutningsprosesser. Budskapet til fagpersonene representert ved Faktorsyn 2, bestående av intensivsykepleiere, derimot går ut på at de virker å oppleve samarbeidsrelasjonen innad i teamet som utilfredsstillende. De gir uttrykk for at de mangler innflytelse og delaktighet og at de kjenner seg ekskludert fra beslutningsprosesser som i følge helsedirektoratets VBBL<sup>9</sup> (2013) skal lede fram til etisk forsvarlige avgjørelser og som er basert på en helhetlig tverrfaglig vurdering av pasientens komplekse situasjon. Helsepersonells divergerende vurdering av både kommunikative og relasjonelle aspekter i samarbeidet og en, virker det som, ulik helhetlig tilnærming i pasientbehandlingen, synes å være til hinder for en effektiv benyttelse av menneskelige og faglige ressurser som finnes i det tverrfaglige teamet. Behovet

---

<sup>9</sup> VBBL, Veileder for Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (2009, revidert 2013)

for å initiere teamets utviklingsarbeid på både individ-, team- og systemnivå, avdekkes blant annet også gjennom helsepersonells forpliktelse overfor VBBL (2013).

## 6.1 Implikasjoner for praksis

Helsepersonell vil møte utfordrende etiske spørsmålsstillinger i behandlingen av den kritisk og alvorlig syke langtidsintensivpasienten. For å kunne nå komplekse mål, slik som i beslutningsprosesser der det tverrfaglige teamet skal finne fram til den best tilpassede helsehjelpen, har studien synliggjort at *alle* involverte profesjoner trenger å inkluderes i samarbeidet. Rådgivning ut fra et teamutviklingsperspektiv tilsikter å øke teamets kommunikasjons-, relasjons- og handlingskompetanse. Denne studien kan være et første ledd i å initiere fasilitering av teamutviklingsprosesser med fokus på konstruktiv og effektiv interaksjon i samarbeidet. Et veiledningsarbeid, rettet mot den enkelte faggruppen, kan på individnivå tjene som arena for læringsprosesser innen dialogisk og åpen og direkte metakommunikasjon. I andre omgang tilsikter rådgivning utvikling på teamnivå ved å lede faggruppene fram til en ekspertgruppe på performing-nivå, basert på gjensidighetsrelasjoner. Målsettingen er å utvikle teamets potensial slik at synergieffekten av alle aktørers ressurser og perspektiver kan nyttiggjøres. Studiens funn og VBBL (2013) viser til behovet for å initiere strukturelle forandringer, som å sette av tilstrekkelig tid og tilrettelegge for kommunikasjon med pasienten og dens pårørende. Etablering av regelmessige teammøter for gjennomføring av tverrfaglige vurderinger og journalføring av vurderingene kan ivareta informasjonsflyten gjennom hele behandlings- og beslutningsprosessen.

Denne studien har i tillegg synliggjort behovet for undervisning og implementering av VBBL og den tilhørende lokale retningslinjen i klinikken. Når det er påkrevd å vurdere livsforlengende behandling må omhyggelige avveininger som gjelder viktige verdivalg, for eksempel til hjelpeplikt, velgjørenhet og ikke-skadepriinsippet, pasientens medbestemmelse og omsorgen for pasienten, baseres på kunnskap om helseetikk, helsefagenes profesjonsetikk og jussen (VBBL, 2013). Det kan kjennes som å ferdes i urent farvann med mange *skjær i sjøen* der helsepersonell daglig møter etiske utfordringer og dilemmaer. Dette krever at vi fagpersoner, ut fra våre ulike perspektiv, må holde våre etiske sanser skjerpet og søke å finne en fartsled som er best tilpasset den enkelte pasientens helhetlige situasjon. Solid kunnskap om nettopp etikken og jussen, i tillegg til alle profesjoners spisskompetanse og et gjensidig anerkjennende tverrfaglig samarbeid synes å kunne fungere som fyrlykter som kan guide pasientbehandlingen fram mot visjonen om en fremragende behandling.

## 6.2 Videre forskning

I følge overfor nevnte implikasjoner for praksis gjelder det å implementere VBBL og nye samarbeidsrutiner for det tverrfaglige teamet på den aktuelle intensivavdelingen. Som et forslag til ny forskning anbefaler jeg et felles prosjekt innen interaktiv aksjonsforskning som involverer forskere fra både rådgivnings- og helsevitenskapen. De bør være godt kjent i miljøet der forskningen skal foregå. Forskerne må involvere seg aktivt og bidra til å finne løsninger på arbeidsfeltets praktiske problemer. I interaktiv aksjonsforskning fungerer forskerne som konsulenter der tanken er å utvikle praksisfeltet i et tett og likeverdig samarbeid med forskningsdeltakere og der en samtidig forsker på praksisen (Klev & Levin, 2009). Aksjonsforskning fasiliterer handlingsorienterte læringsprosesser for fagpersonene i det aktuelle intensivmedisinske miljøet og bidrar på denne måten også til organisasjonsutvikling (ibid.). I etterkant av implementeringen av VBBL hadde det vært interessant å foreta på ny en Q-metodologisk undersøkelse av helsepersonells subjektive opplevelse av sin delaktighet i beslutningsprosesser. Sammenligning med de forrige studieresultatene kan fremskaffe data om endringsarbeidets kvalitative effekt.



## 7 Litteraturliste

Forsidebildet hentet fra:

<http://www.schiffbilder.de/bilder/der-leuchtturm-gaeveskaer-liegt-noerdlich-5349.jpg>

Allgood, E. (1997). Persons-in-Relation and Q Methodology. *Operant Subjectivity. Journal of the International Society for the Scientific Study of Subjectivity* 18.

Allgood, E. (2003b). A Response to the Uses of Power. In Kvalsund, R. & Allgood, E. (2003). *Personhood, Professionalism and the Helping Relation*. Dialogues and Reflections. (s. 17-23). Trondheim, Tapir Akademisk Forlag

Barbosa da Silva, A. (2006). (red). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. (6. utg.), Oxford, Oxford University Press.

Bolman L. G. & Deal, T. E. (2014) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. (5. utg.), Oslo, Gyldendal Akademisk.

Botnen Eide, S., Herlof Grelland, H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I., Aasland, D.G. (2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen, Fagbokforlaget.

Brown, J. R. (1996). *The I in Science*. Training to Utilize Subjectivity in Research. Oslo, Scandinavian University Press.

Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity: applications of Q methodology in political science*. New Haven: Yale University Press.

Brown, S. R. (1993). *AA Primer on Q Methodology*, *Operant Subjectivity*, 16, p. 91-138

Brown, S. R. & Good, J. M. M. (2010). QMethodology. In N. J. Salkind (red.). *Encyclopedia of Research Design* (1149-1155). Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Braathen, E. (2014). Være med seg selv og gjøre sammen- om samarbeidets anatomi. In R. Kvalsund & K. Meyer (red.). *Samarbeidets kunst i ledelse, veiledning og læring*. Oslo/Trondheim, Akademika forlag.

- Buber, M. (1923/2003). *Jeg og du*. Oslo, Bokklubbens kulturbibliotek. De norske bokklubbene.
- Bunch, H., E. (2005). Etiske utfordringer i akuttavdelinger på sykehus. In Å. Slettebø (red.). *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten. Hva innebærer det å være profesjonell utøver i kommunihelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?* Kristiansand, Høyskoleforlaget AS
- Charmaz, K. (2013). Grounded Theory Methods in Social Justice Research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.) *Strategies of Qualitative Inquiry* (4. utg.), (s. 291-336). Thousand Oaks, Sage Publications.
- Dahl, Ø. (2004). Interkulturelle møter i helsesektoren. In J. V. Hugaas, J. K. Hummelvoll og H. M. Solli (red.). *Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Festskrift til António Barbosa da Silva. Oslo, Unipub forlag.
- Eide, S. B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I. og Aasland, D. G. (2005). *Fordi vi er menneske. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Etiske regler for leger (vedtatt 1961, med endringer, senest 2014): Retrieved 26. februar, 2015, from <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Flaatten, H & Søreide, E. Intensivmedisin i norge. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:166 – 168. [doi](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0054): 10.4045/tidsskr.08.0054
- FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (1948): Retrieved 27. februar, 2015, from <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier (2002). Retrieved 12. februar, 2015, <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>
- Gulbrandsen, T. (2010). Livets slutfase. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo, Akribe AS.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E. & Vedeler, I. (2007). *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis* (2. utg.). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Johnson, D.W. & Johnson, F.P. (2013). *Joining Together. Group Theory and Group Skills*. 11. ed. Upper Saddle River, New Jersey, Pearson
- Kegan, R. & Lahey, L. L. (2009). *Immunity to change*. How to overcome it and unlock the potential in yourself and your organization. Boston, Massachusetts, USA, Harvard Business Press.
- Klepstad, P. (2010). Intensivmedisinen og dens utfordringer. Retrieved 24. februar, 2015, from *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 130:12.  
<http://tidsskriftet.no/article/1932243>
- Klev, R. & Levin, M. (2009). *Forandring som praksis*. Bergen, Fagbokforlaget. Kap 2 , s. 48-67
- Kvale, S., & Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kvalsund, R. (1998). *A theory of a person: A discourse on personal reality and explication of personal knowledge through Q-methodology – with implications for counseling and education*. Doktoravhandling. Trondheim, NTNU.
- Kvalsund, R. (2003a). Uses of Power in the Helping Relation. In Kvalsund, R. & Allgood, E. *Personhood, Professionalism and the Helping Relation*. Dialogues and Reflections.(s.3-15). Trondheim, Tapir Akademisk Forlag
- Kvalsund, Ragnvald (2005). *Coaching. Metode : Proses : Relasjon*. Finland, Synergy Publishing.
- Kvalsund, Ragnvald (2006). *Oppmerksomhet og påvirkning i hjelperelasjoner*. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2008). Person-in-relation. Dialogue as transformativeleraning in counseling. In G. Grazina (red.) *Santykis ir Pokytis*. Tarpasmeniniu rysių gelmines prielaidos ir psichoterapija. Vilnius, Universiteto Leidykla, (s. 48-106).
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2010). Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon. In A.Thorsen & E. Allgood (Eds.), *Q-metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim, Tapir akademisk.

