

Veien videre...

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere når de opplever at behandlingen er nytteløs.

Line Veronica Pedersen

Veileder

Lisbet Falkenberg

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i master i spesialsykepleie-
spesialisering i intensivsykepleie
ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder
som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for helse –og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 20112

Forord

Denne studien er gjennomført ved universitetet i Agder som en del av masterutdanningen i intensivsykepleie. To utfordrende og lærerike år nærmer seg en avslutning. Nå ser jeg frem til å starte mitt arbeid som intensivsykepleier ute hos pasientene der jeg trives så godt. Årene som student har gitt meg mye. Det har til tider vært slitsom, frustrerende og mye hardt arbeid. Men først og fremst har det vært faglig påfyll, spennende praksisdager, engasjerte lærere og veiledere og trivelige medstudenter. Alt dette har gitt meg ny erfaring og kunnskap som sykepleier.

Først og fremst tusen takk til hver enkelt informant som ærlig, åpent og engasjert har delt av sine erfaringer og opplevelser angående dette temaet. Det er samtalene med dere som har gjort denne masteroppgaven så spennende for meg.

Tusen takk til min veileder som har gitt konkret og nyttig tilbakemelding, alltid interessert og motiverende. Takk til kollegaer som har tatt opp temaet både ved samtale og i situasjoner i praksishverdagen. Takk til velvillige ledere. Takk for konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger fra lærere og medstudenter, både de spontane og under seminar. Til slutt, takk til min kjære familie og gode venner. Nå blir det godt å komme tilbake til dere!

Eydehavn, 8.mai 2014.

Line V. Pedersen

Sammendrag

Bakgrunn: Intensivavdelinger er høyteknologiske avdelinger og pasientene får raskt tilgang til avanserte og kostbare ressurser. Skillet mellom det som er medisinsk mulig og det som er etisk forsvarlig øker stadig. På grunn av den enorme medisinske og teknologiske utviklingen opplever helsepersonell oftere å stå i etiske dilemmaer knyttet til beslutningsprosesser om behandlingsbegrensning.

Hensikt: Studiens mål er å beskrive intensivsykepleieres egne erfaringer når de deltar i behandling som de opplever er nytteløs.

Metode: Kvalitativ metode med dybdeintervju av seks intensivsykepleiere som arbeider på intensivavdelinger. Målet er å beskrive intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser.

Resultater: Informantene opplever at det ofte gis mer behandling enn det som er til pasientens beste. Det kan føre til frustrasjon, motløshet og manglende motivasjon for arbeidet. De opplever at samarbeidet med legene er positivt, men har også erfaringer der kommunikasjon og samhandling har sviktet. Informanten peker på at det er viktig å få pårørende tidlig på banen når pasientens prognose er usikker. De ser på sin egen rolle som intensivsykepleier som viktig i det tverrfaglige teamet, og som betydningsfull i møte med pasient og pårørende.

Konklusjon: Det som oppleves utfordrende for informantene er når beslutningene utsettes og kommunikasjonen mellom lege og intensivsykepleierne svikter. Informantene er opptatt av åpen og god dialog med pasient og pårørende og opplever at deres rolle som intensivsykepleier bør ha en betydning for behandlingen som gis.

Nøkkelord: Nytteløs behandling, intensivbehandling, begrensning av livsforlengende behandling

Abstract

Background: The intensive care units are high tech departments where the patient has access to advance and expensive resources. The distinction between what is medically and ethically possible is increasing. Due to the medical and technological development, health professionals often experience ethical dilemmas regarding life-sustaining treatment.

Purpose: The aim of this study is to describe intensive care nurses experiences as they participate in treatment they perceive as futile. **Method:** Qualitative methodology with in-depth interviews with six intensive care nurses in intensive care units. The aim is to describe nurses' experiences.

Results: The informants perceive they often give treatment that doesn't benefit the patient. This may cause frustration, discouragement and lack of motivation. They state the cooperation with the doctors as positive, but experiences situations where the communication and interaction is not to their satisfaction. The informants pointed out the importance to notify the relatives at a early stage when the patient's prognosis is uncertain. The informants view their intensive care nursing role as important in the interdisciplinary team, as well as significant when interacting with the patient and his family.

Conclusion: It is perceived challenging for informants when decisions are postponed and communication between physician and intensive care nurses fail. The informants are concerned with open dialogue with patients and their families. They believe their role as intensive care nurses should have an impact on treatment provided.

Keywords: futile treatment, intensive therapy, limitation of life-prolonging treatment

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

Abstract

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Hva er intensivsykepleie.....	4
2.2 Teknologi og omsorg.....	5
2.3 Nytteløs behandling.....	8
2.4 Etikk og lovverk	10
2.5 Tidligere forskning	14
3.0 Metode og materiale	19
3.1 Kvalitativ metode	19
3.2 Utvalg.....	20
3.2.1 Tilgang til feltet.....	20
3.2.2 Informantene	21
3.3 Intervju	21
3.3.1 Intervjuguide	22
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene	22
3.3.3 Transkripsjon	23
3.4 Kvalitativ innholdsanalyse.....	23
3.5 Forskningsetiske forhold.....	24
3.5.1 Forskerens rolle.....	25
4.0 Presentasjon av funn	27
4.1 Åpen dialog	27
4.1.1 På hver sin pol.....	28
4.1.2 I ledige stunder	29
4.1.3 Pårørende på banen.....	30
4.2 Verdighet.....	31

4.2.1 Vanskelig å avslutte	31
4.2.2 Fokus på avslutning	32
4.2.3 Vonde ting kan bli en fin greie.....	32
4.3 Gode kunnskaper og nyttig erfaring	34
4.3.1 Manglende motivasjon.....	34
4.3.2 Tillit til legene.....	35
4.3.3 Sykepleierens påvirkningskraft.....	35
5.0 DRØFTING	37
5.1 Åpen dialog	37
5.1.1 På hver sin pol.....	37
5.1.2 I ledige stunder	41
5.1.3 Pårørende på banen.....	42
5.2 Verdighet.....	45
5.2.1 Vanskelig å avslutte	45
5.2.2 Fokus på avslutning	48
5.2.3 Vonde ting kan bli en fin greie.....	50
5.3 Gode kunnskaper og nyttig erfaring	52
5.3.1 Manglende motivasjon.....	52
5.3.2 Tillit til legene.....	53
5.3.3 Sykepleiernes påvirkningskraft.....	55
5.4 Studiens troverdighet	58
6.0 Konklusjon.....	60
Litteraturliste.....	61
VEDLEGG.....	65
1. Intervjuguide	65
2. Samtykkeerklæring.....	67
3. Godkjenning fra norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS	68
4. Godkjenning fra fakultetets etiske komite	69

1.0 Introduksjon

På en intensivavdeling gis det behandling, pleie og omsorg til svært alvorlig og kritisk syke pasienter. Sykdomsbildet er ofte sammensatt med flerorgansvikt der pasientens tilstand er marginal og ustabil. Behandlingen som gis kan være plagsom, smertefull og potensielt skadelig for pasienten (Stubberud, 2010). I løpet av de første døgnene vil det bli iverksatt flere tiltak og behandlingsteamet uttrykker gjerne optimisme i forhold til resultatet av behandlingen (Gulbrandsen, 2010). Men for mange pasienter i en intensivavdeling er ikke livreddende behandling mulig. Det har skjedd en enorm utvikling innenfor medisinsk forskning og teknologi, og det fører til at grensene for medisinsk behandling flytter seg. Teknologien kan holde pasienter i live selv om vitale organer er alvorlig påvirket. (Gulbrandsen, 2010). Det er utfordrende å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose. På den ene siden ønskes bedring gjennom å benytte alle mulige medisinske tiltak, men på den andre siden er det betenkelig å behandle pasienter som ikke vil ha nytte av behandlingen eller der nytten er liten i forhold til risiko for plager og bivirkninger (Helsedirektoratet, 2009). Forskning viser at ikke-nyttig behandling og overbehandling er et økende etisk dilemma for helsepersonell (Halvorsen, K., Førde, R. og Nortvedt, P., 2009, Halvorsen, K. 2010 og Jensen H.I., Ammentorp, J., Erlandsen, M. og Ørding, H., 2011), og det er derfor interessant å se på hvilken betydning det har for sykepleierne som har et ansvar for denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for studien

Egen erfaring fra intensivavdeling gir inntrykk av en del frustrasjon og konflikter vedrørende behandlingsnivå og vurderinger om behandlingsavslutning. De stadige diskusjonene mellom intensivsykepleierne om behandlingen pasienten fikk er nyttig, og bekymringer om behandlingen gir pasienten plager førte til et ønske om å se nærmere på dette temaet. Temaet fikk økende interessen da avdelingen over en periode hadde flere pasienter hvor det ble diskutert mye sykepleierne mellom om det var riktig å fortsette behandlingen. Også under praksisperioden som spesialstudent

kom temaet opp blant sykepleierne. Det ble en bekreftelse på at konflikter og dilemmaer vedrørende behandlingsbegrensning stadig er aktuelt på intensivavdelingene.

Det er spesielt to perspektiver som gjør seg gjeldene i denne diskusjonen. Det ene er behovet for å prioritere i helsevesenet. Vi blir stadig flere eldre, og gjennom media uttrykkes det bekymring for at "eldrebølgen" vil føre til at vi får en enorm mangel på helse –og omsorgspersonell i nær fremtid. Teknologien og medisins fremskritt gjør at helsevesenet i stor grad kan holde folk i live og befolkningen forventer å få maksimalt igjen for "helsekronene". Mange opplever allerede at helsevesenet ikke gjør nok. Det er til en viss sannhet i det for ressursene er begrenset og en beslutning om å bruke mer til noe vil gå ut over noe annet (NOU, 1997).

Det andre perspektivet handler om plikten som helsepersonell har for å redde liv, satt opp mot plikten til å ivareta menneskeverdet (Molven, 2002). I noen sammenhenger kan det oppleves som plikten til å ikke skade blir overstyrt av plikten til å handle.

1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med denne studien er undersøke hvorfor det oppstår uoverensstemmelser mellom sykepleiere og leger på intensivavdelinger i situasjoner hvor det kan virke som behandlingen ikke fører til ønsket mål. Kan erfaringer fra intensivsykepleiere føre til økt forståelse for hvordan best håndtere etisk problematiske situasjoner knyttet til spørsmål om begrensning av behandling? Hva opplever intensivsykepleierne som utfordrende i slike situasjoner? Hvordan ser de på samarbeidet med legene, og hvordan håndterer de utfordrende situasjoner i ettertid? Hensikten er å beskrive intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser. Med denne bakgrunnen og hensikten blir problemstillingen som følger:

" Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere når de opplever at behandlingen er nytteløs?"

1.3 Oppgavens disposisjon

Det er gjort rede for studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling innledningsvis i kapittel 1.0. I kapittel 2.0 presenteres det teoretiske rammeverket og forskning som studien støtter seg på. Her belyses temaer og begreper som er relevante for oppgaven. I kapittel 3.0 belyses metodevalg og materiale, og viser til hvordan forsker har gått frem ved hjelp av kvalitativ tilnærming, intervju og kvalitativ innholdsanalyse. Kapittel 4.0 presenterer resultatene fra intervjuene, som videre drøftes opp mot relevant litteratur og forskning i kapittel 5.0. Disse to kapitlene er delt inn i ulike kategorier og direkte sitater benyttes for å få frem sentrale poeng fra informantene. I siste del i kapittel 5.0 diskuteres studiens troverdighet med tanke på gyldighet og pålitelighet. Oppgaven avsluttes i kapittel 6.0 med konklusjon og forslag til videre forskning på området.

2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet gir et innblikk i intensivsykepleiernes rolle, teknologi og omsorg innen helsevesenet, begrepet nytteløs behandling og etikk og lovverk knyttet til behandlingsbegrensing. Dette danner den teoretiske rammen som forsker støtter seg til i det videre arbeidet.

2.1 Hva er intensivsykepleie

På en intensivavdeling er det ikke diagnosen, men pasientens tilstand som er avgjørende (Stubberud, 2010). Pasienter på intensivavdelinger har truende eller manifest akutt svikt i flere vitale funksjonsorganer (Legeforeningen, 2001). Graden av sykdom og skade, samt bevissthetsnivå vil variere. Det som er felles for intensivpasienter er at de er akutt, kritisk syke. Dette innebærer at sykdom eller skade har oppstått brått, og at tilstanden er alvorlig og ofte livstruende. Pasienten kan utvikle svikt i flere organer og prognosen kan være usikker i kortere eller lengre perioder. Marginene mellom liv og død kan være små. Pasienten har behov for kontinuerlig overvåking og helt eller delvis kompenserende hjelp for å opprettholde vitale funksjoner (Stubberud, 2010). Sykepleierne skal bidra til å skape et terapeutisk miljø med utgangspunkt i pasienten og pårørendes ressurser. Med faglighet og omsorg skal sykepleierne bidra til at livsviktige funksjoner opprettholdes, at pasienten gis mulighet til å gjenoppta personlig kontroll og at pasient og pårørende får informasjon og opplever støtte også når behandlingen ikke lenger nytter (Kjøllesdal og Moesmand, 1998).

Intensivsykepleie foregår i et høyteknologisk miljø der det spesielle og avanserte går hånd i hånd med det hverdagslige og enkle (Grøthe, 2002). Omgivelsene rundt pasienten er preget av medisinteknisk utstyr som kan virke overveldende ved første møte. Denne teknologien gir intensivsykepleiere viktig informasjon om pasientens vitale tilstand. Mye av tiden på en intensivavdeling brukes til oppgaver og prosedyrer som handler om å opprettholde og gjenopprette livsviktige funksjoner. Som følge av

svært dårlige pasienter og akutte situasjoner kan arbeidstempoet tidvis være svært høyt (Stubberud, 2010).

Sykepleierforbundets landsgruppe av intensivsykepleiere har utarbeidet en definisjon på intensivsykepleie som en spesialisert sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter med svikt i vitale funksjoner. En intensivsykepleier skal delta aktiv i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død (NSFLIS, 2004). Pasientsituasjoner vil være forskjellige og stille ulike krav til intensivsykepleierens kompetanse. På grunn av den enorme teknologiske utviklingen, spesielt til akutt og kritisk syke, har sykepleiepraksisen også forandret seg. Det stilles større krav til at sykepleiere holder seg oppdatert på den teknologiske og medisinske utviklingen (Kjøllesdal, 1998).

Pasientgruppens denne studien viser til er kritisk, ustabile intuberte pasienter, hvor utfallet av behandlingen som tilbys ikke sikkert gir noen effekt for pasienten. Dette er pasienter som ikke selv kan gi uttrykk for hva de anser som et leveverdig liv og hva de selv ønsker. De er avhengig av at helsepersonell tar den riktige avgjørelsen på deres vegne.

2.2 Teknologi og omsorg

Intensivavdelinger er høyteknologiske avdelinger og intensivsykepleie blir gjerne betegnet som ”teknisk” sykepleie (Stubberud, 2010.) Teknologi og omsorg er begreper hentet fra to ulike vitenskapelige tradisjoner; naturvitenskap og humanisme (Kjøllesdal, 2010). Intensivsykepleie balanser dermed mellom to motpoler, teknologi og menneskelighet (Stubberud, 2010). Med teknologi menes ikke bare anvendelse av utstyr og apparatur, men også legemidler og andre behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, pleie og forebyggende metoder (NOU, 1997).

Teknologiutviklingen har vært betydningsfull for medisinen og sykepleie, og har ført til at mange pasienter overlever sykdom og skade (Kjøllesdal, 1998). Men teknologien skaper også nye behov. I følge ”Lønning utvalget” vil gårsdagens gjennombrudd føre til morgendagens prioriteringsproblemer (NOU, 1997:18).

Grensene for hva som er medisinsk mulig flytter seg stadig (Gulbrandsen, 2010). Teknologi stiller oss overfor vanskelige verdivalg og reiser spørsmål om hva det vil si å være menneske. Medisinen og teknologien kan holde en rekke fysiologiske funksjoner i gang selv etter at man medisinsk regner en pasient som død (Hofman, 2006).

Utfordringen for sykepleiere er å bruke teknologien trygt og effektiv, og samtidig møte pasientens og pårørendes behov. Teknologien er ikke bedre enn de som bruker den, og kan ikke erstatte omsorg (Kjøllesdal, 1998, Martinsen, 2003). Teknologi har verdi for mennesker fordi det gir oss kunnskap om blant annet kroppslige forhold som fører til at vi kan stille diagnoser og det gir oss muligheten til å behandle og helbrede. Denne kunnskapen oppfattes som et gode da den gir oss handlingsfrihet og valgmuligheter. Likevel kan teknologien oppleves som en belastning fordi det kan lede til verdivalg vi ikke hadde forutsett. Når det å velge å ikke bruke teknologien blir fordømt og man opplever å måtte gjøre "alt" som er mulig kan teknologiens muligheter bli oppfattet som en plikt (Hofman, 2006). Sykepleiekompetanse består av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Pasienten har behov for omsorgsfulle møter med teknisk dyktige sykepleiere. Sykepleieren påvirkes av de teknologiske verdiene, men må samtidig ha omsorgsverdiene som ideal (Kirkevold, 1996).

Begrepet omsorg kan være vanskelig å definere, selv om det er en sentral del av vårt hverdagsliv. Det er brukt i så mange sammenhenger at det nærmest har blitt overbelastet. Omsorgsbegrepet har flere dimensjoner og omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (NOU, 2011).

