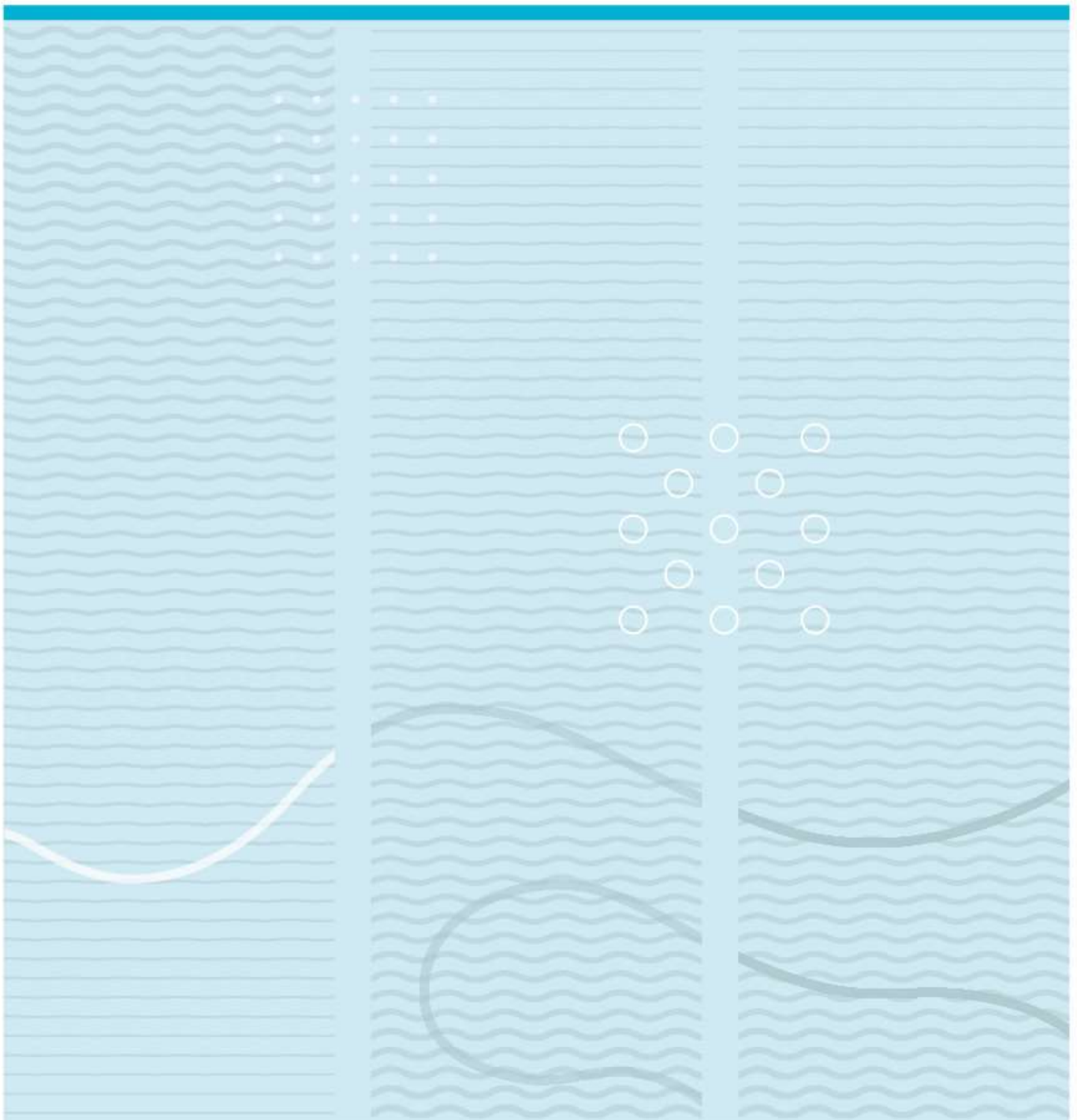


Lena Gunleiksrud

Grensen mellom et plagsomt liv og en verdig død

Intensivsykepleierens rolle i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling

hos kritisk syke og døende.



Sammendrag

Hensikten med oppgaven har vært å undersøke hva intensivsykepleiere kan bidra med i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende.

Bakgrunnen for valg av tema er basert på ulike opplevelser i slike beslutningsprosesser gjennom 14 års erfaring ved samme overvåkingsavdeling, og min undring over hvorfor disse prosessene kan oppleves svært forskjellig. Noen oppleves positive og gode, mens andre oppleves vanskelige og bidrar til en følelse av å påføre pasienten mer skade og lidelse enn nytte og lindring mot en verdig død.