- Kvalsund, R. & Meyer, K. (2005). *Gruppeveiledning, læring og ressursutvikling*. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag.
- Laake, J. H. (2013). *Indikasjoner for og kontra- indikasjoner mot intensivbehandling*. Retrieved 24.februar, 2015, from Norsk Intensivregister: <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=MIIZ1FGCrkY%3d&tabid=92&mid=462>
- Leenderts, T.A. (2014), *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. (3. utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Lassen, R. M. (2014). Det relasjonelle rommet i samarbeidslæring. Samspillet mellom støtte og utfordring i en dynamisk gruppeprosess. In R. Kvalsund & K. Meyer (red.). *Samarbeidets kunst i ledelse, veiledning og læring*. Oslo/Trondheim, Akademika forlag.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. (2. utg.). Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Lind, R., Lorem, G.F., Nortvedt, P., Hevrøy, O. & Gastmans, C. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, 19: /666-676. doi: 10. 1177/0969733011433925.
- Lov om helsepersonell (1999). Retrieved 10.mars, 2015, from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om pasient og -brukerrettigheter (1999). Retrieved 27. februar, 2015, from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om spesialisthelsetjeneste (1999). Retrieved 10. Mars, 2015, from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Macmurray, J. (1961/1991). *Persons in relation*. New Jersey: Humanities Press International.
- Meyer, K. (2014). Motsetninger og paradokser til fremme for skapende samarbeidslæring. In R. Kvalsund & K. Meyer (red.). *Samarbeidets kunst i ledelse, veiledning og læring*. Oslo/Trondheim, Akademika forlag.
- McClure, B.A. (2005). *Putting a new spin on groups*. (2. utg.). New York: Psychology Press
- McKeown, B. & Thomas D. (1988). *Q Methodology*. (Vol.66). Thousand Oaks, Calif.: Sage.



- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.*(2. utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Nordby, H. (2012). *Etske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid.* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- NSD, De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) Retrieved 13. desember, 2014, from De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene:  
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
- NSI, Norsk Standard for Intensivmedisin (2001) Retrieved 12. februar, 2015, from:  
<http://www.nafweb.no/index.php/dokumenter/70-standard>
- Ramlo, S. E. & Newman, I. (2011). Q Methodology and its Position in the Mixed-Methods Continuum. In *Operant Subjectivity: The International Journal of Q Methodology*, 34(3): 172–191
- Rammeverk for Kvalitetsmål (1998) Retrieved 11. februar, 2015, from:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/125362/270500/Rammeverk-for-kvalitetsmaal-i-intensivsykepleie>
- Retningslinjer for symptomlindrende behandling (2007) Retrieved 14. april, 2015, from helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/kreft/lindrende-behandling/palliasjon-retningslinjer-for-symptomlindrende-behandling>
- RIN, Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014) Retrieved 10. februar, 2015, from:  
<http://www.nafweb.no/index.php/naforum-mainmenu-25/send/3-pdf/86-retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen, Fagbokforlaget
- Scheel, M.E. (2013). *Interaksjonell sygeplejepsis.* (4. utg.). København, Munksgaard
- Schmolck, P. (2002). *PQMethod (Version 2.33 for Windows)*. (Dataprogram) . Retrieved 17.10.2014, kl 08:45 fra schmolck. userweb.mwn.de/qmethod/pqm233win.zip
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.* (4. utg.). Latvia, Cappelen Damm AS.

- Smith, N. W. (2001a). Centrism, noncentrism, and universal Q. In *Operant subjectivity* 24 (2): 52-67
- Smith, N. W. (2001b). Current systems in psychology. Belmont, Wordsworth/Thomson Learning (chap. 11: 319-343)
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B.M. (2013). *Kunskapens former. Vetenskapsteori och forskningsmetod* (3. utg.). Stockholm, Liber AB
- Stephenson, W. (1953). *The study of behaviour: q-technique and its methodology*. Chicago, Il., US, University of Chicago Press
- Store norske leksikon. Siden er oppdatert sist 06.08.2014. Retrieved 31.01.2015, from <https://snl.no/sosiologi>
- Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo, Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. In D.-G. Stubberud (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Stubberud, D.-G. & Anne Eikeland (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. In D.-G. Stubberud (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Studieprogram Master i Rådgivningsvitenskap, NTNU (2015-2016). Retrieved 01.mars, 2015, from: <http://www.ntnu.no/studier/mraadg/om>
- Størksen, I. (2012). Hva er Q- metodologi, og hvordan kan den brukes i psykologien? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49 (6), 566-570.
- Swensen, C.H.: *Introduction to interpersonal relations*. Scott, Foresman & Co. 1973, kap. 6.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen, Fagbokforlaget
- Thorsen, A. A. & Allgood, E. (2010) Introduksjon til Q- boken og begrepsavklaring. In A. Thorsen & E. Allgood (Eds.), *Q-metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim: Tapir akademisk.

Van Exel, J. & de Graaf, G. (2005). Q methodology: A sneak preview. Retrieved 20.11.2014, from <http://qmethod.org/articles/vanExel.pdf>

VBBL, Veileder for Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (2009, revidert 2013). Retrieved 19. februar, 2015, from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>

Watts, S. & Stenner, P. (2012). *Doing Q Methodological Research. Theory, Method and Interpretation*. Thousand Oaks, Calif.: Sage

Wolf, A. (2010). Subjektivitet I Q- metodologi. In A. Thorsen & E. Allgood (Eds.), *Q- metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim, Tapir akademisk.

Øverland, K. (2010). Barnehageansattes følelser og opplevelser i forbindelse med samlivsbrudd i barnehagen , studert ved hjelp av Q- metodologi. In A. Thorsen & E.



## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: Intensivmedisin og langtidsintensivpasientens livsverden

Intensivmedisinen har sitt utspring i 1950 tallets store polioepidemier i Skandinavia. Faget preges av en betydelig teknologisk utvikling gjennom de siste 20 årene, med utbredt/utstrakt bruk av medisinsk teknisk utstyr og avanserte IKT-løsninger. Behandlingen er ressurskrevende med tanke på å drifte og å vedlikeholde kostbart utstyr. I tillegg er den personellintensiv. I nordisk sammenheng har intensivmedisinen sin faglige bakgrunn i anesthesiologiens teknikk og tenkemåte (Flaatten & Søreide, 2010). Det finnes spesialistutdanninger innen intensivmedisin for både leger og sykepleiere, som beskrives i Retningslinjene for intensivvirksomhet i Norge (RIN, 2014). Slike spesialkompetente leger og sykepleiere overvåker døgnekontinuerlig pasientens vitale funksjoner og gir avansert organunderstøttende behandling i sykehusets intensivheter (Ibid.). Det er fagpersonene fra disse to spesialistgruppene og fysioterapeutene<sup>10</sup> som langtidsintensivpasienten har kontakt med i det daglige under sitt opphold i den aktuelle intensivavdelingen, som danner konteksten for denne studien. Andre legespesialister, slik som gastro-, kar-, og nevrokirurger, ortopeder og infeksjonsmedisinere møter pasienten, avhengig av sine grunnlidelser, skader og eventuelle tilsynsbehov, på deres daglige visitt og når de blir tilkalt for felles vurdering ved akutt forverring av pasientens helsetilstand. Til tross for at enda flere fagdisipliner kan være involverte i pasientbehandlingen, rekrutterer jeg denne studiens deltakere, med tanke på oppgavens begrensede omfang, blant de ovenfor nevnte spesialistene som er hyppigst delaktige i langtidsintensivpasientens behandling. I følge den aktuelle intensivvirksomhetens årsrapport for året 2014 (2015), ble det av totalt 723 pasienter behandlet 19 prosent som faller innunder kategorien for langtidsintensivpasienten. Den lengste behandlingsperioden varte over 55 døgn. Tre av fire dødsfall generelt i intensivavdelinger inntreffer, etter at en har konkludert med at pasientens sjanse for overlevelse anses som å være så liten at, å utsette pasienten for ytterligere intensivmedisinske tiltak, vurderes som etisk ikke riktig (Klepstad (2010).

---

<sup>10</sup> Fysioterapeuter, intensivsykepleiere og leger omtales i denne studien alle på lik linje som spesialister, fagpersoner eller helsepersonell.

I henhold til regjeringens overordnede styringsbudskap for 2015<sup>11</sup> for det aktuelle helseforetakets styre, kreves det *helhetlig ledelse med evne til å samordne og integrere arbeidsprosesser og faggrupper for å møte pasienter med behov for sammensatte tjenester på tvers av fagområder og enheter* (foretaksmøteprotokoll, sak 3, 12.2.2015).

Langtidsintensivpasientene med sine komplekse livstruende sykdomstilstander er nettopp en slik pasientgruppe som nødvendiggjør at intensivvirksomheten evner en systematisk organisering av diagnose, behandling, pleie og omsorg (Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, RIN, 2014). Hensikten med en multidisiplinær helseprofesjonell innsats er å sikre restitueringen av organfunksjonene slik at pasientene kan oppleve sine liv videre som å være leveverdige (Ibid.). For å lykkes med denne målsettingen må intensivvirksomheten samordne den faglige innsatsen av de ulike spesialistmiljøene på tvers av faggrupper og enheter.

Det aktuelle helseforetakets styrende strategidokument for 2015-2018 tar utgangspunkt i visjonen om å tilby befolkningen fremragende behandling. Målsettingen er tuftet på høy kvalitet i pasientbehandlingen, høy kompetanse, åpenhet og tverrfaglig samarbeid. Det prioriteres nærheten til forskning og utdanning i det kliniske miljøet som påstås å gi dokumentert bedre klinisk praksis og dermed høyere kvalitet på pasientbehandling. Målet om fremragende behandling skal, i følge strategidokumentet, oppnås ved å sikre forutsigbar pasientbehandling gjennom implementering av standardiserte pasientforløp.

Langtidsintensivpasienten er en pasientgruppe som faller klart utenfor prinsipper om forutsigbarhet og et planlagt forløp kan ikke staves ut. Der det settes lit til standardiserte pasientforløp for å anvende menneskelige og økonomiske ressurser mest mulig forsvarlig og effektiv, må en gi slipp på slike overordnede styringsprinsipper når det gjelder langtidsintensivpasientenes uforutsigbare forløp i dens sykdomsutvikling.

I følge norsk standard for intensivmedisin, NSI (2001), og RIN (2014) defineres en pasient som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel. De vanligste årsakene som krever intensivmedisinsk behandling hos voksne er større traumatiske skader, organsvikt etter store, kompliserte operasjoner som hjerte-, kar-, lunge- og bukoperasjoner, og alvorlige infeksjoner som sepsis og septisk skokk. I denne studien omtales den voksne

---

<sup>11</sup> Referanser som innebærer identifisering av den aktuelle intensivenheten og av helseforetaket refereres i det følgende ikke til i litteraturlisten for å ivareta forskningsetiske hensyn til anonymitet og personvern.

intensivpasienten og det velges en behandlingstid på minst 7 dager eller mer for å betegne pasienten som langtidsintensivpasient. Dette gjøres fordi alle i dette kapitlet brukte opplysninger genereres fra den aktuelle intensivavdelings årsrapport for 2014 (2015).