Flere sykepleieteoretikere har forsøkt å forklare begrepet omsorg. I Kari Martinsens teori er det i særlig grad "de hjelpeløse" eller "nødstedte" som er utgangspunkt for omsorgen (Kirkevold, 2001). I følge Martinsen (2003) befinner mottakeren av omsorg seg i en ikke-selvhjulpens situasjon. Dette er en omsorgsteori som passer godt innenfor intensivsykepleien, nettopp fordi de fleste pasientene er fullstendig avhengig av leger og sykepleiere for å opprettholde vitale funksjoner. I følge Martinsen er omsorg det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. Mennesket kan ikke leve isolert fra andre mennesker, og denne avhengigheten trer særlig frem ved

sykdom og lidelse. Menneskets avhengighet fordrer et motsvar og motsvaret er i følge Martinsen omsorg. På grunn av pasienters avhengighet ser Martinsen på omsorg som sykepleiens verdigrunnlag (Kirkevold, 2001).

Martinsen fremhever tre aspekter ved omsorg. I et sykepleieperspektiv er det relasjonelle aspektet preget av at sykepleieren ser pasienten ut fra hans situasjon, og at en forståelse for situasjonen er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold, 2001) Martinsen sier selv at omsorgsarbeid bestemmes ut fra mottakerens situasjon, der tilstanden strukturerer arbeidet (Martinsen 2003). Omsorg innebærer også at omsorgsytteren ikke forventer seg noe gjengjeld, noe Martinsen hevder er basis for sykepleie (Kirkevold. 2001, Martinsen, 2003). Martinsen knytter det moralske aspektet til at sykepleierens moral spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet. Omsorgsmoral har å gjøre med hvordan vi lærer å bruke makt, i og med at det i alle avhengighetsrelasjoner inngår makt (Martinsen, 2003). Sykepleie må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk (Kirkevold, 2001). Det konkrete aspektet bygger på at omsorg omfatter utførelsen av situasjonsbetingede handlinger basert på sykepleierens faglige og etiske vurdering av situasjonen. Det handler om å legge vekt på det unike i situasjonen. I denne sammenheng presenterer Martinsen begrepet faglig skjønn som en form for taus kunnskap. I følge Martinsen er faglig skjønn en kombinasjon av å stille seg åpen for sanselige inntrykk og det å bruke ferdighetene sine. Bare den som har erfaring i faget kan anvende skjønn ut fra prinsipper korrekt, i følge Martinsen. Den uartikulerte kunnskapen kommer til uttrykk i sykepleierens intuitive forståelse av situasjonen (Kirkevold, 2001, Martinsen, 2003).

Martinsens utgangspunkt er kritikken mot det positivistiske synet på sykepleie og hun er kritisk til teknologiens innvirkning på sykepleiefaget. Hun sier at klinisk skjønn og taus kunnskap vil sette de nødvendige grenser for teknologien. Teknikken bør bare være et hjelpemiddel i omsorgen Skjønn må fungere over teknikken. (Martinsen, 2003).

2.3 Nytteløs behandling

En pasient som i lengre tid har vært intensivpasient, og ikke lengre svarer på behandling vil kunne gå inn i en reversibel svikt av flere organer. En slik pasient vil ikke alltid kunne reddes, men det kan være vanskelig å si eksakt når behandlingen bør avsluttes. Av og til vil en stå ovenfor dilemma om hvorvidt en skal avslutte livsforlengende behandling eller fortsette en plagsom behandling unødigg (Gulbrandsen, 2010). Teknologien kan sette mennesker i vanskelige etiske valg når det gjelder liv og død, og verdig liv og verdig død (Kjøllesdal, 1998). Å handle etter normen om å gjøre alt som er mulig for en pasient, kan oppleves som å skade pasienten. På en intensivavdeling vil en nødvendigvis måtte starte opp med behandling før en har mulighet til å vurdere nytten av den. Livsforlengende behandling innebærer alle tiltak som kan utsette pasientens død. Eksempler på det kan være hjerte-lungeredning, pustehjelp, hjertestimulerende legemidler, væskebehandling og antibiotika (Helsedirektoratet, 2009). Det er ikke alltid skarpe skiller mellom livsforlengende behandling og lindrende tiltak (Gulbrandsen, 2010). Det kan oppleves vanskelig for leger og sykepleiere i en høyteknologisk avdeling å akseptere døden, og det kan føre til at noen pasienter behandles for lenge (Kjøllesdal, 1998). Når en må vurdere behandlingsbegrensning er det nødvendig å overveie faglige, juridiske og etiske forhold. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for slike beslutningsprosesser. Hensikten med denne veilederen er å kvalitetssikre beslutningsprosesser knyttet til å ikke sette i gang, eller å avslutte livsforlengende behandling av alvorlig syke (Helsedirektoratet, 2009).

Den nasjonale veilederen benytter ordet nytteløs om behandling som helt sikkert ikke gir noen positive effekter, der sannsynligheten for effekt av behandlingen er svært liten eller der nytten av behandling er liten i forhold til bivirkninger og risiko for store plager (Helsedirektoratet, 2009). Ordet ”nytteløs” kan også bety unyttig, fåfengt eller forgjeves (Bokmålsordboka, 2005). Det engelskspråklige begrepet er ”futility”, ”futile treatment” eller ”medical futility” og beskrives å omfatte de situasjonene der medisinske intervensjoner er vurdert til å ikke ha noen medisinsk nytte, eller at muligheten for å lykkes er minimale (Young, Koopsen og Farb, 2005). Andre begreper som benyttes og som i stor grad har erstattet begrepet ”passiv dødshjelp” er begrepet behandlingsbegrensning. Dette omfatter å begrense behandling som gir liten nytte og potensielt kan skade, og innebærer at en bestemt klinisk intervensjon

seponeres, mens man fortsetter med symptomlindrende tiltak helt frem til dødstidspunktet (Materstvedt og Førde, 2011).

Begrepet nytteløs er vanskelig å definere fordi det ikke finnes noen klare definisjoner på hva som utgjør medisinsk nytteløs behandling og dermed vil personlige verdier spille inn (Young et al, 2005). Hva som er et ikke leveverdig liv eller uakseptabel livskvalitet må vurderes ut fra pasientens uttrykte eller antatte syn, samt forventet prognose med og uten behandling (Helsedirektoratet, 2009). Flere forskere har bedt informantene forklare hva de legger i begrepet nytteløs. I Jox, Shaider, Marckman og Borasio (2013) sin studie definerer helsepersonell nytteløs behandling som behandling der en ikke lykkes å oppnå mål med behandlingen og der livskvalitet for pasienten oppveier risiko, ubehag og kostnad ved behandlingen. I studien til Sibbald, Downar og Hawryluck (2007) defineres nytteløs behandling ved at en benytter store ressurser uten at det er fornuftig håp om at pasienten gjenoppretter noenlunde selvstendighet og kan være interaktiv med sitt miljø.

Mange helsearbeidere opplever at det er vanskelig å formidle dårlige nyheter til sine pasienter. Ved å forstå prosesser som skjer ved døden er helsepersonell bedre skikket til effektivt og medfølende å kommunisere de dårlige nyhetene (Young et al, 2005). Pasient og pårørende har et stort informasjonsbehov og det er vesentlig å ivareta kontinuiteten. Hvordan en velger å informere må vurderes i hvert enkelt tilfelle (Gulbrandsen, 2010). Det finnes også noen retningslinjer en kan følge for å kommunisere godt med pasienter og pårørende. Blant annet å vite hva pasienten allerede vet, unngå å bruke vanskelige medisinske uttrykk og begrep, gi tid til at pasienten kan forstå budskapet, tid til spørsmål og å respondere hensiktsmessig på reaksjoner fra pasient og pårørende (Young et al, 2005).

Tidligere forskning har undersøkt hvordan avgjørelser om begrensning av livsforlengende behandling oppleves av helsepersonell. I artiklene kan forskerne fortelle at sykepleierne opplever beslutningsprosessene som usikre, at avgjørelsene utsettes unødvendig, at aggressiv behandling fornekte palliativ behandling og at det oppleves utfordrende for sykepleierne å unngå overbehandling og sikre en verdig død for intensivpatienten (Ferrel, 2006, Halvorsen m.fl., 2009, Jensen m.fl., 2011 og Langerød, 2007).

2.4 Etikk og lovverk

Å yte helsehjelp kan innebære å måtte velge mellom ulike typer handlinger. Slike valg kan føre til konflikt i ulike verdier hos helsepersonellet (Molven, 2002). I mange tilfeller vil lovgivningen være retningsgivende, andre ganger vil helsepersonell oppleve at etikken overprøver lovverket. Et eksempel er dilemmaet mellom helsepersonellens plikt til å redde liv og de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleieren skal bidra til en verdig og naturlig død. Pasienters rettigheter innenfor helsehjelp er regulert gjennom lovverket, samtidig som helsepersonells plikter er regulert utfra lover og retningslinjer. Rettigheter for pasientene reflekterer plikter for helsepersonell. Det er særlig retten til helsehjelp, retten til selvbestemmelse og kravet til forsvarlighet som er relevant i denne studien og dermed omtales i det følgende.

Befolkningens rett til helsehjelp følger av pasientrettighetslovens § 2-1, kommunehelsetjenestelovens § 2-1 og spesialisthelsetjenestelovens § 3-1. Denne retten gjelder når behovet for hjelp er ”påtrengende nødvendig”. Befolkningens rettigheter på dette punktet gjenspeiler helsepersonelloven § 7, som sier at helsepersonell straks skal gi den hjelpen de evner, når det må antas at hjelpen er ”påtrengende nødvendig”. Dette er en skal-bestemmelse og innebærer at helsepersonell skjønnsmessig ikke kan vurdere om de skal gi helsehjelp (Molven, 2002).

Under pasienters rett til helsehjelp er det utarbeidet en relevant begrensning, nemlig at pasienten skal ha forventet nytte av behandling og at kostnadene står i rimelig forhold til forventet nytte (Slettebø, 2013).

”Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.”
(lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter)

I følge pasientrettighetsloven kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke (Pasientrettighetsloven, § 4-1). Pasienten kan gi sitt uttrykkelige eller stilltiende samtykke til behandling og pleie og man kan anta at det foreligger et stilltiende samtykke når man utfra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig må anta at han ville godtatt helsehjelpen (Slettebø, 2013).

Helsepersonell kan ta avgjørelse om helsehjelp som er lite inngripende dersom det kan antas at pasienten ville ha gitt samtykke til det.

”Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.”

(lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter)

Når pasienten ikke har samtykkekompetanse kan pårørende samtykke til helsehjelp og der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ønsket (lov av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter)

Retten til å nekte helsehjelp er også fastsatt i pasient og brukerrettighetsloven.

”En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjenner tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres”

(lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter)

Pasienten har i følge helsepersonelloven rett til å få en forsvarlig utført pleie og behandling utført av kompetent personale (Helsepersonelloven, § 4).

Forsvarlighetskravet finnes i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og følger indirekte av kommunehelsetjenesteloven. Kravet beskrives som en rettslig standard og kan ikke klarlegges ved hjelp av entydige kriterier. I kravet til spesialisthelsetjenesten sies det at helsetjenester som tilbys skal være forsvarlige. For helsepersonellet er kravet todelt. Arbeidet skal være faglig forsvarlig og i tillegg skal helsehjelpen som gis være omsorgsfull (Molven, 2002). Forsvarlig praksis vektlegges også i de yrkesetiske retningslinjene i at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet og omsorg. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren i tillegg varsle hvis pasienten utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. (NSF, 2011). Forsvarlighetskravet er satt til en minstestandard og krever ikke at helsepersonellet til enhver tid skal ivareta optimal standard (Slettebø, 2013). Kjernen i

forsvarlighetskravet er forventningen om den faglig gode handlingen, og dermed en forventning om å ha et høyere ambisjonsnivå (Molven, 2002).

Jusen ivaretar pasientenes forutsigbarhet og rettsikkerhet, men jusen kan ikke tvinge helsepersonell til å yte omsorgsfull sykepleie. Her kommer etikken inn (Slettebø og Nortvedt, 2006).

Med etikk forstås systematisk refleksjon over moralsk adferd (Molven, 2002). Etikk handler om kunnskap knyttet til verdier og normer, rett og galt. Sykepleiens etiske side er knyttet til omsorgens relasjonelle dimensjon, til sykepleierens væremåte, evne til å skape tillit og trygghet for pasienten og de pårørende (Grøthe, 2002).

Helseprofesjoner har sin egen yrkesetikk og egne yrkesetiske regler som sier at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal i tillegg være kunnskapsbasert (NSF, 2011).

Noen viktige teoretiske retninger som kan brukes som verktøy i etikken er pliktetikken, konsekvensetikken og dydsetikken (Winther og Førde, 2014). Pliktetikken legger vekt på selve handlingen, den er ofte formulert som en norm eller en regel og er absolutt. Den vektlegger ikke om handlingen er god, bare den er riktig (Slettebø, 2013b). Autonomi betyr selvregulering eller selvstyring, og i et helsebegrep handler det om retten til medbestemmelse. Pasientens rett til medbestemmelse er nedfelt i pasientrettighetsloven (Molven, 2002). Pasientautonomi forstås på tre måter. For det første som et prinsipp ved at pasientens ønsker og behov bør respekteres. For det andre som en egenskap i at pasienten oppfattes som kompetent og til slutt som rettighet i at pasienten har krav på å få sine valg respektert (Slettebø og Nortvedt, 2006, Slettebø, 2013). Autonomiprinsippet reflekteres også i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser og respektere pasientens rett til selv å foreta valg (NSF, 2011). Konsekvensetikk handler om å fremme de gode konsekvensene og her kommer velgjørhetsprinsippet inn. Velgjørhet er et gammelt prinsipp som vi finner helt tilbake til den hippokratiske ed (Slettebø, 2013). Det innebærer å gjøre det

gode i pasientens liv og ikke skade. Sykepleieren har plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten, og det kreves i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten (Slettebø, 2013). Velgjørenhetsprinsippet fordrer altså at nytten oppveier ulempene ved behandling. Hva som er til pasientens beste er ikke bare et medisinskfaglig spørsmål, men vil også være et spørsmål om hva som er pasientens verdier, håp og preferanser og hvordan relasjonene og omgivelsene hans ser ut (Slettebø og Nortvedt, 2006). Vurderinger om hva som er til pasientens beste kan være vanskelig og konfliktfylt (Helsedirektoratet, 2009). Tradisjonelt sett har det vært legen som kunne bestemme hva som var best for pasienten og hvilken behandling han skulle ha (Slettebø, 2013). Som en følge av helselovgivningen og prinsippet om autonomi er dette i stor grad annerledes i dag. Rollene i helsevesenet vil være preget av en asymmetri i maktbalansen (Slettebø, 2013). Dyd kan ses på som den gyldne middelvei og defineres som en stabil holdning som gjør oss i stand til å virkeliggjøre det gode (Slettebø, 2013). Et relevant eksempel på en dyd er moralsk klokskap, som innebærer evnen til å gjøre et godt og velbegrunnet resonnement som får det beste ut av situasjonen (Slettebø, 2013b).

To andre prinsipper som også spiller inn i etiske vurderinger er likhetsprinsippet og nytteprinsippet. Likebehandling baserer seg på det formale likhetsprinsippet som stammer helt fra Aristoteles. Likhetsprinsippet handler om at like tilfeller skal behandles likt, men der det foreligger forskjeller er det også grunn til forskjellsbehandling (Slettebø, 2013). I fordelingspolitikken kan dette føre til en konflikt fordi en rettferdig fordeling av helseressurser har til hensikt å få mest mulig helse ut av midlene som finnes for å sørge for forsvarlig behandling og omsorg til flest mulig pasienter. Samtidig skal helsetjenesten tilstrebe best mulig behandling og omsorg til den enkelte pasient (Nortvedt, 2006).

Et relativt nytt prinsipp handler om at det som gjøres av medisinske tiltak skal være nyttige. Det er blant annet knyttet til erkjennelsen av at nesten alle tiltak er forbundet med omkostninger (Molven, 2002). Innenfor intensivmedisin kan det være vanskelig å si noe eksakt om prognosen og nytten av behandlingen de første timene. Dersom beslutningsgrunnlaget er usikkert skal behandlingen startes inntil behandlingens nytte er avklart. Men behandlingen gis under usikkerhet og vil trekkes tilbake dersom den ikke har tilstrekkelig effekt (Helsedirektoratet, 2009).

Ingen av disse etiske prinsippene er absolutte, men må vurderes opp mot hverandre ut fra hvilket prinsipp som bør veies tyngst i den aktuelle situasjonen (Slettebø, 2013). Det kan være vanskelig å vurdere hvilket prinsipp som bør telle mest.

2.5 Tidligere forskning

For å vurdere temaets aktualitet og få bakgrunnskunnskap om temaet var det nødvendig å søke etter og vurdere tidligere forskning på området. Fordi begrepet nytteløs behandling kan oppfattes som et ladet begrep var det behov for å finne mer kunnskap om hvordan begrepet defineres av helsepersonell
Søk i databaser er gjort etter følgende PICO skjema;

Skjematisk oversikt over søkestrategi

P	Patient/problem/ population	Intensivsykepleier	Intensive care nurses
I	Intervention/ exposure	Nytteløs behandling Behandlingsbegrensning	Futile treatment Medical futility Withholding/withdrawing treatment
C	Comparison	Overbehandling	Overtreatment
O	Outcome	Erfaring Opplevelser	Experience

Søkeordene som ble brukt var *futile** AND *intensive care nurse** AND *experience**.

Disse tre søkeordene brukt i kombinasjon i PubMed, Cinahl og Medline gav til sammen 11 treff. 5 av disse var relevante for denne studiens tema.

De artiklene som ikke var relevante omhandlet palliativ pleie og sykepleie til nyfødte og barn. De tre norske artiklene var tilfeldige funn.

Flere studier viser at helsepersonell opplever dilemmaer knyttet til overbehandling eller livsforlengende behandling som synes nytteløs (Ferrel, 2006, Halvorsen et al.,

2009, Heland, 2006, Jensen et al., 2011, Jox et al., 2012, Langerud, 2007 og Sibbald et al., 2007).

