

«En hårfin balanse mellom å beskytte og stille krav»

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres erfaring med våkne
respiratorpasienter

VERONICA ROSE

VEILEDER

Gro Frivold

Gudrun Rohde

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 17 796

Forord

Inspirasjon til masterprosjektet har jeg fått gjennom arbeidserfaring og under praksis i studiet. Jeg har opplevd ulike meninger og synspunkter relatert til våkne respiratorpasienter. Tidligere pasientsituasjoner har utfordret og inspirert meg, samt gitt meg motivasjon til å ønske å lære mer om temaet.

Det har vært en lærerik, men også utfordrende prosess. Studien har også gitt meg en større forståelse av forskning innenfor sykepleierfaget.

Jeg ønsker å takke avdelingsledere for et godt samarbeid om rekruttering. Videre ønsker jeg å rette en stor takk til dyktige og reflekterte informanter som stilte opp og delte sine erfaringer med meg.

En stor takk rettes også til mine veiledere som har fulgt meg i denne prosessen, og gitt meg støtte og konstruktive tilbakemeldinger. Gro Frivold satt meg på riktig kurs og viste meg vei i startfasen, og Gudrun Rohde hjalp meg å «samle trådene» i innspurten. Tusen takk for god veiledning fra dere begge!

Til slutt vil jeg takke familien min, dere har vært tålmodige. Jeg lover å være mer tilgjengelig fremover.

April, 2024

Veronica Rose

Sammendrag

Bakgrunn: Stadig flere får komplisert intensivbehandling med behov for respiratorbehandling. Dyp sedasjon forlenger respiratorbehandling, og kan medføre flere negative konsekvenser for pasientens rehabiliteringspotensiale. I dagens retningslinjer ønsker man primært å smertelindre, deretter vurdere behov for sedasjon. Anbefalte retningslinjer gjenspeiler ikke alltid dagens sedasjonspraksis.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke norske intensivsykepleieres erfaring med våkne respiratorpasienter. Kunnskapen vil bidra til å belyse utfordringer, samt avdekke gode intervensjoner for å best oppnå nasjonale anbefalinger knyttet til lett sedasjon.

Metode: Det er benyttet et kvalitativt forskningsdesign, med en fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming. Det ble gjennomført 8 semistrukturerte dybdeintervju av norske intensivsykepleiere fra 2 generelle intensivavdelinger. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Braun & Clarke`s tematisk analyse.

Resultater: To hovedtemaer kom frem: *En hårfin balanse mellom å beskytte og stille krav, og betydningen av felles ambisjoner og tilrettelagt arbeidsmiljø.* Intensivsykepleiere opplevde det utfordrende å arbeide med våkne respiratorpasienter. Samspillet mellom intensivsykepleier og pasient var betydningsfullt. Tilstrekkelig kompetanse og erfaring var nødvendig for å balansere pasientens behov for beskyttelse og samtidig sikre fremgang i pasientens rehabilitering. Pårørende kom frem som viktige støttespillere. Det var vanskelig å oppnå ønsket sedasjonspraksis på grunn av manglende tilrettelagt arbeidsmiljø, arbeidsstruktur og samarbeid i behandlingsteamet. Felles ambisjoner i det tverrprofesjonelle behandlingsteamet var nødvendig for å lykkes med anbefalt praksis.

Konklusjon: Intensivsykepleiere har en betydningsfull rolle i pasientsentrert omsorg. Økt kompetanse og ansvar kan gi intensivsykepleiere bedre mestringsevne i møte med utfordringer knyttet til lett sedasjon. Systemet kan ha en nøkkelrolle for å endre kulturen i avdelingen, samt iverksette virksomme implementeringsstrategier og tilrettelegge for et helsefremmende miljø.

Nøkkelord: Mekanisk ventilasjon, lett sedasjon, intensivsykepleier, erfaring, pasientsentrert omsorg.

Abstract

Background: A growing number of patients are receiving complex intensive care requiring ventilation therapy. Deep sedation prolongs ventilation therapy and has several negative consequences for the patient's rehabilitation. Current guidelines primarily encourage pain relief, after which sedation may be considered. Recommended guidelines do not always reflect current sedation practices.

Purpose: The aim of the study was to examine Norwegian intensive care nurses' experiences with patients who are awake while ventilated. This knowledge will help assess challenges and uncover interventions for best compliance with national recommendations for practices.

Method: A qualitative research design was used with a phenomenological/hermeneutic approach. Norwegian ICU nurses from two general intensive care departments conducted 8 semi-structured, in-depth interviews. The data was analysed using Braun & Clarke's thematic analysis.

Results: Two main themes emerged: *A fine balance between protection and requirements*, and the *importance of shared ambitions and an adapted working environment*. ICU nurses found it challenging to treat patients who were awake while ventilated. Interactions between ICU nurses and their patients were of importance. Sufficient expertise and experience were required for balancing the patient's need for protection while ensuring rehabilitation progress. Family members were highlighted as key support persons. Recommended sedation practices were difficult to achieve due to challenges in the working environment and the lack of structure and cooperation in medical team. Shared ambitions among interprofessional team were essential for success with recommended practices.

Conclusion: Intensive care nurses play an important role in patient-centred care. Increased competence and responsibility may improve ICU nurses' abilities to manage the challenges of light sedation. The system can play a key role in changing department culture, initiating effective implementation strategies and facilitating a health-promoting environment.

Keywords: Mechanical ventilation, light sedation, intensive care nurse, experience, patient-centred care.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.2	HENSIKTEN MED STUDIEN	3
1.2.1	<i>Problemstilling</i>	3
1.3	AVGRENSNING OG PRESISERING	3
2	TEORETISK FORANKRING OG TIDLIGERE FORSKNING	4
2.1	LITTERATURSØK	4
2.2	RESPIRATORPASIENTEN I DET HØYTEKNOLOGISKE ROMMET	6
2.3	FYSISKE OG PSYKISKE PÅKJENNINGER	7
2.4	INTENSIVSYKEPLEIERS ROLLE OG FUNKSJON	9
2.5	IDENTIFISERING AV SMERTER	10
2.6	SEDASJON	11
2.6.1	<i>Sedasjonens konsekvenser for pasienten</i>	12
2.6.2	<i>Identifisering av sedasjonsnivå og agitasjon</i>	13
2.7	STRATEGIER I KLINISK PRAKSIS	14
2.8	TIDLIGERE FORSKNING AV INTENSIVSYKEPLEIERS ERFARING OG PERSPEKTIV	18
2.9	SALUTOGENESE I KLINISK PRAKSIS OG PÅ ARBEIDSPLASSEN	20
3	METODE	24
3.1	KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	24
3.2	FILOSOFISK TILNÆRMING OG EGEN FORFORSTÅELSE	24
3.3	DATAINNSAMLING	26
3.3.1	<i>Semistrukturert individualintervju</i>	26
3.3.2	<i>Utvalg og rekruttering</i>	27
3.4	FORSKNINGSETIKK	28
3.4.1	<i>Informert samtykke</i>	29
3.4.2	<i>Konfidensialitet og oppbevaring av data</i>	29
3.4.3	<i>Forskerollen</i>	30
3.4.4	<i>Kontekst og gjennomføring av intervju</i>	30
3.4.5	<i>Transkribering</i>	31
3.5	ANALYSE	32
3.5.1	<i>Analyseprosessen</i>	32
3.6	METODISKE OVERVEIELSER	36
3.6.1	<i>Studiens troverdighet</i>	36
4	PRESENTASJON AV FUNN	39
4.1	EN HÅRFIN BALANSE MELLOM Å BESKYTTE OG STILLE KRAV	40
4.1.1	<i>Skape trygghet og ro i et belastende miljø</i>	40
4.1.2	<i>Finne pasientens grense for ubehag</i>	42
4.1.3	<i>Gjenvinne identitet ved å stille krav</i>	44
4.1.4	<i>Å stå sammen i gjensidig frustrasjon</i>	46
4.2	BETYDNINGEN AV FELLE AMBISJONER OG TILRETTELAGT ARBEIDSMILJØ	48

4.2.1	<i>Tilfeldig praksis</i>	48
4.2.2	<i>Å jobbe under utrygge rammer</i>	49
4.2.3	<i>Ønske om et bedre samarbeid</i>	50
4.2.4	<i>Håp om endring på systemnivå</i>	51
5	DISKUSJON	53
5.1	EN HÅRFIN BALANSE MELLOM Å BESKYTTE OG STILLE KRAV	53
5.1.1	<i>Opplevelse av sammenheng i klinisk praksis</i>	55
5.2	BETYDNINGEN AV OPPLEVELSE AV SAMMENHENG PÅ ARBEIDSPLASSEN	59
5.2.1	<i>Begripelighet</i>	59
5.2.2	<i>Håndterbarhet</i>	61
5.2.3	<i>Meningsfullhet</i>	63
6	KONKLUSJON	65
6.1	KLINISKE IMPLIKASJONER	66
	REFERANSELISTE	67
	VEDLEGG 1	73
	VEDLEGG 2	74
	VEDLEGG 3	75
	VEDLEGG 4	76
	VEDLEGG 5	81
	VEDLEGG 6	82
	VEDLEGG 7	83
	VEDLEGG 8	84

1 Innledning

Stadig flere får komplisert intensivbehandling ved norske sykehus. Det ble i 2022 registrert 20 021 intensivopphold i Norge. Andelen som trengte respiratorstøtte under intensivoppholdet var 60% (Buanes et al., 2023). Overlevelseshraten etter intensivbehandling øker, mens helserelatert livskvalitet etter intensivopphold er ofte nedsatt. Pasienter som overlever kritisk sykdom opplever ofte svekket kognisjon, mental helse og fysisk funksjon. Tilstanden blir omtalt som post-intensive care syndrome (PICS). Risikoen for utvikling av PICS øker ved langvarig respiratorbehandling. PICS påvirker pasientens livskvalitet og er kostbart for samfunnet. Tilstanden er ofte assosiert med manglende evne til å komme tilbake i arbeid, økt risiko for re-innleggelse på sykehus og død i løpet av de påfølgende årene (Mikkelsen et al., 2023).

Det er en stor påkjenning å være akutt og kritisk syk innlagt på intensivavdeling. Respiratorpasienter utsettes for prosedyrer og behandling som kan være ubehagelig og smertefullt. Det høyteknologiske miljøet kan oppfattes som fremmed og skremmende. Flere pasienter opplever angst, stress og agitasjon (Fuchs & Bellamy, 2023; Pandharipande & Hayhurst, 2023). Respiratorpasienter har tradisjonelt fått dyp sedasjon (sovemedisin) under store deler av intensivoppholdet. Dyp sedasjon har flere ugunstige virkninger på pasientutkommet som blant annet fører til forlenget respiratorbehandling og flere sykehusdøgn. I dagens anbefalinger ønsker man primært først å lindre ubehag og smerter, deretter vurdere behovet for sedasjon. Det ideelle målet er våkne, samarbeidene og komfortable respiratorpasienter (Devlin et al., 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Allerede på 2000 tallet viste forskning at lett sedasjon, daglige oppvåkninger og våkne respiratorpasienter var gunstig (Brattebø et al., 2003; Jacobi et al., 2002; Kollef et al., 1998; Kress et al., 2000). Mine erfaringer og forforståelse er at dagens sedasjonspraksis ikke alltid gjenspeiler nasjonale og internasjonale anbefalingene. Det fremgår i internasjonal forskning at en stor andel av respiratorpasienter fortsatt sederes for dypt under sykehusoppholdet (Hofer et al., 2022; Waydhas et al., 2022). I en longitudinell studie utført i Norge fra tidsrommet 2009-2015 ble det målt etterlevelse av internasjonale retningslinjer for smerte, sedasjon og delirium. Målet om å ha en våken og samarbeidsvillig pasient med akseptable smertenivåer ble gradvis nådd i denne perioden (Wøien, 2020). En studie av norske intensivsykepleiere viste delvis implementering, men sedasjonspraksisen varierte signifikant mellom de ulike intensivavdelingene (Nystrøm et al., 2020). Økt frustrasjon blant sykepleiere knyttet til den våkne respiratorpasienten kom frem i en dansk studie. Det ble påpekt flere grunner til dette, sykepleieres holdninger kunne ha en viktig betydning i hvordan de møtte utfordringene knyttet til lett sedasjon (Mortensen et al., 2019).

1.2 Hensikten med studien

Internasjonale og nasjonale retningslinjer har ført med seg en endring i hvordan man skal utføre sykepleie til respiratorpasienter. Fra å behandle sovende pasienter som er totalt styrt av helsepersonell, skal intensivsykepleiere samarbeide med respiratorpasienter under behandlingen. I mine litteratursøk ble det funnet få norske kvalitative studier av nyere karakter rettet mot intensivsykepleieres erfaringer med den våkne respiratorpasienten. Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med våkne respiratorpasienter. Deres levde erfaringer og perspektiv vil være betydningsfulle for å belyse utfordringer og avdekke gode tiltak for å best oppnå de nasjonale anbefalingene knyttet til lett sedasjon.

1.2.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å ivareta våkne respiratorpasienter?

1.3 Avgrensning og presisering

Studien er avgrenset til å omhandle voksne intuberte respiratorpasienter (tube via svelg). Pasienter med traceostomi (åpning inn til luftrøret via halsen) er ekskludert for å begrense oppgavens omfang. Begrepene «våken» og «lett sedert» blir omtalt med lik betydning i studien. Ved lett sedasjon er man fortsatt våken, men er påvirket av medikamenter. Den vanligste definisjonen på lett sedasjon blir redegjort for senere i teksten.

2 Teoretisk forankring og tidligere forskning

I dette kapittelet presenteres litteratursøk, relevant teori, tidligere forskning, lovverk og strategier som belyser konteksten rundt problemstillingen.

2.1 Litteratursøk

I oppstartfasen ble det søkt bredt etter litteratur via flere databaser. På denne måten ble jeg kjent med temaet og dannet meg en oversikt over tidligere forskning. For å spisse søkene mine i kvalitativ retning ble det utarbeidet et PICO skjema. Skjemaet ble opprettet for å tydeliggjøre problemstillingen og for å systematisere søkene, se tabell 1 (Helsebiblioteket, 2021). Det ble utført systematisk litteratursøk med hjelp av bibliotekar. Det ble søkt i databasene Cinahl og Medline via EBSCOhost, se søkestreng [vedlegg 1](#). Det strukturerte søket ble først utført 21.06.23 og siste gang 09.04.2024.

Tabell 1. PiCo skjema med aktuelle søkeord med trunkering ble brukt i forskjellige kombinasjoner:

P	Population/Problem: Intensivsykepleier	nurs*
I	Phenomenon Of Interest: Lett sedasjon eller ingen sedasjon	Sedation*
Co	Context: Hvordan erfares det å arbeide med våkne intuberte respiratorpasienter	experience* perspectiv* attitude* percept* opinion* belie* view* role* practice* respirator* ventilat* intubat*

Det var flere treff internasjonalt via EBSCOhost. Smerte og smertelindring var inkludert i søket i starten, og senere fjernet på grunn av for stort antall søketreff. Søkene ble begrenset til norsk, svensk, dansk og engelsk språk. Med aktuelle begrensinger var det 33 treff totalt. Det var ønskelig å undersøke erfaringer i dagens sedasjonspraksis, publikasjonsperioden ble derfor begrenset fra 2018 til dags dato. Etter denne begrensingen satt jeg igjen med 16 treff. Videre ønsket jeg å undersøke intensivsykepleieres erfaring i Norden, og helst i Norge. Jeg endte derfor kun opp med tre artikler som jeg ønsket å inkludere via søk i EBSCOhost. Det ble derfor søkt etter norske kvalitative artikler i sykepleien.no, inspira, google scholar og oria. Jeg endte opp med å inkludere tre kvalitative artikler, samt en kvantitativ studie som omhandler intensivsykepleieres erfaring og praksis ved lett sedasjon. Underveis i forskningsprosessen har jeg fått nye kunnskaper, og det er også funnet forskningsartikler i referanselister fra artikler, og ved bruk av aktuelle mesh terms (emneord). Det vil derfor være artikler representert i diskusjonsdelen som ikke er lagt frem i det teoretiske rammeverket. Artikkelen som er inkludert i studien er fagfellevurdert, følger IMRAD strukturen og er kritisk vurdert etter sjekklister prinsipper. UpToDate og helsebiblioteket er hovedsakelig brukt som oppslagsverk for å sikre meg oppsummert forskning og nyeste anbefalinger innenfor temaet (Helsebiblioteket, 2021; Polit & Beck, 2022). Det er også søkt etter retningslinjer og fagprosedyrer i ehåndboken til Oslo universitetssykehus for å undersøke norske anbefalinger. Den første delen av teori kapitlet omhandler oppsummert forskning, kvantitativ forskning, rammeverk, lover, retningslinjer og strategier. Tidligere forskning som omhandler intensivsykepleieres erfaringer med våkne respiratorpasienter presenteres mot slutten av dette kapitlet. Avslutningsvis presenteres en etablert helseteori som jeg mener er relevant for å belyse studiens problemstilling.

2.2 Respiratorpasienten i det høyteknologiske rommet

En intensivavdeling er en geografisk avgrenset sykehusenhet med spesialutdannet personell som behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner. Intensivavdelinger er utstyrt med enerom og rom med flere senger. Sengeplasser på flersengsrom er ofte utstyrt med forheng mellom pasientene. Formålet er skjerming av innsyn, og de gir minimal lyddeppe effekt. Pasienter innlagt på intensivavdeling trenger ofte komplisert og tidkrevende behandling. Sviktende respirasjon er vanlig ved akutt og/eller kritisk sykdom, ofte vil pasientene trenge invasiv respirasjonstøtte med respiratorbehandling (NAF & NSFLIS, 2014).

Ved sviktende respirasjon må pasientens luftveier sikres. I starten av forløpet blir ofte pasientens luftveier sikret og vedlikeholdt med oral trakealtube. Tuben føres inn i luftrøret via svelg og ned til delingen mellom høyre og venstre lunge. Kontroll av plassering er viktig for å sikre adekvat respiratorbehandling. Er det forventet langvarig respiratorbehandling legges det inn en trakeostomi, en åpning via huden foran halsen og inn til luftrøret (Orebaugh & Snyder).

Respiratorbehandling innebærer mekanisk overtrykksventilering av pasientens respirasjon for å sikre tilfredsstillende oksygenering, ventilasjon (utluftning) av karbondioksid og/eller avlastning av pasientens pustearbeid. Mekanisk ventilering kan gis non invasivt via tett maske, eller invasivt via tube i luftveiene. Invasiv overtrykksventileringen omtales som respiratorbehandling (Olsen & Nystrøm, 2020).

Respiratormaskinen har en rekke modus og innstillinger for å best ivareta pasientens respiratoriske behov. I kontrollert modus overtar maskinen pasientens pustearbeid under hele respirasjonssyklusen. I spontan modus blir maskinen trigget (styrt) av pasientens pusteforsøk. I denne modusen bruker pasienten diafragma aktivt, pleurahinnen drar med seg lungevevet nedover og lungene fylles med luft. Spontan modus har flere innstillinger som justeres ut ifra hvor mye «støtte» pasienten trenger under respirasjonsarbeidet. Dette er en modus som nærmer seg normal respirasjon. Den benyttes når pasienter ikke er dypt sedert, og i tilfeller der pasienten ikke har behov for mye hjelp til respirasjonsarbeidet. Det benyttes ofte en kombinasjon av begge modusene, det vil si at maskinen kan trigges av pasientens pusteforsøk selv om den er i kontrollert modus (Olsen & Nystrøm, 2020).

Respiratoravvenning er en prosess der man reduserer mengden hjelp pasienten får fra respiratoren, formålet er at pasienter gjør største delen av respirasjonsarbeidet på egenhånd. Målet er å få pasienten koblet av respiratoren raskest mulig om situasjonen tillater det (Olsen & Nystrøm, 2020).

For å ivareta sviktende organfunksjoner overvåkes og behandles intensivpasienten kontinuerlig. Pasientene er «tilkoblet» flere tekniske overvåknings og behandlingsutstyr under oppholdet. Det medisinsktekniske utstyret er utstyrt med alarmer, sterkt lys, og det er ofte lyder fra maskiner som er i drift. Den komplekse og ressurskrevende behandlingen fører ofte med seg behov for flere personale på en pasient. Arbeidstempoet kan til tider være høyt og kan prege atmosfæren i rommet (Stubberud, 2020).