Pasienten er innlagt i intensivavdelingen som følge av sykdommens eller skadens alvorlighetsgrad, og den vil variere på lik linje med pasientens bevissthetstilstand og dens mulighet til å kunne forstå fullt ut bakgrunnen og betydningen av sykehusinnleggelsen. Som akutt kritisk syk befinner pasienten seg i en utfordrende situasjon preget av trussel om svikt i eller tap av legemsdeler, organer, funksjoner eller tap av livet selv. Marginene mellom liv og død kan ofte være små. Pasientene har ulike diagnoser men de har tilfelles at de befinner seg i en fysisk, psykisk, sosial og åndelig stress- og krisetilstand som kan vare fra dager, uker og opp til måneder. Denne tilstanden har stor innflytelse på pasientens evne til å kunne oppleve og tilpasse seg, og dermed kunne mestre sin tilværelse som intensivpasient (Stubberud, 2010). Det er viktig for et tverrfaglig behandlersteam å ha fagkunnskap og god innsikt i hvilken nytte for eksempel eldre personer og personer med kroniske sykdommer kan ha av operative inngrep og intensivbehandling. Vurderinger og avveininger med tanke på en faglig og etisk forvarlig behandling og som baserer på den enkelte profesjonsutøverens fagkompetanse, skal kunne ut i en konsensusbeslutning som blir tatt ut fra den enkelte intensivpasientens helhetlige situasjon. Ikke fordi vedkommende har en viss alder eller tilstand, eller fordi behandlingen er teknisk mulig (Moesmand, A.M. & Kjøllesdal A., 2004). Langtidsintensivpasientens medisinske forløp er som sagt preget av uforutsigbarhet og faren for en forverring i helsetilstanden er alltid overhengende.

## 8.2 Vedlegg 2: De etisk utfordrende beslutningsvalgene og beslutningsprosessen

I redegjørelsen for hva som betegnes i denne sammenhengen som *etisk utfordrende beslutningsvalg* er det nærliggende å søke til norsk lovverk som slik også danner en del av studiens teoretiske referanseramme. I følge loven om pasientrettigheter har pasienten rett til medvirkning i behandling og pleie. Dette skal imøtekomme pasientens behov for kontroll over sin egen situasjon. Akutt kritisk syke kan bare i varierende, og noen ganger, i livstruende situasjoner, i ikke eksisterende grad ivareta denne rettigheten (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Når intensivpasientens sykdomsforløp er på sitt mest kritiske, stilles helsepersonell overfor faglig og etisk utfordrende spørsmålsstillinger. Hovedhensikten med den multidisiplinære intensivmedisinske virksomheten er en felles, kurativ bestrebelse for å bidra til pasientens helbredelse eller til å oppnå dens best mulige helse- og funksjonsnivå. Når pasienten viser tydelige tegn på at helbredelse ikke er mulig, er *livsforlengende behandling*<sup>12</sup> alternativet. Etikken handler om å ta stilling til det riktige valget av en handling (Nordbye, 2012; Ricoeur, 1992). Det oppstår en etisk utfordring eller et dilemma når en ikke vet hva som er riktig eller gal handling, nemlig der det ikke finnes en ideell løsning. Derfor må hovedfokus for etisk utfordrende beslutningsprosesser fram mot et forsvarlig beslutningsgrunnlag, rettes mot å gi langtidsintensivpasienten den beste, det vil si den etisk og medisinskfaglig mest riktige behandlingen ut fra pasientens egne ønsker, fra helsepersonells profesjonelle kompetanse og helseorganisasjonens menneskelige og materielle ressurser.

Når pasienten viser tydelige tegn på at helbredelse ikke er mulig, er livsforlengende behandling alternativet. Beslutningsprosessen må kunne ut i en konsensus, enten om å starte eller fortsette livsforlengende behandling, eller om å la være å starte eller avbryte behandlingen (VBBL, 2013). Legeprofesjonene er i henhold til loven om helsepersonell pliktig til å innhente råd og synspunkter fra annet helsepersonell og fra pårørende for å finne ut hva pasienten ville ha ment (Stubberud, 2010; VBBL 2013). Det finnes ingen lov og ingen nasjonal konsensus som definerer hvor dårlig pasientens prognose skal være før det besluttes å ikke tilby behandling (Laake, 2013). Kliniske miljøer i det enkelte helseforetaket må selv ta

---

<sup>12</sup> Med *livsforlengende behandling* menes all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død. Eksempel på dette er hjerte-lungeredning, annen pustehjelp og hjertestimulerende legemidler, ernærings- og væskebehandling (intravenøst eller gjennom svelg- eller magesonde PEG), dialyse eller antibiotika og kjemoterapi. Definisjonen er fra Veileder for Beslutningsprosesser ved begrenset av livsforlengende behandling (2009, revidert 2013:4) i teksten benevnt som VBBL, 2013).



stilling. Når behandlingstiltak basert på terapiplanen ikke er til nytte for intensivpatienten, han/hun vil ta skade av behandlingen eller behandlingen forlenger et liv med store plager, bør begrensning av livsforlengende behandling vurderes (VBBL, 2013). I akutt kritiske faser av sykdomsforløpet er det intensivmedisinske personalet utdannet og pliktig til å handle målrettet for pasientens overlevelse. I påvente av at pasienten kan uttrykke sin samtykkekompetanse jamfør pasientrettighetslovens § 4, gjennomføres gjentatte intensivmedisinske og kirurgiske intervensjoner, med overhengende risiko for at pasienten også kan lide skade av behandlingen. Med en potensiell mulighet til aldri igjen å kunne få oppleve en livskvalitet der han/hun kan bli selvhjulpel eller til og med evne å interagere med sine omgivelser. Her fordrer lovens velgjørhets- og ikke-skade prinsippet at nytten oppveier ulempen ved behandlingen. VBBL (2013) foreslår at igangsetting av langvarig livsforlengende behandling, slik som respirator- og dialysebehandling, skal drøftes med pasienten i sykdomsfaser som er preget av stabilitet. Er pasienten samtykkekompetent har han/hun i hovedregel rett til å samtykke til, eller nekte, faglig indisert livsforlengende behandling. Pasientens medbestemmelsesrett forutsetter en god evne til kommunikasjon. Ofte innebærer respiratorbehandling et hinder til en fullgod kommunikasjon. Bevisstheten og konsentrasjonsevnen til den multimedisinerte langtidsintensivpatienten er kompromittert og om han/hun oppnår kriteriene for å kunne betegnes som samtykkekompetent kan variere mye i løpet av et døgn. Det er pasientens pårørende eller andre personer som kjenner pasienten godt, som kan gi helsepersonell indikasjoner på om pasienten faktisk har forstått informasjonen som er gitt. Dette er en betingelse for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser og valg. Faktisk også til å frasi seg sin selvbestemmelse (NSF's Yrkesetiske retningslinjer, 2011; VBBL, 2013).

Det gjelder å kvalitetssikre beslutningsprosesser for eller imot livsforlengende behandling på grunnlag av medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger. Pasientens rettigheter må respekteres og all behandling skal ha intensjonen om å være til pasientens beste (VBBL, 2013). Hva som er til pasientens beste henleder til etiske betraktninger som legger føringer for verdier og holdninger som helsepersonell lever ut i sin yrkespraksis. Konkret er det aktuelle helseforetakets kjerneverdier *respekt, kvalitet, og trygghet* som skal legge grunnlaget for all verdibasert profesjonsutøvelse rettet mot pasienten og dens pårørende. Det faktum at intensivpatienten oftest ikke er ved full bevissthet under intensivmedisinsk behandling, gjør at helsepersonell i stor grad må handle på akkord med disse verdiene. Pasient-behandler-relasjonen preges av at den ikke er likeverdig og dermed legger den opp til at

helseprofesjonene må utsette seg for kritiske refleksjoner med tanke på sine maktposisjoner. Det kreves etisk kompetanse. Respekten for pasienten må opprettholdes slik at behandlingen kan bli god. Den etiske fordringen etter K.E. Løgstrup går ut på å ta vare på den andres liv. I møte med den andre, slik som intensivpasienten, dens pårørende, og medarbeideren i teamet, møter man en henvendelse som kan tas imot enten i omsorg eller ødeleggelse, ivaretagelse eller utnyttelse, slik at den andres livsmulighet fremmes eller forspilles. *Den ene har mer eller mindre av den annens liv i sin magt* (Løgstrup, 1975, s.65). Den moralske praksisen som preger relasjonen mellom helsepersonell og pasienten skal være preget av omsorg og en genuin interesse.

### 8.3 Vedlegg 3: Q-metodologiens bakgrunn og idegrunnlag

Q-metodologien er i følge Brown og Good (2010) en vitenskapsfilosofisk retning. Den har sin egen forskningsteknikk, Q-metoden, til å samle inn empiriske data og den er i tillegg en statistisk og fortolkende analysemetode for den vitenskapelige utforskingen av menneskelig subjektivitet (McKeown & Thomas, 1988). Q-metodologien som forskningsmetode ble for første gang introdusert i det britiske naturvitenskapelige tidsskriftet "Nature", i 1935. Den britiske fysikeren og psykologen William Stephenson (1902-1989) utviklet denne metoden med den hensikt å utforske kvalitative aspekter av menneskelig atferd, slik som personers meninger, holdninger og verdier (Brown, 1993; McKeown & Thomas, 1988; van Exel & de Graaf, 2005). I det videre presenteres noen karakteristika ved R-metodologien slik at Stephensons nyvinning og idégrunnlaget for Q-metodologien blir bedre forståelig.