Jeg har ønsket å få fram legers og intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer rundt samarbeidet i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, og har derfor brukt en kvalitativ metode i denne studien. Det ble gjennomført to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med likt antall leger og intensivsykepleiere i hver fokusgruppe, hvor alle deltakerne på en eller annen måte er tilknyttet samme avdeling ved et sykehus i Sørøst-Norge. Systematisk tekstkondensering (STC) er brukt som analysemetode og er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data.

Resultatene viser at både leger og intensivsykepleiere er opptatt av sykepleieinvolvering i beslutningsprosessen, og at sykepleierne har en viktig rolle. Legene beskriver dem som avgjørende for enkelte av deres beslutninger, og uttrykker stor tillit til sykepleiernes kunnskap og kompetanse. Informantene er i stor grad fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet, og uenigheter løses ofte med gode diskusjoner. Både leger og sykepleiere er opptatt av pasientenes beste, og på bakgrunn av svært ulike roller og ansvarsområder i behandlingsteamet, er alle informantene enige om at godt teamarbeid er essensielt i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling.

Konklusjonen er at intensivsykepleieren har en viktig rolle i beslutningsprosessen, og at samspillet mellom sykepleier og lege er essensielt for en god prosess. Elementer som god tverrfaglig kommunikasjon, pasientrelasjonen og observasjoner, informasjon fra pårørende, felles forståelse av pasientbehandlingen, respekt for hverandres roller og gjensidig tillit mellom lege og sykepleier anses som særs viktig for at samspillet skal fungere godt.

Abstract

The **purpose** of the thesis has been to investigate how intensive care nurses can contribute to the decision-making process regarding the termination of life-prolonging treatment of the critically ill and dying patients.

The **reason** for choosing this topic is based on different experiences in such decision-making processes through 14 years of experience at the same Intensive care unit (ICU), and my wonder why these processes can be experienced very differently. Some are perceived as positive and good, while others are perceived as difficult and contribute to a feeling of inflicting more harm and suffering for the patient than benefit and relief towards a dignified death. I wanted to bring out the experiences of doctors and intensive care nurses about the collaboration in the decision-making process regarding the termination of life-prolonging treatment. In that case I have used a qualitative method in this study. Two semi-structured focus group interviews were conducted with the same number of doctors and intensive care nurses in each interview, and where all participants are somehow affiliated with the same ward at a hospital in Southeast Norway. Systematic text condensation (STC) has been used as an analytical method which is a pragmatic method for the thematic transverse analysis of qualitative data. The **results** show that both doctors and intensive care nurses are concerned with nursing involvement in the decision-making process, and agrees that the nurses have an important role. The doctors describe them as crucial to some of their decisions, and express great confidence in the nurses' knowledge and competence. The participants are largely satisfied with the interdisciplinary cooperation, and disagreements are often resolved with good discussions. Both doctors and nurses are concerned with the best interests of patients, and because of very different roles and responsibilities in the treatment team, they all agree that good teamwork is essential in the decision-making process around the termination of life-prolonging treatment.

The **conclusion** is that the intensive care nurse has an important role in the decision-making process, and that the interaction between nurse and doctor is essential for a good process. Elements such as good interdisciplinary communication, patient relations and observations, information from relatives, a common understanding of patient care, respect for each other's roles and mutual trust between doctor and nurse are considered particularly important for the interaction to work well.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Studiens formål/hensikt	8
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.3 Begrepsavklaringer og avgrensning	9
1.3.1 Samarbeid, samhandling og samspill	9
1.3.2 Intensivsykepleier	10
1.3.3 Intensivpasient	10
1.3.4 Beslutningsprosessen	11
1.3.5 Livsforlengende behandling	11
1.3.6 Nytteløs behandling	11
1.4 Oppgavens struktur	12
2 Bakgrunn	13
2.1 Bakgrunn for valg av tema	13
2.2 Teoretiske referanserammer	14
2.2.1 Intensivsykepleierens funksjons – og ansvarsbeskrivelse	14
2.2.2 Etisk rammeverk	14
2.2.3 Helselovgivning	15
2.3 Tidligere forskning	16
2.3.1 Søkeprosessen	16
2.3.2 Resultat av søket	16
3 Metode	24
3.1 Metode og design	24
3.2 Utvalg og rekruttering	25
3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	26
3.4 Analysemetode	27
3.5 Transkribering	27
3.6 Analysetrinn	28