2.3 Fysiske og psykiske påkjenninger

Respiratorpasienter opplever ofte smerter under intensivoppholdet. Det kan være flere årsaker til smerter. Det kan oppstå i forbindelse med sykdom, skade eller kirurgi. Utførelse av nødvendige invasive prosedyrer som blant annet innleggelse av endotracheal tube, mekanisk ventilasjon, ventrikkelsonde, arteriekran og venekateter kan oppleves smertefullt. Sykepleier intervensjoner som sanering av slim i luftveiene og endring av leie i sengen er dagligdagse gjøremål som kan oppleves ubehagelig og smertefullt. Annet ubehag som dyspné (pustebesvær), tørste, redsel og angst er påkjenninger den kritisk syke kan oppleve under oppholdet (Pandharipande & Hayhurst, 2023). Det fysiske og psykiske stresset kroppen utsettes for kan påvirke det sympatiske nervesystemet. Økt sympatisk stressrespons påvirker en rekke organer som er negativt for behandlingsforløpet og pasientens rehabiliteringspotensial (Fuchs & Bellamy, 2023; Tietze & Fuchs, 2023).

Det er store individuelle forskjeller i hvordan respiratorpasienter opplever og mestrer smerter, ubehag og ytre stressfaktorer. Flere faktorer spiller inn, slik som personlighet, genetikk, tidligere opplevelser og erfaringer. Intuberte pasienter som har vanskelig for å uttrykke seg er mer utsatt for å bli oppkavet og agitert. Agitasjon hos kritisk syke pasienter kan skyldes flere faktorer. Smerter, delirium, angst og medikamentabstinenser kan blant annet medføre agitasjon (Pandharipande & Hayhurst, 2023).

Aggitasjon, pustebesvær og stress kan også oppstå om respiratoren ikke er godt nok tilpasset pasientens pustemønster (Pandharipande & Hayhurst, 2023). Pasienter vil da puste usynkront med maskinen. Tilstanden omtales som pasient-ventilator dyssynkroni, og kan ha flere og sammensatte årsaker. Situasjonen er potensielt livstruende og må behandles raskt. De to vanligste årsakene er feil i respiratorinnstillingene eller utilstrekkelig sedasjon. En stresset pasient kan puste usynkront med maskinen selv om den i utgangspunktet er riktig innstilt pasientens pustemønster. Kliniske symptomer som engstelse, rask puls og økt respirasjonsfrekvens vil fremstå ved stress og ved feil i respiratorinnstillingene (Kaufman et al., 2022).

Respiratorpasienter er sårbare på grunn av sin alvorlige sykdom, men også relatert til påkjenninger i det fysiske intensivmiljøet. Sterke emosjonelle reaksjoner kan oppstå når pasienter opplever en traumatisk krise i livet. Mangel på søvn kan føre til utmattelse. Ved utmattelse er ofte pasienter mer sensible for lukt, lyd og lys. Eksistensielle spørsmål kan dukke opp, og pasienter kan veksle mellom å føle håp og håpløshet samme dag. Man kan også føle seg fremmedgjort i ukjente omgivelser, fremmed situasjon, og ved manglende kontroll over døgnrytme. Identiteten trues når helsepersonell og maskiner «overtar» kroppens funksjoner. Situasjonen kan få pasienten til å føle seg avhumanisert i intensivmiljøet. Manglende mulighet til kommunikasjon og avbrutt kontakt med nærmeste pårørende kan medføre opplevelse av isolasjon (Stubberud, 2019).

Sykdom, medisinpåvirkning og manglende døgnrytme vil ofte påvirke pasientens orienteringsevne og tidsperspektiv (Stubberud, 2019). Fysiske og psykiske påkjenninger under intensivoppholdet kan lede til delirium. Delirium er en akutt forvirringstilstand preget av forstyrret bevissthet, oppmerksomhet og tankevirksomhet. Dette kompliserer behandlingen ytterligere og gir økt mortalitet (Francis, 2019).

2.4 Intensivsykepleiers rolle og funksjon

Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleie som krever avanserte kunnskaper og ferdigheter innen behandling av akutt og/eller kritisk syke pasienter. Intensivsykepleiere er underlagt rammer, lover og regler i sin yrkesutøvelse (NSFLIS, 2023).

Intensivsykepleiere i Norge er underlagt helsepersonelloven og pasientrettighetsloven, og må utøve sitt arbeid innenfor rammene i lovverkene. Formålet med lovgivningene er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Alle pasienter som mottar behandling i helsetjenesten har rett til å motta kvalitetssikret behandling (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Hensikten med funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleie er å være førende for den kliniske utførelsen av intensivsykepleie i Norge. En intensivsykepleier er i tett kontakt med respiratorpasienter og har en betydningsfull rolle som kan påvirke pasientforløpet. Den kliniske utførelsen av intensivsykepleie skal være kunnskapsbasert, og ha en helsefremmende, forebyggende, rehabiliterende og lindrende funksjon (NSFLIS, 2023).

Lindrende funksjon innebærer å lindre symptomer for å begrense belastning som pasienter opplever i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Videre skal man hjelpe pasienten til å anvende ressurser på helsefremmende prosesser som kan bidra til å mestre og lindre stress, smerter og ubehag. Gjennomføring av medisinsk behandling skal foregå i samarbeid med, og på ordinasjon fra pasientens legeteam. Intensivsykepleier har et medansvar for at medisinsk behandling utføres forsvarlig (NSFLIS, 2023).

Allerede i det akutte stadiet skal det tilrettelegges for rehabilitering med langsiktige mål for å bedre pasientutkommet, samt pasientens opplevelse av livskvalitet. Pasientens ressurser må vurderes fortløpende, og tiltak skal gjennomføres systematisk for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet. Hensiktsmessig dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid sikrer kontinuitet, plan og kvalitet i pasientens behandling (NSFLIS, 2023).

Det skal legges til rette for helsefremmende omgivelser hos pasienten for å fremme velvære, håp og livsmot. Tiltak skal utføres for å hindre videre utvikling av sykdom og helsesvikt. Pasienten må beskyttes mot skader og komplikasjoner i forbindelse med undersøkelser og behandling. Pårørende skal anerkjennes som betydningsfulle støttespillere, og det må legges til rette for et pasient - og familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2023).

2.5 Identifisering av smerter

Undervurdering og underbehandling av smerter hos intensivpasienter er dessverre vanlig. Felles standardiserte smertekartleggingsverktøy anbefales for å oppnå felles forståelse av pasientens smerter i behandlingsteamet. Systematisk smertevurdering og dokumentasjon kan fange opp pasientens smerteintensitet og eventuelle endringer under oppholdet. Kartlegging er nødvendig for å måle effekt av medisiner, og er et nyttig verktøy for å opprettholde akseptabelt individualisert smertenivå (Pandharipande & Hayhurst, 2023). Systematisk og hyppig vurdering av smerter er forbundet med mindre bruk av sedasjon og kortere respiratorbehandling. Intuberte respiratorpasienter som er påvirket av sedasjon kan være ute av stand til å formidle smerter. Bevisste pasienter kan også ha problemer med å uttrykke eget smertenivå under oppholdet. For å kartlegge pasientens smerter må man bruke riktig verktøy tilpasset pasientens evne til å formidle egne smerter. Det finnes ulike verktøy for kartlegging av smerter, de vanligste blir omtalt nedenfor (Pandharipande & Hayhurst, 2023).

Hos pasienter som kan kommunisere blir det anvendt Visual Analog Skala (VAS), Numeric Rating Scale (NRS) eller Verbal Rating Scale (VRS). Ved VAS brukes en linje som representerer ingen eller verst tenkelig smerte. Pasienten peker på skalaen for å beskrive smerteintensitet. Ved NRS angis det et tall mellom 0-10 for å identifisere smerter. VRS er en verbal beskrivelse av smerter fra ingen til verst tenkelig smerte (Pandharipande & Hayhurst, 2023).

Andre verktøy blir anvendt der pasienten ikke er i stand til å formidle egne smerter. Mest brukt er verktøyene Behavioral Pain Scale (BPS) eller Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). Her observeres fysiologiske indikatorer og smerterelaterte adferd som ansiktsuttrykk, bevegelser i overekstremitetene og samarbeid med respiratoren.

Smerte mistenkes også ved tegn på sympatisk aktivering, for eksempel høy puls, høyt blodtrykk, økt svetting og tåreflod. Observasjon av vitale tegn er ikke tilstrekkelig alene for vurdering av smerter. Begrunnelsen for dette er fordi flere medikamenter kan dempe pasientens sympatiske aktivering (Pandharipande & Hayhurst, 2023).

2.6 Sedasjon

Begrepet sedasjon er en tilstand som innebærer både analgesi (smertelindring), amnesi (hukommelsesreduksjon), hypnose (søvn) og anksiolyse (angstreduksjon). Man oppnår sedasjon ved å tilføre et legemiddel som påvirker sentralnervesystemet til pasienten slik at bevissthetsnivået reduseres. Tilstanden kan strekke seg fra lett sedasjon (døsighet) til dyp sedasjon (dyp søvn). Tilstanden er doseavhengig, og det er en glidende overgang fra å være våken til å være i dyp søvn (Gulbrandsen, 2020).

Respiratorpasienten utsettes for flere påkjenninger som kan påvirke kroppens stressrespons og føre til negative konsekvenser for pasienten. Det kan være nødvendig å tilføre pasienten sedasjon for å redusere stressrespons, men også for å oppnå et samarbeid under behandlingsforløpet ved uro og agitasjon. Det er en glidende overgang fra å gi tilstrekkelig og ønsket sedasjonsnivå, samt til å gi for mye uønsket sedasjon (Gulbrandsen, 2020).

Noen pasientgrupper er det nødvendig å sedere dypt. Indikasjon for dyp sedasjon av intensivpasienter kan være høyt intrakranielt trykk (ICP), alvorlig akutt lungesviktsyndrom (alvorlig ARDS) og vedvarende epileptiske anfall (Fuchs & Bellamy, 2023).

2.6.1 Sedasjonens konsekvenser for pasienten

Pasienter som er dypt sedert er overlatt behandlingsteamets evne til å identifisere behov og beskytte dem mot omverden. Det er enklere å fange opp ubehag, smerter og kognitiv tilstand når pasienter er i stand til å uttrykke seg. Våkne og samarbeidende pasienter kan være delaktig i mobilisering som er en nødvendig del av rehabiliteringen. Bevisste pasienter kan lettere kommunisere med sine pårørende som er viktige støttespillere ved akutt og kritisk sykdom (Gulbrandsen, 2020). Ved alvorlig skade og sykdom er det viktig å bedømme og kartlegge nevrologisk status. De sedative medikamentene vanskeliggjør denne kartleggingen. Økt bruk av visse sedative medikamenter kan medvirke til utvikling av delirium. Flere sedative medikamenter er avhengighetsskapende og kan gi ubehagelige symptomer når de trappes ned (Fuchs & Bellamy, 2023).

Et viktig mål for fremme pasientens rehabiliteringspotensiale er å tilstrebe kortest mulig respiratorbehandling. For raskest mulig avvenning fra respirator må pasienten ha tilstrekkelig respirasjonsdrive (egen respirasjon) og hosterefleks for å mobilisere slimsekret. Hosterefleks og respirasjonsdrive påvirkes av sedasjon (Han, 2023). Forlenget respiratorbehandling og nedsatt hosterefleks kan medføre opphopning av sekret i lungene, og dette øker risikoen for ventilatorassosiert pneumoni (Klompas, 2023). Lengre tid på respirator vanskeliggjør den viktige mobiliseringen og forlenger sykehusoppholdet betydelig (Han, 2023). Risikoen for utvikling av PICS øker ved forlenget respiratorbehandling (Mikkelsen et al., 2023). Medikamenter som brukes for å oppnå sedasjon kan gi sirkulasjonsforstyrrelser. Ofte må det gis vasoaktive medikamenter for å opprettholde pasientens blodtrykk (Pandharipande & Hayhurst, 2023; Tietze & Fuchs, 2023). Økt bruk av vasoaktive medikamenter øker risikoen for ytterlige komplikasjoner som blant annet nedsatt sirkulasjon til viktige organer, hjertearytmier og forhøyet blodsukker (Manaker, 2023).

2.6.2 Identifisering av sedasjonsnivå og agitasjon

Det finnes flere verktøy for kartlegging av sedasjonsdybde og agitasjon. Mest brukt verktøy på intensivavdeling er Richmond Agitation- Sedation- Scale (RASS), se figur 1 (Wøien et al., 2018). Redskapet gjør det enklere for behandlingsteamet å oppnå felles vurdering og forståelse av sedasjonsnivå til pasienten. Legen setter et ønsket RASS nivå og sykepleieren må vurdere og tilstrebe ønsket sedasjonsnivå (Gulbrandsen, 2020).

RASS skjemaet strekker seg fra +4 som er et uttrykk for at pasienten er aggressiv og voldelig, til -5 hvor pasienten ikke er vekkbart ved fysisk stimuli. Det ideelle sedasjonsnivået er 0, da er pasienten våken og rolig (Fuchs & Bellamy, 2024). RASS nivå kan ikke måles hos pasienter som er muskelrelaksert, det vil si når det er gitt et medikament som blokkerer viljestyrt tverrstripet muskulatur. Pasienter som er muskelrelaksert skal alltid holdes dypt sedert. Måling av bevissthet blant disse krever en helhetsvurdering av klinikk og overvåkning av pasientens hjerneaktivitet. Ofte brukes et instrument som heter BIS (Bispectral index) for å indikere sedasjonsdybden (Gulbrandsen, 2020).

Figur 1. Norsk oversettelse av Richmond Agitation and Sedation Scale (Wøien et al., 2018).

©Norsk oversettelse godkjent av Curtis Sessler november 2008 / Hilde Wøien, Hanne Alfheim, Anne Kathrine Langerud og Audun Stubhaug, Anestesi- og Intensivklinikken Rikshospitalet HF

The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS

Skår	Uttrykk	Beskrivelse	
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbart til fare for personalet	
+3	Meget agitert	Drar i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv	
+2	Agitert	Hyppige bevegelser uten formål, slåss mot respirator	
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive	
0	Våken og rolig		
-1	Døsig	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/ øyekontakt) på tiltale (≥10 sekunder)	Verbal stimulering
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på tiltale (<10 sekunder)	
-3	Moderat sedert	Bevegelse eller åpner øynene på tiltale (men ingen øyekontakt)	Fysisk stimulering
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal oppfordring, men bevegelse eller åpner øynene ved fysisk stimulering	
-5	Ikke vekkbart	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering	

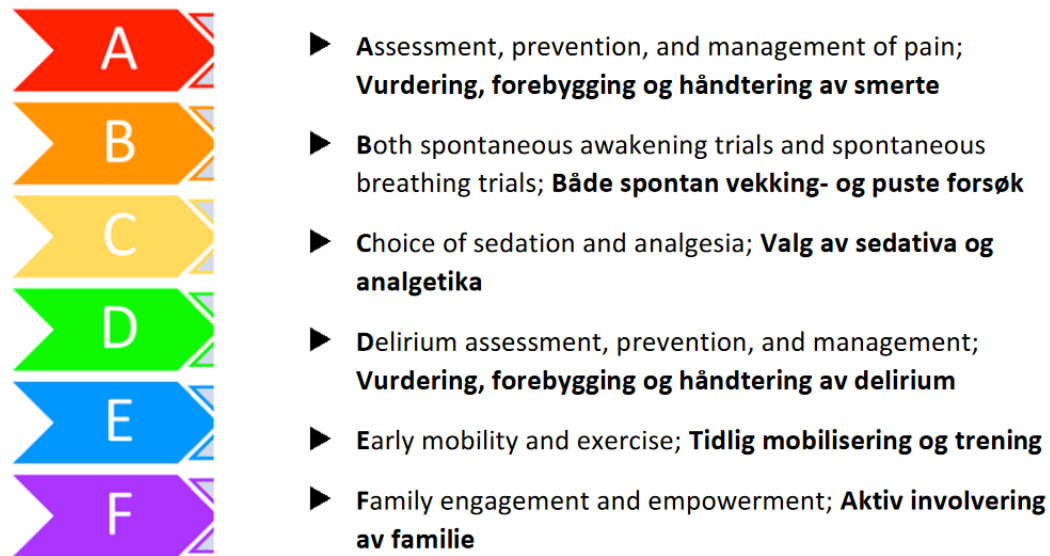
2.7 Strategier i klinisk praksis

Det er utarbeidet evidensbasert retningslinjer i over tjue år med mål om komfortable pasienter med minst mulig bruk av sedasjon (Jacobi et al., 2002). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Distruption in Adult Patients in the ICU (PADIS) ble videreutviklet fra tidligere anbefalinger i 2013 (Barr et al., 2013). Retningslinjene beskriver hvor tett smerte, sedasjon, delirium, immobilisering og søvn henger sammen. Alle fem områder må forebygges og behandles for å oppnå en våken og samarbeidene pasient. Den kliniske tilnærmingen er sammensatt og må individualiseres i hvert enkelt tilfelle (Devlin et al., 2018).

Pasientens fysiske og mentale funksjonsnivå etter intensivoppholdet skal få like mye plass som behandling av aktuell sykdom under intensivoppholdet. For å implementere retningslinjene er det utarbeidet en rekke strategier for klinisk praksis. ABCDEF bundle er en samling av evidensbasert praksis som har til hensikt å redusere skadelige effekter av smerte, agitasjon/sedasjon, delirium, immobilisering og søvnforstyrrelser hos intensivpasienter. De forskjellige elementene er avhengig av hverandre, og pasientutkommet er avhengig av helsepersonellens etterlevelse av disse anbefalingen (Pun et al., 2019).

Oslo universitetssykehus har utarbeidet en handlingsplan som tar for seg disse strategiene, se figur 2 (Barratt-Due & Wøien, 2021).

Figur 2. Oversikt over ABCDEF- bundle (Barratt-Due & Wøien, 2021).



Betydningen av tidlige pasientfokuserede intervensjoner med minimal bruk av sedasjon og opioider har vist seg å forbedre rehabiliteringspotensialet. En annen strategi som er verdt å nevne er eCASH (Early Comfort using Analgesi, minimal Sedatives and maximal Human Care). I dette konseptet er pasientkomfort og flere tilnærminger til smertelindring (multimodal smertelindring) førstevalget. Om pasientene ikke er komfortable til tross for smertelindring og lett sedasjon, må årsaken identifiseres fremfor å sedere pasienten dypere. Minimal bruk av opioider og sedasjon har som formål å fremme søvn, tidlig mobilisering og bedre pasientens kommunikasjonsevne med omverden. Målet er å oppnå en forbedret rehabilitering, forebygge delirium og minimere psykiske problemer i etterkant av oppholdet (Vincent et al., 2016).

I Oslo universitetssykehus (OUS) fagprosedyrer er det utarbeidet anbefalinger basert på gjeldene evidensbasert forskning. Retningslinjene omfatter voksne intensivpasienter med liggetid over 24 timer. I korte trekk innebærer prosedyren økt fokus på å vurdere og behandle smerter før man sederer, såkalt analgosedasjon. Analgosedasjon kan utføres på to forskjellige måter. I den ene tilnærmingen blir smerte vurdert og behandlet, vanligvis med et opioid før administrering av et beroligende middel. Ved kun analgetisk tilnærming brukes et opioid i stedet for beroligende middel for å nå sedasjonsmålet (Pandharipande & Hayhurst, 2023).

Innenfor god smertelindring blir det presisert nødvendigheten av fast ordinasjon, bruk av regional smertelindring og forebygging av smerter ved prosedyrer. Bruk av sympatikus hemmere anbefales for å forebygge og redusere opioidabstinens, samt for å oppnå analgetisk effekt (smertelindring). På grunn av svak evidens er det ikke anbefalt bruk av protokoller for å optimalisere analgosedasjon i OUS retningslinjer (2021). I Internasjonale retningslinjer blir det derimot anbefalt protokollbasert vurdering og trinnvis tilnærming for smerte- og sedasjonsbehandling hos kritisk syke (Devlin et al., 2018).