R-metodologien med Spearmans faktoranalyse og rangkorrelasjon og Karl Pearson's produkt - moment korrelasjon, derav benevnt med bokstaven R, etter Pearson's korrelasjonskoeffisient  $r$ , dominerte datidens naturvitenskapelige forskningstradisjon (Brown, 1980; Stephenson, 1953). Denne hadde til hensikt å objektivisere og kvantifisere data, også kvalitative data som menneskers synspunkter, følelser, holdninger og atferd. Hensikten var å kunne gjøre slike data generaliserbare. I 1950 årene var forskningen innen atferdsfagene og psykologifaget dominert av måling og testing (Øverland, 2010). Stephenson kritiserte R-metodologien for dens reduksjonistiske tendenser ved å måle den statistiske sammenhengen mellom mennesker som på denne måten fungerer som variabler eller *items*, og dermed som objekter som, for eksempel innen den kognitive psykologien, utsettes for forskjellige tester, slik som stimuli – responsmodeller (Stephenson, 1953; Smith, 2001; Watts & Stenner, 2012; Øverland 2010). Slike tester gjør studiedeltakerne til passive subjekter som må forholde seg til forskerens operasjonaliserte begrep og skalaer. I og med at forskningsinstrumentene, som for eksempel skalaer og spørreskjemaer, representerer forskerens perspektiv, er det i følge Smith (2001) heller tvilsomt at en kan få tilgang til studiedeltakerens egen subjektivitet med tanke på personens egen menings- og erfaringsbakgrunn, relatert til begrepene som forskeren benytter seg av i slike tester og skjemaer. R-metodologiens hypotetisk deduktive tilnærming fører i følge Stephenson (1953) og Smith (2001) til sinn - og kroppdualismen og til lineære årsaks – virkningsforklaringer som ikke kan gi gode nok forklaringer til årsakene for menneskers atferd (Øverland, 2010) og som ikke tar høyde for et helhetlig menneskesyn (Brown, 1980; Watts & Stenner, 2012).

Stephensons unike idéer om å bruke statistiske teknikker til å studere menneskelig subjektivitet gjør at en kan si at Q- metodologien bygger bro mellom kvantitative og kvalitative tilnærminger. Dette kan være grunnen for at Q- metodologien kan oppfattes som provoserende for forskere innenfor begge forskningstradisjoner (Størksen, 2012).

Stephenson utviklet Q-metodologien for nettopp å ivareta et holistisk menneskesyn i hans forskning. ”The total person-in-action is our concern” (Stephenson, 1953:4). Han påpekte et av sine psykologiske prinsipper som går ut på at menneskelig atferd, og da både ytre, av andre objektiv observerbare handlinger, og indre opplevelser, som er subjektive for individet selv, ikke kan skilles fra hverandre når de skal studeres vitenskapelig (Stephenson, 1953). Han var interessert i å identifisere og kartlegge forskjellige typer av individer som ligner hverandre med tanke på helhetlige aspekter av deres personlighet, slik som deres fysiske, emosjonelle og kognitive helhetlige tilstander, som gjør seg gjeldende i deres ulike livssituasjoner og kontekster (Watts & Stenner, 2012). I denne Q-studien kan jeg, med andre ord, finne fram til ulike grupper av personer blant helsepersonellet som deler like perspektiv, synspunkter eller holdninger med tanke på deres egen opplevelse av den felles konteksten de inngår i, nærmere bestemt ved sin delaktighet i beslutningsprosesser for langtidsintensivpasientens behandling.



## 8.5 Vedlegg 5: Informasjonsbrev til forskningsdeltakere

Trondheim, den 02.02.2015

### Invitasjon til å bidra med data til masteroppgave

Mitt navn er Regina Eide, og jeg tar en mastergrad i Rådgivning (counseling) ved Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap, NTNU. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å gjennomføre en undersøkelse der temaet er relasjon og kommunikasjon blant helsepersonell med tanke på langtidsintensivpasientens behandling.

Hensikten med studien er å finne ut hvordan intensivsykepleiere og legespesialister opplever sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende avgjørelser som gjelder langtidsintensivpasientens behandling.

Jeg trenger bidrag fra ca. 25 intensivsykepleiere og 25 legespesialister som har erfaring med langtidsintensivpasientens behandling i 10 år og mer. Jeg ber deg om å sortere 48 utsagn som omhandler kommunikasjonen og din delaktighet i beslutningstakingen. Disse sorteringene, som vil bli faktoranalysert og anonymisert, er datamaterialet for min masteroppgave. Selve sorteringen utføres i en matrise på papir. Sorteringen tar erfaringsmessig mellom 30 og 45 minutter og foregår i slutten av februar 2015. Det kan også bli aktuelt å ta et kort intervju med noen av deltakerne litt senere. Dersom det blir aktuelt for deg, vil du få en egen forespørsel om dette.

Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er frivillig å delta i prosjektet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst uten å måtte begrunne dette. Det er viktig å presisere at det er kun undertegnede som har tilgang til datamaterialet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, med andre ord vil ikke den enkelte sortering være mulig å spore tilbake til informanten av andre enn meg som forsker. Dersom du trekker deg, vil alle data som er innsamlet om deg bli slettet. Alle opplysninger vil bli slettet når masteroppgaven er slutført – innen 15.05.2015.

Dersom du har lyst til å delta i prosjektet, er det fint om du kan skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og ta den med når undersøkelsen skal gjennomføres.

Med hilsen

Regina Eide

[regina\\_eide@hotmail.com](mailto:regina_eide@hotmail.com)

Mob.: 41660019

Veileder: Camilla Fikse

Førsteamanuensis

[camilla.fikse@svt.ntnu.no](mailto:camilla.fikse@svt.ntnu.no)

## 8.6 Vedlegg 6: Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til å delta i mastergradsprosjekt om kommunikasjon i det tverrfaglige behandlerteamet rundt langtidsintensivpasienten med tanke på de etisk vanskelige beslutningene.

Jeg er innforstått med at dette innebærer at jeg oppgir min e-postadresse og fullt navn.

Jeg er også innforstått med at opplysningene anonymiseres og blir behandlet konfidensielt, og at jeg har rett til å trekke meg fra prosjektet uten begrunnelse og uten følger for meg.

Dato.....

Navn

(blokkbokstaver).....

E-postadresse

(blokkbokstaver).....

.....

Underskrift

## 8.7 Vedlegg 7: Følg brev til forskningsdeltakere

Hei!

Trondheim, den 24.02.2015

Herved henviser jeg til min forespørsel om din deltakelse i min forskningsstudie, som har temaet *relasjon og kommunikasjon blant helsepersonell med tanke på langtidsintensivpasientens behandling*.

Hensikten med studien er å finne ut *hvordan intensivsykepleiere, fysioterapeuter og legespesialister opplever sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende avgjørelser som gjelder langtidsintensivpasientens behandling*.

Jeg takker deg for at du ga meg et positivt svar og at du dermed vil bidra til min studie!

Per dags dato er det nå 25 legespesialister, to fysioterapeuter og 25 intensivsykepleiere som stiller som informanter i denne studien. Dette er i tråd med min målsetting.

Denne konvolutten inneholder:

- **en liten konvolutt med 48 utsagn.** Numrene foran hvert utsagn skal skrives inn i
- **sorteringsmatrisen.** Alle informasjonen angående sorteringsteknikken finner du i en
- **instruksjonsbetingelse.**

Ved eventuelle spørsmål må du gjerne ta kontakt via mob. 41660019 eller via e-mail: [regina\\_eide@hotmail.com](mailto:regina_eide@hotmail.com).

Lykke til med sorteringen og enda engang – tusen takk for ditt bidrag!

Med vennlig hilsen

Regina Eide

Intensivsykepleier på Hovedintensivavdelingen, St Olavs Hospital

NSF's godkjent faglig veileder i sykepleie



## 8.8 Vedlegg 8: Instruksjonsbetingelse

### INSTRUKSJONSBETINGELSE:

Jeg ber deg om å ta utgangspunkt i et reelt pasientkasus der du samarbeider med andre fagpersoner i et tverrfaglig team for en langtidsintensivpasient.

*Sorter og ranger utsagnene ut fra din egen subjektive oppfatning eller opplevelse du har av din rolle og delaktighet i etisk utfordrende beslutningsvalg med tanke på langtidsintensivpasientens behandling.*

*I denne studien er det ikke av interesse å finne ut hva du synes din rolle **burde** bestå i. Denne studiens validitet eller gyldighet avhenger alene av at du svarer oppriktig og ærlig ut fra din egen erfaring og opplevelse. Det finnes ikke rette eller gale svar.*

### BEGREPSFORKLARINGER:

Betegnelsen *pasient* brukes i denne sammenheng synonymt med *langtidsintensivpasient*.

I denne studien deltar leger fra ulike fagdisipliner, intensivsykepleiere og fysioterapeuter. De betegnes alle som *spesialister* innenfor sine respektive fagområder.

Med *livsforlengende behandling* eller *aktiv behandling* menes det i denne sammenheng all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død, for eksempel hjerte-lungeredning, behandling med respirator, dialyse, katecholaminer, ernæring, væske og antibiotika.

### STEGVIS INSTRUKSJON FOR GJENNOMFØRING AV Q-SORTERING:

1. Les først alle utsagnene for å få en oversikt over hele innholdet.
2. Del så utsagnene i 3 noenlunde like grupperinger i samsvar med de betingelser som ligger i instruksjonen  
  
Gruppe a) de utsagnene som du er enig i (til høyre).  
Gruppe b) de utsagnene som du er uenig i (til venstre).  
Gruppe c) de utsagnene som er mer nøytrale, som ikke gir så mye mening, virker tvetydige, tvilsomme, uklare eller motsigende (i midten).
3. Du skal nå gjøre mer detaljerte fordelinger, der du skal fylle inn numrene på hvert utsagn fra en skala på +6 til -6.
4. Først legg ut alle utsagnene i gruppe a) de som du er mest enig i - les så gjennom dem igjen og velg ut det utsagnet som du er mest enig i/ som stemmer best med din opplevelse. Plasser utsagnet lengst til høyre (+6) i pakt med skjemaets mønster.
5. Deretter gjør det samme med gruppe b) det utsagnet som du er mest uenig i – og plasser deretter dette utsagnet lengst til venstre (-6) i henhold til skjemaets mønster.

6. Gå så tilbake til de utsagnene som du er mest enig i og velg 2 som stemmer fortsatt best med din opplevelse. Plasser dem på (+5).
7. Gjør nå tilsvarende for den andre gruppen b), velg 2 utsagn og plasser dem under (-5).
8. Når du kommer til (+4) kolonnen, plasser 3 utsagn under (+4), og så 3 utsagn under (-4). Plasser 4 utsagn under (+3), og så 4 utsagn under (-3). Fortsett med (+/-2) kolonnene på begge sider.
9. Når du så kommer til (+1), (0), (-1)-kolonnene, er du i området hvor du er mest i tvil eller likegyldig til sorteringen. Her plasserer du utsagnene fra gruppe c). Vær nøye og bruk tid her. Vær så nyansert som råd og pass på at du plasserer riktig antall utsagn i hver kolonne. Plasser 5 utsagn under (+2)/(-2). Videre 6 utsagn under (+1), (0) og (-1)-kolonnene.
10. Når du nå har fullført fordelingen og plasseringen, se over den på nytt og avgjør om du er enig med deg selv i de valg du har gjort. Juster plasseringene slik at du blir fornøyd.
11. NB: I denne sorteringen er dine valg begrenset av mønsteret du må plassere utsagnene innenfor. Det kan derfor for eksempel forekomme at du hadde ønsket å plassere flere utsagn i det positive området, men du må plassere utsagnene innen mønsteret. Det er viktig at hvert felt har hvert sitt ulike nummer, som skal tilsvare utsagnets nummer.