3.6.1	Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer	28
3.6.2	Meningsbærende enheter – fra tema til koder	29
3.6.3	Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold	30
3.6.4	Syntese – fra kondensering til resultat	32
3.7	Forforståelse og egen forskerrolle	33
3.8	Behandling av datamateriale	34
3.9	Forskningssetiske overveielser	34
3.9.1	Validitet	35
3.9.2	Reliabilitet	36
3.9.3	Overførbarhet	36
3.10	Metodiske overveielser	36
4	Resultat	39
4.1	Tverrfaglig samspill for felles trygghet	40
4.2	Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet	43
5	Diskusjon	46
5.1	Tverrfaglig samspill for felles trygghet	46
5.2	Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet	56
6	Konklusjon	60
6.1	Implikasjon for praksis	60
6.2	Forslag til videre forskning	60
7	Referanser/litteraturliste	62
8	Vedlegg	68

Forord

Det er rart og nå skulle sette punktum for et prosjekt som jeg har hatt et så nært forhold til, og som har vært en stor del av min tilværelse de siste to årene. Men samtidig er det svært tilfredsstillende å kunne fremlegge et ferdig arbeid rundt et tema som har engasjert meg i hele min karriere som sykepleier. Masterarbeidet har blitt gjennomført ved siden av jobb og familie, og selv om det har vært gøy og veldig lærerikt, har det også vært utrolig krevende både faglig og mentalt. Jeg må innrømme at jeg til tider har følt meg ensom i dette arbeidet, men støtten og engasjementet fra kollegaer, avdelingsleder, venner og ikke minst familie har vært overveldende. Jeg har derfor mange å takke for at jeg endelig har kommet i mål. Jeg vil først og fremst takke min avdelingsleder Ruth Karin Kjellemo som har støttet meg, oppmuntret meg og lagt til rette for at denne studien har latt seg praktisk gjennomføre. Takk til alle mine engasjerte og gode kollegaer som har vist sin interesse for temaet og studien, og som har vært med på å heie meg frem til målstreken. En ekstra stor takk til de kollegaene som har vist stort engasjement ved å delta i studien og bidratt med sine rike erfaringer slik at jeg har fått utvidet min kunnskap og innsikt rundt temaet. Takk til mine veiledere; Anne Marit Lyberg og Astrid Danielsen, som med sin tålmodighet, kritiske blikk og konstruktive tilbakemeldinger har hjulpet meg frem til et ferdig resultat jeg er stolt av. En ekstra takk til seksjonsleder og bibliotekar Mariann Mathisen, som har hjulpet meg med litteratursøk, korrekturlesing, gode råd og tips og ikke minst vært en god støttespiller i prosessen. Jeg må også takke mine flotte voksne sønner, Odd Gjermund, Torjus og Sigve som alle på sin måte har vært til støtte og hjelp i denne tiden, og utvilsomt min største heilagjeng. Og til slutt min fantastiske mann, Torgeir. Takk for alt du har bidratt med, direkte og indirekte i denne prosessen. Takk for all din kjærlighet, tålmodighet, klokskap, støtte og trøst når det har stormet som verst. Uten deg hadde dette prosjektet aldri latt seg gjennomføre. TAKK!

Tønsberg, 28. mai 2021

Lena Funderud Gunleiksrud

1 Innledning

Som intensivsykepleier jobber man i et høyteknologisk miljø med de mest kritisk syke pasientene, og hvor deres liv er i personalets hender. Kompliserte beslutninger om liv og død skjer daglig, og leger og sykepleieres delaktighet i slike beslutninger byr på mange utfordringer. Det høyteknologiske utstyret er en ressurs i den avanserte behandlingen, men den kan også gi en risiko for overbehandling. (Valsø, Ambjørnrud, & Lindahl, 2013). Teknologien flytter dermed grensen for når mennesket kan dø, og det som tidligere var en uunngåelig skjebne har blitt et helsefaglig nederlag. Det som før var utenfor vår kontroll, har blitt vårt ansvar, og spørsmålet er: Hvor lenge skal vi holde på? Når er døden ikke lenger et onde, men også et gode (Hoffmann, 2017, s. 22)?