Ikke-farmakologisk metoder for smertelindring og komfort kommer frem som viktige elementer i OUS fagprosedyrer. Metodene kan brukes alene eller i kombinasjon med farmakologiske intervensjoner. Tilnærminger som avledning, fysioterapi/mobilisering, berøring, massasje, TV, film, lydbok, musikk, bruk av øyemasker og ørepropper blir nevnt. Ikke-farmakologiske intervensjoner for å forebygge og redusere omfanget av delirium blir også beskrevet i fagprosedyren. Inkludering av pårørende, tilstrebe naturlig døgnrytme, hvile, bruk av musikk og bruk av gjentakende informasjon under oppholdet nevnes som forebyggende tiltak. I forhold til søvn og forebyggende behandling av delirium anbefales det ikke- farmakologiske intervensjoner fremfor farmakologiske intervensjoner. Med mindre dyp sedasjon er indisert, står det klart i prosedyren at man skal tilstrebe lett sedasjon med mål om RASS 0 (OUS, 2021).

Begrepet lett sedasjon har ingen universal definisjon, men blir ofte omtalt som RASS nivå mellom -1 - +2 (Devlin et al., 2018). Det anbefales å titrere ned sedasjonen til våken pasient kort tid etter intubasjon. Dyp sedasjon, spesielt de første 48 timene, forsinker ekstubasjonstidspunktet (fjerning av trakealtube) og øker risiko for død. I OUS nye retningslinjer anbefales det ikke sedasjonsstopp med daglige oppvåkninger (2021). Oppsummert forskning støtter dette. Et samlet lavt sedasjonsnivå viser seg å være et bedre alternativ enn daglige oppvåkninger (Fuchs & Bellamy, 2023).

Det anbefales sedering med intermitterende bolusdoser fremfor kontinuerlig infusjoner. Medikamenter med kort halveringstid er å foretrekke. Dersom det er behov for kontinuerlig infusjon av sedativa, anbefales propofol og deksmedetomidin fremfor midazolam (benzodiazepine). Kontinuerlig infusjon med midazolam øker risikoen for delirium. Det anbefales alltid å bruke validerte verktøy for å vurdere og monitorere smerte, sedasjon og delirium (OUS, 2021).

2.8 Tidligere forskning av intensivsykepleieres erfaring og perspektiv

I tidligere forskning kommer det frem positive og negative erfaringer knyttet til våkne respiratorpasienter blant norske intensivsykepleiere (Berntzen et al., 2019; Lind et al., 2018). Pasientensituasjoner preget av uro, smerter, forvirring og kommunikasjonsproblemer oppleves utfordrende. I en delstudie av norske intensivsykepleiere ble det i enkelte tilfeller vurdert som uetisk å ikke anvende sedasjon. Pasientenes individuelle forutsetninger var av stor betydning for å mestre våkenhet under respiratorbehandling. Det ble også trukket frem utfordringer ved å beskytte engstelige pasienter mot negativ støy i avdelingen (Lind et al., 2018). Videre opplevde intensivsykepleiere at våkne respiratorpasienter krevde mye oppmerksomhet. Intensivsykepleiere erfarte at de måtte organisere dagen annerledes for å ta hensyn til pasientens autonomi (Berntzen et al., 2019; Lind et al., 2018).

Intensivsykepleiere opplevde det belastende å være vitne til pasientens ubehag når analgetika og sedasjon ble holdt igjen for å fremme pasientens behov for rehabilitering (Berntzen et al., 2019). I en annen studie kommer det frem hvor stor betydning aktiv pasientdeltakelse kan ha for pasientens rehabilitering, en tilnærming uten sedasjon kunne i enkelte tilfeller være livreddende (Lind et al., 2018).

Sykepleier-pasientforholdet kunne også oppleves inspirerende og givende.

Intensivsykepleiere opplevde det nødvendig å få til et godt samarbeid, samt ha felles mål med pasienten for å lykkes med anbefalt praksis (Berntzen et al., 2019; Lind et al., 2018). Nødvendigheten av å vise respekt og legge til rette for pasientmedbestemmelse ble poengtert. Det opplevdes givende å knytte bånd, og inspirerende å bygge opp et forhold til pasienten basert på gjensidig tillit (Lind et al., 2018). For å gjennomføre en praksis med våkne pasienter var det uunnværlig med kontinuitet blant personalet, og et godt tverrprofesjonelt samarbeid (Berntzen et al., 2019; Lind et al., 2018). Legens engasjement og samarbeid var nødvendig for å best ivareta pasientene (Lind et al., 2018).

I en dansk studie kommer det også frem positive erfaringer knyttet til økt pasientdeltakelse, men også frustrasjon relatert til kommunikasjon med respiratorpasienten. Det ble etterspurt undervisning og tilgang til bedre kommunikasjonsverktøy for å samhandle bedre med pasienten (Mortensen et al., 2019).

Ofte var intensivsykepleiere engstelige for om respiratorpasienten opplevde for mye smerter og ubehag når de var våkne (Berntzen et al., 2019; Lind et al., 2018; Mortensen et al., 2019). Likevel kommer det frem i en dansk studie at intensivsykepleiere opplever det enklere å kartlegge pasientens behov i våken tilstand, spesielt knyttet til vurdering av smerter (Mortensen et al., 2019). På grunn av komplekse pasientsituasjoner brukes verktøy for smertevurdering ofte i kombinasjon med andre kliniske tolkninger. Vitale tegn som tåreflod og rastløshet sammen med informasjon fra pasientjournaler og kollegaers tidligere erfaringer benyttes ofte ved kartlegging av smerter. Videre kommer det frem at smerter og ubehag er vanskelig å skille. Vurdering av fysisk og psykisk ubehag ble ofte vurdert tilfeldig basert på intensivsykepleieres tidligere erfaring (Berntzen et al., 2019).

Holdninger knyttet til lett sedasjon kan ha stor betydning for utførelsen i praksis. Det kommer frem at intensivsykepleiere med lengre ansiennitet i avdelingen er mer skeptisk til lett sedasjon (Mortensen et al., 2019). En studie fra norske sykehus har vist delvis implementering av sedasjonspraksis, men viser stor variasjon mellom ulike intensivavdelinger. Praksis kan variere avhengig av holdninger, og om helsepersonell er kjent med hensikten til anbefalt sedasjonspraksis (Nystrøm et al., 2020).

2.9 Salutogenese i klinisk praksis og på arbeidsplassen

Aaron Antonovsky, var en israelsk-amerikansk sosiolog, som utviklet teorien salutogenese som var en motstandsteori mot patogenese. Han mislikte det reduksjonistiske synet hvor individet ble begrenset til å være enten frisk eller syk. Antonovsky observerte at enkelte mennesker, til tross for ekstremt negative livserfaringer, klarte seg like bra i livet som mennesker med normalt livsløp. Han ønsket forstå helse som mer enn sykdom og risiko (Antonovsky, 2012).

Salutogenese definerer helse som et kontinuum, og retter oppmerksomheten mot faktorer som ser ut til å fremme bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet. Mennesker befinner seg på et kontinuum mellom uhelse og helse. Ingen har bare uhelse eller bare helse, men faktorer i livet gjør at man beveger seg frem og tilbake på dette kontinuumet. Perspektivet fokuserer derfor på hva som helsefremmede og hvordan helse oppleves hos den enkelte. Den personsentrerte tilnærmingen handler om å se og behandle hele personen og ikke bare den synlige «syke» delen (Antonovsky, 2012).

Motstand eller indre og ytre stressorer, blir beskrevet som en spenningstilstand som kan håndteres på ulik vis. Faktorer som bestemmer hvordan spenningen blir håndtert er viktig for utvikling av helse. Utfordringer eller stresserelementer kan enten håndteres med problemløsning eller følelsesregulering. Problemløsning anses som det beste alternativet. Det innebærer at man identifiserer problemet og bruker tilgjengelige ressurser til å løse det. Følelsesregulering som mestringsstrategi blir benyttet når man føler at problemet ikke kan endres eller løses. Denne mestringsstrategien løser ikke stresserelementet eller problemet. Man velger isteden å undertrykke egne følelser for problemet, eller ty til «trøst» som småspising, alkoholinntak, eller annen ugunstig atferd (Antonovsky, 2012).

Salutogenese handler om å rette oppmerksomheten mot den enkeltes mestringsressurser i møte med utfordringer i livet. Mestringsressursene kan være personlige og kollektive, og påvirker en persons evne til å mestre stress og motgang. Viktige ressurser er å ha en overbevisning eller et bevisst livssyn, ha støttende relasjoner, være psykisk stabil og ha daglige aktiviteter som arbeid, utdanning eller sport (Antonovsky, 2012; Eriksson & Lindström, 2006).

Opplevelse av sammenheng (OAS) er et begrep som ble definert av Aaron Antonovsky etter forskning på mennesker som hadde gjennomgått alvorlige traumer i livet. Han undersøkte personenes tilnærming til livet. Han kom frem til at menneskets opplevelse av god helse er relatert til personens opplevelse av sammenheng. Et menneske som har sterk OAS vil håndtere stress, motgang og sykdom bedre enn mennesker med svak OAS. I forskningen kom han frem til tre kjernebegreper som kan indikere om et menneske har sterk eller svak OAS. Kjernekomponenter i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Komponentene er i relasjon med menneskets mestringsressurser i et gjensidig samspill (Antonovsky, 2012).

Begripelighet handler om at ytre eller indre stimuli oppleves forståelig, sammenhengende, strukturert og klart. Den blir beskrevet som den kognitive komponenten. Personer som skårer høyt på begripelighet forventer at stimuli som kommer i fremtiden er forutsigbart, eller om det kommer overaskende kan det settes i sammenheng og forklares. Motparten av begrepet er når personer opplever omgivelsene som uforståelige, tilfeldige, kaotiske og uorganiserte (Antonovsky, 2012).

Komponenten håndterbarhet handler om personen opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å mestre og håndtere kravene han/hun blir stilt overfor. Det kan være ressurser man har direkte kontroll over, eller som kontrolleres av noen man stoler på og har tillit til. Den man stoler på og som oppleves som ressurs kan være familie, kolleger, venner eller Gud. Personer med sterk opplevelse av håndterbarhet er i stand til å håndtere livet når det går i motbakke. Personen går ikke i «offerrollen», men er i stand til å bearbeide sorgen og gå videre med livet (Antonovsky, 2012).

Meningsfullhet handler om å oppleve å være en del av viktige livsområder som gir følelsesmessig og kognitiv mening. Antonovsky omtaler meningsfullhet som den viktigste komponenten, den beskriver personens motivasjon og indre drivkraft. Det tar for seg den følelsesmessige forståelsen av situasjonen. Dette innebærer å ha engasjement rundt situasjonen, og dermed være villig til å gjøre grep for å prøve å komme seg gjennom situasjonen eller endre den til det bedre. Opplevs det verdi i hendelsen vil personen satse tid og ressurser på å møte utfordringen (Antonovsky, 2012).

Antonovsky definerte OAS slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

I følge Antonovsky kan en arbeidstakers OAS påvirkes av miljøet på arbeidsplassen. Det salutogene perspektivet kan dermed overføres til intensivsykepleieres arbeidsplass. Ifølge Antonovsky er opplevelse av sammenheng nødvendig for at arbeidstaker opplever mestring og mening i arbeidet som utføres. Struktur og oversikt gjør arbeidsoppgavene mer forståelige og begripelige. En forutsigbar og forståelig arbeidshverdag gir grunnlag for mestringsfølelse. Håndterbarhet på arbeidsplassen handler om opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser til å gripe tak i kravene man møter. Opplevelse av håndterbarhet styrkes gjennom gjentatte arbeidserfaringer, men også tilgang til tilstrekkelige materielle, sosiale og organisasjonsmessige ressurser. Man opplever mening når man selv bestemmer arbeidsoppgaver, rekkefølge og arbeidstempo. Men like viktig er det hvordan egen innflytelse påvirker fellesskapet, og om man føler seg som en del av fellesskapet. Når man har innflytelse i det man gjør, får man lyst til å investere krefter i det. Jobben oppleves meningsfull når den er verdt faglig involvering og engasjement. Motsatt vil man miste interessen når det ikke oppleves mening i det man prøver å oppnå, som igjen vil føre til mindre motivasjon til å håndtere utfordringer i jobbsammenheng (Antonovsky, 2012).

Sykepleiere har ofte en psykisk krevende hverdag i møte med syke pasienter, dette kan medføre følelsesmessig ubalanse. Fortrengte følelser over tid kan påvirke den fysiske og psykiske helsen. Opplevelse av utilfredsstillende arbeidsmiljø, tverrfaglige konflikter, mangel på ressurser og dypt emosjonelt engasjement med pasient og pårørende kan oppleves mentalt og følelsesmessig belastende over tid. Stresselementer i arbeidshverdagen kan være med på å svekke arbeidstakerens helse, og motsatt vil et styrket OAS være helsefremmende. Ved sterk OAS vil arbeidstaker mestre arbeidskrav selv om det fører med seg økte spenninger eller stress. Arbeidsplassen vil oppleves som en utfordring, og ikke nødvendigvis en trussel. Arbeidsmiljø og organisasjonsstruktur kan derfor ha en avgjørende rolle for å fremme sykepleieres opplevelse av sammenheng (Masanotti Michele et al., 2020).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for metoden som er brukt for å svare på problemstillingen. Prosessen rundt datainnsamling, etiske aspekter, forskerrollen, analyse, metodiske overveielser og studiens troverdighet blir også gjort rede for.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Det er benyttet en kvalitativ forskningsstrategi i denne studien. Formålet var å forstå intensivsykepleiernes levde erfaringer for å få frem nye kunnskaper rundt temaet. Det var viktig å frembringe de individuelle særegne menneskelige egenskapene for å søke en holistisk forståelse av temaet. Den kvalitative metoden fikk frem de ulike subjektive perspektivene som var relevant for å belyse oppgavens problemstilling. Metoden er fleksibel og dynamisk, dette har gitt meg rom for endring og justering underveis i forskingsprosessen (Polit & Beck, 2022). Kvalitative metoder har filosofiske røtter fra hermeneutikk, fenomenologi og sosialkonstruksjonisme. Det er forskjeller mellom de ulike retningene, men det er også flere likhetstrekk. Denne studien er inspirert av hermeneutisk og fenomenologisk filosofi (Polit & Beck, 2022; Thomassen, 2006).

3.2 Filosofisk tilnærming og egen forforståelse

Hermeneutikk er gresk og betyr å tolke eller fortolke. Tolkingspraksisen ble først brukt i antikken til å tolke tekster innenfor teologi. Den tyske teologen og filosofen Friedrich D.E. Schleiermacher forsøkte å utvikle den til en allmenn lære om fortolking og forståelse. På 1800 tallet videreutviklet den tyske filosofen Wilhelm Dilthey hermeneutikken slik at den dannet grunnlaget for alle humanvitenskaper (Thomassen, 2006).

Den greske betegnelsen fenomenologi kan oversettes til læren om det som viser seg eller kommer til syne. Filosofene Edmund Husserl og Martin Heidegger er viktige grunnleggere av fenomenologien som har sine røtter fra 1800 tallet. Ved fenomenologi ønsker man å beskrive fenomenet så nøyaktig som mulig, men like viktig er det å se fenomenet i

sammenheng med andre fenomener. Man utforsker systematisk for å beskrive ulike måter å oppfatte virkeligheten på, altså det subjektive perspektivet til hvert enkelt individ. Ved denne metodiske tilnærmingen kreves det at forskeren se bort ifra egne antagelser, forventninger og teorier, men i stedet retter søkelyset mot hvordan livsverden oppleves hos den enkelte (Wifstad, 2018).

Som sykepleier med erfaring fra intensivavdeling har jeg positive og negative opplevelser knyttet til den våkne respiratorpasienten. Mine opplevelser fra klinikken har engasjert meg og gitt meg motivasjon til å jobbe med denne masterstudien. Når man har et forhold til det som forskes på vil det ha innvirkning på forskningsprosessen. Det har vært viktig for meg å møte intensivsykepleierne og datamaterialet med et «naivt blikk», slik at min forforståelse ikke hindret meg i å finne nye kunnskaper. På den annen side opplevde jeg det nyttig å være kjent i fagfeltet. Det har vært en kvalitetssikring når jeg på forhånd har kunnskaper om det som forskes på. En grunntanke i hermeneutikken er at vi aldri møter verden forutsetningsløst. De forutsetningene vi har bestemmer hva som er forståelig eller uforståelig. Hans-Georg Gadamer kalte dette forforståelse eller for-dommer. Man må starte med visse ideer når man skal undersøke og tolke et meningsfullt fenomen, ellers ville studien manglet retning og forståelse (Gilje & Grimen, 1993).

Videre er det viktig å se materiellet i sin helhet, men også kunne se nærmere på de enkelte delene. Den hermeneutiske sirkelen handler om at hver gang vi forstår noe så gjør vi dette på bakgrunn av vår forforståelse. I den hermeneutiske sirkelen utvikler forforståelsen seg gjennom en stadig bevegelse mellom helheten og delen i det vi forsøker å forstå.

Den hermeneutiske sirkelen er en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av mening (Thomassen, 2006).

3.3 Datainnsamling

Data ble samlet inn fra to generelle intensivavdelinger i Sørøst- Norge. Avdelingene er organisert fra ulike helseforetak og er akutt og beredskapsklinikker. Enhetene behandler ulike medisinske og kirurgiske pasientgrupper med akutt eller/og kritisk sykdom.

Respiratorbehandling i kortere eller lengre tid er vanlig på de representerte avdelingene.

Jeg intervjuet 8 intensivsykepleiere. Det var likt antall informanter representert fra hver avdeling. 6 kvinner og 2 menn ble inkludert i studien. Alder på deltakerne varierte fra 31-64 år. Informantene hadde ulikt erfaringsgrunnlag fra intensivavdeling med et spenn i ansiennitet mellom 6-37 år. Ansiennitet etter ferdig videreutdanning i intensivsykepleie varierte mellom ½ -30 år.

3.3.1 Semistrukturert individualintervju

Det ble valgt en semistrukturert intervjumetode. Metoden er hensiktsmessig når man ønsker en halvstrukturert samtale med informantene. Dette gir rom for at informantene kan prate fritt og uhindret i intervjusituasjonen. Metoden gir også forskeren mulighet til å stille passende oppfølgingsspørsmål under hvert tema for å sikre innhenting av nødvendig data for å best besvare problemstillingen (Polit & Beck, 2022).

Det ble utarbeidet intervjuguide tidlig i forskningsprosessen, [se vedlegg 2](#). Spørsmålene er basert på mine kunnskaper tidlig i forskerprosessen. Før utarbeidelse av intervjuguide innhentet jeg kunnskap gjennom teori og tidligere forskning. Samtidig hadde jeg erfaringer fra klinikken som var med på å forme utformingene av spørsmålene. Åpningsspørsmålet i intervjuguiden var åpent. Det var ønskelig å få frem erfaringer, opplevelser, synspunkter og holdninger rundt temaet. Under dette temaet var det et forhåndsbestemt oppfølgingsspørsmål for å sikre eventuelle utfordringer knyttet til lavt sedasjonsnivå.

De neste spørsmålene ble valgt for å fange opp den enkeltes sedasjonspraksis, men også tanker rundt observert praksis i avdelingen. De to siste spørsmålene ble valgt for å innhente gode erfarte tiltak og forslag på hvordan å best ivareta den våkne respiratorpasienten under oppholdet (Polit & Beck, 2022).

Forut for intervjuene ble det gjennomført et prøveintervju av en intensivsykepleier for å få øvelse i intervjusituasjonen og vurdere om spørsmålene var forståelige og relevante.

Ved de første intervjurundene kom det frem at det kunne være en sammenheng relatert til intensivsykepleiernes manglende innflytelse på respiratorinnstillinger og unødig bruk av sedasjon. For å fange opp en eventuell trend rundt dette temaet ble dette tatt med i intervjuguiden ved de neste fire intervjuene, [se vedlegg 3](#).