Kristin Halvorsen et.al publiserte i 2009 en artikkel basert på deltagende observasjoner og dybdeintervju med til sammen 45 anestesileger og intensivsykepleiere. Målet med studien er å kaste lys over hvilke verdier og vurderinger som påvirker avgjørelsene ved begrensning av intensivbehandling. Informantene i hennes studie oppfatter overbehandling som et dilemma. De mener beslutningsprosessene er usikre, komplekse og vanskelige. Forhold som virker inn på beslutningsprosessene er personlighet og spesialiteten til de involverte, kulturen i avdelingen og graden av tverrfaglig samarbeid. En del av informantene har opplevd at pasienter overlever mot alle odds, og at dette gjør beslutninger enda vanskeligere. Informantene opplever større forventninger til å tilby og opprettholde avansert intensivbehandling. Både legene og sykepleierne hevder at selv om det finnes gode grunner til å starte intensivbehandling har det stadig blitt vanskeligere å avslutte behandling som ikke fører frem. De mener at skyld og dårlig samvittighet er årsaker til at nytteløs behandling ikke stanses. Sykepleiernes påvirkning i beslutningsprosessene varierer i stor grad avhengig av hvilken anestesilege som var på vakt, andre beslutningstakere og kulturen i avdelingen i følge studien.

Jox et al. har i sin studie fra Tyskland i 2012 gått gjennom protokoller fra etikk konsultasjoner og intervjuet 29 leger og sykepleiere fra intensivavdelinger og palliative avdelinger. De ønsker å belyse hvordan helsepersonell definerer nytteløs behandling, når oppfatter de at behandlingen er nytteløs og hvordan formidler de det. I tillegg ønsket de å se på hvorfor livsforlengende behandling gis på tross av at den oppfattes som nytteløs. Informantene definerer nytteløs behandling som svikt i å oppnå målet med behandlingen. Funnene viser at personlige årsaker er de viktigste årsakene til at nytteløs behandling gis. I tillegg viser det seg at uvitenhet om muligheter ved palliativ behandling, institusjonelle hindringer og behandlingsønsker fra pasient og pårørende spiller inn. Frykten for å snakke med pasienten og pårørende om at behandlingen er nytteløs oppgis som en årsak til at nytteløs behandling blir opprettholdt.

Ferrel utga i 2006 en artikkel der hun kan vise til høy grad av moralsk stress og ubehag hos intensivsykepleiere som er vitne til nytteløs behandling. Hun peker på at tilfeller av nytteløs behandling fremkaller sterke følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne. Det mest fremtredende funnet i hennes studie er at informantene mener at aggressiv behandling fører til at pasienten fratras tilbudet om god palliativ pleie. Ferrel konkluderer med at ledere må være klar over det stresset som sykepleierne opplever, at dette må være et prioritert område og at videre forskning må identifisere hva slags støtte som finnes for sykepleier i slike situasjoner.

Jensen et al. har gjennom en spørreundersøkelse forsøkt å se på hvordan helsepersonell ser på blant annet samarbeid ved tilbakeholding og tilbaketrekking av behandling. Studien ble publisert i 2011. Den peker på at helsepersonell mener det er en etisk forskjell på å holde tilbake behandling. SAMARBEID

I tillegg mener nesten halvparten av informantene at avgjørelser om behandlingsbegrensning utsettes unødvendig. De fleste sykepleierne mente at de burde påvirke ved beslutningsprosesser, men bare halvparten mente at de faktisk var involvert. Også legene mente i stor grad at sykepleierne burde involveres. Konklusjonen er at sykepleier og anestesileger har ulik oppfatning av hvordan samarbeidet er ved beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling. Tverrfaglige møter, involvering av sykepleiere og implementering av retningslinjer for behandlingsbegrensning anbefales fra forfatterens side. Denne studien ble gjennomført i Danmark og svarprosenten var over 83%,

Langerud har gjennomført fokusgruppeintervjuer med tjueen intensivsykepleiere i Norge i 2014, for å få mer kunnskap om hva intensivsykepleiere opplever som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen. Resultatene hennes viser at sykepleierne opplever det utfordrende å sikre en verdig død for intensivpasienten, unngå overbehandling og yte god omsorg for pårørende. Spesielt opplevde de det opprivende å utføre ordinasjoner de ikke hadde tro på selv, og skulle beholde tillitten hos de pårørende og samtidig være lojal mot legens beslutninger.

I sin studie fra 2006 har Heland intervjuet sju intensivsykepleier for å undersøke deres oppfatninger og erfaringer når det gjelder medisinsk nytteløs behandling. I denne undersøkelsen svarer informantene at for å komme til en avgjørelse om en behandling

er nytteløs ønsker de å kjenne til pasientens synspunkter for behandlingsbegrensning. Informantene sier at de opplever frustrasjon når de administrerer behandling som de ikke er enige i. De sier det så sterkt at det kan føre til så mye moralt ubehag at de vurderer å forlate intensivavdelingen. Informantene sier at sykepleierne har mulighet til å påvirke i beslutningsprosessene, men at de må ha en overbevisende og artikulert tilnærming for å bli hørt.

Søkestrengen for å finne forskning om tverrfaglig samarbeid mellom leger og sykepleier på intensivavdelinger var som følger. Søkeordene som ble brukt var *nurs** AND *physician** AND *cooperation*. Begrenset til artikler som er fagfellevurdert og publisert siste fem år ble resultatet 6 treff. Noen av disse sammenlignet sykepleiere fra ulike avdelingers opplevelser, en artikkel viste seg å være et prosjekt, en handlet om intensiv kreft avdeling og en handlet om pasientens samarbeid ved mekanisk ventilasjon. Den siste artikkelen er relevant og inkluderes. Søkeordene *nurs** AND *ICU* AND *interprofessional collaboration* gir 3 treff. En av disse er funnet tidligere og de to andre handler om opplæring og samarbeid i akutsituasjoner. Også i OVID og PubMed bruke søkeordene *nurs** AND *physician** AND *collaboration* AND *ICU*. Det gir 55 treff i OVID, men begrenset til hvilke artikler som er fagfellevurdert og publisert siste fem årene ble resultatet bare en artikkel. Denne handlet om å vurdere et skjema som ser på sykepleier –legesamarbeidet og er derfor ikke relevant. I PubMed ble resultatet av samme søk uten ordet *ICU* inkludert 38 treff. Begrenset til fagfellevurderte artikler utgitt siste fem år gir det ett resultat. En av disse var en litteraturgjennomgang som ser på samarbeidet mellom leger og sykepleier på sykehus. Denne inkluderes. Ved å legge til søkeordene *ICU* eller *futil** ble resultatet bare ett treff. Ingen av disse er relevante da den ene handler om delirium på intensivavdelinger og den andre begrenser seg til kirurgiske intensivavdelinger.

Adler-Milstein, Neal og Howell har gjennomført en spørreundersøkelse blant turnusleger og sykepleieres opplevelser av samarbeidet på intensivavdelinger. Undersøkelsen viser at sykepleierne opplevde teamet som mindre sammensveiset enn legene, men er mer fornøyd med kommunikasjonen enn legene. Begge gruppene opplever at åpen kommunikasjon og samarbeid er knyttet til hverandre på en positiv måte. Forfatterne peker på at årsaken til at sykepleierne er mindre fornøyde med samarbeidet er at de opplever at deres meninger ikke blir hørt eller tatt hensyn til. At

legene er mindre fornøyd med kommunikasjonen mener forfatterne kommer av at de opplever en forsinkelse i informasjonsflyten fordi sykepleierne får førstehånds-informasjon fra monitorer, blodprøver og pårørende (Adler-Milstein et al., 2011).

Skjematisk oversikt over søkestrategi

P	Patient/problem/ population	Sykepleier Lege	Nurses Physicians
I	Intervention/ exposure	Tverrfaglig samarbeid	Collaboration Interprofessional collaboration
C	Comparison		
O	Outcome	Pasientbehandling	Patienttreatment

Martin, Ummerhoferb, Manserc, og Spiriga gir en oversikt over forskningen som finnes angående tverrfaglig samarbeid som involverer leger og sykepleiere og kan vise til at tverrfaglig samarbeid viser lovende resultater relatert til pasientutfall (Martin et al., 2010). Forskerne viser til hindringer for tilfredsstillende tverrfaglig samarbeid som tidspress, manglende forståelse for hverandres roller, dårlig organisatorisk støtte og manglende lederskap. Andre hindringer er ulike tradisjoner og profesjonelle verdier, ulike mål og prioriteringer samt vertikal styring med hierarkiske maktstrukturer.

Reader, Flin, Mearns og Cuthbertson har gjennomført en spørreundersøkelse for å undersøke om anestesileger og intensivsykepleier har lik oppfatning av tverrfaglig kommunikasjon. Studien viser at sykepleierne oppgir at kommunikasjonen er mindre åpen. Årsaker kan være hierarki, kjønn, forskjellig ansvar for pasienten og ulik opplæring for leger og sykepleier i følge informantene. Forskerne mener at det er essensielt å skape et godt miljø hvor teammedlemmene kan snakke fritt (Reader, et al. 2006).

3.0 Metode og materiale

Metode kan beskrives som strategier som benyttes for å strukturere en studie, og for å samle inn og analysere empiriske data. Det kan ses som en systematisk måte å undersøke virkeligheten på (Polit og Beck, 2010) (Bjørk og Solhaug, 2008). Et prosjekts metode omfatter dermed de forberedelser en gjør før data samles inn. Det omfatter å velge ut personer som skal delta, datainnsamlingsmetode og metode for analyse av data (Bjørk og Solhaug, 2008).

3.1 Kvalitativ metode

Hvilken metodisk innfallsvinkel som benyttes avgjøres av hensikten med studien og problemstillingen. I denne studien er målet å beskrive intensivsykepleieres erfaringer med å delta i behandling som de opplever ikke er til nytte for pasienten. Hensikten er å få kunnskap om menneskelige erfaringer og det er derfor hensiktsmessig å benytte en kvalitativ metode (Malterud, 2011). I følge Malterud (2011) passer kvalitative metoder godt når det er dynamiske prosesser som samhandling og helhet som skal undersøkes. Målet ved kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik de oppfattes for de involverte selv. Det handler om å forstå menneskers livserfaringer og tanker. Fordelen med å benytte kvalitative metoder er å få nyanserte data, som gir en individuell og unik forståelse av det som undersøkes (Malterud, 2011). Som Lundman og Graneheim beskriver det; sannheten finnes i informantens øyne (Lundman og Graneheim, 2012). Intensivsykepleiere arbeider ofte i team rundt pasienten, og behandling og pleie skjer i dynamiske prosesser mellom mennesker (Stubberud, 2010). Ved å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier kan informantene dele sin mening om hvordan de opplever et fenomen. Slik kan forskeren utvikle en rik forståelse og muligens utvikle nye beskrivelser og begreper på områder hvor kunnskapsgrunnlaget er tynt (Malterud, 2011). Som forsker må en være observant på at de man intervjuer kan handle og svare annerledes enn de ville gjort utenfor en intervjusituasjon. Målet med denne studien er å beskrive intensivsykepleieres erfaringer med fenomenet og designet er dermed en beskrivende

kvalitativ studie, med utgangspunkt i dybdeintervju med intensivsykepleiere på intensivavdeling. Funnene analyseres ved hjelp av Graneheim og Lundmans metode for kvalitativ innholdsanalyse.

3.2 Utvalg

Utvalget er forskerens kilde til svar på problemstillingen, og forskeren må sørge for at materialet inneholder data om det fenomenet som skal undersøkes.

I denne studien er det valgt et strategisk utvalg fordi det er ønskelig å få informasjon fra intensivsykepleiere som arbeider på intensivavdelinger nettopp fordi de best kan belyse problemstillingen (Malterud, 2011, Polit og Beck, 2010).

I denne studien er det strategiske utvalget satt til å være seks intensivsykepleiere som har arbeidet på intensivavdeling i over to år. Inklusjonskriteriene er at de er intensivsykepleier med mer enn to års erfaring fra intensivavdeling og at de har en erfaring med temaet som de har lyst til å fortelle om. Alder og kjønn blir vurdert som irrelevante faktorer i denne sammenheng, men det er ønskelig med et mangfoldig utvalg. Utvalget er hentet fra to ulike intensivavdelinger i Sør-øst Norge.

Generalisering er i seg selv ikke et mål da hensikten med studien er å finne frem til ulike meninger og oppfatninger (Polit og Beck, 2010). Det finnes heller ingen regler for størrelsen på utvalget i kvalitative studier. Derimot er informasjonsrikdom et kriterium. Det handler om å finne de informantene som kan gi mest mulig og best mulig informasjon. Intervjuer er dessuten ressurskrevende og en kan nøye seg med relativt få enheter. Målet er å ha et rikt stoff, med mange variasjoner uten at det blir for omfattende til å gjøre en forsvarlig analyse (Polit og Beck, 2010). Et stort antall informanter kan gi mistanke om at analysen er overfladisk. Analysen blir best når materialet inneholder rikelig stoff om det som skal undersøkes, men som ikke er mer omfattende enn at det kan gjøres en forsvarlig analyse (Malterud, 2011).

3.2.1 Tilgang til feltet

Tilgang til forskningsfeltet sikres gjennom skriftlig henvendelse til ansvarlige for fag- og forskningsavdelingene ved de to aktuelle sykehusene, som igjen videreformidler

kontakt med intensivavdelingene. Avdelingskontaktene formidler en skriftlig forespørsel til de aktuelle informantene. Inkludert i forespørselen ligger også informasjon om studien og skjema for samtykkeerklæring. De informantene som ønsker å delta gir tilbakemelding til avdelingskontaktene og tid og sted for intervju avtales mellom avdelingskontakt og forsker.

3.2.2 Informantene

Utvalget for undersøkelsen omfatter seks intensivsykepleiere fra to forskjellige intensivavdelinger. Disse er det er gjennomført ett intervju med. Informantene har mellom fem og tretti års erfaring som intensivsykepleiere og består av kvinner og menn i ulike aldre.

3.3 Intervju

I følge Polit og Beck (2010) er den mest direkte tilnærmingen til menneskers erfaringer og meninger å snakke med de og spørre de. Siden formålet med denne studien er å få innsikt i intensivsykepleieres egne erfaringer og opplevelser er det valgt semistrukturerte intervju som datasamlingsmetode. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens arbeidsliv, fra hans eller hennes eget perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2012). Ved å starte med et planlagt spørsmål og la informanten selv fortelle vil den enkelte intensivsykepleiers erfaringer få komme frem uforstyrret. Intervjuers rolle er å ha fokus på informantens opplevelse av temaet og etter hvert stille oppfølgingsspørsmål knyttet til det informanten forteller. I det semistrukturerte intervjuet har forskeren en guide som brukes som huskeliste underveis i intervjuet slik at hovedmomenter blir tatt opp i løpet av intervjuet. Beskrivelser av erfaringer kan følges opp av spørsmål for å utvide dem og utforske dem videre. Det kvalitative intervjuet kan karakteriseres som en samtale mellom intervjuer og informant med et spesifikt mål; å få svar på intensivsykepleiernes erfaringer knyttet til problemstillingen. Intervjueren må være forberedt på at det aktuelle fokus kan være noe annet enn det forskeren forventet og samtidig håpe at intervjuene gir noen overraskelser som konfronterer egen forforståelse (Kvale og Brinkmann, 2012).

3.3.1 Intervjuguide

Målet med en intervjuguiden er å strukturere intervjuforløpet. Guiden skal ha fokus på studiens problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne studiens intervjuguide er utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og inneholder noen emner som skal dekkes. Det er i tillegg utarbeidet forslag til spørsmål. Formålet med intervjuet blir avdekket i starten av intervjuet fordi hensikten er å gjøre informantene forberedt på temaet. Målet er å invitere informanten til å dele egne erfaringer i form av konkrete hendelser som leder til en opplevd historie slik at de beskriver sine egne opplevelser og erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er ingen fastsatt rekkefølge for intervju spørsmålene. Målet er å få en flyt i intervjuene ved å spinne videre på det informantene sier.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene er gjennomført på ledige rom ved informantenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Det er avtalt på forhånd at informantene skal forlate avdelingen og det er ingen forstyrrelser under intervjuene. Intervjuene starter med presentasjon og muntlig informasjon om det som fremgikk i informasjonsskrivet angående taushetsplikt, anonymisering, informert samtykke, frivillig deltagelse og mulighet for å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt. Det blir før hvert intervju bedt om tillatelse til å benytte båndopptaker. Hvert intervju varer mellom 40 og 60 minutter, og starter med at informantene svarer på enkle spørsmål om hvordan de trives i jobben sin. Slik blir stemningen under intervjuene lett og samtalen naturlig. Det blir gjennomført et pilotintervju for å teste båndopptakeren og for å vurdere spørsmålenes kvalitet. Det fører ikke til noen vesentlige endringer i etterkant, men erfaringen fra dette intervjuet er nyttig. Den tidlige erkjennelsen av å være bundet til intervjuguiden fremfor å lytte til det informanten fortalte fører til at resten av intervjuet og de andre intervjuene i større grad oppleves som en samtale mellom forsker og informant. Informantene gir fylldige og meddelsomme svar og får snakke mest mulig fritt, samtidig som intervjuguiden benyttes som en huskeliste slik at informantene gir svar i forhold til problemstillingen. Det å unngå å ta ordet hvis det blir stille fører til at informantene fortsatte å snakke og dermed kommer med fyldigere svar.