Etter flere års erfaring som intensivsykepleier ved en medisinsk overvåkingsavdeling, har jeg opplevd mange pasientsituasjoner hvor følelsen av overbehandling har vært sterkt fremtredende, pasientbehandlingen har vært nytteløs og pasientene påføres dermed mer lidelse og ubehag enn hva som oppleves riktig og etisk faglig forsvarlig. I løpet av de siste tiårene har det blitt forsket en del på, sykepleiernes opplevelse av overbehandling og ulike problemstillinger innenfor samme tematikken, både nasjonalt og internasjonalt. I 2017 kom tidsskriftet Sykepleien ut med sitt hefte «Når er det nok?» hvor dette temaet ble belyst fra flere ulike perspektiver. Underkommunikasjon mellom leger og sykepleiere er et stadig tilbakevendende tema og sykepleier Berit Hofset Larsen mener at leger og sykepleiere ikke snakker godt nok sammen (Bergsagel, 2017, s. 94). Dette samsvarer i stor grad med hva jeg og mange av mine kollegaer opplever i arbeidshverdagen. Men hvem har ansvaret for at denne kommunikasjonen blir tydelig nok og er det sammenheng mellom god kommunikasjon og godt samarbeid mellom lege og sykepleier? Min erfaring er at tydelig kommunikasjon hos intensivsykepleieren gir stor grad av lydhørhet hos legene. Med tydelig kommunikasjon menes hvordan pasientsituasjonen, det foreløpige behandlingsresultatet, faglige, etiske og kliniske vurderinger samt pasientens ønsker og behov formidles til legene. Spørsmål rundt byrde kontra nytte av behandlingen står også sentralt. Disse erfaringene er grunnlaget for min problemstilling og vil bli nærmere belyst i denne studien.

1.1 Studiens formål/hensikt

Hensikten med denne studien er å få innblikk i hvordan intensivsykepleiere kan bidra i legenes beslutningstaking vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende pasienter. Er sykepleiere tydelige nok i sin kommunikasjon og argumentasjon overfor legene slik at de får frem budskapet sitt, og er de sitt ansvar bevisst? I intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse (NSF 2017), er ansvaret tydelig beskrevet med at intensivsykepleieren har et medansvar, og at de skal delta aktivt i denne prosessen. Intensivsykepleierens rolle i beslutningsprosessen er å være pasientens advokat og må derfor ta sitt ansvar for å påvirke beslutningen (Gulbrandsen, 2020). Men hva tenker leger og intensivsykepleierne om dette ansvaret, og hvordan opplever de hverandres roller i denne beslutningsprosessen? Målet med studien er å få innsikt i intensivsykepleierens rolle i beslutningsprosessen, hvor innsikten skal føre til best mulig pasientbehandling med fokus på å unngå overbehandling og minst mulig skade og plager for pasienten. Dersom det viser seg at vår rolle som intensivsykepleiere har betydning for beslutningen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, kan vi være med på å begrense pasientens lidelser og bidra til en mer verdig død (NSF, 2017).

På bakgrunn av egne erfaringer beskrevet innledningsvis, ønsket jeg å gjøre studien på egen avdeling hvor jeg har jobbet de siste 14 årene. Overvåkingsavdelingen, som er min arbeidsplass, er en såkalt teknisk avdeling innenfor medisinsk klinikk, det vil si en avdeling for de sykeste syke og kritisk syke pasientene med medisinske diagnoser. For enkelhetens skyld kan vi sidestille avdelingen med en medisinsk intensivavdeling med tanke på pasientkasus, diagnoser og problemstillinger. Hovedforskjellen er en annerledes organisering, og det er det som til tider er utfordringen. I motsetning til en intensivavdeling har vi ikke anestesileger ansatt i avdelingen, men en overlege innenfor lungemedisin som medisinskfaglig «overhode». Sammen med en LIS-lege (lege i spesialisering) har hun behandlingsansvaret når pasienten ligger på overvåkingsavdelingen med akutt forverring av sin tilstand, men det er en overlege fra den aktuelle medisinske avdelingen hvor pasienten er seksjonert til, som «eier» pasienten. I praksis betyr det at denne overlegen har hovedansvaret, og i stor grad bestemmer behandlingsnivået og behandlingsinnsatsen for «sine» pasienter. Utfordringen kan da være at disse legene ikke alltid har forståelse for pasientens

aktuelle situasjon, tidvis unnlater å ta sykepleierne med i pre-visitt og kan være mer opptatt av blodprøvesvar enn kliniske observasjoner og helhetlig pasientvurdering. Denne situasjonen gjør at disse avgjørelsene er mer utfordrende, og derfor ønsker jeg å gjøre denne studien med håp om at eventuelle funn kan bidra til en bedring i praksis og en kvalitetsforbedring innenfor området.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Den tidvis ulike oppfatningen blant leger og intensivsykepleiere om hva som er nyttig eller nytteløs behandling av akutte og kritisk syke pasienter, medfører at avklaringer rundt eventuelle behandlingsbegrensninger utsettes. Jeg ønsker derfor å se nærmere på hva intensivsykepleiere kan bidra med for å unngå overbehandling og unødvendig lidelse hos disse pasientene og har utarbeidet følgende problemstilling:

«Hva kan intensivsykepleieren bidra med i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende?»