3.3.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget ble valgt strategisk. Jeg ønsket å inkludere intensivsykepleiere med rikelig erfaring innenfor fagområdet for å best mulig besvare problemstillingen. Inklusjonskriteriene var intensivsykepleiere med minimum to års ansiennitet på intensivavdeling, samt erfaring med intuberte respiratorpasienter. En av intensivsykepleierne hadde vært utdannet i et halvt år og innfridde ikke inklusjonskriteriet. På grunn av flere års erfaring som sykepleier på intensivavdeling vurderte jeg informasjonsstyrken som høy og valgte å inkludere informantene i studien. Videre ønsket jeg norsk språk, spredning i alder og et utvalg med ulike kjønn. Jeg anså det som en stor fordel å ha informanter fra forskjellige helseforetak for å få frem forskjellige nyanser av samme fenomen. Valgene ble tatt for å oppnå variasjonsbredde og informasjonsstyrke for å sikre studiens overføringsverdi (Polit & Beck, 2022).

Da jeg bestemte meg for hvordan jeg ønsket å samle inn datamaterialet tok jeg kontakt med flere enhetsledere fra forskjellige intensivavdelinger i Norge. Etter denne kontakten kunne jeg eliminere bort avdelinger med informanter som ikke var relevant for studiens problemstilling. Aktuelle søknader ble sendt i forkant til enkelte sykehus, andre sykehus ønsket «godkjenning» av prosjektet hos fagsykepleier/enhetsledere i forkant før søknader ble sendt. Enhetsledere fra de valgte avdelingene sendte ut felles e-post til ansatte med informasjon om studien, aktuelle inklusjonskriterier og en frivillig forespørsel om å delta. Kontaktinformasjon ble lagt ved i informasjonsskrivet slik at de kunne ta direkte kontakt om de ønsket å delta, eller om det var behov for ytterligere informasjon, [se vedlegg 4](#). På den ene intensivavdelingen ønsket enhetsleder å hjelpe til med organisering av intervjuene. Det var ønskelig for meg at informantene som var best egnet ikke ble «håndplukket» av

enhetsleder, da dette kunne gi feilaktige resultater og medføre forskningsbias (Polit & Beck, 2022). Vi møtte hverandre på halvveien ved at jeg valgte aktuelle dager intervjuene skulle foregå, og dermed var det tilfeldig hvem som var på jobb de valgte dagene. Det ble også presisert at det var frivillig å delta. På den andre intensivavdelingen tok informantene direkte kontakt med meg og meldte sin interesse.

Utvalget gav meg et variert og rikt og materiale. Under de siste intervjuene kom det ikke frem nye kunnskaper som kunne belyse problemstillingen ytterligere. Det ble vurdert at metningspunktet var oppnådd etter gjennomført 8 intervjuer (Polit & Beck, 2022).

3.4 Forskningsetikk

Etiske regler og forskningsprinsipper er fulgt i forskningsprosjektet. Det ble utarbeidet prosjektskisse i samråd med veileder for å sikre et godt forarbeid og for å planlegge riktig forskningsstrategi. Det ble vurdert om det var forskningsetisk riktig å bruke tid og ressurser på studien. Prosjektskissen ble sendt til aktuelle forskningsetiske komiteer for godkjenning (UIA, 2023). Forskning på andre mennesker er søknadspliktig. Alle godkjenninger fra aktuelle instanser måtte godkjennes før datainnsamlingen kunne påbegynne. For tillatelse for personsensitiv data som stemme på opptak, ble prosjektet først godkjent av personverntjenesten, SIKT (kunnskapssektorens tjenesteleverandør), [se vedlegg 5](#). Etter godkjenning fra SIKT ble det søkt FEK (fakultetets etiske komite), [se vedlegg 6](#), og senere personvernombudet på de to aktuelle sykehusene for gjennomføring av studien, [se vedlegg 7](#) og [vedlegg 8](#). (UIA, 2023).

3.4.1 Informert samtykke

I forkant av intervjuene ble det hentet inn informert samtykke. Dette innebærer en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at hun/han godtar behandling av opplysninger om seg selv (Fossheim, 2015). I forkant av intervjuene ble det tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring på e-post for å sikre at informantene hadde forståelse av studiens hensikt og hvilken betydning det hadde for dem å delta, [se vedlegg 4](#). Informasjonsskrivet inneholdt masterstudiets formål, datainnsamlingsmetode, lagring av data, personvern og informasjon om frivillig deltakelse med mulighet for å trekke seg når som helst i forskningsprosessen. Informasjonen ble gjentatt muntlig og skriftlig samme dag som intervjuene ble gjennomført. Alle informantene skrev under på samtykkeerklæringen før oppstart av intervju (Fossheim, 2015).

3.4.2 Konfidensialitet og oppbevaring av data

Konfidensialitet av informantene er sikret ved at opplysningene er avidentifisert og anonymisert. Konfidensialitet vil si at sensitive opplysninger kun er tilgjengelig for autoriserte personer. Dette for å unngå at sensitiv informasjon kommer på avveie eller kommer ut i offentligheten. Transkribert intervju og analyserapport inneholder ikke navn, kjønn eller andre kjennetegn som kan avsløre identiteten til informantene (Polit & Beck, 2022). Personlige opplysninger ble erstattet med kode under behandling av datamaterialet. Lydfilene er oppbevart trygt i Universitetet i Agders OneDrive skylagringssystem, og vil bli slettet etter masterprosjektet er levert og vurdert. Samtykkeskjema er oppbevart på Universitetet i Agder, innelåst etter prosedyre, og vil bli slettet i samsvar med gjeldende avtale med personverntjenesten, SIKT (UIA, 2023).

3.4.3 Forskerollen

Jeg har under hele forskningsprosessen forsøkt å være bevisst egen rolle som forsker. Dette har vært med hensyn til studiens troverdighet, men også i forhold til det forskningsetiske ansvaret overfor informantene (Polit & Beck, 2022).

Selv om jeg har en del erfaring i det aktuelle fagfeltet, var det nødvendig med forberedelser i forkant av intervjuene. Jeg leste meg opp på temaet, og brukte god tid på å utarbeide intervjuguide. Dette var for å skape en god intervjusituasjon med et godt grunnlag for innhenting av rikt og variert datamaterialet. Når man forsker i eget fagfelt, er det nødvendig å vise refleksivitet i hele forskningsprosessen. Dette er for å få frem sannheten med minst mulig påvirkning av forskerens holdninger, synspunkt og mening (Polit & Beck, 2022).

Under intervjuene ble det bevisst forsøkt å opptre «anonymt» for å unngå at eget kroppsspråk og eventuelt kommentarer hindret informantene å prate fritt (Polit & Beck, 2022).

Det å vurdere mulige negative konsekvenser for informantene er et viktig etisk aspekt ved intervju. Det ble på forhånd vurdert at informantene ikke var en «sårbar gruppe», og temaet under intervjuet ikke var av sensitiv art. Som forsker har man likevel en slags maktposisjon som fører med seg et etisk og moralsk ansvar i møte med informantene (Fossheim, 2015). Tidligere forskning og egne erfaringer fra praksis pekte mot en sedasjonspraksis som ikke alltid var optimal. Egen forforståelse ble lagt til side slik at fokuset ble rettet mot erfaringene og ikke hva som var rett eller feil praksis. I analyseprosessen ble det tilstrebet å ikke sette noen i dårlig lys, samtidig var det nødvendig å få frem viktige funn som belyser problemstillingen (Polit & Beck, 2022).

3.4.4 Kontekst og gjennomføring av intervju

I tilsendt informasjonsskriv fikk informantene valget mellom fysisk oppmøte eller nettmøte. Alle intervjuene ble utført ved fysisk oppmøte på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden. Rommene ble tilrettelagt ved å skjerme for støy og aktivitet. Jeg forsøkte å skape en god intervjusituasjon med god ramme for fortrolighet. I intervjusituasjonen ble det satt av tid til småprat om forskningstemaet og dagligdags prat uten lydopptak. Dette var for å få

informantene trygge og komfortable i situasjonen før selve intervjuet (Polit & Beck, 2022). Før oppstart ble informantene informert på nytt om studiens hensikt og de ble gjort oppmerksomme på at intervjuet ble innspilt på lydopptak. Jeg var oppmerksom på å prate minst mulig og heller bruke kroppsspråk for å bekrefte og vise interesse. Intervjuguiden ble brukt som hjelpemiddel underveis, og det var informantene som i stor grad styrte innholdet i samtalen (Polit & Beck, 2022).

Det ble skrevet få notater underveis, jeg ønsket å rette fokuset mot samtalen for å vise interesse og for å fange opp nonverbale uttrykk. I det første åpne innledningsspørsmålet: «Hva er din erfaring med intuberte pasienter der man tilstreber lavt sedasjonsnivå?» opplevde jeg at informantene i stor grad dekket flere av oppfølgingsspørsmålene. Det var varierende lengde mellom 15-45 minutter på intervjuene. Selv om to intervjuer var korte, kom det likevel frem data som var nyttig å inkludere i studien. I etterkant av hvert intervju ble det skrevet ned korte stikkord og notater for å beskrive konteksten og hovedtrekkene som ble formidlet av informantene (Braun & Clarke, 2022).

3.4.5 Transkribering

Lydfilene ble transkribert fra tale til tekst kort tid etter intervjuene fant sted. Dette var for å huske i hvilken kontekst empirien ble formidlet, og eventuelle uklare momenter underveis. Lydfilene ble først lagt inn i word online og videre transkribert til tekst. Jeg oppdaget raskt at denne metoden ikke var god nok alene. Det var derfor nødvendig å gå igjennom teksten og lydfilene flere ganger for å sikre korrekt transkribering. Intervjuene ble transkribert ordrett fra dialekt til bokmål. Ufullstendige setninger ble tolket etter beste evne og det ble vist forsiktighet når noe fremstod uklart. Under et av intervjuene kom det frem personidentifiserende opplysninger, dette ble aidentifisert under transkribering (Polit & Beck, 2022).

3.5 Analyse

Etter transkribering hadde jeg flere sider tekst som måtte organiseres hensiktsmessig. Utfordringen var å være konsis, men samtidig bevare essensen i det empiriske materialet som best mulig besvarte forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2022). Jeg valgte å bruke tematisk analyse, inspirert av Braun og Clarke`s practical guide. Analyse metoden regnes som en relativ enkel, fleksibel og håndterbar tilnærming til koding og utvikling av tema. Den kvalitative tilnærmingen som jeg har valgt blir omtalt som Big Q av forfatterne (Braun & Clarke, 2022).

3.5.1 Analyseprosessen

Tematisk analyse lar forskeren tilnærme teksten på forskjellig måte, men man må samtidig vise refleksivitet ved å redegjøre for aktuelle valg underveis. Studien har fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, informantenes individuelle og opplevde livsverden var viktig å få frem. Formålet mitt har derfor vært en induktiv tilnærming til datamaterialet ved å ha et «åpent sinn» under koding og utvikling av tema. Ifølge Braun og Clarke er det nesten umulig å ikke bruke en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming. Deduktiv tilnærming vil si når forskeren tar med seg egne antagelser og ideer inn prosjektet, slik at forskerens interesse i stor grad styrer kodingen og forståelsen av dataene. Min forforståelse og interesse rundt temaet har påvirket mine valg og vurderinger i forskjellig grad. Dette gjenspeiler den hermeneutiske sirkelen, som handler om at hver gang vi forstår noe så gjør vi dette på bakgrunn av vår forforståelse. Før intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide med spørsmål som til en viss grad har vært «førende» i forhold til hva jeg ønsket å få frem av informantene. Under kodingsprosessen har jeg vekslet mellom å være helt åpen for nye kunnskaper, men jeg har også søkt etter informasjon som på best mulig måte belyser problemstillingen min. Datamaterialet er tolket med ønske om en helhetlig forståelse fremfor å trekke slutninger basert på eksisterende teori. Tilnærmingen er derfor induktiv selv om egen forforståelse har hatt innvirkning på forskningsprosessen. Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i Braun og Clarke`s seks trinn. Trinnene har vært et verktøy for å håndtere materialet på en best mulig måte (Braun & Clarke, 2022).

1. Bli kjent med datamaterialet

Allerede under intervjuene fikk jeg en intuitiv forståelse av hva informantene formidlet. Det ble utarbeidet et skjema for hvert intervju hvor det ble notert ideer om mønster og aktuelle meningsenheter. Jeg ble godt kjent med materialet ved transkribering og ved lytting av lydfilene. Det neste var å heve blikket bort fra den objektive informasjonen og aktivt tilnærme meg teksten med et kritisk og analytisk blikk. Det ble søkt etter mønster og dypere meninger (Braun & Clarke, 2022).

2. Lage koder

Neste steg var å kode relevante mønster, eller meningsbærende enheter. For å lettere organisere og systematisere datamaterialet brukte jeg tekstanalyseprogrammet, NVivo 2020. Jeg startet med å lage flere «codes» som jeg oppfattet hadde likt meningsinnhold. Til sammen fikk jeg 70 koder av de 8 transkriberte intervjuene, som senere ble slått sammen til 55 koder. Under kodingsprosessen vekslet jeg mellom latent og semantisk tilnærming. Det var viktig for meg at det som faktisk ble sagt blant informantene kom tydelig frem, altså semantisk tilnærming. Det ble også søkt etter underliggende meninger og dypere forståelse ved latent tolkning (Braun & Clarke, 2022).

3. Finne tema

Det neste jeg gjorde var å samle koder med likt mønster for så å lage passende temaer. Temaene representerte like meninger, men også ulike meninger og motsetninger. Jeg rettet fokuset mot å danne brede temaer, og deretter sortere passende koder under hvert tema. Det kom frem flere subtemaer under mine foreløpige hovedtemaer (Braun & Clarke, 2022).

4. Gjennomgå og vurdere valgte tema

Etter utarbeidelse av temaer satt jeg med fire hovedtemaer og flere subtemaer. Det var en prosess å «løfte blikket» for å få øye på det store bildet i lys av de små delene. I denne prosessen hadde jeg nytte av mine første sammendrag som ble skrevet ned før kodeprosessen. Jeg søkte etter temaer som best gjenspeilet og oppsummerte det informantene formidlet, men også de som best besvarte problemstillingen (Braun & Clarke, 2022).

5. Definere temanavn

Temanavnene ble byttet ut flere ganger under prosessen. Det var en utfordring å beholde de informative, konsiste og samtidig fengende. Da hovedtemaene fikk nye navn oppdaget jeg det som hensiktsmessig å «slå sammen» flere temaer. Jeg forsøkte å få med ulike aspekter under samme tema. Det ble til sammen to hovedtemaer med fire subtemaer hver. Jeg skrev et kort sammendrag under hvert tema for å forsikre meg om at temanavnene gjenspeilte innholdet i teksten (Braun & Clarke, 2022).

6. Skrive tematisk analyserapport

Den strukturerte analyserapporten ble revidert i flere omganger. Det var en kunst å fremstille funnene analytisk, levende og abstrahert. Temaene er plassert strategisk for at analysen skal fremstå logisk og forståelig. Temaene henger nøye sammen med hverandre, og det var ønskelig å ha en rød tråd gjennom presentasjonen av funnene. Temaet som omhandler det menneskelige samspillet mellom intensivsykepleier og pasient er plassert først. Faktorer som kan påvirke den kliniske praksisen presenteres i det siste temaet (Braun & Clarke, 2022).

Tabell 2. Eksempel på strukturell analyse i NVivo 2020.

Meningsbærende enhet	Kode/ meningsenhet	Subtema	Foreløpig hovedtema
<p>Ja og at de selv vurderer og gir uttrykk for at de har det bra. Eller så greit de kan ha det med en tube i halsen.</p> <p>Tar til seg informasjon, som for eksempel hvis vi ber dem om å hjelpe til ved sning, så gjør de det. Enten begynner på det eller gjør det i samarbeid med oss. At det virker som de er trygge og aksepterer det utstyret de har.</p> <p>Vi ønsker jo alltid å få de fortest mulig av. Men det er viktig for meg at jeg ikke påfører pasienten unødvendig ubehag eller potensiell skade.</p> <p>Men man er på grensa på hva som man kan tillate seg med pasienten i forhold til ubehag. Ja, for det er grenser der.</p> <p>Ja det mentale også. Har mye med hvordan du er som person.. Er du en rolig eller er du en stresset person. Er du angst- preget ... det kommer an på hva du har i bagasjen fra tidligere.</p> <p>Ja, rett og slett tørre å ha de våkne. Og da må man jo på en måte være observant i forhold til både hva som skjer på skopet og pasienten selv.</p> <p>Være en trygg og god sykepleier med nok kompetanse egentlig. Det har jo noe med trygghet og erfaring å gjøre.</p>	<p>Pasientene vurderer de har det bra</p> <p>Trygge og aksepterer situasjonen</p> <p>Unngå å påføre pasientene unødvendig ubehag og skade</p> <p>En grense for hvor mye pasienten skal tåle av ubehag</p> <p>Pasientene håndterer å være våkne forskjellig</p> <p>Å tørre å ha de våkne</p> <p>Være trygg og ha god kompetanse</p>	<p>Å være komfortabel i situasjonen</p> <p>Pasientens grense for ubehag</p> <p>Individuelle forutsetninger</p> <p>Stole på egen dømmekraft</p>	<p>Finne pasientens grense for ubehag</p>

3.6 Metodiske overveielser

Som forsker må man ta riktig valg under hele forskningsprosessen for å sikre studiens troverdighet. Vurdering av troverdighet innenfor kvalitativ forskning innebærer om forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Validitet betyr gyldighet og er et sentralt begrep innen kvalitativ forskning. Videre brukes betegnelsen intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet handler om resultatene er gyldige i det utvalget som er undersøkt, mens ekstern gyldighet omhandler studiens overføringsverdi. Pålitelighet innebærer om forskningen er nøyaktig, pålitelig og etterprøvnbar. Dataen må vise stabilitet og pålitelighet over tid. Studien er etterprøvnbar når en annen forsker komme frem til det samme resultatet i samme kontekst. Begrepene pålitelighet og gyldighet henger tett sammen, og resultatene kan ikke være gyldige om de ikke er pålitelige. Objektivitet, refleksivitet og autentisitet er viktige kvalitetsbegreper som jeg velger å trekke inn ved drøfting av studiens troverdighet (Polit & Beck, 2022).

3.6.1 Studiens troverdighet

Som forsker må man være kritisk til kunnskapens gyldighet under hele forskningsprosessen. Studiens tema, relevans og metodevalg ble på forhånd planlagt og vurdert når jeg utarbeidet prosjektskissen. Tidligere kvantitative forskningsartikler pekte mot et misforhold mellom anbefalte retningslinjer for sedasjon og den faktiske utførelsen i praksis. Det var ønskelig å gå i dybden på hvordan norske intensivsykepleiere erfarte å arbeide med lett sederte respiratorpasienter. Det norske helsevesen er i stadig endring. Jeg ønsket derfor å undersøke intensivsykepleieres erfaring i dagens praksis. I forkant av prosjektet ble det funnet få norske kvalitative studier av nyere karakter rettet mot intensivsykepleiernes perspektiv og levde erfaring. Jeg mener derfor det var riktig avgjørelse å velge kvalitativ metode for å tilføre nye kunnskaper på dette fagområdet. Den valgte intervju metoden var hensiktsmessig for å innhente kunnskaper som belyste problemstillingen, og dette styrker studiens interne gyldighet. Den interne gyldigheten er også styrket ved nøye planlegging av intervjuguide og rekruttering av informanter med god informasjonsstyrke (Polit & Beck, 2022).

En mulig ulempe som kan svekke studiens objektivitet er at jeg har arbeidet alene under hele forskningsprosessen. Min manglende erfaring som forsker og egen forforståelse vil sette preg på studien på ulik vis. Jeg har tilstrebet å vise objektivitet under hele forskningsprosessen for at resultater skal representere virkeligheten og ikke være preget av forsknings-bias. Det er en fordel at det i forkant ble gjennomført prøveintervju for å sikre erfaring i intervjusituasjonen, samt for vurdering av spørsmålenes relevans. Studien er også kvalitetssikret ved at jeg fått veiledning under hele prosjektet fra start til slutt. Det kunne vært en fordel å være to personer ved analyse av råmaterialet for å unngå at egne tolkninger setter for mye preg på funnene. Samtidig er ikke funnene brakt frem ved overflatisk synsing. Analyseprosessen er utført strukturert og nøyaktig. Det er likevel en risiko for at jeg som uerfaren forsker kan ha oversett viktige funn og meninger som er betydningsfulle for studien. På den annen side er fremgangsmåten og konteksten i studien nøye beskrevet, og dette forsterker påliteligheten. Det er forsøkt å speile konteksten og beskrive informantenes sanne opplevelser og følelser for å sikre studiens autenticitet. Videre er det tilstrebet pålitelighet ved å være nøyaktig ved innsamling av data. Plassering av digital-lydopptaker ble nøye planlagt for å oppnå god lyd kvalitet. For å unngå andre forstyrrende lyder ble intervjuene utført på lukkede rom. Nøye gjennomgang av lydfiler og transkribert tekst har forsterket studiens interne gyldighet og pålitelighet (Polit & Beck, 2022).