3.3.3 Transkripsjon

Transkripsjon innebærer å oversette talespråk til skriftspråk der målet er å gjøre data tilgjengelig for analyse (Kvale og Brinkmann, 2009). Lydkvaliteten på intervjuene er stort sett god, men for å sikre transkripsjonens pålitelighet er intervjusekvenser spilt av flere ganger. Alle intervjuene transkriberes av forfatter og denne struktureringen er begynnelsen på analysen (Malterud, 2011). Intervjuene transkriberes ordrett, der uttrykk som ”eh...”, ”ja...”, ”hm...” ”mmm...” og gjentakelser er tatt med. Pauser er markert med flere punktum. Spesielle følelsesuttrykk markeres med store bokstaver. Intervjuene er skrevet om fra dialekt til bokmål for å sikre anonymitet. Hvis informantene forteller noe som kan avsløre deres tilhørighet eller anonymitet er dette fjernet.

3.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Studiens analyse baserer seg på intervjuene av de seks informantene og bygger på Graneheim og Lundmans retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse. Denne analysemetoden er valgt på bakgrunn av at den er særlig anvendbar når en skal analysere intervjuer. Fremgangsmåten innebærer en forutsetningsløs analyse av tekster som baserer seg på menneskers fortellinger om sine opplevelser. Fokuset ved kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive ulikheter og likheter i teksten uttrykke dette i kategorier og subkategorier (Graneheim og Lundman, 2012).

Først i analysen leses hele det transkriberte intervjumaterialet gjennom flere ganger for å gi et helhetsinntrykk av hva informantene forteller om. Utfra det informantene forteller danner det seg fire foreløpige domener; *å bli hørt, å formidle, ansvaret og å ivareta pasient og pårørende*. Disse domene utgjør en grov struktur av tekstene. Etter ny gjennomlesing av intervjuene identifiseres meningsenheter, de meningsbærende enhetene av teksten. Disse meningsenhetene kondenseres for å gjøre teksten mer håndterlig. De kondenserte meningsenhetene skrives ned på små lapper og grupperes. Neste trinn i analysen er å vurdere likheter og ulikheter i meningsenhetene, og abstrahere disse til subkategorier og kategorier.

Eksempel på analyse fra meningsenhet til kategori

<u>Meningsenhet</u>	<u>Kondensert meningsenhet</u>	<u>Kode</u>	<u>Subkategori</u>	<u>Kategori</u>
Og når man klarer å være ærlige og formidle det på en god måte både til pasienter og pårørende så kan det jo åpne for noen veldig gode samtaler og en veldig god avslutning på noe	Når man klarer å være ærlige og formidle på en god måte så åpner det opp for gode samtaler og en god avslutning	Gode samtaler		Åpen dialog
Jeg føler kanskje at de der nære samtalene er inne på pasientrommet med sykepleier og pårørende. Der blir det luftet litt hvordan personen var og...de ikke ville ønsket det og slike ting da	De nære samtalene er inne på pasientrommet med sykepleier og pårørende	Nære samtaler	Dialog med pårørende	
Det som blir vanskelig for meg det er hvis de ikke på en måte vil høre på meg og det jeg har å si, hvis de på en måte ignorerer det. Da kjenner jeg det blir vanskelig, for da betyr det ikke noe det jeg observere eller opplever rundt pasienten	Da betyr det ikke noen det jeg observere og opplever rundt pasienten	Observasjoner betyr ikke noe	Å bli tatt alvorlig	

3.5 Forskningsetiske forhold

Prosjektet har fått godkjenning fra Fakultetets forskningsetiske komite (FEK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Fordi prosjektet ikke innebærer studier på sårbare individer er studiet ikke pliktet godkjent i REK (regional etikk komite). Studiet er godkjent på lokalt nivå gjennom kontaktpersoner for utdanning og forskning på de ulike sykehusene.

Helsinkideklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker og er benyttet som retningslinje i forberedelsene til studien (Malterud, 2011, Helsinkideklarasjonen, 2008). Informantene er informert om prosjektets frivillighet og signerer samtykkeerklæring. Informert samtykke innebærer at informantene informeres skriftlig og muntlig om undersøkelsen formål og fremgangsmåte, og at de på hvilket som helst tidspunkt kan velge å trekke seg fra prosjektet (Kvale og Brinkmann, 2009). Medisinsk forskning må bare utføres dersom formålet overgår risikoer og belastninger for forsøkspersonen. Sett fra et nytteperspektiv må forskeren reflektere over mulige konsekvenser for både informant, men også den større gruppen eller avdelingen den representerer (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskeren må sørge for at informanten kjenner seg trygg på at anonymiteten blir tilstrekkelig ivaretatt ved å utelate uttalelser som kan gi økt risiko for gjenkjenner (Malterud, 2011). Alle data anonymiseres i det skriftlige materialet og det er kun intervjuer som har tilgang til hva som er sagt av hvem. Lydopptak slettes umiddelbart etter transkripsjon og kode oppbevares utilgjengelig for andre enn forfatter. På den måten etableres et fysisk skille mellom tekst for analyse og persondata (Malterud, 2011).

Fordi den ene avdelingen trakk seg fra å delta i studien ble halvparten av intervjuene gjennomført på eget arbeidssted. Leder kontaktet aktuelle informanter og presiserte betydningen av frivillighet Det krever betydelig tillit å åpne seg og fortelle om egne erfaringer til forsker som og så er kollega og det er viktig å være tydelig på at taushetsplikten gjelder uansett, inkludert blant andre kollegaer.

3.5.1 Forskerens rolle

I følge Malterud (2011) er det ikke spørsmål hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men hvordan. Betydningen av forskerens integritet øker når forskeren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap, som ved bruk av intervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Det mellommenneskelige spillet vil bli en del av materialet, men det er viktig at forskeren er bevisst at det er informantens erfaringer og meninger som skal presenteres som data (Malterud, 2011). Tilknytning til gruppen

som skal intervjues kan gå på bekostning av en så nøytral undersøkelse som mulig. Det er en risiko for at forskeren identifiserer seg med informantene og dermed ignorere noen resultater og vektlegge andre (Kvale og Brinkmann, 2009).

Forforståelsen handler om det bildet forskeren har av fenomenet som skal studeres og det påvirker forskeren hele veien under innsamling og analyse av data. Den er ofte en viktig del av forskerens motivasjon for å starte med en studie (Malterud, 2011).

Forskeren har gjerne egen erfaring med fenomenet som skal undersøkes, og det kan bidra til at forskeren går inn i prosjektet med briller eller skylapper som kan begrense horisonten. Derfor er det nødvendig at forskeren har et bevisst forhold til egen forforståelse. I forkant av intervjuene er det nødvendig å blant annet ta stilling til betydningen av egen erfaring, egne forventninger til funn, faglig perspektiv og egen teoretiske referanseramme (Malterud, 2011).

Forforståelse til forsker innebærer flere års erfaring som sykepleier, også flere år på intensivavdeling. Møter med alvorlig syke og akutt kritisk syke, samt erkjennelsen av at medisinen ikke alltid strekker til har ført til interesse for hvordan sykepleiere generelt og intensivsykepleiere spesielt opplever lignende situasjoner. Møter med døende mennesker og deres familier har gitt en forståelse av at døden ikke alltid er det verste som kan skje, og at det er nødvendig å snakke om døden. Samtaler med helsepersonell, både leger og sykepleiere har resultert i at egen forforståelse er mer utvidet nå enn i starten av prosjektet. Historier om at ”mirakler” kan skje og utsagn som ”hvis vi ikke noen ganger overbehandler, så står vi i fare for å underbehandle” tas med i forforståelsen. Begrepet ”nytteløs” oppfattes som et ladet begrep og søk i forskningslitteraturen har vært knyttet til å finne definisjoner på dette begrepet. Fordi begrepet er så ladet har det ikke blitt benyttet i intervjuene av forsker uten at informantene har presentert det selv.

4.0 Presentasjon av funn

Studiens hensikt er å beskrive intensivsykepleieres erfaringer når de er med på å gi behandling som de opplever ikke gir nytte for pasienten. I dette kapittelet presenteres de funnene som er kommet frem etter analyse av intervjuene. Av praktiske årsaker benevnes informantene som ”hun” og pasienten som ”han”.

Tabell: Skjematisk oversikt over tema, kategorier og subkategorier

Tema	Hvilke erfaringer har intensivsykepleierne når de opplever at behandlingen som gis ikke har effekt		
Kategori	Åpen dialog	Verdighet	God kunnskap og nyttige erfaringer
Subkategori	<i>På hver sin pol</i>	<i>Vanskelig å avslutte</i>	<i>Manglende motivasjon</i>
	<i>I ledige stunder</i>	<i>Fokus på avslutning</i>	<i>Tillit til legen</i>
	<i>Pårørende på banen</i>	<i>Vonde ting kan bli en fin greie</i>	<i>Sykepleierens påvirkningskraft</i>

4.1 Åpen dialog

Den første hovedkategorien handler om kommunikasjon intensivpersonell i mellom, spesielt mellom intensivsykepleierne og legene. Kategorien handler også om betydningen av å ha uformelle samtaler i ledige stunder og at informantene ønsker å ha god dialog med pårørende. Det å kunne ha en god kommunikasjon med legene, kollegaer, ledelse og med pårørende virker å spille en vesentlig rolle i situasjoner som intensivsykepleierne opplever som utfordrende.

4.1.1 På hver sin pol

Alle informantene forteller noe om sine behov for at legene hører deres meninger og sine ønsker om å bli tatt alvorlig. De ønsker at intensivsykepleierne skal kunne formidle sin kunnskap om pasienten til resten av behandlingsteamet og mener at dette vil komme pasienten til nytte. Flere av informantene peker på at legene merker seg hvis informasjonen de får fra intensivsykepleiere er av god kvalitet, og at de da blir tatt mer alvorlig.

”Har du på en måte noe konkret å komme med til de så hører de, men hvis det bare sann du slenger bare ut så gidder de ikke å høre.”

Informantene kan fortelle at de i hovedsak opplever at de blir hørt og at kulturen på avdelingene er slik at legene er lydhøre for det sykepleierne observerer og forteller. Samtidig uttrykker de frustrasjon over de situasjoner der de opplever at de ikke blir tatt på alvor. Informantene hevder at det har betydning at de kan få dele sine meninger om pasienten, på tross av at de ikke har noe behandleransvar. Flere av informantene opplever at de står i pasientsituasjonene på en helt annen måte enn legene i og med at de er der kontinuerlig mange timer i døgnet. En av informantene forklarer det slik;

”Vi er jo oppi pasienten hele døgnet, så hvis vi ikke skal få lov til å ha noen meninger så tenker jeg det er veldig feil.”

Flere av informantene uttrykker frustrasjon når de opplever at man står på hver sin pol og ønsker at leger og sykepleiere kan ha samtaler slik at alle har lik forståelse av veien videre. Disse informantene er også opptatt av at behandlende lege og anestesilege samhandler og at alle involverte deltar i et godt tverrfaglig samarbeid.

Noen av informantene forteller om sine erfaringer når de opplever å ikke bli hørt. Da kjenner de på frustrasjon rundt opplevelsen av å ikke være på samme planet, og at det de opplever og observerer rundt pasienten ikke betyr noe. Intensivsykepleierne forventer at deres meninger og observasjoner tas med i vurderingen av den videre behandlingen av pasienten. De gir uttrykk for at det spesielt i akutte situasjoner ofte kan forekomme opplevelser av å ikke bli hørt. Samtidig sier noen av informantene at det er positivt at leger og sykepleiere er forskjellige nettopp slik at det kan bli en diskusjon rundt videre behandling av pasienten. Som en sier;

”Det er godt at vi er forskjellige slik at vi får en diskusjon, ellers hadde vi kanskje av og til avsluttet for tidlig.”

De fleste informantene sier at på deres avdeling er det ikke noe problem at legene ikke hører på sykepleierne eller tar de alvorlig. Holdningen på avdelingene har en betydning og de fleste erfarer kulturen på deres avdeling som åpen for diskusjoner. Informantene erfarer i det store og hele at de blir hørt og tatt alvorlig.

4.1.2 I ledige stunder

Mange av informantene erfarer at det er rom for å snakke sammen, både med andre sykepleiere og leger, i etterkant av utfordrende og uavklarte situasjoner. De opplever at de kan diskutere seg i mellom og at det fører til faglig høyere kvalitet i avdelingen. Alle informantene sier noe om at de opplever at det er gehør for at alle som har vært involvert i situasjoner kan si det de føler for. Flere sier at de i etterkant kan ha gode samtaler. En av informantene opplever at hun kan snakke helt åpent og fritt og sier at det er en god følelse å kjenne på at hun får lov til å si noe. En annen mener at meningene må formidles på en faglig måte. De må begrunnes og skal ikke bare være synsing. Samtidig spiller den uformelle samtalen en stor rolle. Flere av informantene forteller om at de gode diskusjonene ofte kommer på pauserommet og i ledige stunder. Også i rapporten mellom vaktskiftene opplever de at de faglige diskusjonene om behandlingsnivå forekommer.

En sykepleier mener at det er like viktig å ha debriefing etter denne typen utfordrende situasjoner som etter akutte situasjoner. Samtidig peker hun på at intensivsykepleierne arbeider tett og opplever at hun ikke står alene.

”Vi står jo ikke alene oppi dette her, vi gjør jo ikke det”.

Det er kollegaer i sykepleiergruppa som informantene oppgir at de i første omgang snakker med. Her kan de diskutere om det de har tenkt holder god nok kvalitet og få bekreftelse på at vurderingene er riktige.

4.1.3 Pårørende på banen

Det å snakke med de pårørende er et viktig tema for alle informantene. Flere av informantene mener at helsepersonell har ansvar for å snakke med de pårørende og få de på banen. Disse informantene mener at det er vesentlig å ta opp temaet om begrensning av behandlingen med de pårørende. Flere av informantene forteller om erfaringer vedrørende å ha en ærlig dialog med de pårørende, slik at de pårørende er forberedt på realitetene i situasjonen. Flere gir uttrykk for at de pårørende ofte ikke får all informasjonen, at noe blir holdt tilbake for dem, og at dette igjen kan føre til utfordrende situasjoner når behandlingen ikke fører frem. En av informantene sier at pårørende ofte har den innstillingen at på sykehus så redder vi de jo, og at det da kan bli ett sjokk for pårørende når de ikke har blitt tilstrekkelig informert.

”For det er vi som får de pårørende i etterkant, og ofte så ser vi det lenge før men så er det ingen som helt vil ta ansvaret for å ta opp temaet.”

En av informantene forteller at det kan være slik at legen ikke ønsker så mye innblanding fra de pårørende;

”Det er jo mange leger som kanskje ikke ønsker at pårørende skal ha så veldig mange tanker om behandlingene heller.”

Hun peker på at det kan være fint også, å ikke legge byrden på pårørende.

Informantene opplever at pasienter er vare og oppmerksomme på kommunikasjonen mellom lege og intensivsykepleier inne på pasientrommet.

”Som pårørende, at du senser veldig hvis det er litt uenigheter kanskje mellom behandlerne lege og den sykepleieren som er der inne...”

Alle informantene sier noe om at det bør være en sykepleier med på samtale med pårørende og pasient der det er aktuelt, slik at informasjonen som gis er entydig og kan gjentas fra flere hold. Informantene erfarer at det er godt for pårørende med slike planlagte samtaler med lege utenfor pasientrommet, men at det er inne på pasientrommet de nære samtalene kommer. De opplever seg trygge i kommunikasjonen med pårørende og noen peker på at mye informasjon om pasienten kommer da.

”...Der blir det luftet litt hvordan pasienten var og at de ikke ville ønsket det og slike ting da.”

En av informantene snakker en del om at noen sykepleiere kan føle at det er lettere å pakke inn vonde beskjeder som skal gis til pasient og pårørende. Hun antyder at noen kanskje er litt redde for å være ærlige og si at dette nødvendigvis ikke går bra. Hun opplever at det er viktig at man kan formidle triste og tragiske beskjeder på en god måte. Hennes erfaringer er at det kan åpne for gode samtaler. Flere av de andre informantene kan også fortelle om gode erfaringer knyttet til ærlige samtaler med pårørende.

4.2 Verdighet

Den andre hovedkategorien handler om intensivsykepleiernes opplevelser av at behandling startes for tidlig og at vurderingen av behandlingsbegrensning ofte blir utsatt. I tillegg handler det om ivaretagelse av pasienten og pårørendes verdighet i situasjoner hvor behandlingen ikke synes å ha effekt.

4.2.1 Vanskelig å avslutte

Flere av informantene forteller at når behandling allerede er satt i gang erfarer de at det ofte er vanskeligere å avslutte. De opplever at det noen ganger gis mye behandling og at beslutningen om avslutning ofte utsettes. Flere har merket seg at med all den medisinske utviklingen vi er vitne til kan vi holde folk i live hvis vi vil. Noen sier at behandlingen som gis til tider er voldsom. En av informantene kaller det vi driver med for ”overflodsmedisin”. En annen opplever det som en runddans med ”behandling, behandling, behandling”. Men flere har også erfaringer som gjør at de synes det er vanskelig å si noe om utfallet. De forteller om eksempler der de og kollegene har trodd at denne behandlingen kommer ikke pasienten gjennom. Så har likevel pasienten, mot alle odds, blitt frisk og kan skrives ut. Dette gjør at de tenker at en ikke kan gi opp. En av informantene sier;

”Og derfor gjør det jo det litt vanskeligere å ta den vurderingen, ikke sant at når er nok nok.”

En av informantene sier også at hun opplever at noen leger synes det kan være lettere å drive på med behandlingen, fremfor å ta beslutningen om å avslutte. Og selv om sykepleierne føler at noe skulle vært gjort tidligere så opplever flere av informantene at de må være tro i systemet. Det er vanskelig å fortsette behandling når de opplever at behandlerne har gitt det de kan, og mer til for at pasienten skal overleve.