Lykke til!

Takk for din deltakelse!

Vennligst lever det utfylte skjemaet, påført ditt navn og gjerne med kommentarer, innen fredag, 06.03. 2015, via intern-post til:

Regina Eide, Hovedintensivavdelingen, eller i min posthylle.

**Eller:** Den som har mulighet til det, scanner den utfylte sorteringsmatrisen og sender den via mail til meg.

Ved spørsmål, ta gjerne kontakt med meg på telefon 41660019 eller via e-post: [regina\\_eide@hotmail.com](mailto:regina_eide@hotmail.com)

Med vennlig hilsen  
Regina

## 8.9 Vedlegg 9: 48 utsagn i rekkefølge og faktorenes plassering

	Utsagn	Faktor:	1	2	3
1.	For å ha god kjennskap til pasientens organfunksjoner er jeg nok avhengig av anestesilegenes kompetanse og oversikt over pasientens helhetlige helsetilstand.		+2	0	+4
2.	Det viktigste kriterium for at jeg kan akseptere og godkjenne videre intervensjoner som ledd i pasientens livsforlengende behandling, er at pasientens fysiske og mentale evner synes å være så gode at vedkommende kan oppnå å bli selvhjulpne i sitt liv etter intensivoppholdet.		-3	+1	-3
3.	For vårt tverrfaglige samarbeid mener jeg at det hadde vært best å kjenne til hverandres resonnementer og bakgrunnen for våre ulike perspektiv allerede tidlig i forløpet.		-3	-1	-4
4.	Min rolle i beslutningsprosesser er å formidle mitt fagspesifikke ståsted på en slik måte at de øvrige i teamet inkluderer mitt syn i den videre prosessen.		+3	+1	+3
5.	Jeg skulle egentlig ønske at pasientens psykososiale behov og hans/hennes egne ønsker kunne vært mer i fokus for våre refleksjoner når det gjelder etisk vanskelige beslutningsvalg for den videre behandlingen.		+1	4	+1
6.	Når pasienten ikke er i stand til å kommunisere, trenger jeg innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg.		+2	+2	+4
7.	Jeg oppfatter at de ulike spesialister strever med å finne de beste løsninger for langtidsintensivpasientene. Det vises tydelig at en slik oppgave er en stor utfordring.		+1	+3	-1
8.	Jeg savner støtte fra de andre aktørene i det tverrfaglige teamet, når krevende beslutninger med tanke på livsforlengende behandling skal tas.		-3	0	-1
9.	I kommunikasjonen med de andre fagpersonene opplever jeg at jeg blir hørt og anerkjent med tanke på mine faglige innspill.		+5	-1	+3
10.	Sykepleiernes observasjoner og innspill er ikke like relevante for å danne seg et bilde av pasientens situasjon.		-4	-4	0
11.	Når det er uenighet innad i behandlerteamet og dette ikke kommuniseres tilstrekkelig, er det problematisk for meg å argumentere for om livsforlengende behandling skal initieres eller ikke.		0	+1	+5
12.	Skriftlig dokumentasjon av det medisinske og verdimesige grunnlaget for behandlingsvalg danner alltid utgangspunktet for mine egne vurderinger.		0	-1	-3
13.	Jeg har ansvar for mine egne avgjørelser. Når det gjelder beslutninger om å øke behandlingstintensiviteten, baserer det alene på min fagspesifikke kompetanse.		-4	-3	-3
14.	Det er en utfordring for meg og innebærer et etisk dilemma når beslutninger skal tas i sykdomsfaser der pasienten mangler samtykkekompetanse.		-1	+2	+1
15.	Spesialistenes vurderinger resulterer i tydelige og konsekvente behandlingsforløp som evalueres regelmessig. Dette opplever jeg gir pasientene og deres pårørende trygghet og ivaretakelse.		+3	-4	-1
16.	For vårt tverrfaglige samarbeid mener jeg at det hadde vært best å kjenne til hverandres resonnementer og bakgrunnen for våre ulike perspektiv allerede tidlig i forløpet.		+2	+3	+1
17.	Jeg opplever at den gode dialogen mellom alt involvert helsepersonell danner grunnlaget for beslutningsprosessen, slik at behandlingen blir til pasientens beste.		+5	-3	-1
18.	Relasjonene mellom fagpersonene er uten stor betydning for effekten av behandlingen.		-2	-2	-2
19.	Jeg ser ikke noe behov for regelmessige teammøter. Jeg vurderer vårt tverrfaglige samarbeid som bra nok som det er.		-2	-6	-3
20.	Jeg gjør meg regelmessig tanker om pasienten er tjent med så mange behandlingsrunder. Hadde jeg hatt mer tid, ville jeg ha diskutert pasientens kasus mer inngående med andre i det tverrfaglige teamet.		0	+2	-1
21.	Jeg skulle ønske at ansvaret for viktige og krevende avgjørelser for pasientens videre behandling kunne fordeles på alle personer i teamet. Det hadde vært betryggende.		-2	0	+1
22.	Ut fra min fagspesifikke tilhørighet ønsker jeg at det intensivmedisinske miljøet stiller med sin ekspertise for at det oppnådde operative resultatet får de beste vilkårene. Det har ingen betydning hvor lang helbredelsesprosessen måtte bli.		-1	-2	-2
23.	Min erfaring tilsier at fagspesifikke aspekter alltid vurderes opp mot langtidsintensivpasientens helhetlige tilstand og opp mot prognosen generelt.		+4	-1	+2
24.	Selv om jeg har kjennskap til pasientens tilstand ut fra mitt eget fagspesifikke perspektiv, overlater jeg en totalvurdering, med tanke på en eventuell tilbaketrekning av den aktive behandlingen, til fagpersonene som har det daglige ansvaret for pasienten.		0	0	-5
25.	Jeg ønsker å fortsette livsforlengende behandling i det lengste fordi jeg har sett at en pasient har overlevd på mirakuløse vis før.		-6	-5	-6

26.	Jeg kjenner på et stort ansvar når min fagspesifikke kompetanse etterspørres og når det er jeg som utvilsomt også bidrar til at pasientens liv forlenges, til tross for at prognosen er meget usikker.	+3	0	+3
27.	Jeg opplever det som mentalt slitsomt å følge pasienten gjennom et langt sykdomsforløp med mange bølgedaler og der utsikten på en reell bedring er usikker.	-1	+4	+4
28.	Jeg opplever det som viktigst at legene utveksler informasjon seg imellom, og sykepleiernes observasjoner er ikke like relevante.	-5	-4	+2
29.	Jeg kan si at det er våre gode holdninger i vårt samarbeid og den åpne kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet, som gjør at jeg kan yte maksimalt også for denne pasientgruppen.	+4	-2	+2
30.	Ved etisk vanskelige avgjørelser som gjelder tilbaketrekning av livsforlengende behandling, vektlegger jeg å rådføre meg med øvrige fagpersoner, fremfor å vurdere kun ut fra mitt eget fagområde	+4	+2	+6
31.	På intensivavdelingen jobber vi verdibasert. Respekten for pasientens livssyn og hans/hennes egen opplevelse av sin situasjon tas hensyn til når beslutninger for eller mot livsforlengende behandling må tas	+2	-1	0
32.	Beslutninger med tanke på avslutning av aktiv behandling skal tas av legene fra moderavdelingen (der pasienten er innskrevet). De har den beste oversikten og det medisinske ansvaret for pasienten.	-2	-5	+1
33.	Det virker heller distraherende på meg når jeg skal forholde meg til så mange forskjellige detaljer om pasientens psykososiale behov.	-3	-3	-2
34.	Jeg opplever at det gjør det mye enklere å komme fram til enighet senere i prosessen når informasjonene som er gitt til pasienten og dens pårørende journalføres tidlig i forløpet.	+1	+3	+2
35.	Jeg opplever det som mentalt krevende å måtte støtte og oppmuntre pasienten når den kliniske utviklingen går i negativ retning, eller når pasientens dårlige helsetilstand står på stedet hvil i lengre tid.	-1	+4	+5
36.	Det hender at jeg opplever situasjoner der jeg må forsvare, for pasienten og dens pårørende, avgjørelser som er tatt av andre i teamet uten at jeg selv vet hva disse baserer seg på.	-1	+1	-2
37.	Fysioterapeutenes og intensivsykepleierens tilnærming i behandlingen av langtidsintensivpasienten er viktige perspektiv for å kunne få tilgang til en helhetlig vurdering av pasientens situasjon.	+3	+3	0
38.	For meg er det viktig å ha et avgjørende ord med i beslutningsprosessen. Da føler jeg at min jobb er av vesentlig betydning for denne pasientgruppen.	+1	+1	0
39.	Jeg kan godt kjenne på en tilbøyelighet til å støtte pasientens eget ønske om å få slippe mer behandling når den har vart en lengre stund (uker og måneder), til tross for at jeg selv hadde villet fortsette en stund til.	+1	0	+3
40.	Jeg lar meg berøre av pasientens livsverden på intensivavdelingen, men jeg ytrer det aldri overfor andre kolleger.	-2	-3	0
41.	Når jeg ikke lenger vet hva som er det beste vi kan gjøre for langtidsintensivpasienten, vil jeg alltid basere avgjørelsen på mitt eget fagspesifikke ståsted. Det er av mindre betydning hva andre i behandler teamet mener.	-5	-2	-4
42.	Når pasienten gjennomgår en kritisk forverring i sin tilstand, hadde jeg ønsket at vi kunne ha handlet i henhold til en plan/ en slags konsensus, vi alle i teamet hadde blitt enige om i fellesskap på forhånd.	+2	+5	+1
43.	Sykehusets kjerneverdier får også gyldighet for langtidsintensivpasienten. Spesielt pasientens rett til medbestemmelse ivaretas.	+1	-2	-2
44.	Behandlingen av langtidsintensivpasienten gir ofte plager i form av smerter, depresjon og forvirring. Dette vurderer jeg som så tungtveiende at videre behandling ofte er etisk	-4	-1	-4
45.	Jeg synes det er viktig for vårt samarbeid og for pasientens beste at alle i teamet har en åpen kommunikasjon om sine resonnementer. Da kan vi unngå misforståelser, og uklarheter kan ryddes opp i.	+6	+5	+2
46.	Jeg er klar over at jeg har en tendens til å vurdere pasientens helse- og livssituasjon ut fra mitt eget verdisystem. Muligens tenker pasienten helt annerledes enn jeg gjør.	0	+2	0
47.	Jeg skulle ønske vi tok oss mer tid til å drøfte pasientens situasjon for å oppnå en bedre tverrfaglig tilnærming og utveksling av ulike synspunkt.	0	+6	-1
48.	Når det gjelder beslutninger som angår tilbaketrekning av livsforlengende behandling, er jeg mest komfortabel med at legene på Intensivavdelingen tar hovedansvaret.	-1	+1	-5