Et viktig poeng ved fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er å være åpen i intervjusituasjonen og i analyseprosessen. Jeg har tilstrebet å vise refleksivitet i møte med informantene og datamaterialet. Det har vært en dynamisk prosess hvor jeg har hatt nytte av egen forkunnskap, men det har også vært nødvendig å legge egen forforståelse til side for å møte empirien med åpent sinn (Polit & Beck, 2022).

Som uerfaren intervjuer kan det være vanskelig å skape en åpen intervjusituasjon. Egne holdninger, væremåte og toneleie kan påvirke hva som formidles under intervjuene. Jeg opplevde at informantene snakket åpent og fritt under intervjuene, men jeg kan ikke garantere at det ikke ble holdt igjen informasjon under intervjuene. Under intervjuene er det etterspurt informasjon for å få en felles forståelse av datamaterialet. Fordelen med å kjenne til fagfeltet er at det er enklere å forstå hva informantene formidler. En mulig ulempe er at utdypende spørsmål ikke blir stilt når man antar hva informantene formidler, dette kan være en svakhet i studien (Polit & Beck, 2022).

Utvalget som er inkludert i studien har varierende demografiske egenskaper og er representert fra ulike helseforetak. Variasjonsbredden får frem flere nyanser av samme fenomen som sikrer god informasjonsstyrke og overføringsverdi. Jeg erfarte også at utvalget var passelig stort for å oppnå oversiktlig og rikt datamateriale. Jeg mener studien har en overføringsverdi til norske intensivavdelinger. Ved sammenligning av tidligere forskning i lik kontekst er det funnet flere likheter med denne studien, dette forsterker studiens overførbarhet ytterligere. Jeg mener studiens hensikt, metodevalg og forskerprosess er gjort rede for slik at leseren selv har mulighet til å vurdere studiens overføringsverdi (Polit & Beck, 2022).

4 Presentasjon av funn

Etter gjennomført strukturert analyse av datamaterialet kom det frem to hovedtemaer med til sammen åtte subtemaer. I dette kapitlet blir temaene og subtemaene presentert.

Tabell 3. Sammenfatning av funn med to hovedtemaer med til sammen åtte subtemaer.



4.1 En hårfin balanse mellom å beskytte og stille krav

Intensivsykepleiere erfarte flere sammensatte faktorer som måtte tas hensyn til når de arbeidet med våkne respiratorpasienter. Det var utfordrende å finne den perfekte balansen som resulterte i det beste utfallet for pasienten. Det mellommenneskelige samspillet mellom intensivsykepleier og pasient ble løftet frem som betydningsfullt. Avgjørende faktorer blir beskrevet i fire subtemaer nedenfor.

4.1.1 Skape trygghet og ro i et belastende miljø

Det var ofte hektisk i intensivavdelingen, og flere pasienter og personale på samme stue var vanlig. Den våkne respiratorpasienten var mer sårbar for ytre stimuli enn pasienter med dypere sedasjonsnivå. Ofte var det støy i rommet, enten fra medpasienter, alarmer eller prat blant personalet. Dette kunne virke negativt på pasienten. Alle mente det var viktig å beskytte og skjerme pasienten mot ytre stressfaktorer i intensivmiljøet. Våkne intensivpasienter burde ha enerom for å skjermes fra støy i avdelingen.

Betydningen av intensivsykepleiernes nære tilstedeværelse med pasienten kom frem som en viktig del for å skape trygge rammer. Det å være «bedside», få god blikkontakt, være tydelig og gjerne bruk av fysisk kontakt opplevdes som gode tiltak for å trygge pasienten.

Det er jo viktig med god smertelindring og trygging, altså at man er bedside, gjerne holde i og være fysisk på pasienten. Være tydelig på at jeg er her, og å ha øyekontakt. Man må forstå hverandre. Det er jo en forutsetning for å føle trygghet.

Pårørende kunne også ha en betydningsfull rolle for å skape trygghet i det fremmede miljøet. Spesielt i situasjoner der pasienter var uklare og hadde vrangforestillinger kunne pårørende «ufarliggjøre» situasjonen og forbedre tillitten til helsepersonellet.

Vi har mye besøk av pårørende, vi ser de er viktige for pasienten. Selv om pasientene glemmer at de har vært der, så hjelper det å høre stemmene til pårørende.

På den annen side mente noen at for mye pårørendekontakt kunne være stressende for pasientene. Det var nødvendig å tilpasse og balansere besøkene etter pasientens behov. Flere mente avledning og avkobling kunne skape tryggere rammer i intensivmiljøet. Det var individuelt hva pasientene opplevde som avkobling, og enkelte kunne bli stresset om det var for rolig i rommet. For å identifisere individuelle behov var det betydningsfullt å bygge en god relasjon. Ved å bli kjent med pasienten kunne man fange opp interesser og meningsfulle elementer i pasientens liv.

Så er det greit å finne ut av hvem de er som person. Hva de liker, hva slags interesse de har, hvem familien er.

Normal døgnrytme og tilstrekkelig søvn på natten opplevde alle som elementært om pasienten skulle være våken på dagtid. Tilstrebe mørkt rom uten støy og unødvendig aktivitet i rommet ble beskrevet som gode tiltak. Flere mente man kunne tillate seg å bruke mer sedasjon om natten. Det kom likevel frem at for mye sedasjon/sovemedisin om natten ikke var gunstig for pasientene på lang sikt, og det ble dermed et valg mellom to onder.

Samtlige intensivsykepleiere oppfattet at det var en stor påkjenning for respiratorpasienten å være våken. Pasienten hadde derfor et stort behov for flere hvileperioder og pauser i løpet av dagen. Ofte ble det en ekstra belastning når det stadig skjedde noe rundt pasienten. Planlegging av nødvendige gjøremål var utfordrende, men avgjørende for at pasienten skulle få nok hvileperioder i løpet av dagen.

At vi ikke gjør noe med de hele tiden. At vi samler prosedyrer til et tidspunkt. Det kan fort bli; jeg skal bare, jeg skal bare ... så ender det opp med at man gjør noe med de hele tiden.

4.1.2 Finne pasientens grense for ubehag

Det ble brukt kartleggingsverktøy i metavision (elektronisk verktøy for dokumentasjon) for å kartlegge bevissthetsnivå, delirium og smerter. Alle mente at stress, ubehag og smerter måtte identifiseres og lindres for at pasientene skulle håndtere å være våkne. Det kom likevel frem at pasientene måtte «tåle» noe ubehag om de skulle være våkne og intuberte.

At pasienten rolig og smertefri, at de kan snues og vendes på uten at tuben irriterer for mye.

Et godt smerteregime og bruk av analgosedasjon ble påpekt som viktig for å unngå overdosering. Medikamenter med kort halveringstid var å foretrekke for å unngå dypere sedasjonsnivå enn ønsket.

Det å forebygge abstinenser påpekte flere som viktig under nedtrapping av sedasjon, og det ble nevnt ulike medikamenter som var å foretrekke. Det var ulike meninger og erfaringer i forhold til praksisen rundt dette, også fra samme helseforetak. Det kom frem at sedasjon ofte ble trappet ned raskt uten bruk av andre medikamenter for å forebygge abstinenser.

Tubeirritasjon opplevde flere som et hinder når de skulle tilstrebe våkne pasienter. Intensivsykepleiere opplevde store individuelle forskjeller i hvordan pasientene tolererte utstyret og prosedyrene i våken tilstand. Forskjellig sykdomsbilde spilte inn, men også personlige egenskaper og angstproblematikk. Det var utfordrende å vurdere om det var smerter, stress eller ubehag. Ingen pasientsituasjoner var like, intensivsykepleiere måtte føle seg frem og tilpasse seg pasientens individuelle forutsetninger.

Ja det mentale også. Har mye med hvordan du er som person.. Er du en rolig eller du en stresset person. Er du angst-preget ... det kommer an på hva du har i bagasjen fra tidligere.

Flere opplevde det utfordrende å få pasienten til å tåle respiratorbehandling uten dyp sedasjon. Dette kunne løses ved å endre på respiratorinnstillingene, men ofte ble det gitt en bolus med sedasjon for å unngå at pasienten pustet usynkront med maskinen. Valg av respiratormodus og tett samarbeid med anestesilegene kom frem som viktig i denne sammenheng.

Samtlige opplevde at det var nyttig å flytte fokuset bort fra det ubehagelige. De beskrev ulike avledningsmetoder de erfarte som gode. Det kunne være så enkelt som å sette seg ned og prate om noe helt annet som ikke omhandlet sykdom og behandling.

Andre avledningsmetoder var å ta i bruk forskjellige betydningsfulle gjenstander som bilder av barnebarn, musikk eller legge til rette for pårørendekontakt.

For eksempel tegninger fra barnebarn, du ser jo at de skifter litt fokus. Jeg tror det er sånne ting, altså sykepleiere som er gode på sånt ... gode til å sette seg ned og prate om andre ting.

Målet var alltid å avslutte respiratorbehandling snarest mulig, men det var krevende å ha pasienter som ikke var tilfredse i situasjonen når sedasjon ble trappet ned. Samtlige opplevde det som utfordrende å finne pasientenes grense for stress og ubehag. Man måtte stole på egen dømmekraft. Det var nødvendig følge nøye med på vitalier som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, men også pasientens nonverbale uttrykk. Flere mente at tilstrekkelig kompetanse var nødvendig for å føle seg trygg i situasjon, men man måtte også «tørre» å ha respiratorpasientene våkne.

For målet er jo hele tiden for oss å ha pasienten kortest mulig på respirator uansett diagnose eller problemstilling. Vi ønsker jo alltid å få de fortest mulig av. Men det er viktig for meg at jeg ikke påfører pasienten unødvendig ubehag eller potensiell skade.

4.1.3 Gjenvinne identitet ved å stille krav

En forutsetning for et godt samarbeid var å hjelpe pasienten å oppleve sammenheng i situasjonen. Ofte forstod ikke pasientene hva som skjedde rundt dem og hvorfor. Ved å forklare behandlingen og utstyret fikk pasienten en bedre forståelse av situasjonen. Hektiske dager med stadig undersøkelser og utskifting av personale preget ofte hverdagen til pasienten. Faste rutiner og bruk av dagsplan opplevde flere som nyttig for å gi pasienten forutsigbarhet i situasjonen.

Flere kjente på frustrasjon når pasienter var kognitivt svekket. Det var vanskelig å trygge pasienten når de ikke forstod hensikten med utstyret og intervensjonene. Pasientene hadde et stort behov for gjentagende informasjon for å bli realitetsorientert. Høreapparat og briller kom frem som enkle grep for å forbedre kommunikasjonen. Pårørende ble nevnt som en ressurs for å hjelpe pasientene til å forstå situasjonen.

Ja, man vil liksom prøve å teste ut hvor pasienten er om han virkelig forstår hva som skjer eller ikke, for det er jo veldig viktig. Hvis en pasient skal tåle å være lett sedert så må man etter min erfaring være adekvat.

Flere intensivsykepleiere mente det var vanskelig å oppfatte pasientens situasjonsforståelse. Pasientens manglende språk og påvirkning av sykdom vanskeliggjorde kommunikasjonen. Ofte var ikke pasientene i stand til å bruke hjelpemidler som peketavle og lignende. Intensivsykepleierne måtte være ekstra oppmerksomme på hva pasienten prøvde å signalisere. Ofte måtte de stole på øyekontakt, nikking, håndtrykk, sukk og dunking i sengehest når de kommuniserte med pasienten.

Og jeg syns også det kan være vanskelig med peketavle. Veldig mange har ikke krefter nok til å skrive. Kanskje noen av de yngste, men eldre pasienter synes jeg ofte tenker at de kan skrive, men de klarer det ikke likevel.

Det kunne være vanskelig å bevare pasientens identitet når de var intubert og omgitt av teknisk utstyr. For å lettere forstå pasienten som lå i sengen var det viktig å innhente bakgrunnskunnskap. For å få frem pasientens «identitet» kunne det være nyttig å involvere nære pårørende som kjente pasienten godt. Historier, bilder og viktige personer i livet kunne medvirke til å bygge opp «selvet».

Ofte oppfattet ikke pasienter sin rolle eller plass i situasjonen. Flere intensivsykepleiere erfarte at pasientene tok en «passiv» rolle. I andre tilfeller krevde pasientene for mye oppmerksomhet av den enkelte intensivsykepleier. I slike tilfeller opplevde flere at man måtte stille krav til pasienten. Det var nødvendig å involvere pasienten mest mulig selv om de var syke. En intensivsykepleier sa; «det er liksom ikke bare en kropp som ligger der.» Ved å informere i forbindelse med snuing i seng, involvere pasienten i samtaler og i planlegging av dagen kunne intensivsykepleiere bevare pasientens integritet.

Hvis ikke kan man avklare at de kan dunke i sengehesten hvis de vil ha oppmerksomhet hvis jeg sitter og ser på pcen. Det er viktig å avklare sånne ting, for de er jo våkne, så man skal jo kunne samhandle med dem. Man må ta de med på det som skjer.

Mobilisering kunne være en metode for å få pasienten til å føle seg i en normaltilstand og ta tilbake kroppen. Det kunne være en ekstra belastning for pasienten å ta en aktiv pasientrolle med økt deltakelse i hverdagen. Intensivsykepleiere var innforstått med at økt bruk av sedasjon og lang respiratortid var uheldig for pasientutkommet, men motsatt kunne stress og ubehag påvirke kroppen og psyken i negativ retning. Å finne den perfekte balansen som best ivaretok pasienten var utfordrende.

Samtlige intensivsykepleiere opplevde det vanskelig å imøtekomme pasientens behov for oppmerksomhet og samtidig utføre nødvendige arbeidsoppgaver. Ofte forstod ikke pasienten at nødvendige arbeidsoppgaver var en viktig del av pasientens behandling. Enkelte intensivsykepleiere opplevde at man også måtte stille krav til pasienten for å avklare forventninger. Det kom frem at avtaler mellom intensivsykepleier og pasienten kunne løse behovskonflikten og gi pasienten økt forutsigbarhet i situasjonen.

Ja det er en kunst å på en måte prøve å avklare forventningen eller, det å kunne stille litt krav til pasienten da ... Under trygge rammer.

4.1.4 Å stå sammen i gjensidig frustrasjon

Det å arbeide med våkne respiratorpasienter var ofte krevende. En intensivsykepleier sa; «man må guide pasienten til å tåle å være våken.» Det var tøft å hele tiden «være på» og tilgjengelig for pasienten. Det opplevdes tøft når det ikke var tid til å ta vare på pasientens behov for tilstedeværelse og nærhet.

Eller at det er for lite ressurser omkring deg. Du har få som kan hjelpe til, du trenger et par ekstra hender som kan roe ned, prate eller holde pasienten i hånden.

Intensivsykepleieres personlige egenskaper kunne ha betydning for hvordan samarbeidet med respiratorpasienten utviklet seg. Pasientsituasjonene var ulike og komplekse, og det krevde mye av den enkelte intensivsykepleier. Ofte var det gjensidig frustrasjon, flere kjente på følelsen av å ikke strekke til når pasientene strevde. Flere opplevde at de måtte «gi mye av seg selv», og tålmodighet var en viktig egenskap for å hjelpe pasienten gjennom frustrasjonen. Kunsten var å holde ut sammen med pasienten, selv om det var psykisk krevende.

Nei, jeg tenker hvis man har en pasient som du merker er veldig, veldig oppgitt og du føler at du ikke kommer i mål ... Der må man jobbe med seg selv som person. Man må faktisk bare stå i det. Ja tåle å være der.. Altså, de er jo prisgitt at vi er der da.

Det kom frem at debriefing kunne være nyttig i pasientsituasjoner som opplevdes psykisk krevende. En intensivsykepleier mente det kunne være lurt å «rullere» på personalet i slike situasjoner. Motsatt ble det påpekt viktigheten av tett oppfølging av samme ansatte for å skape trygghet og kontinuitet hos pasientene.

Men det er en veldig krevende situasjon å stå i. Man må ofte være flere på pasienten. Men da blir det litt sånn ond spiral ved at det blir hyppig utskifting.

Selv om det var mer krevende å samarbeide med våkne respiratorpasienter, så opplevde flere det som givende når pasienten mestret situasjonen. Det kom frem positivt engasjement når intensivsykepleierne pratet om pasientsituasjoner med våkne og samarbeidene pasienter. Opplevelsen av å ha fått det til gjorde jobben mer interessant og spennende.

Vi må være mer på, men det gjør også jobben vår mer interessant. Bare det å kunne forkorte liggetid på respirator syns jeg er veldig spennende. Men det er klart at det krever mer, men det blir gøyere å jobbe med det når man vet at det gir positive gevinster.

4.2 Betydningen av felles ambisjoner og tilrettelagt arbeidsmiljø

En forutsetning for å ivareta våkne respiratorpasienter var å jobbe under trygges rammer. Andre avgjørende aspekter var tverrprofesjonelt samarbeid, struktur og felles ambisjoner i avdelingen. I dette hovedtemaet er det fire subtemaer som blir presentert nedenfor.

4.2.1 Tilfeldig praksis

Flere intensivsykepleiere opplevde at sedasjonspraksisen var tilfeldig og til dels personavhengig. Det ble nevnt uheldige pasientepisoder der sedasjonen ble trappet ned for raskt. Andre opplevde at ansatte i avdelingen ikke brukte «analosedasjons prinsippet» i pasientsituasjoner der dette var hensiktsmessig. Legene satt sedasjonsmål i metavision, og intensivsykepleierne prøvde å etterkomme dette ved å styre sedasjonen. De måtte prøve seg frem etter pasientens behov, og administrering av sedasjon var ofte basert på intensivsykepleiers tidligere erfaring. Det kom også frem at anestesilegene ofte tok «styringen» over medikamentpumpene når de ønsket å trappe ned sedasjon. Travle avdelinger og lite kontinuitet blant anestesileger og intensivsykepleiere påvirket den kliniske sedasjonspraksisen

[...] fordi det er ofte hektisk, ofte omveltninger på leger, ikke de samme som går dag etter dag, og så bestemmer de litt forskjellig. Sånn at det med sedering, jeg kan ikke si det er noen veldig god norm på akkurat det. Det kan bli litt sånn tilfeldig.

Enkelte mente intensivsykepleiere burde få og ta mer ansvar for sedasjonen. Samtlige representert fra begge avdelinger hadde tidligere tatt i bruk eller hørt om protokoller som analosedasjonsprotokoll, daglig vekking og respirator- avveningsprotokoll. Flere av dem hadde ikke til vane å bruke protokollene, og de opplevde protokollene sjeldent ble brukt i avdelingen. Det kom likevel frem et ønske om å ta i bruk analosedasjonsprotokoll og respirator-avveningsprotokoll. Flere mente det kunne være nyttig å ha et verktøy for å jobbe mer strukturert og dermed ta mer selvstendig ansvar for sedasjonen.

Vi kan ha en protokoll like fullt, fordi vi står bedside og kan bedre se om det fungerer greit. Så jeg tror dette ville vært en bedre løsning i forhold til sedasjon, at vi lettere kunne har styrt dette selv.

4.2.2 Å jobbe under utrygge rammer

Flere opplevde det som utrygt å jobbe alene med våkne respiratorpasienter. Enkelte opplevde maktløshet på grunn av manglende kontroll. Det kunne være manglende kontroll over arbeidsoppgaver eller manglende kontroll over pasienten. Manglende ressurser kom frem som et problem blant flere når de tilstrebet våkne pasienter. Det kunne oppstå situasjoner hvor pasientene ikke var i stand til å ta hensyn til eget utstyr som tube og intravenøse tilganger. I slike situasjoner var det nødvendig å være to på pasienten. Lett tilgjengelig personale kom frem som avgjørende for å jobbe under trygge forhold for å ivareta pasientens sikkerhet. I andre tilfeller kunne pasienten kreve mye oppmerksomhet og dermed forsinke viktig behandling.