4.2.2 Fokus på avslutning

Denne kategorien handler om tre ting. For det første forteller informantene om sine erfaringer hvis behandling starter og de opplever at pasienten ikke har sine odds med seg. For det andre opplever de at behandlingen ofte burde vært stoppet tidligere, og at beslutningene utsettes. En av informantene sier at selv om medisinen og utviklingen har kommet så langt så må man innimellom stoppe å spørre seg hva er det vi holder på med.

”En føler kanskje at dette ikke er etisk riktig, å holde på lengre. En vil jo ha verdighet.”

For det tredje opplever intensivsykepleiere fra tid til annen at det er nytteløst å holde på med ”full rulle”, når en uansett kommer til et punkt der behandlingen ikke gir nytte lengre. Flere tenker -hva redder du de til. Noen opplever at sykepleierne ofte er pådrivere for at fokus på behandlingen må endres mot avslutning av behandling og palliativ pleie. Årsaken til at intensivsykepleierne er pådrivere mener de har noe med at intensivsykepleierne er inne hos pasienten så mange flere timer. De ser på kroppen som forfaller, slanger og rør og plagsomme prosedyrer, samt fortvilte og utslitte pårørende.

4.2.3 Vonde ting kan bli en fin greie

Informantene uttrykker bekymring for at behandlingen som gis er ubehagelig, plagsom og smertefull for pasienten. Mange tenker på hva pasienten føler og tenker under behandlingen. Flere har også erfaring med pasienter som de har snakket med tidligere eller i etterkant om deres tanker og opplevelser rundt det å være

intensivpasient. Erfaringer som disse tar informantene tar med seg videre. En av informantene har erfaring med oppfølgingssamtaler og sier;

"Det er ekkelt og vondt å tenke på om de skal ligge der å ha vondt og ubehag og tenke –la meg slippe."

Informantene uttrykker også bekymring for hvilke traumatiske opplevelser pårørende kan ha. De vektlegger betydningen av at pårørende kan formidle på vegne av pasienten og situasjoner der pårørende har kunne gitt uttrykk for at nå er det nok behandling og at de ønsker en avslutning. Flere av informantene kan også fortelle om gode situasjoner der pasienter selv kan gi uttrykk for sine behov. For eksempel;

"Vi har jo hatt situasjoner som egentlig har vært veldig allright, der pasienter har sagt -nå orker jeg ikke mer, dette klarer jeg ikke."

Informantene erfarer at pasientene ofte selv forstår at det går mot slutten, og at det da er en oppgave for intensivsykepleierne å gjøre den siste tiden så fin som mulig for pasienten og hans pårørende. Mange har erfaringer med at situasjonene kan bli fine midt i det vonde nettopp gjennom sykepleierens handlinger. De erfarer at pårørende opplever en ro rundt det som skjer, når de får beskjed om at ikke noe mer kan gjøres for å redde livet til pasienten. Også dette med å våge å snakke med pasient og pårørende om fakta og realiteter fører til positive reaksjoner. En av informantene forteller;

"...slik at det er greit for alle og at en føler at dette ble fint selv om det kan være helt forferdelig av og til."

4.3 Gode kunnskaper og nyttig erfaring

Den siste hovedkategorien handler om hvordan informantenes motivasjon påvirkes av å gi behandling som de opplever nytteløs. I tillegg beskrives deres oppfatning av tilliten til legene samt deres egen påvirkningskraft som intensivsykepleiere.

4.3.1 Manglende motivasjon

Informantene forteller om egne opplevelser når de har stått i situasjoner hvor behandlingen videre er uavklart og de føler at behandlingen ikke gir noen nytte. I situasjoner hvor de opplever å vente på en avklaring kjenner de ofte på egen motivasjon til å utføre arbeidsoppgaver. De opplever at det blir tungt å jobbe, det spiser energi og de føler oppgitthet og tomhet. De forklarer det med at de går på autopilot og at arbeidet blir mer mekanisk. De klarer ikke alltid å gi alt. En sier;

”Hva gjør det med oss de der dagene hvor du vil se at dag etter dag, vakt etter vakt – det er ingen forandring. For meg så taper det meg litt for krefter.”

De opplever at det krever masse ressurser fra alle på avdelingen. En av informantene beskriver at det er spesielt frustrerende når hun opplever å allerede gå på akkord med seg selv og så kommer det en pasient som i følge henne ikke burde bli lagt inn på intensivavdelingen.

Likevel opplever de ikke at de selv eller kollegaer gjør noen dårligere jobb i møte med pasientene. Ingen lar være å gi god sykepleie selv om det er demotiverende. Dette forklarer de med at de har så mye med pårørende å gjøre. De gjør en god jobb hos pasienten for de pårørende.

Flere av informantene forteller også om erfaringer med andre kollegaers manglende motivasjon og tro på behandlingen. De opplever at pasienten blir nedprioritert av legene, behandlingen videre oppleves uavklart og kollegaer viser sin oppgitthet over at ingen avgjørelser er tatt. En av informantene opplever det slik;

”Det er jo ikke høyprioritetspasienter da, ikke sant –for legene”.

Men informantene kan også se det positive med utfordrende situasjoner. Det får en til å være på hugget og tenke litt. Og erfaringene tar en med seg selv om de er positive eller negative.

4.3.2 Tillit til legene

Informantene opplever at både de og kollegaene har respekt for legens kunnskapsnivå og at det er legen som må ta avgjørelsene. De har tillit til at legen har tro på at behandlingen gir nytte for pasienten, for ellers ville de ikke satt i gang et så stort apparat. De uttrykker forståelse for at legene vil prøve en siste medisin, et siste forsøk, gi en siste sjanse. De uttrykker respekt for hierarkiet og at legene har makten og står med den avgjørende beslutningen. En av informantene forklarer det slik;

”Jeg kan jo kanskje skjønne at det er lett da å se om vi skal gå ut i den der lille korridoren der og prøve de greiene og se om det kan løse seg.”

Men de ser også at legene kan være usikre når de møter vanskelige situasjoner. Det som er mest frustrerende i følge informantene er når ting er halvveis og uavklart. Et eksempel på det er de situasjonene hvor de starter full behandling, så etter hvert blir det HLR minus, kanskje ett støt med hjertestarter. Dette oppleves av informantene som usikkerhet fra legenes side.

”Du kommer på jobb og det er den samme lapskausene hele tiden og ingenting er organisert og ingenting er tatt fatt i så blir du litt sånn – nå er det nok.”

4.3.3 Sykepleierens påvirkningskraft

Alle informantene gir uttrykk for at de opplever at de er en viktig del av behandlingsteamet. De er stolte av å være sykepleiere og har stolthet i det som ligger i deres oppgaver. De opplever at de har påvirkningskraft og at det arbeidet de gjør har betydning for pasienten og pårørende. Flere er opptatt av at det er en forskjell på å gi sykepleie det og å ha ansvar for behandlingen. Det å sørge for at pasienten er stelt, er smertefri og får omsorg ligger til begrepet å gi sykepleie. Samtidig har de observasjonene de som intensivsykepleiere gjør og formidler videre betydning for den videre behandlingen. Som en av informantene sier;

”Jeg er jo fryktelig stolt av å være sykepleier, er ikke behandler. Altså alt dette som jeg kan bidra med, og så er jeg en del av behandlingsteamet likevel.”

Videre forklarer informanten at hun er veldig klar over at det er legen som starter behandlingen, og hun som sykepleier som utfører det på vegne av legen.

Flere av informantene forklarer at de observasjonene de gjør er betydningsfulle fordi de som intensivsykepleiere er så mye inne hos pasienten. Informantene opplever at erfaring og kompetanse spiller inn når de formidler kunnskap om pasienten videre til legene. Som en sier;

”Hvis du er våken og står på så blir du sett og hørt.”

Informantene gir uttrykk for at deres evner til å formidle observasjoner i hovedsak er gode, men mener at det har betydning hvor lenge de har vært i avdelingen og hvor tydelig de er i kommunikasjonen med legene. Enkelte opplever at de i større grad kan få være med å bestemme behandlingen, ved at de kommer med forslag til tiltak. Flere av informantene sier at situasjonene de har stått i tidligere, gir erfaring og kompetanse til andre og lignende situasjoner. All erfaring er nyttig erfaring og kan brukes i møte med neste pasient. Flere av informantene peker på at særlig erfarne intensivsykepleiere har et slags klinisk blikk, en magefølelse eller fornemmelse på at behandlingen ikke vil føre frem.

Men rollen som intensivsykepleier oppleves kompleks og flere av intensivsykepleierne har erfaringer med at de i ettertid av enkelte situasjoner opplevde at de kunne gjort en bedre jobb og stått enda mer på for pasientens beste.

”Jeg får si det sånn da, jeg kunne kanskje gjort en bedre jobb med noen av disse pasientene. At jeg kan si det oftere på sånne pasienter enn andre.”

5.0 DRØFTING

Studiens formål er å beskrive intensivsykepleieres erfaringer når de opplever at behandlingen som gis ikke fører frem til ønsket resultat for intensivpatienten. I dette kapittelet vil resultatene fra intervjuene bli drøftet i lys av relevant litteratur og nyere forskning på området. Funnene i studien er delt inn i tre hovedkategorier:

- Åpen dialog
- Verdighet
- Gode kunnskaper og nyttige erfaringer

5.1 Åpen dialog

Den første kategorien, åpen dialog, er delt i tre underkategorier; på hver sin pol, i ledige stunder og pårørende på banen.

5.1.1 På hver sin pol

I den første kategorien beskriver flere av informantene at det er viktig for god behandling og pleie at helsepersonell tenker høyt og sammen prøver å evaluere ting. En av informantene sier;

”Det er noe med å snakke sammen rett og slett, og ikke stå på hver sin pol”.

Videre sier informanten at det er viktig å samhandle om behandlingen når anestesilege, behandlende lege og intensivsykepleiere har ulike meninger. En annen informant beskriver det som ikke å være på samme planet. Flere av informantene forteller om frustrasjon når de som sykepleiere opplever å ikke bli hørt. De sier de ønsker å bli tatt med på behandlingstankegangen. En av informantene sier at hun ikke kan fordra når legene har diskutert seg ferdig før de kommer til sykepleierne. Informantene sier de står hos pasienten hele døgnet og har rett til å virke inn på behandlingen. Disse påstandene understøttes av Halvorsen et al. sine studier fra 2009

og 2010, hvor hun viser til at varierende og manglende åpenhet spiller inn i beslutningsprosessene.

Nesten alle informantene sier at de stort sett er fornøyde med kommunikasjonen og samarbeidet med legene på sine avdelinger. Som en av informantene sier;

”Jeg føler det er rom for at vi har lov til å utdype våre meninger på en faglig måte”

Samme informant sier at når legens og sykepleierens syn på behandlingsnivået spriker har hun ikke så mye hun skulle sagt, men opplever likevel at hun kan ta det opp. En annen informant sier at hun opplever å bli hørt på lik linje med legene. Adler-Milstein et. al (2011) har gjennomført en tverrsnittundersøkelse på intensivavdelinger som viser at det er store forskjeller i hvordan turnusleger og sykepleiere opplever samarbeidet på intensivavdelinger. Blant annet opplever sykepleierne at behandlingsteamet er mindre sammensveiset enn det turnuslegene gjør, men de opplever derimot at kommunikasjonen er bedre. Det mener forfatterne kan ha med at det er sykepleierne som først får informasjonen fra monitorer, laboratoriet og fra pårørende, og at legene opplever en forsinkelse i informasjonsflyten. Andre studier peker også på at anestesileger og intensivsykepleier har forskjellig oppfatning av samarbeidet ved beslutningsprosesser (Jensen et al., 2011, Reader et al., 2007). I studien til Jensen et al. (2011) mener 53% av sykepleierne at ulike synspunkter mellom legene og dem selv fører til at de er mindre fornøyd med samarbeidet.

Det å dele synspunkter med hverandre på tvers av profesjonene er viktig for informantene i denne studien. Flere av informantene sier at det er viktig at legene og sykepleierne på avdelingen snakker sammen om behandlingen til pasienten. De sier det er viktig å diskutere og få frem ulike syn, slik at en unngår at bare en yrkesgruppe tar avgjørelsen uten at beslutningen blir diskutert på ulike felt. De fleste informantene sier de opplever at samarbeidet med legene på avdelingene er positivt. De opplever at de kan formidle kunnskapen sin til legene på en faglig måte, de kan komme med innspill og diskutere seg i mellom og med legene. En av informantene sier;

”Hvis en opplever at dette er nytteløst og at det er en grunn til at en opplever det nytteløst, at man da kunne satt seg ned og hatt en samtale om det alle samme og fått luftet... og blitt enige om veien videre så alle har en god forståelse av det.”

En av informantene peker på at det er viktig for henne å kjenne bakgrunnen for avgjørelsene som er tatt. En annen peker på at det er viktig å ha innsikt i hele bildet for å kunne formidle det til kollegaer og pårørende. ”Jeg må forstå hvorfor jeg gjør det jeg gjør”. Opplevelsene til informantene støttes i studien til Reader et al. (2007) der legene og sykepleierne sier at det er viktig for opplevelsen av god kommunikasjon at medlemmene i teamet har en felles forståelse for hva som er behandlingsmålet. En av studiene som presenteres i artikkelen til Lockhart-Wood (2000) viser til at økt utdanningsnivå fører til at sykepleierne bedre kan kommunisere med legene. En annen av studiene presenter i samme artikkel antyder at legene lettere lytter til, og tar i mot råd fra sykepleiere som er utdannet som kliniske spesialister (Lockhart-Wood, 2000).

De fleste av informantene er opptatt av tverrfaglig samarbeid på avdelingen. De sier det er viktig at anestesilege og behandlende lege fra ansvarlig avdeling samarbeider, og at sykepleierne blir involvert i diskusjonene. To av informantene fremhever spesielt betydningen av tverrfaglige møter i problematiske situasjoner, der de involverte i teamet kan drøfte seg i mellom og få frem ulike synspunkter. I følge Kaasa (2004) innebærer tverrfaglig samarbeid mer enn at ulike faggrupper arbeider på samme arbeidsplass. Tverrfaglig samarbeid innebærer et forpliktende samarbeid på tvers av faggruppene, og blir først til når ulike faggrupper arbeider i team mot pasientens beste. Målet er en helhetlig forståelse av pasientens situasjon (Kaasa, 2004).

Noen av informantene peker på at holdningene og kulturen i avdelingene spiller en rolle for samarbeidet. I en avdeling der holdningen er at det er lett å spørre, der er det også lettere å si det en mener, sier de.

”Det har mye å si, hvordan holdningen generelt i avdelingen er, for den preger jo alle som jobber der egentlig. Hvis du har en avdeling som er lett å spørre så får du kanskje en avdeling der det er lett å ta diskusjoner og si det du mener”.

Informantene mener at en åpen dialog vil fremme god pasientbehandling og viser at helsepersonellet står samlet. Det å skape et godt miljø hvor de ulike profesjoner kan

snakke åpen og fritt er essensielt for opplevelsen av god kommunikasjon i følge flere studier. Det å ha en åpen kultur ses på som en faglig ressurs (Adler-Milstein m.fl., 2011, Reader m.fl., 2007). Også i følge Halvorsen et al. (2009) varierer det i hvor stor grad sykepleierne var involvert i beslutningsprosessene i behandlingsteamet. I følge deres studie var det avhengig av hvilken anestesilege som var på vakt, andre beslutningstakere involvert, samt til en viss grad kulturen i avdelingen.

Flere av informantene har erfaringer der de opplevde at legene ikke tok de på alvor. En av informantene forteller;

”Det som blir vanskelig for meg det er visst de ikke på en måte vil høre på det jeg har å si, hvis de på en måte ignorerer det. Da kjenner jeg det blir vanskelig, for da betyr det ikke noe, det jeg observerer eller opplever rundt pasienten”.

Informantene mener at det de observerer gjennom mange timer inne hos intensivpasienten gir viktig informasjon og må tas med i vurderingen. Noen av informantene forteller om frustrasjon og utrygghet når de opplever å ikke bli hørt med sine observasjoner av pasientens tilstand. Langerud (2007) fant i sin studie at selv om det tverrfaglige samarbeidet kunne være utfordrende, opplevde intensivsykepleierne at de ble hørt i faglige diskusjoner og at de var del av et team rundt pasienten. I undersøkelsen til Adler-Milstein et al. (2011) svarer sykepleierne derimot at de opplever deres meninger ikke blir hørt eller verdsatt av legeteamet. I følge denne studien konferer legene oftere med sine kollegaer enn med intensivsykepleierne i avdelingen.

Noen av informantene sier at den informasjonen som formidles til legene må være av god kvalitet. For flere er det viktig å diskutere med sykepleierkollegaer før de henvender seg til anestesilegene. Dette bekreftes av informantene i studien til Heland som sier at sykepleierne oppfatter at de kan virke inn på beslutningen, men de må ha en overbevisende og artikulert tilnærming (Heland, 2006).

Noen av informantene sier at det er viktig at leger og sykepleier har forskjellige synspunkter. Ved å kikke ned i ”den suppa av alle synspunkter” så vil en få en diskusjon som er til pasientens beste i følge informantene. Informantene sier at åpen dialog vil fremme god pasientbehandling. Det å skape et godt miljø hvor de ulike

profesjonene kan snakke åpent og fritt er essensielt for opplevelsen av god kommunikasjon i følge flere studier (Adler-Milstein et al., 2011, Reader et al., 2007). Lockhart-Wood et al. (2000) har vurdert aktuell litteratur vedrørende samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Der har en av forskerne uttalt at diskusjoner vedrørende pasientbehandling er uunngåelige og at slike konflikter under noen omstendigheter er en fornuftig respons nettopp fordi det tillater ulike synspunkter (Lockhart-Wood et al., 2000).

”Kan en ha en åpen dialog så er det jo det en gjerne vil, og da kan en si fra for vi sitter jo med mye kunnskap i mange tilfeller om pasienten.”