## 8.10 Vedlegg 10: Uroterte faktorer

**Tabell:** *Uroterte faktorer*

Urotert faktor	1	2	3	4	5	6	7	8
Egenverdi	20,9544	7,5648	2,2623	2,1836	1,7028	1,6025	1,5191	1,4284
% Forklarende varians	38	14	4	4	3	3	3	3

N: 55

## 8.11 Vedlegg 11: Gjennomsnittsmønster for de tre Faktorsynene

### Faktor 1

Mest ulik meg eller

Mest lik meg eller

Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse

Stemmer med min oppfatning/opplevelse

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
25	28	10	2	18	14	<b>11</b>	5	<b>1</b>	4	23	<b>9</b>	45
	41	13	3	19	22	12	<b>7</b>	6	<b>15</b>	29	<b>17</b>	
		44	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	20	34	16	26	30		
			33	<b>32</b>	<b>35</b>	24	38	31	37			
				40	36	46	39	42				
					<b>48</b>	47	<b>43</b>					

### Faktor 2

Mest ulik meg eller

Mest lik meg eller

Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse

Stemmer med min oppfatning/opplevelse

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
<b>19</b>	<b>25</b>	10	13	18	3	<b>1</b>	<b>2</b>	6	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>47</b>
	<b>32</b>	<b>15</b>	17	22	<b>9</b>	8	4	14	<b>16</b>	27	45	
		28	33	<b>29</b>	12	21	<b>11</b>	<b>20</b>	34	35		
			40	41	<b>23</b>	24	<b>36</b>	<b>30</b>	37			
				43	31	<b>26</b>	38	46				
					<b>44</b>	39	<b>48</b>					

### Faktor 3

Mest ulik meg eller

Mest lik meg eller

Stemmer ikke med min oppfatning/opplevelse

Stemmer med min oppfatning/opplevelse

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
25	<b>24</b>	3	2	18	<b>7</b>	<b>10</b>	5	23	4	1	<b>11</b>	30
	<b>48</b>	41	12	22	8	31	14	<b>28</b>	<b>9</b>	6	35	
		44	13	33	<b>15</b>	<b>37</b>	16	29	26	27		
			19	36	17	38	21	34	<b>39</b>			
				43	20	40	<b>32</b>	<b>45</b>				
					47	46	42					

## 8.12 Vedlegg 12: Konsensusutsagn (jf kapittel 4.4.1)

Tabellen viser utsagn som er ikke signifikante på 0,01 -nivå

	<b>Konsensusutsagn</b>	<b>Faktor:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>6.</b>	Når pasienten ikke er i stand til å kommunisere, trenger jeg innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg.		+2	+2	+4
<b>13.</b>	Jeg har ansvar for mine egne avgjørelser. Når det gjelder beslutninger om å øke behandlingsintensiteten, baserer det alene på min fagspesifikke kompetanse.		-4	-3	-3
<b>16.</b>	For vårt tverrfaglige samarbeid mener jeg at det hadde vært best å kjenne til hverandres resonnementer og bakgrunnen for våre ulike perspektiv allerede tidlig i forløpet.		+2	+3	+1
<b>18.</b>	Relasjonene mellom fagpersonene er uten stor betydning for effekten av behandlingen.		-2	-2	-2
<b>33.</b>	Det virker heller distraherende på meg når jeg skal forholde meg til så mange forskjellige detaljer om pasientens psykososiale behov.		-3	-3	-2
<b>38.</b>	For meg er det viktig å ha et avgjørende ord med i beslutningsprosessen. Da føler jeg at min jobb er av vesentlig betydning for denne pasientgruppen.		+1	+1	0

## 8.13 Vedlegg 13: Diskriminerende utsagn (jf kapittel 4.4.2)

Tabellen viser 11 utsagn som tydeliggjør best forskjellene mellom faktorene. De med Asterix \* er signifikante på 0,01 –nivå. De uten er signifikante på 0,05 -nivå

	<b>Diskriminerende utsagn</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>17.</b>	Jeg opplever at den gode dialogen mellom alt involvert helsepersonell danner grunnlaget for beslutningsprosessen, slik at behandlingen blir til pasientens beste.	+5*	-3	-1
<b>29.</b>	Jeg kan si at det er våre gode holdninger i vårt samarbeid og den åpne kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet, som gjør at jeg kan yte maksimalt også for denne	+4	-2*	+2
<b>9.</b>	I kommunikasjonen med de andre fagpersonene opplever jeg at jeg blir hørt og anerkjent med tanke på mine faglige innspill.	+5	-1*	+3
<b>47.</b>	Jeg skulle ønske vi tok oss mer tid til å drøfte pasientens situasjon for å oppnå en bedre tverrfaglig tilnærming og utveksling av ulike synspunkt.	0	+6*	-1
<b>15.</b>	Spesialistenes vurderinger resulterer i tydelige og konsekvente behandlingsforløp som evalueres regelmessig. Dette opplever jeg gir pasientene og deres pårørende trygghet og	+3*	-4*	-1*
<b>42.</b>	Når pasienten gjennomgår en kritisk forverring i sin tilstand, hadde jeg ønsket at vi kunne ha handlet i henhold til en plan/ en slags konsensus, vi alle i teamet hadde blitt enige om i fellesskap på forhånd.	+2	+5*	+1
<b>27.</b>	Jeg opplever det som mentalt slitsomt å følge pasienten gjennom et langt sykdomsforløp med mange bølgedaler og der utsikten på en reell bedring er usikker.	-1	+4	+4
<b>35.</b>	Jeg opplever det som mentalt krevende å måtte støtte og oppmuntre pasienten når den kliniske utviklingen går i negativ retning, eller når pasientens dårlige helsetilstand står på stedet hvil i lengre tid.	-1*	+4	+5
<b>48.</b>	Når det gjelder beslutninger som angår tilbaketrekning av livsforlengende behandling, er jeg mest komfortabel med at legene på Intensivavdelingen tar hovedansvaret.	-1*	+1*	-5*
<b>32.</b>	Beslutninger med tanke på avslutning av aktiv behandling skal tas av legene fra moderavdelingen (der pasienten er innskrevet). De har den beste oversikten og det medisinske ansvaret for pasienten.	-2*	-5*	+1*
<b>24.</b>	Selv om jeg har kjennskap til pasientens tilstand ut fra mitt eget fagspesifikke perspektiv, overlater jeg en totalvurdering, med tanke på en eventuell tilbaketrekning av den aktive behandlingen, til fagpersonene som har det daglige ansvaret for pasienten.	0	0	-5*

## 8.14 Vedlegg 14: Deltakernes faktorladninger i 3-faktorløsningen

Person	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
A1	0.4805X	0.0725	0.3100
A2	0.7003X	-0.0146	0.4020
A3	0.6994X	0.2295	0.3387
A4	0.3699	0.2184	0.6461X
A5	0.7440X	0.0127	0.3404
A6	0.5791X	-0.0059	0.1661
A7	0.5166	0.2690	0.5731
A8	0.5231X	0.0741	0.4161
B1	0.5542X	0.2785	0.4377
B2	0.5350X	0.0384	0.4329
C1	0.7086X	-0.0702	0.4260
C2	0.1422	0.1046	0.6535X
C3	0.5357X	0.1334	0.4337
D1	0.6523X	0.2798	0.4067
D2	0.6518X	0.2573	0.1377
D3	0.8200X	0.0364	0.1814
D4	0.5432X	0.3022	0.1965
E1	0.5932X	0.0220	0.3429
E2	0.6978X	-0.1237	0.1611
F1	0.6508X	0.2252	0.0493
F2	0.3343	0.2692	0.6165X
F3	0.7846X	-0.0058	0.2677
F4	0.6909X	0.1426	0.3361
G1	0.7473X	0.1022	-0.0070
G2	0.7964X	0.2234	-0.1023
H1	0.6028X	0.5770	-0.0409
H2	0.0076	0.7921X	0.1020
H3	0.0928	0.7552X	0.2281

Person	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
H4	0.5406X	0.3359	-0.1133
H5	0.2184	0.6841X	0.0393
H6	0.3494	0.7019X	-0.0365
H7	0.2451	0.5551X	0.1068
H8	0.1330	0.6913X	0.2968
H9	0.4706	0.3928	0.3666
H10	0.1698	0.6181X	-0.1548
H11	0.2580	0.6079X	0.4214
H12	-0.0582	0.7988X	0.2591
H13	0.3314	0.5489X	0.2728
H14	0.3145	0.7310X	0.2300
H15	0.7219X	0.3580	-0.0152
H16	0.0078	0.7882X	0.1749
H17	0.5833	0.5446	0.2290
H18	0.0076	0.8430X	-0.0452
H19	0.2648	0.4159X	-0.1054
H20	0.6702X	0.1738	0.0292
H21	0.2038	0.7705X	0.1147
H22	0.4575	0.5755X	0.1592
H23	0.6817X	0.3079	0.1157
H24	0.4388	0.6398X	0.1586
H25	0.3425	0.5785X	0.2074
H26	-0.0576	0.7432X	0.0177
H27	0.3640	0.4455X	-0.1197
H28	0.1038	0.7887X	0.2564
H29	-0.0980	0.6200X	-0.0787
H30	-0.2880	0.6294X	0.1928