For å belyse problemstillingen ønsker jeg å få svar på følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer og opplevelser har leger og intensivsykepleiere rundt det tverrfaglige samarbeidet i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling?

1.3 Begrepsavklaringer og avgrensning

Jeg vil nå definere og avgrense sentrale ord og begreper som brukes senere i oppgaven.

1.3.1 Samarbeid, samhandling og samspill

Samspill og samhandling defineres som to sider av samme sak (Wikipedia, 2020) og begrepene brukes litt om hverandre videre i oppgaven. Samarbeid og samspill derimot er to forskjellige ting og sett i kontekst av beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, er denne ulikheten av stor betydning. *Samarbeid* handler om å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave, hvor arbeidsoppgavene for eksempel fordeles mellom aktørene, og hvor hver enkelt aktør er «forpliktet og ansvarlig» for sin del av oppgaven slik at det oppnås et felles mål (Roschelle & Teasley, 1995). *Samhandling* er et mer abstrakt begrep, og handler om gjensidig relasjonell

deltakelse og engasjement i en kontinuerlig dialog mellom personene som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Anderson, 2012; Karlsson & Borg, 2013; Strong, Sutherland, & Ness, 2011). På en måte kan man si at samarbeid er mer konkret, mens samhandling omhandler relasjoner og prosessene som skjer mellom menneskene som samarbeider underveis. Man løser oppgaver i fellesskap ved å diskutere og forhandle seg frem og tar beslutninger sammen. Samhandling bygger på likeverdige relasjoner mellom menneskene som samhandler for å nå et felles mål, eller enes om hvordan man skal finne veien videre sammen (Andersen, 2013; Strong et al., 2011).

1.3.2 Intensivsykepleier

En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning eller masterstudium i intensivsykepleie, og har spesialisert kompetanse i klinisk sykepleie. En intensivsykepleier skal yte sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter med manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner, delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller legge til rette for en verdig død (Stubberud, 2020, s. 41). I denne studien er alle sykepleieinformantene intensivsykepleiere, men på avdelingen der studien er gjennomført utgjør intensivsykepleierne et mindretall. Legeinformantene omtaler heller ikke sykepleierne spesifikt som intensivsykepleiere, så begrepet sykepleier/intensivsykepleier blir brukt litt om hverandre videre i oppgaven. Jeg synes likevel det er viktig å definere intensivsykepleier som et begrep, da intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde er viktig å forstå i denne oppgaven.

1.3.3 Intensivpasient

Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) definerer en pasient som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel (NSF, 2006). Stubberud (2020, s. 29) betegner en pasient som intensivpasient når han/hun har behov for kontinuerlig overvåking og helt kompenserende helsehjelp grunnet alvorlig svikt i vitale organer. Avdelingen hvor denne studien er gjennomført defineres ikke som en intensivavdeling, men alle pasientene er kontinuerlig overvåket det meste av liggetiden, og 75 – 80% av pasientene defineres som intensivpasienter ifølge kriterier sendt til norsk intensivregister (NIR).

1.3.4 Beslutningsprosessen

Beslutningstaking er noe alle gjør i det hverdagslige liv og en beslutning kan defineres som et valg mellom to eller flere alternativer. Veien frem til dette valget kalles beslutningsprosessen (Brunsson og Brunsson, 2015). Beslutningen om livsforlengende behandling skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er til pasientens beste, og på hva pasienten selv ønsker (Helsedirektoratet, 2013).

1.3.5 Livsforlengende behandling

Helsedirektoratets nasjonale veileder definerer livsforlengende behandling som all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død. Eksempel på dette er hjertelungeredning, annen pustehjelp og hjertestimulerende legemidler, kunstig ernæring og væsketilførsel (intravenøst eller gjennom svelg- eller magesonde «PEG»), dialyse, antibiotika og kjemoterapi» (Helsedirektoratet, 2013). Erfaringer viser at det kan være vanskelig å vite eksakt når behandlingen bør avsluttes, og man står av og til i et dilemma om hvorvidt man skal avslutte behandling som muligens er livsforlengende eller fortsette en behandling unødig (Gulbrandsen, 2020).