Manglende ressurser kunne i noen tilfeller føre med seg økt bruk av sedasjon for å kunne håndtere situasjonen. Det kom frem motstridene aspekter knyttet til pasientens behov for enerom versus intensivsykepleieres behov for tilgjengelig personale. Det var enklere å få hjelp om noe uforutsett oppstod på en flersengsstue enn på et enerom hvor de ofte arbeidet alene. Bemanningsproblematikk kunne derfor være et hinder for om pasienten fikk dekket behovet for skjerming av støy og uro i avdelingen. Mangel på ledige enerom kom også frem som et aspekt i denne forbindelsen.

Det er lettere å ha en offensiv holdning til sedasjon hvis man vet at man kan få hjelp lett. Jeg må jo forsikre meg om at jeg kan håndtere denne pasienten. Det kommer an på om jeg er inne på et rom som jeg vet det er vanskelig å få hjelp.

4.2.3 Ønske om et bedre samarbeid

Samtlige intensivsykepleiere savnet et tettere samarbeid i det tverrprofesjonelle teamet. En felles situasjonsforståelse ble påpekt som viktig, spesielt mellom intensivsykepleiere og anestesileger. Anestesilegene ønsket ofte et lavt sedasjonsnivå hos pasienten. Flere intensivsykepleiere opplevde at anestesilegene ikke forstod hvor utfordrende og sammensatt det var å jobbe med lett sederte pasienter. Det var frustrerende å være den som kjente pasientens behov best og samtidig oppleve avmakt i forbindelse med beslutninger som omhandlet pasienten.

At den teoretiske tilnærmingen til legen som ønsker å ha pasienten lettest mulig, kanskje ikke helt samsvarer med realiteten. Vi er der time for time med pasienten. Ofte er det en dårlig kommunikasjon mellom lege og sykepleier på akkurat det.

Manglende innflytelse på respiratorinnstillinger kunne skape problemer når det var ønskelig med lett sedasjon. En riktig innstilt respirator var nødvendig for at pasienten pustet synkront og hensiktsmessig i våken tilstand. I situasjoner hvor pasienter ble oppfattet som stresset og pustet usynkront med respiratoren, så var valgte flere intensivsykepleiere å gi en ekstra dose med sedasjon. Enkelte mente problemet ofte kunne løses ved å gjøre endringer på respiratoren, men dette ansvarsområdet var kun tildelt anestesilegen. Om anestesilegen ikke var tilgjengelig, hadde ikke intensivsykepleiere noe annet valg enn å sedere ned pasienten. Her var det forskjellige erfaringer, enkelte opplevde ikke dette som et problem, andre opplevde de hadde en god dialog med legen slik at de «turte» å justere på respiratoren selv.

Hvis det er veldig travelt og du nesten aldri ser anestesilegen, da hender det at respiratoren ikke er helt optimalt innstilt hvis man ikke tør å stille på den selv.

Nødvendigheten av å tilpasse miljøet rundt pasienten erfarte alle som avgjørende for å skape trygge rammer. Selv om dette var ønskelig, var det utfordrende å gjennomføre dette i praksis. Ofte var det undersøkelser og aktivitet i rommet som skapte utrygge rammer for pasientene. Intensivsykepleiere ønsket mer samarbeid med anestesilegen for å få økt innflytelse over hvordan dagen til pasienten ble lagt opp. Det kom frem frustrasjon over at anestesilegene ikke henvendte seg til ansvarshavende intensivsykepleier når det ble tatt beslutninger som påvirket dagen til pasienten.

Istedenfor kunne de spurt oss først, for eksempel hvis det skal tas en røntgen thorax. Så kunne de sagt; det trenger ikke å tas akkurat nå, når tenker du at det passer? Istedenfor å bare rekvirere, og så står de der når du akkurat hadde tenkt at pasienten skulle få lov å slappe av.

4.2.4 Håp om endring på systemnivå

For å oppnå våkne og samarbeidende pasienter var det nødvendig med felles mål i avdelingen, det kom frem at det var nytteløst å ha dette målet alene. Flere hensyn måtte tas døgnet rundt, og det var lett å «gi opp» om ikke alle i behandlingsteamet hadde like ambisjoner.

Flere intensivsykepleiere erfarte ulik kultur i avdelingen knyttet til lett sedasjon. Samtlige formidlet at det var enklere å forholde seg til sovende pasienter. Om det ikke var satt et tydelig mål i journalen hendte det at intensivsykepleiere ikke tok selvstendig initiativ til å vurdere pasientens sedasjonsnivå. Det kom frem at sedasjonspraksisen til tider ikke var bra nok. Tre intensivsykepleiere mente at praksisen var bedre før. De mente det var mindre fokus på å tilstrebe lette pasienter i dagens praksis. Motsatt kom det frem at det var ulik tilnærming til sedasjon blant nyutdannede og intensivsykepleiere med lengre ansiennitet. I den forbindelse ble det nevnt at nyutdannede hadde mer fokus på lett sedasjon.

Men hvis ikke det er sagt tydelig i en rapport eller i en visitt, så flyter man gjerne på en gammel vane, og gjør det som er enkelt og enklere å forholde seg til.

Enkelte intensivsykepleiere mente det ble for utfordrende å jobbe med våkne intuberte respiratorpasienter. I den forbindelse kom det frem at pasienter ikke burde våknes før det nærmet seg ekstubering (fjerning av tube) eller etter anleggelse av trakeostomi (tube via åpning i halsen). Tre intensivsykepleiere mente sedasjonen ofte ikke ble trappet ordentlig ned før det nærmet seg ekstubering. Om ekstubasjonen ble forsinket hendte det pasienten ble sedert ned igjen til et dypere sedasjonsnivå, fremfor å holde pasienten våken i påvente av ekstubasjon.

Det kan bli sånn at pasienten skal jo uansett ligge på respirator, så da kan vi jo likevel sedere de. Det kan jo skje.

Anbefalt praksis måtte «frontes» i avdelingen for å endre gammel vane. Man måtte være mer bevisst og påminne hverandre om riktig sedasjonspraksis. Økte kunnskaper gjennom undervisning ble trukket frem som tiltak for å bevisstgjøre intensivsykepleiere.

Kanskje være flinkere til å dele det innad. Det går jo så klart an å ha undervisning på dette. Kanskje snakke om det generelt og være litt obs på å ha de litt lettere. Men det går jo på gamle vaner, eller prosedyrene.. at man må fronte det litt.

Nødvendige ressurser måtte settes av for at intensivsykepleiere skulle jobbe under trygge rammer, men også for å endre kulturen i avdelingen. Riktig sedasjonspraksis måtte frontes på systemnivå. Ledelsen kunne ha en betydningsfull rolle for å snu trenden i intensivavdelingen.

Så da må man endre kulturen, og da må man opp på ledelsesnivået og bruke ressurser på å ha fokus på dette. At alle er enige i dette og har et felles mål.

5 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes viktige funn mot relevant teori, forskning, lovverk, rammeverk, retningslinjer og strategier.

5.1 En hårfin balanse mellom å beskytte og stille krav

I funnene formidler intensivsykepleiere gode forslag, samt tiltak for å tilstrebe våkne og komfortable pasienter. Flere av intervensjonene gjenspeiler nasjonale anbefalinger, og de beskriver også gode erfaringer med våkne respiratorpasienter. Likevel kommer det tydelig frem at målet om å ha våkne pasienter under intensivoppholdet ofte er vanskelig å gjennomføre i praksis. I internasjonale retningslinjer blir betydningen av pasientsentrert omsorg presisert for å fremme tidlig rehabilitering, og dermed forebygge fysiske og psykiske skader etter intensivoppholdet (Devlin et al., 2018). Som intensivsykepleier skal man allerede i det akutte stadiet tilrettelegge for rehabilitering med mål om å bedre pasientutkommet, og fremme pasientens opplevelse av livskvalitet (NSFLIS, 2023). I OUS retningslinjer står det at sedasjon skal trappes ned kort tid etter intubasjon (2021). I det akutte stadiet er ofte pasienten ustabil og har behov for avansert behandling. Begrepene «pasientsentrert» og «helsefremmende» kan oppfattes som vagt og fjernt på en intensivavdeling hvor det handler om liv og død. Likevel peker forskning mot hvor viktig det er å jobbe helsefremmende parallelt med livreddende behandling for å fremme livskvalitet etter intensivoppholdet (Devlin et al., 2018). Man må redusere skadelige effekter av smerte, agitasjon/sedasjon, delirium, immobilisering og søvnforstyrrelser hos intensivpasienter. De forskjellige elementene er avhengig av hverandre, og pasientutkommet er avhengig av helsepersonellens etterlevelse av anbefalingen (Pun et al., 2019). I funksjons og ansvarsbeskrivelsen står det at man skal legge til rette for helsefremmende omgivelser for å fremme velvære, håp og livsmot hos pasienten (NSFLIS, 2023). Den helsefremmende tilnærmingen har flere likheter med Antonovskys salutogenese. Perspektivet rettes mot hvordan helse oppleves hos den enkelte. Den personsentrerte tilnærmingen handler om å se og behandle hele personen, og ikke bare den «syke» delen (Antonovsky, 2012).

Et viktig funn av stor betydning var at intensivsykepleiere erfarer det utfordrende å finne balansen mellom å beskytte og samtidig fremme pasientens rehabilitering. Samtlige var enige i at pasienten måtte tåle noe ubehag om de skulle være våkne. De ønsket å få pasienten raskest mulig «av respiratoren», men sedasjon måtte nedtrappes på en forsvarlig måte. Intensivsykepleiernes intensjon med å beskytte, skjerme og sedere den sårbare respiratorpasienten, var å unngå ytterligere skade. De hadde kunnskaper om hvordan stress, smerter og agitasjon kunne medføre skadelig respiratorbehandling og forsake en fysiologisk stressrespons. En fysisk og psykisk stressrespons kan påvirke behandlingsforløpet og være skadelig for det psykiske og fysiske rehabiliteringspotensialet (Tietze & Fuchs, 2023). Intensivsykepleiere har et ansvar for å lindre symptomer og begrense belastningen pasienter opplever i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Videre skal man beskytte pasienter mot skader og komplikasjoner i forbindelse med undersøkelser og behandling. På den annen side kan for mye lindring og beskyttelse hemme pasienten i å bruke av egne ressurser, og vil være direkte skadelig for rehabiliteringspotensialet. Intensivsykepleier skal hjelpe pasienten med å anvende ressurser på helsefremmende prosesser som bidrar til å mestre og lindre stress, smerter og ubehag (NSFLIS, 2023). I funnene kom det frem at erfaring og kompetanse var essensielt for å føle seg trygg i situasjonen, men man måtte også «tørre» å ha respiratorpasienten våken. I en tidligere studie kommer det også frem engstelse relatert til pasientens smerter og ubehag. Intensivsykepleiere må ofte prioritere mellom motstridene mål som å lindre smerter og ubehag eller sikre fremgang i rehabiliteringen (Berntzen et al., 2019).

Et viktig poeng om man skal oppnå våkne pasienter er å unngå unødvendig bruk av analgetika og sedative medikamenter. Ikke-farmakologiske intervensjoner har en sentral rolle i dette arbeidet (Devlin et al., 2018; OUS, 2021). Det fremstår i funnene at det oppleves vanskelig å identifisere når det er hensiktsmessig å anvende ikke farmakologisk metode fremfor medikamentell løsning. Intensivsykepleierne hadde vanskelig for å skille mellom pasientens smerter, stress eller ubehag. Det blir trukket frem i en studie at respiratorpasienter ofte får god smertelindring ved analgosedasjon, men annet fysisk og psykisk ubehag oppleves som uutholdelig. Ubegrepet pasienten opplever er spesielt knyttet til respiratorbehandling. Manglende forståelse av hva som foregår, mareritt og vrangforestillinger under oppholdet var vanlige opplevelser hos respiratorpasienter.

Våkne pasienter opplevde at de måtte tolerere ubehag under oppholdet. For å best mestre intensivoppholdet var det nødvendig å delta mest mulig og stole på helsepersonellet som var rundt dem (Berntzen et al., 2018). En annen studie trekker også frem at Intensivsykepleiere vurderer smerter systematisk, men vurdering av annet ubehag blir håndtert tilfeldig og ustrukturert. Vurderingene var ofte basert på intensivsykepleieres tidligere erfaringer (Berntzen et al., 2019). Det fremstår i funnene at intensivsykepleiere mangler et verktøy for systematisk håndtering av pasientens stress og ubehag. Et verktøy kan være løsningen for best å identifisere når det er hensiktsmessig med ikke- farmakologisk intervensjoner fremfor farmakologisk lindring. Som ledd i et kvalitetsforbedringsprosjekt ble det på et annet sykehus utarbeidet hjelpemiddelet komfort-bundle. Formålet med komfort-bundle er å tilby sykepleiere en kunnskapsbasert oversikt over tiltak med mål om persontilpasset pleie. Dette kan bidra til en mer systematisk håndtering av ulike former for ubehag (Berntzen & Storsveen, 2023).

5.1.1 Opplevelse av sammenheng i klinisk praksis

Et menneske med sterk opplevelse av sammenheng (OAS) vil ifølge Antonovsky håndtere stress og motgang bedre enn mennesker med svak OAS. Intensivsykepleiere kan styrke pasientens OAS ved å gjøre situasjonen mer forståelig, samt rette oppmerksomheten mot individuelle mestringsressurser og identifisere det meningsfulle i pasientens liv som gir håp og livsmot (Antonovsky, 2012). I funnene mine og en tidligere studie erfarer intensivsykepleiere at pasienter har betydelig individuelle forutsetninger for å mestre våkenhet under respiratorbehandling (Lind et al., 2018). Det fremgår i funnene at ingen pasientsituasjoner er like. Intensivsykepleiere må «føle seg frem» og tilpasse seg pasientens individuelle forutsetninger. Pasientenes forskjellige mestringsressurser kan ha betydning for om de håndterte å være våken under respiratorbehandling (Antonovsky, 2012).

Pasientens «begripelighet» blir utfordret i det høyteknologiske intensivmiljøet.

Det belastende miljøet kunne oppleves uforståelig, tilfeldig, kaotisk og uorganisert.

I funnene blir det presisert hvor nødvendig det er å hjelpe pasienten å forstå situasjonen.

Pasientens kognitive tilstand og manglende kommunikasjonsevne var et hinder for å fremme pasientens situasjonsforståelse og vanskeliggjorde et godt samarbeid. Pasienten måtte være adekvat og forstå situasjonen for å håndtere respiratorbehandling i våken tilstand. Tidligere studier understøtter denne utfordringen. Manglende kommunikasjonsverktøy ble også trukket frem som et problem (Berntzen et al., 2018; Mortensen et al., 2019). Her kommer betydningen av de forskjellige elementene i PADIS retningslinjene tydelig frem.

«Skadeeffektene» i de forskjellige elementene henger nøye sammen med hverandre, man må etterleve anbefalingene i alle elementene om pasienten skal håndtere å være våken.

Det er derfor essensielt å forebygge og behandle akutt forvirring. For å forebygge forvirring må pasienten få tilstrekkelig ro og søvn. Videre får ikke pasienten nok ro og søvn ved for mye smerter og ubehag, eller ved uro og støy i avdelingen (Devlin et al., 2018). I funnene kommer det frem gode tiltak for å forebygge akutt forvirring. Skjerming av støy, dagsplan, gjentagende informasjon, bruk av briller/høreapparat og inkludering av pårørende kunne gjøre dagen mer forståelig, sammenhengende og strukturert. Strategier og tidligere forskning understøtter betydningen av pårørende ved akutt forvirring hos pasienter (Lind et al., 2018; OUS, 2021).

Alle intensivsykepleiere mente det var viktig å beskytte og skjerme pasienten mot ytre stressfaktorer i intensivmiljøet. Likevel kom det frem at dette var vanskelig å gjennomføre i praksis. Ofte var det støy i rommet, enten fra medpasienter, alarmer eller prat blant personalet. Tidligere forskning påpeker også betydningen av ro i intensivmiljøet (Berntzen et al., 2018). For å lykkes med pasientsentrert omsorg må omsorgskulturen endres og miljøet i avdelingen må tilrettelegges for å skape et helsefremmende miljø (Nystrøm et al., 2020). Er det mulig å skape et helsefremmende miljø i dagens intensivavdelinger? Det kan virke som avdelingene er mer tilpasset sovende pasienter enn våkne pasienter. Flertallet av intensivavdelinger er ikke tilpasset pasientsentrert omsorg. Miljøet kan oppfattes truende og stressende for pasienter, pårørende og ansatte. Pasienter kan oppleve sosial isolasjon, mangel på kognitiv stimulering og begrenset utsikt til omverden. Dette kan igjen bidra til søvnmangel, delirium og psykiske helseproblemer. Det kommer stadig ny teknologi, og i

fremtiden vil det med stor sannsynlighet være flere skjermer og teknologisk utstyr på intensivavdelinger. Enkle løsninger som forheng mellom senger, øyemasker og ørepropper er ikke godt nok for å skape et helsefremmende miljø for den våkne respiratorpasienten. Designet i intensivrommet bør utbedres for å gjenspeile viktigheten av pasientsentrert og familiefokusert omsorg. Dette også for å skape et trygt arbeidsmiljø for personalet (Tronstad et al., 2023).

For å best «håndtere» situasjonen må pasienter oppleve å ha tilstrekkelig med ressurser til å mestre kravene de blir stilt overfor (Antonovsky, 2012). Pårørende kom frem som betydningsfulle ressurser og viktige støttespillere. Enkelte opplevde likevel at for mye pårørendekontakt kunne være stressende for pasientene. Det var nødvendig å tilpasse og balansere besøkene etter pasientens behov slik at pårørende opplevdes som en ressurs for pasientene. Pårørende skal anerkjennes som betydningsfulle støttespillere, og det må legges til rette for et pasient - og familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2023). Inkludering av pårørende anses som en viktig del av pasientsentrert omsorg (OUS, 2021; Pun et al., 2019).

Antonovsky beskriver betydningen av å ha tillit til personer i livet sitt. Man må stole på personene for at de skal oppleves som en ressurs (Antonovsky, 2012). Dette understøttes av tidligere erfaringer hos respiratorpasienter (Berntzen et al., 2018). I funnene formidlet intensivsykepleierne at den nære tilstedeværelsen var tillitsskapende og skapte trygghet i situasjonen. Ved å stå sammen med pasienten i frustrasjonen kunne intensivsykepleiere være en viktig resurs i pasientens liv. Ved å «støtte og guide pasienten» gjennom dagen kunne intensivsykepleiere hjelpe pasienten å holde motet oppe. Tidligere studier understøtter viktigheten av nærhet og gjensidig tillit (Berntzen et al., 2018; Lind et al., 2018).

Det å stille krav til pasienten ble belyst som betydningsfullt i funnene. Det var nyttig å fremme pasientens identitet og autonomi for å hindre at pasienten gikk inn i en passiv pasientrolle. Andre ganger var det nødvendig å rettlede pasienten i hva som var forventet i pasientrollen. Antonovsky beskriver at personer med sterk opplevelse av håndterbarhet er i stand til å håndtere livet når det går i motbakke. Personen går ikke i «offerrollen», men er i stand til å gå videre med livet (Antonovsky, 2012). I ansvars og funksjonsbeskrivelsen står det at pasientens ressurser må vurderes fortløpende, og tiltak skal gjennomføres systematisk for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet (NSFLIS, 2023).

Det kommer frem i funnene at kravene måtte tilpasses pasientens individuelle mestingsressurser slik at de fremsto håndterbare. Mobilisering kunne få pasienten til å føle seg i en normaltilstand, og fremsto som en ypperlig metode for å få pasienten til å «ta tilbake kroppen» igjen. I en tidligere studie reflekterte intensivsykepleiere over at våkenhet og rehabilitering kunne være helt avgjørende for om pasienten overlevde eller ikke (Lind et al., 2018). I funnene kommer det også frem at pasienter ofte krever mer oppmerksomhet enn det intensivsykepleiere har kapasitet til å etterkomme. Tidligere forskning understøtter denne utfordringen (Berntzen et al., 2019; Mortensen et al., 2019). Løsningen kan være å avklare forventinger og stille krav i situasjoner der pasienten krever mye oppmerksomhet. Det blir trukket frem i funn at avtaler mellom intensivsykepleier og pasient kan løse behovskonflikten og samtidig gi pasienten økt trygghet og forutsigbarhet i situasjonen.