## 8.15 Vedlegg 15: Faktor 1 - Inkludert og gjensidig avhengig i et tverrfaglig samarbeid

### Fire hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 1, utsagn og ranking

#### 1. Åpen kommunikasjon og dialog (jf kapittel 4.1.1)

45.	Jeg synes det er viktig for vårt samarbeid og for pasientens beste at alle i teamet har en åpen kommunikasjon om sine resonnementer. Da kan vi unngå misforståelser, og uklarheter kan ryddes opp i.	+6
17.	Jeg opplever at den gode dialogen mellom alt involvert helsepersonell danner grunnlaget for beslutningsprosessen, slik at behandlingen blir til pasientens beste.	+5
29.	Jeg kan si at det er våre gode holdninger i vårt samarbeid og den åpne kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet, som gjør at jeg kan yte maksimalt også for denne pasientgruppen.	+4
9.	I kommunikasjonen med de andre fagpersonene opplever jeg at jeg blir hørt og anerkjent med tanke på mine faglige innspill.	+5
8.	Jeg savner støtte fra de andre aktørene i det tverrfaglige teamet, når krevende beslutninger med tanke på livsforlengende behandling skal tas.	-3
11.	Når det er uenighet innad i behandlerteamet og dette ikke kommuniseres tilstrekkelig, er det problematisk for meg å argumentere for om livsforlengende behandling skal initieres eller ikke.	0
18.	Relasjonene mellom fagpersonene er uten stor betydning for effekten av behandlingen.	-2
40.	Jeg lar meg berøre av pasientens livsverden på intensivavdelingen, men jeg ytrer det aldri overfor andre kolleger.	-2

#### 2. Et gjensidig samarbeid inkluderer alle i det tverrfaglige teamet (jf kapittel 4.1.2)

28.	Jeg opplever det som viktigst at legene utveksler informasjon seg imellom, og sykepleiernes observasjoner er ikke like relevante.	-5
10.	Sykepleiernes observasjoner og innspill er ikke like relevante for å danne seg et bilde av pasientens situasjon.	-4
37.	Fysioterapeutenes og intensivsykepleierens tilnærming i behandlingen av langtidsintensivpasienten er viktige perspektiv for å kunne få tilgang til en helhetlig vurdering av pasientens situasjon.	+3
41.	Når jeg ikke lenger vet hva som er det beste vi kan gjøre for langtidsintensivpasienten, vil jeg alltid basere avgjørelsen på mitt eget fagspesifikke ståsted. Det er av mindre betydning hva andre i behandlerteamet mener.	-5
30.	Ved etisk vanskelige avgjørelser som gjelder tilbaketrekning av livsforlengende behandling, vektlegger jeg å rådføre meg med øvrige fagpersoner, fremfor å vurdere kun ut fra mitt eget fagområde	+4
13.	Jeg har ansvar for mine egne avgjørelser. Når det gjelder beslutninger om å øke behandlingsintensiteten, baserer det alene på min fagspesifikke kompetanse.	-4
3.	I kraft av min spesialisering evner jeg å bidra med kvalitativt fremragende praksis. Jeg overlater til andre å vurdere helheten i pasientens situasjon.	-3
4.	Min rolle i beslutningsprosesser er å formidle mitt fagspesifikke ståsted på en slik måte at de øvrige i teamet inkluderer mitt syn i den videre prosessen.	+3

### 3. Den krevende beslutningsprosessen (jf kapittel 4.1.3)

25.	Jeg ønsker å fortsette livsforlengende behandling i det lengste fordi jeg har sett at en pasient har overlevd på mirakuløse vis før.	-6
23.	Min erfaring tilsier at fagspesifikke aspekter alltid vurderes opp mot langtidsintensivpasientens helhetlige tilstand og opp mot prognosen generelt.	+4
15.	Spesialistenes vurderinger resulterer i tydelige og konsekvente behandlingsforløp som evalueres regelmessig. Dette opplever jeg gir pasientene og deres pårørende trygghet og ivaretagelse.	+3
6.	Når pasienten ikke er i stand til å kommunisere, trenger jeg innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg.	+2
16.	For vårt tverrfaglige samarbeid mener jeg at det hadde vært best å kjenne til hverandres resonnementer og bakgrunnen for våre ulike perspektiv allerede tidlig i forløpet.	+2
42.	Når pasienten gjennomgår en kritisk forverring i sin tilstand, hadde jeg ønsket at vi kunne ha handlet i henhold til en plan/ en slags konsensus, vi alle i teamet hadde blitt enige om i fellesskap på forhånd.	+2

### 4. Stort felles ansvar for beslutningsvalg, distansert pasient-behandler-relasjon (jf kapittel 4.1.4)

26.	Jeg kjenner på et stort ansvar når min fagspesifikke kompetanse etterspørres og når det er jeg som utvilsomt også bidrar til at pasientens liv forlenges, til tross for at prognosen er meget usikker.	+3
45.	Jeg synes det er viktig for vårt samarbeid og for pasientens beste at alle i teamet har en åpen kommunikasjon om sine resonnementer. Da kan vi unngå misforståelser, og uklarheter kan ryddes opp i.	+6
17.	Jeg opplever at den gode dialogen mellom alt involvert helsepersonell danner grunnlaget for beslutningsprosessen, slik at behandlingen blir til pasientens beste.	+5
29.	Jeg kan si at det er våre gode holdninger i vårt samarbeid og den åpne kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet, som gjør at jeg kan yte maksimalt også for denne pasientgruppen.	+4
30.	Ved etisk vanskelige avgjørelser som gjelder tilbaketrekning av livsforlengende behandling, vektlegger jeg å rådføre meg med øvrige fagpersoner, fremfor å vurdere kun ut fra mitt eget fagområde	+4
41.	Når jeg ikke lenger vet hva som er det beste vi kan gjøre for langtidsintensivpasienten, vil jeg alltid basere avgjørelsen på mitt eget fagspesifikke ståsted. Det er av mindre betydning hva andre i behandlerteamet mener.	-5
44.	Behandlingen av langtidsintensivpasienten gir ofte plager i form av smerter, depresjon og forvirring. Dette vurderer jeg som så tungtveiende at videre behandling ofte er etisk uforsvarlig.	-4
39.	Jeg kan godt kjenne på en tilbøyelighet til å støtte pasientens eget ønske om å få slippe mer behandling når den har vart en lengre stund (uker og måneder), til tross for at jeg selv hadde villet fortsette en stund til.	+1
43.	Sykehusets kjerneverdier får også gyldighet for langtidsintensivpasienten. Spesielt pasientens rett til medbestemmelse ivaretas.	+1
14.	Det er en utfordring for meg og innebærer et etisk dilemma når beslutninger skal tas i sykdomsfaser der pasienten mangler samtykkekompetanse.	-1
5.	Jeg skulle egentlig ønske at pasientens psykososiale behov og hans/hennes egne ønsker kunne vært mer i fokus for våre refleksjoner når det gjelder etisk vanskelige beslutningsvalg for den videre behandlingen.	+1
27.	Jeg opplever det som mentalt slitsomt å følge pasienten gjennom et langt sykdomsforløp med mange bølgedaler og der utsikten på en reell bedring er usikker.	-1
35.	Jeg opplever det som mentalt krevende å måtte støtte og oppmuntre pasienten når den kliniske utviklingen går i negativ retning, eller når pasientens dårlige helsetilstand står på stedet hvil i lengre tid.	-1

## 8.16 Vedlegg 16: Faktor 2 - ekskludert fra beslutningsprosessen og avhengig i samarbeidet.

### Fire hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 2, utsagn og ranking

#### 1. Ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid - til pasientens beste (jf kapittel 4.2.1)

47.	Jeg skulle ønske vi tok oss mer tid til å drøfte pasientens situasjon for å oppnå en bedre tverrfaglig tilnærming og utveksling av ulike synspunkt.	+6
19.	Jeg ser ikke noe behov for regelmessige teammøter. Jeg vurderer vårt tverrfaglige samarbeid som bra nok som det er.	-6
45.	Jeg synes det er viktig for vårt samarbeid og for pasientens beste at alle i teamet har en åpen kommunikasjon om sine resonnementer. Da kan vi unngå misforståelser, og uklarheter kan ryddes opp i.	+5
17.	Jeg opplever at den gode dialogen mellom alt involvert helsepersonell danner grunnlaget for beslutningsprosessen, slik at behandlingen blir til pasientens beste.	-3
29.	Jeg kan si at det er våre gode holdninger i vårt samarbeid og den åpne kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet, som gjør at jeg kan yte maksimalt også for denne pasientgruppen.	-2
32.	Beslutninger med tanke på avslutning av aktiv behandling skal tas av legene fra moderavdelingen (der pasienten er innskrevet). De har den beste oversikten og det medisinske ansvaret for pasienten.	-5
10.	Sykepleiernes observasjoner og innspill er ikke like relevante for å danne seg et bilde av pasientens situasjon.	-4
28.	Jeg opplever det som viktigst at legene utveksler informasjon seg imellom, og sykepleiernes observasjoner er ikke like relevante.	-4
42.	Når pasienten gjennomgår en kritisk forverring i sin tilstand, hadde jeg ønsket at vi kunne ha handlet i henhold til en plan/ en slags konsensus, vi alle i teamet hadde blitt enige om i fellesskap på forhånd.	+5

#### 2. Fokus på pasientens livsverden og dens helhetlige situasjon (jf kapittel 4.2.2)

5.	Jeg skulle egentlig ønske at pasientens psykososiale behov og hans/hennes egne ønsker kunne vært mer i fokus for våre refleksjoner når det gjelder etisk vanskelige beslutningsvalg for den videre behandlingen.	+4
33.	Det virker heller distraherende på meg når jeg skal forholde meg til så mange forskjellige detaljer om pasientens psykososiale behov.	-3
43.	Sykehusets kjerneverdier får også gyldighet for langtidsintensivpasienten. Spesielt pasientens rett til medbestemmelse ivaretas.	-2
31.	På intensivavdelingen jobber vi verdibasert. Respekten for pasientens livssyn og hans/hennes egen opplevelse av sin situasjon tas hensyn til når beslutninger for eller mot livsforlengende behandling må tas.	-1

### 3. Pasientens livsverden engasjerer, en nær pasient-behandler-relasjon (jf kapittel 4.2.3)

27.	Jeg opplever det som mentalt slitsomt å følge pasienten gjennom et langt sykdomsforløp med mange bølgedaler og der utsikten på en reell bedring er usikker.	+4
35.	Jeg opplever det som mentalt krevende å måtte støtte og oppmuntre pasienten når den kliniske utviklingen går i negativ retning, eller når pasientens dårlige helsetilstand står på stedet hvil i lengre tid.	+4
40.	Jeg lar meg berøre av pasientens livsverden på intensivavdelingen, men jeg ytrer det aldri overfor andre kolleger.	-3