Jensen et. al (2011) har utført en spørreundersøkelse på sykehus for blant annet å undersøke helsepersonells syn på samarbeid ved vurdering av behandlingsavslutning. I denne studien sier sykepleierne at de veldig ofte eller alltid bør delta i beslutningen knyttet til begrenning av livsforlengende behandling. Derimot opplever mindre enn halvparten av sykepleierne at de blir involvert. Samme studie viser at under halvparten av anestesilegene mener at sykepleierne bør involveres (Jensen et. al, 2011). Bjørnø sier i sin artikkel at å stille spørsmål rundt behandling krever mot, men som sykepleiere må vi tro på at kunnskapen og kjennskapen til pasienten gjør at de spørsmål vi stiller bør oppfattes som relevante og dermed tas på alvor (Bjørnø, 2010). Ut i fra intervjuene og forskningen for øvrig kan det virke som det er en uoverensstemmelse i sykepleiernes ønsker om å delta i beslutningsprosessene og legenes forventinger til sykepleierne deltagelse.

5.1.2 I ledige stunder

Her presenteres betydningen av de uformelle samtalene som stadig forekommer i arbeidshverdagen. Mange av informantene sier at de opplever å få snakke fritt med kollegaer de er trygge på og at det kan føre til at vanskelige situasjoner oppleves mer avklarte.

”På pauserommet, ledige stunder, gode diskusjoner der. Det er jo gull verdt, føler jeg. Da kommer det mye. Vi kan være uenige og det...Ja det er fine samtaler.”

Slike tilfeldige samtaler kategoriseres ikke som debrifing, men kan kalles avlastningssamtaler eller uformell debrifing. Dette er samtaler som inneholder en kort oppsummering av hendelsen og eventuelt en følelsesmessig avreagering for å redusere stressreaksjoner (Thidemann, 2002). Det å gjennomgå hendelser under eller etter utfordrende situasjoner kan være med på å belyse, bearbeide og derfra gå videre i arbeidet med pasienten (Stafseth, 2010). I følge Stafseth har alt helsepersonell som arbeider med kritisk syke pasienter behov for debrifing og veiledningsgrupper for å kunne bearbeide utfordrende arbeidssituasjoner. I studien til Ferrel (2006) sier forskeren at tilfeller av nytteløs behandling fremkaller sterke emosjonelle reaksjoner fra sykepleierne og at de har behov for støtte for å håndterer slike situasjoner.

Noen av informantene sier at slike uformelle samtaler både på tvers av, og innad i profesjonene vil bidra til faglig høyere kvalitet i avdelingen. En sier;

”Jeg opplever at vi er veldig flinke til å hjelpe hverandre og diskutere det faglige sånn at kompetansen i avdelingen er høy”

Undersøkelsen til Thidemann tyder på at sykepleiefaglig veiledning medvirker til faglig og personlig utvikling og økt faglig trygghet og mestringsevne. I tillegg gir det økt handlingsberedskap og økt evne til å tenke alternativt. Hun kan også vise til at veiledning kan ha en positiv betydning for arbeidsmiljø og samarbeid (Thidemann, 2002).

5.1.3 Pårørende på banen

De fleste informantene sier at det har stor betydning å snakke med og informere de pårørende om behandlingsbegrensning. Noen mener også at det er viktig å ta opp muligheten for behandlingsbegrensning med pårørende på et tidlig tidspunkt for slik å forberede de på det verste. En av informantene mener at legene kanskje ikke ønsker så mye innblanding fra de pårørende og informantene sier at det i noen sammenhenger kan være riktig å ikke legge byrden på de pårørende. To av informantene er spesielt opptatt av å være ærlige i kommunikasjonen med de pårørende. Den ene sier;

”vi kunne blitt tryggere og flinkere på å velge de gode ordene sånn at de kunne blitt en grei samtale da”.

Denne informanten har erfaringer med at dårlige nyheter pakkes inn for å skåne de pårørende, med det resultatet at informasjonen blir diffus og utydelig. I følge informanten kan dette skje når sykepleieren opplever at hun må si noe til de pårørende, men er redd for å si noe som ikke er riktig. Den andre informant sier at hun selv forteller pårørende hvis hun opplever at pasienten er svært dårlig og kanskje ikke greier seg gjennom behandlingen. Det å kunne servere fakta på en empatisk måte vil kunne styrke sykepleierne og gir tillit, sier informanten. Andre informant har erfaring med at noe av informasjonen blir holdt tilbake fra pårørende, og at det fører til utfordrende situasjoner når det viser seg at behandlingen ikke fører frem. En sier;

” For det er vi som får de pårørende i etterkant, og ofte så ser vi det lenge før, men så er det ingen som helt vi ta ansvaret for å ta opp temaet.”

De sier at det kommer an på hvilken lege som er på vakt hvor god informasjonen er til de pårørende. Videre sier en av informantene at det er viktig å dra pårørende inn i prosessen tidlig, slik at de kan forberedt seg mentalt. Pårørende ønsker så ærlig informasjon som mulig, og trenger å føle seg trygge på å få ærlige svar på sine spørsmål (Stubberud, 2010). For at pårørende skal ha en reell mulighet til å innvirke på behandlingen må informasjonen tilpasses deres forutsetninger. I følge Stubberud (2010) kan sykepleieren være redd for å si for mye eller noe som ikke medfører riktighet. Informasjon til pårørende kan oppleves utfordrende. Hvordan en velger å informere må vurderes individuelt i hvert tilfelle (Stubberud, 2010). Studien til Jox et al. (2012) viser at helsepersonell fra intensivavdelinger og fra palliative avdelinger fokuserer på ulike ting når de skal informerer pårørende om nytteløs behandling.

Flere av informantene erfarer at samtaler ved pasientsengen gir mye informasjon om pasienten og hans ønsker, og at dette er informasjon som legen går glipp av. En av informantene sier;

”når pårørende og leger har samtale så syns jeg ofte det kan være en litt sånn medisinsk samtale.”

Hun sier videre hennes erfaring er at pårørende er veldig fornøyd med informasjonen og opplever at de er delaktige, men at vi som sykepleier kunne øvd oss på en litt tydeligere tale. Flere av informantene er enige i at legene i hovedsak er flinke til å tilrettelegge for god informasjon til de pårørende. I rammeverk for kvalitetsmål for

intensivsykepleie som er utarbeidet av NSFLIS i 1998 står det at et kvalitetsmål for pårørende er at de blir ivaretatt, og det oppnås blant annet når det gis systematisk informasjon ved lege og intensivsykepleier. Pårørende skal oppleve at de er en ressurs og at bli møtt med respekt og profesjonell forståelse (NSFLIS, 1998). I følge helsepersonelloven angis informasjon til pasienten som en plikt, og i følge pasientrettighetsloven er det pårørende som skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen dersom forholdene tilsier det (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2013). Juridisk sett er intensivsykepleieren i første omgang forpliktet overfor pasienten, og informasjon kan bare gis til pårørende når pasienten har samtykket til det. Når det gjelder intensivpasienter som ikke har mulighet til å gi sitt samtykke er det pasientens pårørende som har rett til informasjon om helsetilstand og helsehjelp (Lov om pasient –og brukerrettigheter, 2013).

Et godt utgangspunkt for god kommunikasjon er at intensivsykepleierne og de pårørende har omsorg for pasienten som et felles mål (Stubberud, 2010). Informantene i Heland (2006) sin studie sier at de ønsker å ha kjennskap og forståelse for pasientens synspunkt i situasjoner der behandlingsbegrensning er aktuelt. Dette støttes i Helsedirektoratets veileder for beslutninger ved behandlingsbegrensning. Der står det at faglige verdier ikke må være enerådende, men at pasientens verdier må trekkes inn. I situasjoner der pasienten ikke er i stand til å uttrykke dem er pårørende en viktig kilde for å finne ut hva pasienten ville ha ønsket (Helsedirektoratet, 2009). I veilederen står det videre at informasjon og god kommunikasjon viktig for tillitsforholdet mellom behandlingsansvarlig og pårørende når pasienten selv mangler samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2009). Engebretsen (2003) sier at pårørendes rolle i helsetjenesten har endret seg og at tendensen nå er at helsepersonell ser pasient og pårørende som en helhet. Hun viser til at informasjon er noe av det viktigste for at pårørende skal føle trygghet og at det er viktig at informasjonen som gis er samstemt og riktig. Den norske studien til Langerud (2007) viser at intensivsykepleiere opplever at de både har plikt til og behov for å gi omsorg til pårørende, men det er også noe av det mest utfordrende ved avslutning av behandling. Engebretsen støtter sykepleierne i Langerud sin studie når de fremhever at det er spesielt viktig å skape tillit hos pårørende og hjelpe dem å skape god minner. I de situasjonene hvor prognosen til pasienten er usikker er det uansett pårørende som skal fortsette å leve.

Informantene i studien til Langerud beskrev at pårørendearbeidet er ressurskrevende, utfordrende og undervurdert (Langerud, 2007).

5.2 Verdighet

Den andre kategorien handler om verdighet og har tre underkategorier; vanskelig å avslutte, fokus på avslutning og vonde ting kan bli en fin greie.

5.2.1 Vanskelig å avslutte

Flere av informantene sier at de erfarer at det er vanskelig å avslutte behandling som er igangsatt selv om man ikke har tro på at pasienten overlever. ”En er kommet inn i behandlingen før en har fått tenkt seg om”, sier en av informantene. En annen beskriver det som at ”snøballen begynner å rulle”. Også legene og sykepleierne i studien til Halvorsen et al. (2009) peker på at selv om det er en god grunn til å starte behandling så er det ofte svært problematisk å avslutte behandlingen som har blitt startet. I samme studie sier flesteparten av informantene at de opplever at nytteløs intensivbehandling blir igangsatt og opprettholdt oftere nå enn tidligere (Halvorsen et al., 2009). I følge Helsedirektoratets veileder for behandlingsavslutning (2009) er det ingen etisk eller juridisk forskjell på å ikke sette i gang livsforlengende behandling eller å avbryte pågående behandling.

Flere av informantene i studien sier at de opplever det tilfredsstillende når de får en kritisk syk pasient gjennom behandlingen, men at det er utfordrende og vanskelig å rettfærdiggjøre behandling som gjør at pasienten lider til ingen nytte. De sier det er vanskelig å avslutte når man har så mye teknologi og behandling tilgjengelig. En informant sier;

”Vi står der med alle de mulighetene vi har, kan gjøre og alt teknologien og det gjør jo saken mye vanskeligere...det at vi kan gjøre alle de tingene vi kan. Men skal vi faktisk gjøre alle tingene vi kan bestandig.”

Informantene i studien til Halvorsen et al. (2009) sier at de situasjonene hvor teknologien alene holder liv i pasienten er de aller mest utfordrende. De mener at det

bidrar til å opprettholde pasientens lidelse (Halvorsen et al., 2009). Hofman (2006) støtter dette når han sier at teknologiens muligheter kan oppleves som en plikt når helsepersonell tenker at de må gjøre alt som er mulig. Dette underbygges i Kari Martinsen sin teori. Hun peker på at det faglige skjønnet må styre over teknologien (Martinsen, 2003). Også Halvorsen påstår at omsorgsverdiene blir marginalisert på bekostning av høyteknologisk behandling (Halvorsen, 2010). Kan man være bekymret for at sykepleiernes sterke omsorgstradisjon og eventuelt manglende kunnskap står i veien for å benytte teknologien fullt ut?

Begrensning av livsforlengende behandling bør vurderes når behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess eller forlenger et liv med store plager (Helsedirektoratet, 2009). Informantene i denne studien sier at de tror noen av årsakene til at nytteløs behandling kontinueres er at legene ikke kjenner situasjonen godt nok, at det er uenighet mellom de forskjellige legegruppene eller at unge leger er usikre og avventende. Årsaker til å ikke ville avslutte behandling drøftes også i studiene til Jox et al. og Halvorsen et al. De peker på at følelser som skyld og dårlig samvittighet ofte er årsaken til at nytteløs behandling fortsetter. I tillegg kan frykten for rettslige konsekvenser eller negative reaksjoner fra pårørende spille inn. Andre årsaker kan komme av at kollegaer med manglende kompetanse og urealistisk optimisme presser på for å fortsette behandlingen (Halvorsen et al., 2009, Jox et al. 2013).

Noen av informantene forteller om sine erfaringer med pasienter som overlever ”mot alle odds”. De innrømmer at de noen ganger har trukket for raske slutninger. En av informantene sier;

”...for jeg har jo gått fem på sjøl og sagt –hva er det vi holder på med?”

Også i Halvorsen et al. sin studie (2009) sier noen av informantene at de har erfaring med at pasienter overlever mot alle odd, og at dette gjør avgjørelser om å begrense behandlingen enda vanskeligere. Det kan oppstå en etisk konflikt når pliktetikken legger føringer for å følge reglene, for eksempel det å gi nødvendig helsehjelp, og konsekvensetikken med velgjørhetsprinsippet møtes. I følge velgjørhetsprinsippet må nytten av behandlingen oppveie ulempene (Slettebø, 2013). Noen av informantene uttrykker forståelse for at legene ønsker å prøve litt til der det er

vanskelig å si noe om utfallet. Frykten for overbehandling bør ikke føre til at helsepersonell avslutter behandling for tidlig.

Flere av informantene snakker om at de må være lojale og tro mot systemet selv når de ikke mener behandlingen er til pasientens beste. En av informantene sier at selv om en føler at noe skulle vært gjort litt tidligere så må en være tro mot systemet. Disse opplevelsen samsvarer med Langerud sin studie (2007). Informantene i den studien sier at selv om de ikke er enige i avgjørelsen som er tatt ønsker de å fremstå som profesjonelle og lojale overfor de pårørende, og stiller seg derfor bak legens avgjørelse. I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død. Og så i møte med den teknologiske utviklingen skal sykepleieren ivareta pasientens sikkerhet og verdighet i følge retningslinjene (NSF, 2011). Ut i fra funksjonsbeskrivelsen kan det forstås at intensivsykepleier har plikt i å sikre at det medisinsk-tekniske utstyret brukes hensiktsmessig. I tillegg skal intensivsykepleieren i følge funksjonsbeskrivelsen begrense omfanget av og styrken av belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med behandling (NSFLIS, 2002). Selv om det er ansvarlig lege som skal ta avgjørelser knyttet til behandlingen, vil intensivsykepleieren med funksjonsbeskrivelsen og yrkesetiske retningslinjer i ryggen, selv kunne vurdere når begrensning av behandling bør tas opp med de andre i behandlingsteamet.

Flere av informantene i denne studien mener at helsevesenet overforbruker ressursene til en del av intensivpasienten og at denne ressursbruken ikke kan fortsette. En av informantene beskriver det helsevesenet driver med som ”overflodsmedisin”. NOU rapporten ”Prioritering på ny” hevder at den medisinske utviklingen fører med seg etiske dilemma knyttet til liv og død. Det er stadig større forventninger til hva helsevesenet kan tilby av behandling, men skillet mellom det som er medisinsk mulig og det som er etisk forsvarlig øker stadig. Dessuten er ressursene til helsetjenestene begrensede (NOU, 1997). Informantene i studien til Halvorsen et al. (2009) erfarer også at det er større forventninger til å tilby og opprettholde avansert intensivmedisinsk behandling. Prioriteringsbeslutninger bør også ta hensyn til likhetsprinsippet i den forstand at rettfærdig fordeling av helsetilbud har til hensikt å få mest mulig ut av helsemidlene (Nortvedt, 2006).

5.2.2 Fokus på avslutning

Majoriteten av informantene har erfaringer med at behandling starter på tross av at det på forhånd ikke virker som pasienten har sine odds med seg. Noen av informantene opplever at behandlingen ofte er for aggressiv og voldsom, og at en heller burde vurdere å endre fokus mot avslutning av behandling. Dilemmaet i intensivmedisinsk sammenheng oppstår fordi en vil måtte starte behandling før en kan vurdere mulige utfall (Stubberud, 2010). Dette henger også sammen med pasientens rett til øyeblikkelig hjelp når det er påtrengende nødvendig. Fordi en ikke alltid kan si sikkert om hjelpen er påtrengende nødvendig har pasienten rett til vurdering av sin tilstand. Flere av informantene har erfaringer med at behandling burde vært stoppet tidligere. En av informantene sier;

Men så har du noen tilfeller hvor jeg synes du burde ha satt stopp litt før, at en livsforlengende behandling kanskje er vel aggressiv noen ganger”.

Slike utsagn viser at noen av informantene opplever at beslutningene ofte utsettes. Dette støttes av Jensen et al. (2011) som viser til at nesten halvparten av de spurte sykepleierne og nesten tretti prosent av anestesilegene mener at beslutninger om behandlingsbegrensning ble utsatt. Også informantene i studien til Halvorsen et al. (2009) mener at overbehandling er et dilemma, og at de stadig opplever at pasienter overbehandles. Behandlingen ble av informantene oppfattet som uverdige og at den bidro til å forlenge lidelse. I tillegg poengterer sykepleierne i Halvorsen sin studie at behovet for å behandle overstyrer pasientens behov for smertelindring i livets siste fase (Halvorsen et al. 2009). Også Gulbrandsen (2010) støtter disse påstandene når hun sier at dersom beslutningen om behandlingsbegrensning utsettes kan det hun kaller ”dødspleien” bli for dårlig eller mangle helt. Studien til Ferrel (2006) viser også at sykepleiere opplever at aggressiv behandling fratrukket pasientens muligheter til å motta god palliativ behandling og pleie. Det å ha muligheten til å legge forholdene til rette for en god avslutning oppleves som betydningsfullt for intensivsykepleierne (Ferrel, 2006). Også sykepleierne i studien til Langerud (2007) beskriver det å sikre en verdig død og unngå overbehandling som den største utfordringen ved avsluttende behandling.