Betydningen av å identifisere pasientens personlighet og meningsfulle elementer i livet påpekes i funnene. I følge Antonovsky er meningsfullhet den viktigste kjernekomponenten i OAS. Meningsfullhet handler om å oppleve å være en del av viktige livsområder som gir følelsesmessig og kognitiv mening. Opplevs hendelsen verdifull vil personen satse tid og ressurser på å møte utfordringen (Antonovsky, 2012). Intensivsykepleiere må identifisere det meningsfulle i pasientens liv for å gi pasienten motivasjon i den tøffe hverdagen. Videre skal det legges til rette for helsefremmende omgivelser hos pasienten for å fremme velvære, håp og livsmot (NSFLIS, 2023). I funnene kom frem at det var nødvendig å bygge opp en god relasjon for å fange opp interesser og meningsfulle elementer i pasientens liv.

Betydningsfulle familiemedlemmer måtte identifiseres i den forbindelse.

Antonovsky beskriver hvor betydningsfullt det er å ha områder i livet som gir motivasjon og indre drivkraft. Det meningsfulle i livet må kartlegges og anvendes i praksis slik at pasienten engasjerer seg rundt situasjonen, og dermed er villig til å gjøre grep for å komme seg gjennom tilværelsen eller endre den til det bedre (Antonovsky, 2012). Betydningen av å ha kjente intensivsykepleiere som fulgte opp pasienten ble også trukket frem i funnene. Men det kunne også være belastende for den enkelte intensivsykepleier å følge opp samme pasient over tid. En studie påpeker betydning av kontinuitet hos sykepleiere og leger for å kunne observere pasientens utvikling over tid. Redde og opprørte pasienter har behov for sykepleierkontinuitet (Lind et al., 2018). Stadig utskifting av personale kan skape problemer med å rette oppmerksomheten mot det meningsfulle i pasientens liv. Informasjon om

personlige egenskaper, interesser, betydningsfulle personer og andre viktige elementer i pasientens liv er vanskelig å plassere i en journal. Hjelpemiddelet komfort-bundle kan også her være løsningen på problemet. En dynamisk plansje ved pasientsengen kan være et supplement til pasientens pleieplan. Opplysninger og tiltak som anses å være viktig for pasienten føres opp på tavlen. Her føres også opp interesser, yrke, hobbyer og betydningsfulle familiemedlemmer for å enklere skape en persontilpasset pleie og behandling under intensivoppholdet (Berntzen & Storsveen, 2023).

5.2 Betydningen av opplevelse av sammenheng på arbeidsplassen

I søken etter intensivsykepleieres levde erfaring med våkne respiratorpasienter kom det tydelig frem flere aspekter i arbeidshverdagen som er av betydning for å lykkes med anbefalt praksis. Intensivsykepleiere forteller om en hverdag hvor sedasjonspraksis ofte er tilfeldig. I funnene beskriver intensivsykepleiere følelser som frustrasjon, manglende kontroll, usikkerhet og utrygghet knyttet til den våkne respirator pasienten. Det salutogene perspektivet kan overføres til intensivsykepleieres arbeidsplass. Et helsefremmende arbeidsmiljø er nødvendig for å oppleve trivsel og mening i arbeidshverdagen (Masanotti Michele et al., 2020). Nedenfor drøftes funn, teori og tidligere empiri opp mot kjernebegrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

5.2.1 Begripelighet

I funn og tidligere forskning fremgår nødvendigheten av å legge til rette for pasientmedbestemmelse. Økt pasientdeltakelse skaper utfordringer i intensivsykepleieres arbeidshverdag (Lind et al., 2018). Manglende kontroll over viktige oppgaver i løpet av arbeidsdagen skapte frustrasjon og utfordret intensivsykepleiernes begripelighet. Den nye sedasjonspraksisen har ført med seg endring i sykepleier-pasient dynamikken. Tidligere kunne intensivsykepleiere i større grad styre dagen selv. Ved samhandling med våken pasient må intensivsykepleiere ta hensyn til pasienten når dagen planlegges. Arbeidshverdagen til en intensivsykepleier er i utgangspunktet hektisk og uforutsigbar,

manglende kontroll over oppgaver og organisering av dagen kan oppleves som en ekstra belastning (Antonovsky, 2012).

Manglende struktur og oversikt kan gi en uforutsigbar arbeidsdag (Antonovsky, 2012).

Travle avdelinger og lite kontinuitet blant anestesistesileger påvirket den kliniske sedasjonspraksisen. Det kom frem usikkerhet med tanke på hvor ansvaret lå ved nedtrapping av sedasjon. Om det ikke var satt et spesifikt sedasjonsmål på pasientene, ble det sjeldent tatt initiativ til å vurdere om pasientens RASS nivå var hensiktsmessig. I funnene kan det se ut som det var enklere å gi økt sedasjon på egenhånd, kontra å redusere sedasjon på egenhånd. Gjennomføring av medisinsk behandling skal foregå i samarbeid med, og på ordinasjon fra pasientens legeteam. Intensivsykepleier har likevel et medansvar for at medisinsk behandling foregår forsvarlig (NSFLIS, 2023).

I funnene kommer det frem usikkerhet relatert til bruk av protokoller. De hadde tilgang til protokoller, men hadde ikke til vane å bruke dem i praksis. Flere ønsket å ta i bruk protokoller i forbindelse med administrering av sedasjon, fortrinnsvis respirator-avvenningsprotokoll og analgosedasjonsprotokoll. Det anbefales ikke bruk av protokoller for å optimalisere analgosedasjon i OUS retningslinjer (2021). Likevel anbefaler internasjonale retningslinjer protokollbasert vurdering og trinnsvis tilnærming for smerte- og sedasjonsbehandling hos kritisk syke (Devlin et al., 2018). I funnene kom det frem et ønske om å ha et tilgjengelig verktøy for å ta mer selvstendig ansvar. Struktur, oversikt og ansvar kan gi økt mestringsfølelse i møte med utfordringer på arbeidsplassen (Masanotti Michele et al., 2020). Retningslinjer, protokoller og prosedyrer er ofte omdiskutert i praksis. Ulik tilgang og utdaterte respirator-avvenningsprotokoller på norske sykehus har skapt usikkerhet og ulik praksis blant intensivsykepleiere. Ulik tilgang og bruk av protokoller i norske sykehus fører også med seg at intensivpasienter mottar ulikt tilbud nasjonalt. En sykepleierstyrt avvenningsprotokoll kan gi kortere behandlingstid på respirator, færre reintubasjoner og en økonomisk gevinst sammenliknet med legestyrt avvenning (Høyhum & Leonardsen, 2021).

5.2.2 Håndterbarhet

Håndterbarhet på arbeidsplassen handler om å oppleve å ha tilstrekkelige ressurser til å gripe tak i kravene man møter (Antonovsky, 2012). Manglende ressurser kom frem som et problem blant flere når de tilstrebet våkne pasienter. Bemanningsproblematikk kunne gå utover pasientens behov for skjerming, trygghet og sikkerhet. Enkelte ganger var det helt nødvendig å sitte «bedside» og holde pasienten i hånden. Pasientsikkerheten kunne være truet i tilfeller der det var fare for selv-ekstubering. Det kom frem at manglende ressurser og kontroll over situasjonen kunne føre med seg unødvendig bruk av sedasjon for å håndtere pasienten. Sykehusansatte blir stadig påvirket av kutt i sykehusbudsjettet. Det forventes høyere produksjon til en lavere pris. Sykehusene må prioritere og tenke smartere på grunn av økonomi og bemanningsproblemer i helsesektoren (Kjerkol, 2024).

Blir sedasjonspraksis påvirket av stadig bemanningsproblemer og mangel på intensivsykepleiere? (Hansen, 2023). Følelse av håndterbarhet styrkes av hensiktsmessig arbeidsbelastning og tilgjengelige ressurser. På lang sikt kan høy arbeidsbelastning påvirke intensivsykepleieres handlingskraft. Mangel på ressurser og tid kan utfordre intensivsykepleierens evne til å være forkant, vise initiativ og ta beslutninger på egenhånd (Masanotti Michele et al., 2020). Man kan spørre seg om innsparinger i spesialisthelsetjenesten lønner seg på lang sikt? Stadig flere pasienter får komplisert intensivbehandling og overlever (Buanes et al., 2023). Dyp sedasjon har flere ugunstige virkninger på pasientutkommet som blant annet fører til forlenget respiratorbehandling og flere sykehusdøgn (Devlin et al., 2018; Fuchs & Bellamy, 2023). Dette er kostbart for samfunnet. Ved lett sedasjon har man et bedre utgangspunkt til å korte ned på respiratorbehandlingen og kan dermed forebygge utvikling av PICS. Utvikling av PICS påvirker pasientens livskvalitet, men utgjør også en betydelig samfunnsøkonomisk belastning (Mikkelsen et al., 2023).

I funnene komme det frem frustrasjon over å ha manglende kontroll over pasienten og situasjonen. I enkelte land er det vanlig med fysiske begrensinger på håndledd, ankel og overkropp for å øke pasientsikkerheten, beskytte personalet, eller ved manglende bemanning. Dette er heldigvis ikke praksis i Norge, og ikke forenelig med pasientsentrert omsorg. Likevel sier dette noe om utfordringene knyttet til våkne respiratorpasienter (Devlin et al., 2018). På den annen side er det ikke fare for pasientsikkerhet om det er etablert

gjensidig tillitsforhold mellom pasient og intensivsykepleier. Rolige og samarbeidene pasienter vil ha overskudd og oversikt til å ta hensyn til eget utstyr som trakealtube og intravenøse tilganger (Lind et al., 2018). Det er mange årsaker til manglende samarbeid med pasienten. Smerter, dyspné, redsel og angst kan påvirke pasientens samarbeidsevne. Dersom pasienten ikke er komfortable til tross for smertelindring og lett sedasjon, må årsaken identifiseres fremfor å sedere pasienten dypere (Vincent et al., 2016).

Manglende innflytelse på respiratorinnstillinger kunne skape problemer når det var ønskelig med lett sedasjon. I situasjoner hvor pasienten ble oppfattet som stresset og pustet usynkront med respiratoren, ble det ofte gitt sedasjon. Økt innflytelse på respiratorinnstillinger og tettere samarbeid med anestesilegen kunne gjøre situasjonen mer håndterbar. Det kom frem ulike erfaringer og praksis på dette området. Pasient-ventilator dyssynkroni under respiratorbehandling er potensielt livstruende og må behandles raskt. Det er forståelig at intensivsykepleiere forsøker sedasjon først om ikke anestesilege er lett tilgjengelig. På lang sikt er det trolig en dårlig løsning. Anestesilege bør kontaktes for systematisk vurdering av pasientens pustebevis. Kliniske symptomer som engstelse, rask puls og respirasjonsfrekvens vil fremstå ved stress og ved feil i respiratorinnstillinger (Kaufman et al., 2022). Et viktig poeng ved pasientsentrert omsorg er å identifisere årsaken fremfor å sedere pasienten dypere (Vincent et al., 2016).

En sammensatt og systematisk tilnærming for å ivareta pasientens individuelle behov er tidkrevende, og flere brikker må på plass. Det kom frem at intensivsykepleiere opplevde det som for tidkrevende og utfordrende å ivareta våkne respiratorpasienten. Opplevelse av håndterbarhet styrkes gjennom gjentatte arbeidserfaringer, tilgang til tilstrekkelige materielle, sosiale og organisasjonsmessige ressurser (Antonovsky, 2012). Andre intensivsykepleiere presiserte at erfaring og kompetanse var nødvendig for å føle seg trygg i situasjonen. En norsk studie har funnet betydelig variasjon mellom intensivavdelinger knyttet til praktisering av lett sedasjon. Det praktiske utførelsen har en tendens til å variere avhengig av om klinikere er kjent med hensikten med lett sedasjon (Nystrøm et al., 2020).

5.2.3 Meningsfullhet

For at intensivsykepleiere skal engasjere seg og legge ned innsats i å tilstrebe våkne pasienter, må arbeidet oppleves som meningsfullt. Det kom frem at det var lett å «gi opp» om ikke alle i behandlingsteamet hadde like ambisjoner. Ulik kultur i avdelingen knyttet til lett sedasjon kunne påvirke sedasjonspraksisen i negativ retning. Ulike holdninger relatert til sedasjon blir også trukket frem i forskning (Mortensen et al., 2019). For at arbeidet skal oppleves meningsfullt er det viktig å ha innflytelse på fellesskapet. Man vil miste interesse om det ikke oppleves mening i det man prøver å oppnå, og dette kan medføre manglende motivasjon til å håndtere utfordringer i jobbsammenheng (Antonovsky, 2012).

Manglende innflytelse på beslutninger som omhandlet pasienten opplevdes frustrerende. Intensivsykepleiere ønsket et bedre samarbeid og en felles situasjonsforståelse med anestesilege. Et godt tverrprofesjonelt samarbeid er avgjørende for implementering av pasientsentrert omsorg (Vincent et al., 2016). Tverrfaglig samarbeid sikrer kontinuitet, plan og kvalitet i pasientens behandling (NSFLIS, 2023). Ledelsen kan ha en nøkkelrolle ved å legge til rette for økt samarbeid i teamet. Økt kollegialt samhold kan oppnås om organisasjonen utfører intervensjoner for å bedre teamsamarbeidet. Faglig orientering på teamarbeid gir økt rolleforståelse og gjensidig respekt for hverandres yrke og arbeid. Teamet kan håndtere utfordringer på en bedre måte når alle har gjensidig respekt for hverandres arbeid (Cunningham et al., 2018).

I funnene formidlet intensivsykepleiere at det var tøft å hele tiden «være på» og tilgjengelig for pasienten. I forskning kommer det frem at dypt emosjonelt engasjement med pasient over tid kan oppleves følelsesmessig belastende (Masanotti Michele et al., 2020). Det kommer frem i funnene at tålmodighet var en viktig egenskap for å hjelpe pasienten gjennom frustrasjonen. Kunsten var å holde ut sammen med pasienten, selv om det var psykisk krevende. Det kan se ut som at intensivsykepleiere trenger flere positive erfaringer med våkne respiratorpasienter for å at arbeidet skal oppleves verdt alt «strevet». Det ble delt positivt engasjement når intensivsykepleiere pratet om pasientsituasjoner med våkne og samarbeidene pasienter. Det å lykkes i arbeidet gav mestringsfølelse. Opplevelsen av å ha fått det til gjorde jobben mer interessant og spennende. Tidligere forskning understøtter at sykepleier-pasient samspillet oppleves mer givende og inspirerende med økt

pasientdeltakelse. En omsorg med pasientmedvirkning kan være mer givende enn å arbeide med dypt sederte pasienter (Lind et al., 2018; Mortensen et al., 2019).

Intensivsykepleiere ønsket at ledelsen tok mer ansvar for å snu trenden i avdelingen. Ved å «fronte» anbefalt praksis kunne alle behandlingsteamet være mer bevisst og ha felles ambisjoner. Arbeidsmiljø og organisasjonsstruktur kan ha en avgjørende rolle for å fremme sykepleieres opplevelse av sammenheng. Ledelsen bør fokusere på å skape et arbeidsmiljø som fremmer opplevelse av sammenheng (Masanotti Michele et al., 2020). Kompetanseheving kan gi økt motivasjon i møte med våkne respiratorpasienter. Intensivsykepleiere har også en plikt til å utøve kunnskapsbasert praksis. Intensivsykepleie skal være kunnskapsbasert og man plikter å utøve kvalitetssikre tjenester til alle pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Videre har ledelsen et ansvar for medarbeideres kunnskap og kompetansenivå. Helseforetakene skal prioritere kompetanseheving og opplæringsprogrammer. Kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg og bli bedre. Ledelsen skal prioriteres ansattes arbeidsmiljø. Pasientsikkerhet henger nøye sammen ansattes helse, miljø og sikkerhet (Helsedirektoratet, 2019).

6 Konklusjon

Studien har belyst norske intensivsykepleieres erfaringer med våkne respiratorpasienter. Det fremstår nærmest umulig å oppnå våkne og samarbeidene pasienter om man ikke tenker helhetlig pasientomsorg. Intensivsykepleiere har en sentral rolle i å yte individualtilpasset pleie i et helsefremmende perspektiv. Til tross for etablerte retningslinjer og strategier opplever intensivsykepleiere det som utfordrende å arbeide med lett sederte respiratorpasienter. Intensivsykepleiere må ta hensyn til flere sammensatte elementer i møte med den våkne respiratorpasienten. Det mellommenneskelige samspillet mellom intensivsykepleier og pasient fremstår som svært betydningsfullt. Intensivsykepleier må inneha tilstrekkelig kunnskap om å beskytte den sårbare pasienten mot fysiske og psykiske påkjenninger under intensivoppholdet. Like nødvendig er det å rette oppmerksomheten mot pasientens individuelle mestringsressurser for å fremme tidlig rehabilitering. Pårørende blir trukket frem som viktige støttespillere og må anerkjennes i den pasientsentrerte omsorgen. Felles ambisjoner og samarbeid i behandlingsteamet er essensielt for å lykkes med våkne og samarbeidende respiratorpasienter. Manglende struktur og udefinerte ansvarsområder påvirker den kliniske praksisen og skaper uforutsigbarhet i arbeidshverdagen. Nødvendig kompetanse fremstår viktig. Bruk av verktøy og protokoller kan gi økt ansvar, struktur og oversikt, og dermed fremme intensivsykepleieres mestringsfølelse i møte med utfordringer knyttet til lett sedasjon. Intensivmiljøet og kulturen i avdelingen må endres for å oppnå et helsefremmende miljø. anbefalte retningslinjer og strategier mister sin verdi om arbeidsmiljøet ikke er tilrettelagt, og ledelsen ikke har iverksatt tilstrekkelige ressurser for implementering av anbefalt praksis.

6.1 Kliniske implikasjoner

Funnene peker i retning mot at anbefalt sedasjonspraksis ikke er godt nok implementert i intensivavdelingene. Det kommer frem systemutfordringer knyttet til etterlevelse av anbefalte strategier. Intensivsykepleiere etterspør kompetanseheving blant ansatte, bevilgning av tilstrekkelige ressurser og tilrettelegging i avdelingen. Studien kan ha overføringsverdi til andre intensivavdelinger i Norge. For å sikre kvalitet i helsetjenesten bør det utføres en kartlegging på norske intensivavdelinger for å evaluere effekten av anvendte implementeringsstrategier relatert til lett sedasjon. Implementeringsforskning kan være hensiktsmessig for å undersøke hvorfor det er et «gap» mellom anbefalte retningslinjer og klinisk praksis.

REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium, Den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y. & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Barratt-Due, A. & Wøien, H. (2021). *Analgesedasjon, et handlingsprogram for mer målrettet styring av analgesi- og sedasjonsnivå til pasienter ved generell intensiv 1 og 2, Rikshospitalet OUS*. Oslo Universitets Sykehus, Rikshospitalet. https://ous-research.no/icrg/docs/211019_protokoll_%20ABCDEF-bundle.pdf
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. & Wøien, H. (2018). "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgesedation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e223-e234. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13920>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. & Wøien, H. (2019). "Having the compass—drawing the map": Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgesedation in intensive care. *Nursing Open*, 6(2), 453-462. <https://doi.org/10.1002/nop2.227>
- Berntzen, H. & Storsveen, A.-M. (2023). Ubegag hos intensivpasienter: Slik utviklet vi hjelpemiddelet Komfort-bundle. *Sykepleien*, 111(e-93717). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.93717>
- Brattek, G., Gjerde, S., Muri, A. K., Aarland, I. C., Flaatten, H. & Hofoss, D. (2003). Reduction of ventilator time by systematic quality work. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 123(5), 634-637.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis, A Practical Guide* SAGE Publications.
- Buanes, E. A., Kvåle, R., Helland, K. F., Sjursæther, E. & Barrat-Due, A. (2023). *Norsk intensiv- og pandemiregister, Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak (1.2)*. Helse Bergen, Haukeland Intensivregister. Hentet 26 februar 2024 fra: https://www.helse-bergen.no/48fab4/siteassets/seksjon/intensivregister/documents/arsrapporter/arsrapporter-nipar/nipar-arsrapport-2022_1.2.pdf
- Cunningham, U., Ward, M. E., De Brún, A. & McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 536. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3331-3>

- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerger, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., McKinley, S., Neufeld, K. J., Pisani, M. A., Payen, J. F., Pun, B. T., Puntillo, K. A., Riker, R. R., Robinson, B. R. H., Shehabi, Y., Szumita, P. M., Winkelmann, C., Centofanti, J. E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C. J., Flood, P. D., Kiedrowski, K. & Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*, 46(9), e825-e873.
<https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003299>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), 376-381.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Fossheim, H. J. (2015). *Samtykke*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 23 april 2024 fra:
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>
- Francis, J. (2019). Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. I M. J. Aminoff, K. E. Schmader & J. L. Wilterdink (Red.), *UpToDate* (16. utg.). Hentet 11 januar 2024 fra:
https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=sedation%20delirium&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Fuchs, B. & Bellamy, C. (2023). Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal. I P. E. Parsons & M. F. O'Connor (Red.), *UpToDate* (53. utg.). Hentet 11 januar 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-adults-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?search=over%20sedation%20icu&topicRef=2888&source=see_link
- Fuchs, B. & Bellamy, C. (2024). Sedative-analgesia in ventilated adults: Management and strategies, agent selection, monitoring and withdrawal. I P. E. Parsons, M. F. O'Connor & G. Finlay (Red.), *UpToDate*. Hentet ut 17 april 2024 fra: <https://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesia-in-ventilated-adults-management-strategies-agent-selection-monitoring-and-withdrawal#H3353359508>
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnvitenskapens Forutsetninger*. Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, T. (2020). Sedasjon. I T. Gulbrandsen, D.-G. Stubberud & K. C. Toverud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Han, M. K. (2023). Management and prognosis of patients requiring prolonged mechanical ventilation. I P. E. Parsons, R. S. Morrison & G. Finlay (Red.), *UpToDate*. Hentet ut 10 april 2024 fra:
https://www.uptodate.com/contents/management-and-prognosis-of-patients-requiring-prolonged-mechanical-ventilation?sectionName=Drugs&topicRef=2888&anchor=H12&source=see_link#H12

- Hansen, T. L. (2023). Intensivkapasitet: kode rød. Intensivkapasiteten har ikke blitt bedre etter pandemien. Dette er kode rød *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseekonomi-intensivmedisin-prioritering/intensivkapasitet-kode-rod/593874>
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Hentet 10 januar 2024 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (§ 1-13). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hofer, M. M., Wieruszewski, P. M., Nei, S. D., Mara, K. & Smischney, N. J. (2022). Intensive Care Unit Sedation Practices at a Large, Tertiary Academic Center. *Journal of intensive care medicine*, 37(10), 1383-1396. <https://doi.org/10.1177/08850666211067515>
- Høyhum, G. M. & Leonardsen, A.-C. L. (2021). Intensivsykepleiere må kjenne til protokoller for respiratoravvenning. *Sykepleien*, 109(e-83926). <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleiens.2021.83926>
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. T., Chalfin, D. B., Masica, M. F., Bjerke, H. S., Coplin, W. M., Crippen, D. W., Fuchs, B. D., Kelleher, R. M., Marik, P. E., Nasraway, S. A. J., Murray, M. J., Peruzzi, W. T. & Lumb, P. D. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141. https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2002/01000/clinical_practice_guidelines_for_the_sustained_use.20.aspx
- Kaufman, D. A., Fuchs, B. & Lipschik, G. (2022). Assessment of respiratory distress in the mechanically ventilated patient. I P. E. Parsons & G. Finlay (Red.), *UpToDate* (18. utg.). Hentet 26 mars 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-respiratory-distress-in-the-mechanically-ventilated-patient?topicRef=1606&source=see_link#H2769499246
- Kjerkol, I. (2024). *Sykehustalen 2024*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968/>
- Klompas, M. (2023). Aspiration Pneumonia in adults. I D. J. Sexton, P. Dieffenbach & S. Bond (Red.), *UpToDate*. Hentet ut 10 april 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/aspiration-pneumonia-in-adults?topicRef=1628&source=see_link
- Kollef, M. H., Levy, N. T., Ahrens, T. S., Schaiff, R., Prentice, D. & Sherman, G. (1998). The Use of Continuous IV Sedation Is Associated With Prolongation of Mechanical Ventilation. *Chest*, 114(2), 541-548. <https://doi.org/https://doi.org/10.1378/chest.114.2.541>

- Kress, J. P., Pohlman, A. S., O'Connor, M. F. & Hall, J. B. (2000). Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1471-1477.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107018871&site=ehost-live>
- Lind, R., Liland, H.-I., Brinchmann, B. S. & Akeren, I. (2018). He survived thanks to a non-sedation protocol: Nurses' reflections about caring for critically ill, non-sedated and mechanically ventilated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 54-61.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.006>
- Manaker, S. (2023). Use of vasopressors and inotropes. I M. N. Gong & G. Finlay (Red.), *UpToDate*. Hentet 12 Januar 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/use-of-vasopressors-and-inotropes?search=vasopressors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#
- Masanotti Michele, G., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C. & Caricato, M. (2020). Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1861. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/1861>
- Mikkelsen, M. E., Netzer, G., Iwashyna, T. & Hopkins, J. (2023). Post-intensive care syndrome (PICS) in adults: Clinical features and diagnostic evaluation. I S. Manaker & G. Finlay (Red.), *UpToDate* (60. utg.). Hentet 21 mars 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics-in-adults-clinical-features-and-diagnostic-evaluation?search=intensive%20care%20post&source=search_result&selectedTitle=1%7E83&usage_type=default&display_rank=1#
- Mortensen, C. B., Kjær, M.-B. N. & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 52, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- NAF & NSFLIS. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Den norske legeforening. Hentet 17 januar 2024 fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf
- NSFLIS. (2023). *FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 18 Januar 2024 fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>
- Nystrøm, V., Fosser Olsen, B. & Brekke, I. (2020). Practised sedation in mechanically ventilated patients: A survey of nurses' perceptions. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(2), 105-112.
<https://doi.org/10.1177/2057158519899548>
- Olsen, B. F. & Nystrøm, V. (2020). Respiratorbehandling. I T. Gulbrandsen, D.-G. Stubberud & K. C. Toverud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utgave. utg., s. 339-386). Cappelen Damm akademisk.

- Orebaugh, S. & Snyder, J. V.). Direct laryngoscopy and endotracheal intubation in adults. I A. B. Wolfson, C. A. Hagberg, B. Johnson, J. Grayzel & M. Crowley (Red.), (51. utg.). Hentet 21 mars 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/direct-laryngoscopy-and-endotracheal-intubation-in-adults?search=intubation&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
- OUS. (2021). *Intensivpasienter - smerte, uro/agitasjon og delirium, voksne* (4. utg.). Oslo universitetssykehus. Hentet 9 januar 2024 fra; <https://ehandboken.ous-hf.no/document/56319>
- Pandharipande, P. & Hayhurst, C. J. (2023). Pain control in the critically ill adult patient. I P. E. Parsons, M. F. O'Connor, G. Finlay & N. A. Nussmeier (Red.), *UpToDate* (57. utg.). Hentet 11 januar 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?search=analgesedation&source=search_result&selectedTitle=1~2&usage_type=default&display_rank=1
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (§ 1-9). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999.). *Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser* (§ 1-3). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2022). *ESSENTIALS OF Nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10. Red.). Wolters Kluwer.
- Pun, B. T., Balas, M. C., Barnes-Daly, M. A., Thompson, J. L., Aldrich, J. M., Barr, J., Byrum, D., Carson, S. S., Devlin, J. W., Engel, H. J., Esbrook, C. L., Hargett, K. D., Harmon, L., Hielsberg, C., Jackson, J. C., Kelly, T. L., Kumar, V., Millner, L., Morse, A. & Perme, C. S. (2019). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Critical Care Medicine*, 47(1), 3-14. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003482>
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud, I. L. Sjøberg & A. Eikeland (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg.). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidsted. I T. Gulbrandsen, D.-G. Stubberud & K. C. Toverud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tietze, K. J. & Fuchs, B. (2023). Sedative-analgesia in ventilated adults: Medication properties, dose regimens, and adverse effects. I P. E. Parsons, M. F. O'Connor & G. Finlay (Red.), *UpToDate*. Hentet 12 Januar 2024 fra: https://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesia-in-ventilated-adults-medication-properties-dose-regimens-and-adverse-effects?topicRef=1606&source=see_link
- Tronstad, O., Flaws, D., Patterson, S., Holdsworth, R. & Fraser, J. F. (2023). Creating the ICU of the future: patient-centred design to optimise recovery. *Critical care (London, England)*, 27(1), 402. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04685-2>

- UIA. (2023). *MASTERHÅNDBOK*. Universitetet i Agder, Fakultet for helse-og idrettsvitenskap. Hentet 23 april 2024 fra: file:///C:/Users/veron/Downloads/1680623-Masterh%C3%A5ndbok%20M-AKS%20M-HSPL%20MASTSSP_GF%20(2).pdf
- Vincent, J.-L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G.-C., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C. & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962-971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>
- Waydhas, C., Deffner, T., Gaschler, R., Häske, D., Hamsen, U., Herbstreit, F., Hierundar, A., Kumpf, O., Rohe, G., Spiekermann, A., Vonderhagen, S., Waeschle, R. M. & Riessen, R. (2022). Sedation, sleep-promotion, and non-verbal and verbal communication techniques in critically ill intubated or tracheostomized patients: results of a survey. *BMC Anesthesiology*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01887-z>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.
- Wøien, H. (2020). Movements and trends in intensive care pain treatment and sedation: What matters to the patient? *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1129-1140. <https://doi.org/10.1111/jocn.15179>
- Wøien, H., Alfheim, H., Langeru, A. K. & Stubhaug, A. (2018). *The Richmond Agitation and Sedation Scale* Ehbåndboken, Oslo universitets sykehus. Hentet 17 april 2024 fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFile?entityId=114467>

Vedlegg 1.

Søkestreng CINAHL & MEDLINE via EBSCOhost

Søke-konseppter	#	Query	Results
sykepleie	S1	nurs*	2,085,960
Erfaringer, praksis, mening...	S2	experience* OR perspectiv* OR attitude* OR percept* OR opinion* OR belie*OR view* OR role* OR practice*	9,123,838
Respirator ...	S3	Respirator* OR ventilat*	1,199,257
Sedering..	S4	sedat* OR pain* OR analges*	1,618,401
Søk kobles sammen	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2,637

	#	Query	Results
Ord for sykepleie, må finnes i artikkelens tittel	S1	TI nurs*	651,017
	S2	experience* OR perspectiv* OR attitude* OR percept* OR opinion* OR belie*OR view* OR role* OR practice*	9,123,838
	S3	Respirator* OR ventilat* OR intubat*	1,281,974
Sedering... ordene må finnes i tittelen, minst et av de	S4	TI (sedat* OR pain* OR analges*)	459,990
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	248

Og limit språk,

S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	240
----	-------------------------	--	-----

Færre treff om du tar vekk OR pain* OR analges* i søk nummer 3 – og om ordene må finnes i tittelen

	#	Query	Limiters/Expanders	Results
	S1	TI nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	651,017
	S2	experience* OR perspectiv* OR attitude* OR percept* OR opinion* OR belie*OR view* OR role* OR practice*	Search modes - Boolean/Phrase	9,123,838
Ordene må finnes i tittelen	S3	TI (Respirator* OR ventilat* OR intubat*)	Search modes - Boolean/Phrase	293,312
Sedering, ordet må finnes i tittelen, tatt vekk ord for OR pain OR analgesic*	S4	TI sedat*	Search modes - Boolean/Phrase	26,297
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	53
Limit språk	S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	52 Link til treff

Vedlegg 2.

Intervjuguide 1.

- Hva er din erfaring med intuberte pasienter der man tilstreber lavt sedasjonsnivå?
 - Er det noe du har erfart som er vanskelig eller utfordrende, og kan du fortelle om dette?
- Hva tenker du kjennetegner en situasjon der pasienten er optimalt sedert?
- Hva mener du er viktig ved administrering av sedasjon?
- Hva mener du ligger til grunn for at noen pasienter blir dypere sedert enn nødvendig i forhold til ønsket sedasjonsnivå?
- Har du noen erfaringer med tiltak som du synes er spesielt gode?
- Har du konkrete forslag til hvordan man kan bevare respiratorpasienten våken, smertefri og rolig under oppholdet?

Vedlegg 3.

Intervjuguide 2.

- Hva er din erfaring med intuberte pasienter der man tilstreber lavt sedasjonsnivå?
 - Er det noe du har erfart som er vanskelig eller utfordrende, og kan du fortelle om dette?
- Hva tenker du kjennetegner en situasjon der pasienten er optimalt sedert?
- Opplever du at manglende innflytelse på respiratorinnstillingene er en utfordring for å oppnå optimal sedasjon?
- Hva mener du er viktig ved administrering av sedasjon?
- Hva mener du ligger til grunn for at noen pasienter blir dypere sedert enn nødvendig i forhold til ønsket sedasjonsnivå?
- Har du konkrete tiltak eller forslag til hvordan man kan bevare respiratorpasienten våken, smertefri og rolig under oppholdet?

VELKOMMEN TIL FORSKNINGSPROSJEKTET

«Intensivsykepleiernes erfaringer knyttet til optimal sedasjon av respiratorpasienten»

Formålet med prosjektet

Ønsker du å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med den våkne intuberte respiratorpasienten? I nasjonale anbefalinger skal man tilstrebe våkne respiratorpasienter, i denne studien er det ønskelig å gå dypere inn i hvordan intensivsykepleierne opplever å arbeide med den våkne respiratorpasienten. Hensikten er å undersøke intensivsykepleierens erfaringer, og eventuelt hvilke intervensjoner som må være til stede for å oppnå optimal sedasjon. Studiene vil kunne avdekke kunnskaper og behov som har betydning på individ og samfunnmessig nivå. Resultatene fra studien vil kunne identifisere områder som trenger ytterligere forskning. Resultatene vil bli presentert som en masterstudie ved Universitetet i Agder, i form av en monografi.

Hvorfor ønsker jeg deg i prosjektet?

Jeg opprettet først kontakt med din enhetsleder som har viderefremidlet denne informasjonen til deg. Du blir kontaktet fordi du er intensivsykepleier og har erfaring med respiratorpasienter. Dine unike opplevelser med den våkne respiratorpasienten gir nyttige opplysninger om norske intensivsykepleieres levde erfaringer. Dine erfaringer kan gi kunnskaper som er nødvendig for at ledere og myndigheter ser hvilke tiltak og intervensjoner som må være til stede for å best mulig oppnå de nasjonale retningslinjene knyttet til sedasjon på norske intensivavdelinger.

Frivillig å delta og mulighet for å trekke ditt samtykke

Ønsker du å delta som informant i min intervjustudie, ber jeg deg sende en e-post til Veronica Rose, veronr06@uia.no. For å delta må du ha erfaring med respiratorpasienter og være intensivsykepleier med minst 2 års ansiennitet på intensivavdeling. Dersom du blir inkludert i studien vil du i forkant av intervjuet motta informasjonen i dette skrivet på nytt, både muntlig og skriftlig. Det blir innhentet skriftlig samtykke fra deg. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon).

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å takke ja til å delta i forskningsprosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju på ca. 45 minutter. Intervjuet kan foregå på eget arbeidsted eller annet egnet sted etter ditt valg. Intervjuet kan også gjennomføres digitalt om dette er ønskelig. Du vil bli intervjuet av Veronica Rose, masterstudent i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder. Under intervjuet er det ønskelig å vite

litt om din arbeidserfaring og alder. Du vil bli spurt om å fortelle om egne erfaringer og opplevelser med den våkne respiratorpasienten. Jeg ønsker å be deg om tillatelse til å ta notater og lydopptak under intervjuet. Lydfilene vil i etterkant bli skrevet ordrett over i tekstdokument. Dette er ønskelig for at ingen informasjon du har bidratt med blir utelatt. Det skal utføres intervju av flere deltakere som senere skal sammenfattes til en tekst og drøftes opp mot aktuell teori

Dine opplysninger og Offentlige godkjenninger

Informasjon fra deg vil bli aidentifisert ved presentasjon av funn i masterstudien.

Dine personlige opplysninger erstattes med en kode under behandling av datamaterialet. Navneliste med kode kommer til å være adskilt og innelåst fra datamaterialet. Det er kun masterstudent Veronica Rose, og prosjektleder Gro Frivold som får tilgang til kodeliste og data om deg. Datamaterialet blir lagret på passordbeskyttet server og aidentifiseres når prosjektet avsluttes 17.04.24.

Aidentifiserte opplysninger i form av tekst kan anvendes i forskning inntil 1. januar 2026.

Personverntjenestene ved Sikt har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Fakultetets etiske komite (FEK) har foretatt etisk godkjenning av forskningsprosjektet.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å protestere, be om innsyn, og til retting og sletting av opplysninger jeg behandler om deg. Du vil da høre fra meg innen en måned. Du vil få en god begrunnelse på hvorfor jeg mener du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves. Du kan lese mer om personvern her; <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/den-registrertes-rettigheter/>

Veronica Rose, masterstudent og prosjektleder Gro Frivold, førsteamanuensis (PhD) er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

Kontaktinformasjon

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte;

Veronica Rose, masterstudent
Mail: veronr06@uia.no
Tlf: 97568562

Gro Frivold, Førsteamanuensis, PhD
Mail: gro.frivold@uia.no
Tlf: 91896844

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet

Trond Hauso, personvernombud uia
Mail: personvernombud@uia.no
Tlf: 93601625

SIKT, personverntjenesten
Mail: personverntjenester@sikt.no
Tlf: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen Gro Frivold og Veronica Rose

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*intensivsykepleiernes erfaringer knyttet til optimal sedasjon av respiratorpasienten*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 20.04.24

Vedlegg 5.

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 11.08.2023 ▾

Referansenummer
155534

Vurderingstype
Automatisk

Dato
11.08.2023

Tittel

Intensivsykepleierens erfaringer knyttet til optimal sedasjon av respiratorpasienten

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Gro Frivold

Student

Veronica Rose

Prosjektperiode

10.08.2023 - 17.04.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.01.2026.

[Meldeskjema](#)



Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.



Veronica Rose

Time of approval: : 21/08/2023

Application for ethical approval of research projects - Intensivsykepleiernes erfaringer knyttet til optimal sedasjon av respiratorpasienten - RITM0226127

We are glad to inform that your application has been reviewed and approved.

Comments from approver:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

FEK påpeker at det må krysses nei på 2.2.1 siden det i intervjuet ikke spørres om direkte identifiserende personoppl.

Regards
Committee for Research Ethics
Faculty of Health and Sport Sciences
University of Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00

1483 - 1/1 -



Vedlegg 7.

Hei [REDACTED]

Videresender henvendelse fra en masterstudent ved UiA som ønsker å rekruttere ansatte ved intensivavdelingen til en spørreskjemaundersøkelse om deres opplevelser og erfaringer med den våkne intuberte respiratorpasienten.

Forenklet meldeskjema med vedlegg, mottatt 8.9.23, ligger i P360 på saksnummer 23/04046. Prosjektet har nødvendige godkjenninger på plass og tilfredsstillende kravene til forenklet behandling. Det er derfor ikke behov for tilråding fra personvernombudet ved Sykehuset [REDACTED]

Det er opp til klinikken å bestemme om dere ønsker å delta og på hvilket nivå henvendelsen skal behandles. Jeg videresender henvendelsen til deg som seksjonsleder for videre behandling med kopi til klinikkjef, avdelingsleder og melder. Ber om at du/dere håndterer saken videre og lagrer øvrig korrespondanse med søker i Public 360, jfr. Heliksprosedyre 14740.

Vennlig hilsen

[REDACTED]
Foretaksjurist og Personvernombud
e-post: [REDACTED]

 SYKEHUSET [REDACTED]

[REDACTED]

Vedlegg 8.

SV: 23/09191-1 - Søknad datainnsamling masteroppgave - Intensiv

[Redacted]

fr. 15.09.2023 10:26

Til:Veronica Rose <veronr06@student.uia.no>

Informasjonssikkerhetsleder skriver:

Takk,

Disse endringene er OK for min del, og jeg tilrår, som ved forrige vurdering at søknaden kan godkjennes.

Mvh [Redacted]