### 4. Ønske om journalføring og om en handlingsstrategi (jf kapittel 4.2.4)

42.	Når pasienten gjennomgår en kritisk forverring i sin tilstand, hadde jeg ønsket at vi kunne ha handlet i henhold til en plan/ en slags konsensus, vi alle i teamet hadde blitt enige om i fellesskap på forhånd.	+5
15.	Spesialistenes vurderinger resulterer i tydelige og konsekvente behandlingsforløp som evalueres regelmessig. Dette opplever jeg gir pasientene og deres pårørende trygghet og ivaretagelse.	-4
34.	Jeg opplever at det gjør det mye enklere å komme fram til enighet senere i prosessen når informasjonene som er gitt til pasienten og dens pårørende journalføres tidlig i forløpet.	+3

## 8.17 Vedlegg 17: Faktor 3 - Inkludert og uavhengig i samarbeidet

### Tre hovedtemaer som ser ut til å kjennetegne Faktorsyn 3, utsagn og ranking

#### 1. Kvalitetssikring av beslutningsvalg - en verdi i det tverrfaglige samarbeidet (jf kapittel 4.3.1)

30.	Ved etisk vanskelige avgjørelser som gjelder tilbaketrekning av livsforlengende behandling, vektlegger jeg å rådføre meg med øvrige fagpersoner, fremfor å vurdere kun ut fra mitt eget fagområde	+6
1.	For å ha god kjennskap til pasientens organfunksjoner er jeg nok avhengig av anestesilegenes kompetanse og oversikt over pasientens helhetlige helsetilstand.	+4
11.	Når det er uenighet innad i behandlerteamet og dette ikke kommuniseres tilstrekkelig, er det problematisk for meg å argumentere for om livsforlengende behandling skal initieres eller ikke.	+5
41.	Når jeg ikke lenger vet hva som er det beste vi kan gjøre for langtidsintensivpatienten, vil jeg alltid basere avgjørelsen på mitt eget fagspesifikke ståsted. Det er av mindre betydning hva andre i behandlerteamet mener.	-4
6.	Når pasienten ikke er i stand til å kommunisere, trenger jeg innspill fra de pårørende for å kunne komme fram til gode beslutningsvalg.	+4
9.	I kommunikasjonen med de andre fagpersonene opplever jeg at jeg blir hørt og anerkjent med tanke på mine faglige innspill.	+3
4.	Min rolle i beslutningsprosesser er å formidle mitt fagspesifikke ståsted på en slik måte at de øvrige i teamet inkluderer mitt syn i den videre prosessen.	+3
13.	Jeg har ansvar for mine egne avgjørelser. Når det gjelder beslutninger om å øke behandlingsintensiteten, baserer det alene på min fagspesifikke kompetanse.	-3
19.	Jeg ser ikke noe behov for regelmessige teammøter. Jeg vurderer vårt tverrfaglige samarbeid som bra nok som det er.	-3
28.	Jeg opplever det som viktigst at legene utveksler informasjonen seg imellom, og sykepleiernes observasjoner er ikke like relevante.	+2
10.	Sykepleiernes observasjoner og innspill er ikke like relevante for å danne seg et bilde av pasientens situasjon.	0
37.	Fysioterapeutenes og intensivsykepleierens tilnærming i behandlingen av langtidsintensivpatienten er viktige perspektiver for å kunne få tilgang til en helhetlig vurdering av pasientens situasjon.	0

#### 2. Nærhet, empati og omsorg (jf kapittel 4.3.2)

35.	Jeg opplever det som mentalt krevende å måtte støtte og oppmuntre pasienten når den kliniske utviklingen går i negativ retning, eller når pasientens dårlige helsetilstand står på stedet hvil i lengre tid.	+5
27.	Jeg opplever det som mentalt slitsomt å følge pasienten gjennom et langt sykdomsforløp med mange bølgedaler og der utsikten på en reell bedring er usikker.	+4
39.	Jeg kan godt kjenne på en tilbøyelighet til å støtte pasientens eget ønske om å få slippe mer behandling når den har vart en lengre stund (uker og måneder), til tross for at jeg selv hadde villet fortsette en stund til.	+3
44.	Behandlingen av langtidsintensivpatienten gir ofte plager i form av smerter, depresjon og forvirring. Dette vurderer jeg som så tungtveiende at videre behandling ofte er etisk uforsvarlig.	-4

**3. Uavhengig i samarbeidet, ønske om å ha hovedansvaret for beslutninger  
(jf kapittel 4.3.3)**

<b>26.</b>	Jeg kjenner på et stort ansvar når min fagspesifikke kompetanse etterspørres og når det er jeg som utvilsomt også bidrar til at pasientens liv forlenges, til tross for at prognosen er meget usikker.	<b>+3</b>
<b>24.</b>	Selv om jeg har kjennskap til pasientens tilstand ut fra mitt eget fagspesifikke perspektiv, overlater jeg en totalvurdering, med tanke på en eventuell tilbaketrekning av den aktive behandlingen, til fagpersonene som har det daglige ansvaret for pasienten.	<b>-5</b>
<b>48.</b>	Når det gjelder beslutninger som angår tilbaketrekning av livsforlengende behandling, er jeg mest komfortabel med at legene på Intensivavdelingen tar hovedansvaret.	<b>-5</b>
<b>3.</b>	I kraft av min spesialisering evner jeg å bidra med kvalitativt fremragende praksis. Jeg overlater til andre å vurdere helheten i pasientens situasjon.	<b>-4</b>

## 8.18 Vedlegg 18: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 28 21 17  
Fax: +47 55 28 50 50  
nsd@uio.no  
www.nsd.uio.no  
Org.no: 965 321 884

**Camilla Fikse**  
Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap NTNU  
  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 26.01.2015      Vår ref: 41508 / 3 / MB      Deres dato:      Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

**41508**      *Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende avgjørelser som gjelder langtidsintensivpasientens behandling? En Q-metodologisk undersøkelse av helsepersonells subjektive opplevelse av beslutningstakingsprosessen.*

*Behandlingsansvarlig*      *NTNU, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig*      *Camilla Fikse*  
*Student*      *Regina Eide*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uio.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

**Katrine Utaaker Segadal**

**Marianne Bøe**

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Åskriftsgenerert 25/01/2015

09/0 NSD Universitetsforlaget, Postboks 1047 Sandness, 5016 Bergen, Tlf: +47 55 28 11 11, kv@uio.no  
02/2015 NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tlf: +47 73 81 05 00, kv@nsd.uio.no  
09/02/2015 NSD Universitetet i Tromsø, Postboks 9001, Tromsø, Tlf: +47 77 51 43 00, kv@nsd.uio.no



REK har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningsloven (jf. 2014/2129/REK midt).

Personvernombudet legger til grunn at gjennomføringen av prosjektet klareres med ledelsen på avdelingen/sykhuset hvor studien skal utføres.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det reviderte informasjonsskrivet mottatt 23.01.15 er godt utformet.

Det vil ikke bli registrert opplysninger om pasienter (jf. epost mottatt fra student 23.01.15).

Personvernombudet legger til grunn at studenten etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet projektslutt er 15.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)



## 8.19 Vedlegg 19: Vurdering om fremleggingsplikt for REK



**Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:**

REK midt Øystein Lundestad XXXXXXXX 05.12.2014 2014/2129/REK XXXX

**Deres dato: Deres referanse:**

28.11.2014

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

**Besøksadresse:**

Det medisinske fakultet

Medisinsk teknisk

forskningssenter xxxx

XXXXXXXXXX

**Telefon:** 73597511

**E-post:** rek-xxxx@medisin.xxxx.no

**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i

saksbehandlingen, bes adressert til REK

midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to

the Regional Ethics Committee, REK

midt, not to individual staff

Regina Eide

XXXXXXXXXX

**2014/2129 Hvordan opplever helsepersonell sin delaktighet med tanke på etisk utfordrende avgjørelser som gjelder langtidsintensivpasientens behandling? En Q-metodologisk undersøkelse av helsepersonells subjektive opplevelse av beslutningstakingsprosessen**

**Prosjektleder:** Regina Eide

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 28.11.2014. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

**Prosjektleders omtale av studien**

*Forskningsspørsmålene som belyser problemstillingen:*

*Hvilke subjektive syn har helsepersonell i sin tverrfaglige tilnærming når det gjelder å ta beslutninger for langtidsintensivpasientens behandling?*

*Hva opplever helsepersonell som etisk utfordrende med tanke på avgjørelser som tas for pasientens videre medisinske behandling?*

*Hvordan opplever yrkesutøverne sine egne bidrag med henblikk til å svare på kravet om en helhetlig behandling av pasienten og for omsorgen i møte med dens pårørende?*

*Jeg ønsker å anvende Q-metoden som forskningsmetode for synliggjøring av operant subjektivitet. Med utgangspunkt i et kommunikasjonsunivers lager forsker et utsagnsutvalg som etter inetsjon skal belyse forskningsspørsmålene. 50 studiedeltakere (intensivsykepleiere og forskjellige legespesialister) blir bedd om å sortere et utvalg av 48 utsagn på en matrise. Her skal han/hun rangere utsagnene fra "mest lik meg" (+5) til "mest ulik meg" (-5). Jeg vil gjennom faktoranalyse (PQ-Method dataprogram) få frem hovedsynene i deltakernes subjektive opplevelse i henhold til temaet. Deretter foretar forsker en ytterligere analyse av faktorene som skekkes ut ved postintervju med de personene som har ladet høyest på de respektive faktorene. En kan slik finne ut hvilke hovedsyn som er respresentert i det tverrfaglige teamet.*

*Vitenskapsteori som danner utgangspunkt for utformingen av designet (strukturert etter Fishers balanserte blokkdesign) kan i den senere analyse - og fortolkningsdelen kompletteres med ytterligere teori. i Q-metode trer funnene fram i en vekselvirkning av teoriladet empiri og empiriladet teori.*

**Vurdering**

REK midt vurderer prosjektet som ikke framleggingspliktig iht. helseforskningsloven (hfl.). REK skal vurdere forskning på "mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger" (hfl. § 2) og som søker "å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom" (hfl. § 4 bokstav a).

Komiteen mener at det her omsøkte prosjektet faller utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde, da det skal se på helsepersonells subjektive oppfatning av egen deltakelse i medisinske beslutningsvalg (og ikke på direkte årsaker til eller konsekvenser av disse valgene). Komiteen mener at hovedformålet med studien ikke er rettet mot ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, og at studien dermed kan gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Komiteen anbefaler at prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), slik søker også oppgir.

Vurderinga er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny framleggingsvurdering.

**Vedtak**

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. hfl. § 2.

**Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold

Dr.med.

Leder, REK xxxx

Øystein Lundestad

Rådgiver

**Kopi til:** *rekxxxxt@medisin xxx.no*