Noen av informantene har erfaring med at det ofte er sykepleiere som er pådrivere for å avslutte livsforlengende behandling. En av informantene sier;

”Jeg tror jeg kan være litt bastant på å si det at jeg føler vi sykepleierne ofte prater om det før legene prater om det.”

Flere sier at de opplever at kollegaene snakker om behandlingsbegrensning før legene tar det opp. Lignende funn finnes også i studien til Halvorsen et al. (2009) som har intervjuet anestesileger og intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger om hvilke verdier som påvirker avgjørelser ved behandlingsavslutning. I studien til Halvorsen et al. sier de fleste legene at det ofte er sykepleierne som tar opp temaet behandlingsbegrensning. Her pekes det på flere årsaker til at det er slik. Legene står til syvende og sist med ansvaret for behandlingen og en eventuelt livsavslutning, og det gjør det vanskeligere å ta den endelige avgjørelsen. Kan det bety at det er enklere for legene å fortsette behandlingen fremfor å ta opp temaet behandlingsbegrensning?

Noen av informantene sier at de står nærmere pasienten og pårørende enn legene både med tanke på tidsperspektivet og følelsesmessig. En sier;

”Jeg tror nok det har noe med det å gjøre at vi er der så mange flere timer, det tror jeg har påvirkning altså.”

En annen sier;

”Det er jo vondt å stå der...det er annerledes å være der inne, ja hvis du er på vakt inne på et rom åtte timer og ser en som strever og... du tenker at det må være mye ubehag.”

Intensivsykepleieren er den som er tilstede hos pasienten gjennom hele døgnet og har den kontinuerlige kontakten. Behandlingen er ofte så ressurskrevende at det er flere intensivsykepleier på hver pasient. Å være tilstede innebærer å være ved sengen og skape ro og trygghet i situasjonen. Intensivsykepleierne er til stede for å lytte til pasientens og pårørendes behov (Stubberud, 2010).

5.2.3 Vonde ting kan bli en fin greie

De fleste informantene sier at de er bekymret for, eller tenker på om pasienten opplever plager, ubehag og smerter som han ikke kan gi uttrykk for. En av informantene forteller om en situasjon;

”...når vi tok ut luften av cuffen så tok han tak i sønnen sin, hils alle takk. Og så så han på meg; ta bort alt!”

Flere forteller om lignende situasjoner og samtaler de har hatt med pasienter underveis, og noen av informantene kan fortelle om møter med pasienter som er redde for å bli intensivpasient. Hvordan det er å være intensivpasient kan variere fra dag til dag i følge Moesmand og Kjøllesdal (1998). Opplevelsesfeltet endres ved at pasienten kan ha varierende grad av bevissthet og oppfattelsen av virkeligheten varierer. Fordi han sjelden kan uttrykke sine opplevelser kan disse komme frem i drømmer. Videre sier forfatterne at kroppsbildet endres hos pasienten ved at fysisk ubehag erfares gjennom kroppen og påvirker pasienten følelsesmessig og kognitivt. Hvordan dette oppleves avhenger av om pasienten forstår det som skjer med han. Pasienten kan oppleve stress på grunn av ytre stimuli som støy, søvmangel og smerte i forbindelse med prosedyrer (Moesmand og Kjøllesdal, 1998).

Mange av informantene er også bekymret for belastningen på de pårørende. Som en sier;

”Altså det er en traumatisk opplevelse for mange pårørende. Å se en som ligger på respirator. Og de tror ikke det ser så stygt ut, nei.”

Noen av informantene forteller at de tror pasienten og hans pårørende forstår når behandlingen ikke lenger nytter og det går mot slutten. Mange er opptatt av at det er en viktig sykepleieroppgave å gjøre den siste tiden så god som mulig både for pasienten og for de pårørende. En av informantene sier at vi må ha fokus og vilje på å gjøre det så lindrende som mulig. En annen sier at ”kroppen bør få takke for seg uten for mye medisiner innabords”. Informantene i studien til Langerud (2007) fremhever at det oppleves svært utfordrende å sikre en verdig død for pasientene. De beskrev en verdig død som fravær av smerte og med sine nærmeste rundt seg. Det er viktig å presisere at når livsforlengende behandling avsluttes skal lindrende behandling videreføres. Behandlingen rettes da mot pasientens plager og pleiebehov, samt å gi

eksistensiell og psykologisk støtte til pasienten og pårørende (Helsedirektoratet, 2009).

I studien til Heland (2006) antyder informantene at deres handlinger som sykepleiere kan utgjøre en stor forskjell når det gjelder opplevelsen pasient og pårørendes har fra intensivavdelinger. Hun påstår at pasient og pårørende ser til sykepleieren for å få en forklaring og for å avmystifisere det som skjer. I følge Stubberud (2010) beskriver pasienter som har vært innlagt på en intensivavdeling opplevelser av angst og utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, sårbarhet og isolasjon. Gjennom ulike tiltak som å gi helhetlig omsorg, å være tilstede, gi informasjon, fremme opplevelsen av kontroll, fremme velvære og forebygge isolasjon vil sykepleieren kunne begrense omfanget av stressfaktorer intensivpasientene kan utsettes for (Stubberud, 2010).

Langerud (2007) viser til annen forskning som hentyder at helsepersonell ikke har kunnskap nok til hvordan de skal forholde seg til avsluttende behandling og dermed kvier seg for å gå inn i slike situasjoner. Informantene i hennes studie opplever ikke at de kvier seg, men at spesielle situasjoner kan gjøre dem utrygge. Også informantene i Halvorsen et al. (2009) sin studie uttrykker bekymring for hvordan pasientene opplever uverdigg og nytteløs behandling. I studien til Ferrel (2006) uttrykker informantene bekymring for at pasienter på intensivavdelinger fratras muligheten til en fredfull død sammen med sine pårørende, uten smerter og ubehag og med omsorg for eksistensielle og psykiske behov. Studien til Ferrel viser at moralsk stress er utpreget hos sykepleier som står i lignende situasjoner.

Alle informantene sier noe om at informasjon til pårørende er viktig i situasjoner hvor prognosen til pasienten er usikker. Et par av informantene er spesielt opptatt av at informasjonen og samtalen med de pårørende må være åpen og ærlig. De peker på at sykepleiere må tør å snakke om døden og at gode samtaler kan føre til en god avslutning for de involverte. Informasjon til pårørende påpekes også i Helsedirektoratets veileder som viser til at informasjon og god kommunikasjon er viktig for tillitsforholdet mellom behandlere og pårørende (Helsedirektoratet, 2009). Også Stubberud (2010) peker på at det er av uvurderlig betydning for de pårørende å bli snakket med og bli tatt med når det formidles viktig informasjon.

5.3 Gode kunnskaper og nyttig erfaring

Først i den tredje hovedkategorien drøftes det hvordan uavklarte og problematiske situasjoner knyttet til beslutning om livsforlengende behandling påvirker informantene. I tillegg handler denne delen om hvilken innflytelse informantene mener sykepleier og leger har på behandling og pleie når det er usikkerhet om behandlingen som gis vil føre frem.

5.3.1 Manglende motivasjon

Alle informantene sier noe om at uavklarte og problematiske situasjoner fører til noen negativt i dem. De bruker begreper som motløshet og frustrasjon, demotiverende og tapper for energi. En av informantene sier at det er som om sykepleierne går på autopilot. Noen forteller også om opplevelser som viser kollegaers manglende motivasjon og tro på behandlingen. En av informantene sier det slik;

”Det er sånn oppgitthet, det er sånn...- du er helt tom. Altså det er nesten så det er tungt å bare finne frem medisinere”.

Enkelte av informantene sier at små og enkle hverdagsoppgaver blir vanskelige å gjennomføre når situasjonen oppleves meningsløs. De innrømmer at de kunne gjort en bedre jobb hos noen av disse pasientene. Like fullt sier noen av disse informantene at både de og kollegaene gjør en god nok jobb med pasienten fordi de har så mye med pårørende å gjøre. Dette bringer oss til kravet om forsvarlighet. Informantene rettferdiggjør den selvopplevde dårlige kvaliteten på pleien med at de ikke gjør noe som uforsvarlig eller feil, bare at arbeidet kunne vært gjort bedre.

Forsvarlighetskravet er en minstestandard med hensyn til kvalitet på arbeidet. I det ligger det et element av å skulle strekke seg ut over minstestandarden og sikte mot et høyere ambisjonsnivå (Molven, 2002). Ut fra utsagnene til informantene kan en tenke at de selv også opplever at kvaliteten på den pleien de gir ligger nærmere den nedre grensen for forsvarlig behandling enn det en forventer av sykepleietjenesten. Mener de at det ikke er like nøye med de pasienten der en tenker å avslutte behandling, men at de gir god nok pleie for at pårørende skal oppleve det godt? Sykepleien er ikke god nok bare fordi den er forsvarlig, den skal være optimal. Og den skal være omsorgsfull

i følge forsvarlighetskravet plikter (Molven, 2002). Men som en av informantene også uttaler; ”det er vanskelig å gi alt, alltid”.

Funnene støttes av studien til Heland (2006) der det mest fremtredende problemet blant sykepleierne var at de opplevde frustrasjon når de administrerte behandling som de var uenige i og som de mente hadde tvilsom effekt. Noen av sykepleierne i studien til Halvorsen (2009) innrømmer også å ha opplevd utpreget motløshet fordi de opplever ikke verdige å bli lyttet til.

Noen av informantene bemerker at enkelte pasientgrupper er spesielt ressurskrevende. De krever mye av mange sykepleiere og i følge en av informantene ”dobbel så mye av oss”. Disse pasientene krever masse ressurser på en allerede full avdeling og gjør at sykepleierne går på akkord med seg selv i følge en av informantene. Ressurser brukt på et område kan gå på bekostning av andre pasienter. Spesielt i tilfeller der behandlingen ses på som nytteløs blir det viktig å vurdere ressurs hensyn. Det handler om rettferdig fordeling av samfunnets ressurser (Helsedirektoratet, 2009). I følge Nortvedt (2006) må helsefaglig utøvelse på den ene siden være partisk for å kunne tilby den beste omsorgen til den enkelte pasienten. På den andre siden må helsevesenet også realisere en ressursutnyttelse som tilgodeser flest mulig pasienter. Helsepersonellet må derfor prioritere sin virksomhet til fellesskapets beste (Nortvedt, 2006).

5.3.2 Tillit til legene

De fleste informantene sier at de har tillit til legenes kunnskapsnivå og at det er legene som har den største kunnskapen. Flere sier at de har forståelse for at legene står ovenfor en vanskelig avgjørelse. En sier;

”En skal ha respekt for at det er legene som sitter med mest kunnskap og respekt for at det er en vanskelig avgjørelse å ta.”

Noen av informantene sier de har tillit til at legene har tro på at behandlingen kan være nyttig for pasienten, og at det er derfor de fortsetter behandling. Men flere av informantene sier også at de har erfaring med at legene kan være usikre. Det viser seg

gjennom at avgjørelser utsettes, plan fremover mangler og tiltak er halvveis i følge informantene. Noen av informantene spekulerer i om det handler om ansvarsfraskrivelse eller om legene vil bevise noe. Uavklarte situasjoner oppleves vanskelig å formidle videre når pårørende er tilstede. Som en sier;

”Men det kan være veldig vanskelig når legen aldri kommer og du står oppi noe og pårørende ønsker svar og det er en trasig situasjon...”

Legene i undersøkelsen til Jox et al. (2012) understøtter påstanden til informantene når de sier at de er redd for å gjøre noe galt eller for lite. Legene peker på at pasienter som flyttes til intensivavdelinger trenger behandling, ellers hadde det ikke vært noe poeng at han ble flyttet dit. Som informantene i denne studien sier også informantene i studien til Langerud (2007) at de opplever det er vanskelig å få gjennomført god avslutning på vakttid. Det mener de henger sammen med at personalet ikke kjenner pasienten og dermed kvier seg for å ta en avgjørelse. Informantene i Langerud sin studie sier de har forståelse for at det er vanskelig for en vakthavende lege, men opplevde at det oppsto uverdige situasjoner når ingen vil ta en beslutning (Langerud, 2007). Også informantene i Jox sin studie viser til at redselen for å formidle til pårørende at behandlingen er nytteløs kan være en årsak til at nytteløs behandling fortsetter (Jox et al. 2012). Slik jeg ser det sammenfaller funnene i Jox et al. sin studie med utsagnet til informantene i min studie. Begge viser til at helsepersonell ser at behandlingen ikke nytter, men ingen tør å ta opp temaet. Flere studier støtter disse påstandene. Sibbald et al. (2007) har gjennom intervjuer av helsepersonell undersøkt deres oppfatninger ved nytteløs behandling og funnet at leger ofte er et drivende element bak nytteløs behandling. Spesielt hvis det er uenigheter blant helsepersonellet. Forfatterne i den studien viser også til tidligere forskning som sier at når legene er usikre eller urealistiske angående prognosen insisterer de på å fortsette behandling selv om andre mener det er nytteløst (Sibbald et al., 2007). Ulikt syn på om det er riktig å opprettholde livsforlengende behandling kan gi opphav til konflikter. Dette kan skyldes kommunikasjonssvikt, uenighet om det medisinskfaglige grunnlaget eller ulikt verdisyn, men også manglende tillit til behandlerne i følge Helsedirektoratets veileder (2009).

Informanten sier som sagt at de opplever at legene kan være usikre. Det støttes i Halvorsen et al. (2009) sin studie der legene sier at det å begrense intensivbehandling oppleves som en stor belastning og et stort ansvar fordi det ikke finnes noen standardløsninger og fordi situasjonene er ofte preget av usikkerhet og innebærer store konsekvenser knyttet til spørsmål om liv og død (Halvorsen et al, 2009). Problemfylte beslutningene må tas, og i disse situasjonene er det viktig at faglige, etiske og juridiske forhold blir overveid på en måte som skaper tillit i befolkningen (Helsedirektoratet, 2009). Informantene i studien til Jox et al. (2012) sier at vurderingen om behandlingen er nytteløs bør tas i samarbeid med behandlingsteamet. Denne påstanden støttes av i veilederen for behandlingsbegrensing det står at beslutningene bør bygge på drøftinger i det tverrfaglige teamet. Ved uenighet innad i behandlingsteamet bør grunnlaget for uenigheten bør klargjøres. Dersom en ikke lykkes i å bli enige bør en søke faglig fornyet vurdering eller fra klinisk etikk komite. I tillegg til medisinske og helsefaglige vurderinger skal pasientens verdier trekkes inn (Helsedirektoratet, 2009).

5.3.3 Sykepleiernes påvirkningskraft

Alle informantene sier noe om at intensivsykepleierne er en betydningsfull del av behandlingsteamet. De sier at observasjonen de gjør og formidler videre har betydning for behandlingen til pasienten. En sier;

”Altså det er vi som står der med pasienten 24 timer i døgnet så vi har faktisk lov til å være med å påvirke.”

En annen sier at intensivsykepleierne står i situasjonene på et annet vis enn legene og dermed gjør noen observasjoner som legene kanskje går glipp av. Bjørnø beskriver hvordan intensivsykepleierne er organisert, med samme pasient i mange timer i strekk, flere dager etter hverandre, noen ganger i ukevis. Hun sier dette gir intensivsykepleieren en unik mulighet til å få et helhetlig bilde av hvordan pasienten har det (Bjørnø, 2010). Det bekrefter studien til Halvorsen et al. (2009) der forfatterne sier at sykepleierne ser en annen side av pasienten enn legene.

Noen av informantene påstår at desto lengre erfaring de har, desto større innvirkning opplever de at de har på beslutninger. Dette finner vi også igjen i litteraturgjennomgangen til Lockhart-Wood (2000) der en studie fra 1997 viser at leger er mer villige til å lytte til og ta i mot veiledning fra såkalte kliniske sykepleieeksperter. Også i studien til Hedland (2006) mener informantene at hvor godt informasjonen mottas avhenger av sykepleiernes ansiennitet, kunnskap og formidlingsevne. Informantene i hennes studie sier også at sykepleieren spiller flere viktige roller i prosessene. Forfatteren mener sykepleieren fungerer som en slags ”mellommann” mellom lege og pasient, og pasient og pårørende ser mot sykepleieren for å få forklaring eller avmystifisere det som skjer (Hedland, 2006).

Noen av informantene sier at siden legene og sykepleierne har forskjellig ansvar har de også forskjellig syn på pasienten og behandlingen. En av informantene sier;

”Jeg skal ha stolthet i det som er mine oppgaver.”

Videre sier hun;

”Altså dette som jeg bidra med og så er jeg en del av behandlingsteamet likevel.”

Intensivsykepleiere er på godt og vondt fritatt fra beslutningsansvaret når store avgjørelser skal tas. Som sykepleiere har vi bare uttalerett, mens det er legene som kan kjenne plikten til å redde liv som tyngende fordi beslutningsansvaret er deres (Bjørnø, 2010). Men intensivsykepleiere har i følge funksjonsbeskrivelsen et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, og skal sikre at pasientens behandling foregår innenfor faglige, etiske og juridiske retningslinjer (NSFLIS, 2002). Derfor kan det i noen situasjoner være nødvendig at sykepleiere stiller kritiske, men veloverveide spørsmål om behandlingen som gis.

Flere av informantene sier at de opplever at de er flinke til å bruke hverandre i hverdagen. De sier de kan dra nytte av hverandres erfaringer. Disse utsagnene støttes av Thidemann (2002) som hevder at refleksjon i praksis kan gi nye perspektiver som igjen kan føre til endringer og faglig utvikling. Ved å reflektere over handlingsalternativer får sykepleierne utviklet handlingsberedskap for lignende eller nye situasjoner (Thidemann, 2006).

Informantene opplever at de erfaringene de gjør underveis, både positive og negative kan de ta med seg videre som nyttige erfaringer. En sier;

”Jeg føler jo at alle situasjonene og alle pasientene du har stått oppi gjennom årene en tar jo de med seg til neste pasient.”

Et par av informantene sier noe om erfarne sykepleieres kliniske blikk. De ”ser” noe som ikke viser seg tydelig i tall eller observasjoner hos pasienten. Dette kaller informanten for ”hønsj”, magefølelse eller fornemmelse, og oftere enn en skulle tro viser disse fornemmelsene seg å være riktige. Kari Martinsen presenterer i sin omsorgsteori Dreyfus og Dreyfus sin teori fra novise til ekspert. Utfra den kan hun vise til at den kyndige sykepleieren, på nivå fire av fem, gjennom erfaring har tilegnet seg evnen til å se situasjonen som en helhet og kan sammenligne den med tidligere og lignende situasjoner. Denne sykepleieren kan gjenkjenne situasjonen ”med et blikk” i følge Martinsen. Informantene forteller historier der erfarne sykepleiere har gitt uttrykk for at den og den pasienten ikke vil overleve. eller den og den vil ikke tåle behandlingen. Dette sammenligner Martinsen med kunnskapsnivået til ”eksperten”. Hun sier at eksperten ikke bare ser situasjonen med et blikk, men også handler intuitivt - fordi det føles riktig. Videre sier Martinsen at i ettertid viser det seg ofte at intuisjonen var riktig. Martinsen anerkjenner altså det informantene forteller om hønsj, magefølelse og fornemmelse som taus kunnskap. I følge informantene virker det som det finnes en god del slike ”eksperter” på intensivavdelingene. Taus kunnskap relateres til intuisjon, men intuisjon har tradisjonelt sett blitt knyttet til kvinner og sett på som irrasjonelt, i følge Martinsen. Kunnskap om omsorg er ikke tilgjengelig gjennom bøker eller regler, men må lærers gjennom egen erfaring eller via mester-elev metoden (Martinsen, 2003). Omsorgens fundamentale betydning har vært underkjent i den positivistiske tradisjonen som helsevesenet er preget av i følge Martinsen (2003). En kan spørre seg; har teknologien overgått menneskeligheten?

5.4 Studiens troverdighet

Vitenskapelig kunnskap forventes å være systematisk og bære preg av kritisk refleksjon (Malterud, 2011). Forskeren skal gi innsikt i at alle ledd i prosessen bidrar til pålitelige og gyldige data. For å vurdere troverdigheten i et kvalitativt forskningsprosjekt benyttes de tre begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

Gyldighet en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å undersøke. Spørsmål forskeren må stille seg er; har studien svart på det den skulle? Er det valgt riktig fremgangsmåte for å svare på problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2009)? Denne studien ønsker å beskrive intensivsykepleieres erfaringer med dilemmaer knyttet til behandlingsbegrensning, og den mest naturlige måten å få svar på det er å spørre intensivsykepleierne direkte.

Kvaliteten på intervjuet er avgjørende for kvaliteten på det videre arbeidet med transkribering og analyse. Informantene i denne studien var svært meddelende og det førte til at intervjuguiden ble relativt lite brukt under intervjuene. Informantene holdt seg til temaet og det var sjelden behov for å stramme inn samtalen. Fordelen med å stille få spørsmål og ha mest mulig åpne samtaler er at informantene kan fortelle fritt om egne opplevelser, mens forsker i ettertid kan beskrive funnene. Mange av de samme utfordringene som informantene tok opp ble funnet igjen i litteratur og forskning og støtter dermed den interne gyldigheten. Variasjoner ble forsøkt beskrevet ved å inkludere både menn og kvinner med ulik erfaring fra forskjellige avdelinger.

Pålitelighet handler om undersøkelsen er gjennomført på en ”håndverksmessig” god og troverdig måte. I denne studien er det forsøkt å tydeliggjøre hensikt, metodiske fremgangsmåter og analyseprosessen slik at leseren kan følge studiens betingelser. Informantene er valgt ut fordi de oppgir å ha erfaring med temaet. Påliteligheten i studien styrkes ved å presentere sitater fra intervjuene. Dette er informantenes egen stemme. Konklusjonene som trekkes er ikke allmenne og kan ikke generaliseres. Det har heller ikke vært intensjonen med studien. Likevel kan man anta å få lignende svar på andre intensivavdelinger. Refleksiviteten kan styrkes ved at forskeren klargjør sin forforståelse og sine hypoteser. Når en gjennomfører en studie vil temaet nødvendigvis være interessant for forskeren, og forskeren vil naturlig nok ha en nærhet til stoffet. Likevel må forskeren være bevisst at nærhet til temaet og

informantene kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud, 2010). Ved å klargjøre sin forforståelse og hypoteser kan forskeren styrke refleksiviteten. For å fremme pålitelighet må forskeren være bevisst på den effekten intervjueren kan ha på informanten og ikke stille ledende spørsmål. For denne studien er begrepet ”nytteløs behandling” spesielt utfordrende. Dette er et begrep som kan oppfattes negativt ladet og det ble derfor ikke benyttet i intervjuene før eventuelt informantene tok det opp selv. ”Overbehandling” er også et slikt begrep.

Overførbarheten av en studie er avhengig av hvorvidt funnene gir mening ut over seg selv og handler om i hvilken utstrekning resultatet kan overføres til andre grupper eller situasjoner (Lundman og Graneheim, 2012. Malterud, 2011). Overførbarhet og pragmatisk validitet er viktige ambisjoner for denne studien. Det at kunnskapen kan gi en pekepinn for hvordan forbedre praksis øker motivasjonen for å gjennomføre prosjektet. Resultatene gir en helhetlig forståelse sett fra intensivsykepleiernes side og gir dermed en viss grad av dypdekunnskap om intensivsykepleieres erfaringer. På tross av at dette var det noen tema forsker hadde ønsket å gå enda mer i dybden på.

Studien kunne vært mer spennende å lese hvis presentasjon av funn og drøftingen i større grad hadde tatt utgangspunkt i noen få temaer fremfor å presentere så mange meningsenheter.

6.0 Konklusjon

Hensikten med studien har vært å beskrive intensivsykepleieres erfaringer når de opplever at behandlingen som gis er nytteløs. Resultatene viser at informantene har erfaring med at det ofte gis behandling som ikke er til pasientens beste. Informantene opplever at det er utfordrende når beslutningen om behandlingstilstand utsettes og når informasjon og kommunikasjon svikter. De sier de har tillit til legenes kunnskapsnivå og respekt for at det er vanskelige avgjørelser å ta. I hovedsak opplever de at samarbeidet med legene, kollegaene og kulturen på avdelingene er gode. Resultatene viser også at informantene opplever at det er viktig å ha en god dialog med pasient og pårørende. Informantene peker på at deres rolle som intensivsykepleiere er viktig i seg selv og som en del av behandlingsteamet rundt pasienten. Funnene samsvarer i stor grad med både norsk og internasjonal forskning, og det er tydelig at sykepleiere opplever at de innehar viktig kunnskap om pasienten som bør tas hensyn til i behandlingen. Sykepleierne er enige i at kommunikasjon og samhandling med leger og pårørende er betydningsfullt, og at det er emosjonelt problematisk å gi behandling som oppleves nytteløs. Kunnskapen som teknologien gir oss er et gode, men kan føre til etiske dilemmaer knyttet til liv og død. Usikkerhet rundt prognosen og bevis på at noen overlever mot "alle odds" fører til at disse situasjonene blir ekstra utfordrende for sykepleierne.

Et av funnene som støttes opp av forskningen viser at det kan være uoverensstemmelser i sykepleierens ønsker og legenes forventninger til hvor mye sykepleierne skal involveres i beslutninger om begrensning av behandling. Funnene og forskningen viser at slike uoverensstemmelser fører til frustrasjon og mistillit mellom helsepersonellet og kan skade samarbeidet. Faglitteraturen på området peker på at slike beslutninger bør bygge på drøftinger i det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

Et aktuelt tema for videre forskning eller fagutvikling kan derfor være å se på hvordan helsevesenet kan utvikle og forbedre samarbeidet og forståelsen på tvers av faggruppene på intensivavdelingen. I tillegg kan det være interessant å se nærmere på hvordan kommunikasjonen er mellom leger og sykepleier, og helsepersonell og pårørende i situasjoner som knyttes til vurdering av behandlingstilstand.

Litteraturliste

Adler-Milstein, J, Neal, K. og Howell M.D. (2011). Residents and nurses perception of team function in the medical intensive care unit. *Journal of critical care*, 26. 104.e-104e15.

Bjørk, I. T og Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie –en ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bjørø, G (2010). Retten til en verdig død. *Inspira*. 03/10
http://www.alnsf.no/images/Inspira/Inspira3-2010_nettpdf

Bokmålsordboka (2005). Kunnskapsforlaget: Oslo.

Definisjon av intensivsykepleie. Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS), 2.september 2004
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/Definisjoner>

Engebretsen, L. (2006). Hvordan opplever de pårørende at de blir ivaretatt på sykehus. *Sykepleien*. 91 (21): 35-37.
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121736/hvordan-opplever-parorende-at-de-blir-ivaretatt-pa-sykehus>

Fakultet for helse og idrettsvitenskap, 2010. *Normer for skriftlig arbeid*. Universitetet i Agder.

Fakultet for helse og idrettsvitenskap, 2011. *Masterhåndbok*. Universitetet i Agder.

Ferrel, B.R. (2006). Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncology Nursing Forum*, 33 (5), 922-930.

Graneheim, U.H og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures an measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.

Grøthe, K.H. (2002). Intensivpasienten. I: Bjørk, I.T, Helseth, S. og Nortvedt, F. *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gulbrandsen, T. (2010). Livets slutfase. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. (Red.). *Intensivsykepleie* (2.utg., s. 243-258).

Halvorsen, K., Førde, R. og Nordtvedt, P. (2009). Value choices and consideration when limiting intensive care treatment: a qualitative study *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 53, s.10-17.

Halvorsen, K. (2010). The ethics of bedside priorities in intensive care – Value choices and considerations. A qualitative study. *Sykepleien Forskning*, 5 (3), 232-232.

- Heland, M. (2006). Fruitful og futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Australian critical care*, 19 (1), 25-31.
- Hofman, B. (2006). Om teknologiens verdier. I: Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (Red.). *Etikk for helsefagene* (s. 104-123).
- Jensen, H.I., Ammentorp, J., Erlandsen, M. og Ørding, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in intensive care units; an analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 37, 1696-1705.
- Jox, R.J., Schaidler, A., Marckmann, G. og Borasio, G.D. (2012). Medical futility at the end of life; the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics*, 38, 540-545.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier –analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kjøllestad, A. (2010). Er teknologisk kompetanse omsorg? *Sykepleien* 2010, 98 (08): 75-77.
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/394382/er-teknologisk-kompetanse-omsorg>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langerud, A.K. (2007). Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen. *Sykepleien*. 2 (4), 254-260.
- LOV-1999-07-02-64. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#). Helse- og omsorgsdepartementet.
- [LOV-2013-06-21-79. Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lockhart-Wood. K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9 (5), 276-281.
- Lundman, B. og Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.utg., s. 187-201).
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martin, J., Ummerhøfer, W., Manser, T. og Spiriga, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*.
<http://www.smw.ch/for-readers/archive/backlinks/?url=/docs/pdfcontent/smw-12648.pdf>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget: Oslo
- Materstvedt, L.J. og Førde, R. (2011). Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131: 2138-40
- Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A (1998). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Molven, O. (2002). *Helse og jus – en innføringsbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal:
- Nasjonale veileder (2009). *Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. Helsedirektoratet.
- Nortvedt, P. (2006). Etisk teoridebatt – forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. I: Slettebø Å. og Nortvedt, P. (Red.). *Etikk for helsefagene* (s. 50-61).
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11/6/3.html?id=646859>
- NOU 1997:18 *Prioriteringer på ny*. Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>
- NSFLIS (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*.
[https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20 2 .pdf](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%202.pdf)
- NSFLIS. (2006). *Definisjoner intensivsykepleie*.
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/Definisjoner>
- NSFLIS. Rammeverk for kvalitetsmål i intensivsykepleie. Hentet 27.august 2013 fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/125362/Rammeverk-for-kvalitetsmaal-i-intensivsykepleie>
- Polit, D.F. og Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Reader, T.W., Flin, R., Mearns, K. og Cuthbertson B.H. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*. 98 (3). 347-352.
- Romsland, G. (2006). Tverrfaglig samarbeid og etikk. I: Slettebø Å. og Nortvedt, P. (Red.). *Etikk for helsefagene* (s. 149-170). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sibbald, R., Downar, J. og Hawryluck, L. (2007). Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*, 177 (10), 1201-1208.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Slettebø, Å. (2013). Forelesning 21.august 2013 ved masterutdanningen. Institutt for helse-og sykepleievitenskap. Fakultet helse- og idrettsvitenskap. Universitetet i Agder

Stafseth, S. (2010). Traumer. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. *Intensivsykepleie* (2.utg., s. 743-779).

Stubberud, D-G. 2010. Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. *Intensivsykepleie* (2 utg., s. 23-31).

Stubberud, D-G. 2010. Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. *Intensivsykepleie* (2.utg., s32-52).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Thidemann, I. J. (2002) Vi bare tar oss av hverandre. *Sykepleien* 2002 90(19):42-46

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121753/vi-bare-tar-oss-av-hverandre>

Winther, F. og Førde, R. (2014). Medisinsk etikk. I: Store medisinske leksikon.

Hentet 15.april 2014 fra

http://sml.snl.no/medisinsk_etikk

Young, C., Koopsen, C. Og Farb, D. 2005. End of life care issues guidebook. University of Health Care: Los Angeles

VEDLEGG

1. Intervjuguide

1) Informasjon til informanten		
	Tema for samtalen	
	Bakgrunn og formål	
	Hva intervjuet skal brukes til	
	Taushetsplikt og anonymitet	
	Informasjon om lydopptak og samtykke	
	Har informanten noen spørsmål	
2) Innledende spørsmål		
	Hvor lenge har du jobbet som intensivsykepleier	
	Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen	
	Hvordan trives du her	
	Hva synes du er mest spennende	
	Er det noe du synes er utfordrende	
	Hvilke utfordringer møter du her som intensivsykepleier	
3) Nøkkelspørsmål		
Intensiv sykepleiers opplevelser	Jeg vil spørre deg nærmere om dine erfaringer når pasienter får behandling som ikke synes ha noen effekt	
	Hvilke erfaringer har du med slike situasjoner	
	Kan du beskrive en slik situasjon	
	Hva opplevde du som utfordrende i situasjonen	

Samarbeid	Hvordan er samarbeidet med pasienten	
	Er legene tilstede	
	Hvordan oppleves det	
	Er familien/pårørende tilstede	
	Hvordan oppleves det	
	Hva kunne vært gjort for at situasjonen kunne oppleves annerledes	
	Hvordan håndteres slike situasjoner i avdelingen	
	Hvem er involvert i samtaler	
	Hvordan oppleves det	
Håndtering	Hva skjer med slike situasjoner i ettertid I avdelingen og hos deg selv	
	Hva lærer du av slike erfaringer	
4) Oppsummering		
	Oppsummering av funn	
	Har jeg forstått deg riktig	
	Er det noe du vil legge til	

2. Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere når pasientbehandlingen ikke gir ønsket effekt?

Bakgrunn og formål

Prosjektet er et masterstudie i spesialsykepleie ved Universitet i Agder.

Formålet med studien er å beskrive intensivsykepleieres utfordringer når de opplever at behandlingen som gis pasienten ikke har ønsket effekt, eller behandlingen oppleves som nytteløs. Kan kunnskap om intensivsykepleieres utfordringer gi en pekepinn på hvordan forskjellige intensivavdelinger håndterer lignende situasjoner. Hvordan håndterer og mestrer intensivsykepleierne slike situasjoner. Hvordan oppleves samarbeidet innad i avdelingen. Hvordan formidles informasjon om pasientene det gjelder. Er dette aktuelle tema på de respektive intensivavdelingene?

Utvalget er intensivsykepleiere med mer enn to års erfaring fra intensivavdeling som oppgir å ha erfaring med temaet som prosjektet omhandler. Det er leder på avdelingen som først får henvendelsen og deretter videreformidler dette til de som er aktuelle innenfor nevnte inklusjonskriterier.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er beskrivende kvalitativ og datainnsamlingen foregår ved individuelle semistrukturerte intervju. Intervjuene antas å vare i omtrent en time, og tas opp med lydbåndopptaker. Spørsmålene vil omhandle intensivsykepleieres egne erfaringer vedrørende temaet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydfiler lagres på privat datamaskin med brukernavn og passord. Skriftlig materiale vil ikke kunne kobles til personopplysninger. Det er kun student som vil ha tilgang til personopplysningene. Deltakerne skal ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner eller foredrag.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2014 og da skal lydfiler slettes/makuleres

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Line Veronica Pedersen line_sor@yahoo.no Mobil 98036691

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

3. Godkjenning fra norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Heald Hørløges gate
N 5007 Bergen
Norslag
Tel: +47 55 58 21 1
Fax: +47 55 58 96 5
red@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 88

Lisbet Falkenberg
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.10.2013

Vår ref: 35541 / 2 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35541	<i>Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere når pasientbehandlingen ikke gir ønsket effekt</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lisbet Falkenberg</i>
Student	<i>Line Veronica Pedersen</i>

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.uib.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, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77


Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / Deskoffices
OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. red@hio.no
TRONDHØM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47 73 50 33 07. lgro.nsa@het.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmsa@sv.ut.no

4. Godkjenning fra fakultetets etiske komite

Line Veronica Pedersen

 Søknad til FEK.doc

Prosjektet " Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere når pasientbehandlingen ikke gir ønsket effekt?" ble i Fek møtet 23.09.13 godkjent for prosjektoppstart under de forutsetningene som er beskrevet i søknaden samt godkjenning fra NSD. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland

Godkjent

Avb