I det meste av litteratur og forskning finner vi begrepet End-of-life care (EOL). EOL defineres som omsorg gitt til mennesker som er nær livets slutt og har stoppet behandlingen for å kurere eller kontrollere sykdommen (NIH, 2020). Dette begrepet brukes ensbetydende med avslutning av livsforlengende behandling, og vil derfor være å finne igjen når jeg senere presenterer tidligere relevant forskning for denne studien.

1.3.6 Nytteløs behandling

Nytteløs behandling vil ikke tas frem som et stort poeng senere i oppgaven, men defineres for å gi et innblikk i hva leger og sykepleiere bør legge til grunn som vurdering når temaet avslutning av livsforlengende behandling tas opp. Helsedirektoratets nasjonale veileder definerer nytteløs behandling etter følgende punkter:

- Behandling uten effekt, for eksempel verken lindring eller livsforlengelse
- Sannsynligheten for at behandlingen har effekt er svært liten
- Nytten av behandlingen er liten i forhold til plagsomme bivirkninger
- Nytten av behandlingen er svært liten i forhold til kostnadene.

(Helsedirektoratet, 2013 s. 8).

1.4 Oppgavens struktur

Videre i oppgaven vil det nå følge et bakgrunnskapittel hvor teoretisk rammeverk og tidligere forskning presenteres. Deretter gjøres det rede for valg av metode og analysemetodens fremgangsmåte. Oppgavens viktigste funn ut fra problemstillingen presenteres i resultatkapittelet. I diskusjonskapittelet drøftes funnene i lys av teoretisk rammeverk tidligere forskning og annen relevant litteratur. Avslutningsvis kommer en kort konklusjon, implikasjon for praksis og forslag til videre forskning.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunnen for valg av tema og relevant litteratur, teori og ulike begreper som kan knyttes opp mot oppgavens problemstilling. Det blir gjort rede for litteratursøk med søkeord og ulike søkestrategier som er brukt, samt funn av relevant forskning på området.

2.1 Bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn gir et høyteknologisk helsevesen oss mange muligheter til å behandle akutt og kritisk syke pasienter, og dermed flyttes grensen mellom liv og død (Hoffmann, 2017 s.22). Stadig fokus på utvikling innenfor medisinsk forskning og høy teknologisk kompetanse, gjør at vi har få begrensninger når det gjelder å redde liv eller gi livsforlengende behandling. Livsforlengende behandling er alternativ behandling der helbredende behandling ikke er mulig og all behandling og tiltak som gjøres kan utsette pasientens død (Helsedirektoratet, 2013). Vi husker alle Kristina-saken fra 2005 (Wikipedia, 2020), hvor det var stor uenighet mellom helsepersonell og pårørende rundt avgjørelsen om å avslutte respiratorbehandlingen på den lille jenta. Dette er et av mange eksempler på kompleksiteten i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, og som har bidratt til at Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer som et beslutningsstøtteverktøy til hjelp i klinisk praksis (Helsedirektoratet, 2013). Den tar for seg både helsepersonellens plikt ifølge helsepersonelloven, de etiske perspektiver og selve beslutningsprosessen og de faktorer som inngår her. Min erfaring er at intensivsykepleiere og leger til tider har ulik oppfatning av pasientsituasjonen. I tillegg har vi ulikt ansvar vedrørende beslutningen rundt avslutning av livsforlengende behandling, og dersom kommunikasjon og tettere samarbeid mellom profesjonene kunne skapt bedre og bredere felles forståelse, ville man trolig unngått mange «uheldige» pasientsituasjoner med overbehandling. Tverrfaglig samarbeid og gode beslutningsprosesser er spesielt viktig når man skal ta så gjennomgripende beslutninger om andre menneskers helse som det her er snakk om (Nortvedt, 2017). På bakgrunn av kompleksiteten i en slik avgjørelse, er det vanskelig å tenke seg at man skal kunne klare å avverge alle situasjoner hvor pasientene overbehandles, men målet må være å begrense dette i størst mulig grad.

2.2 Teoretiske referanserammer

Tema for oppgaven er intensivsykepleierens rolle i beslutningsprosessen og hva intensivsykepleieren kan bidra med rundt avslutning av livsforlengende behandling. I dette kapittelet presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Jeg vil først ta for meg intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Så vil jeg si noe om det etiske rammeverket som inngår i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, før jeg går inn på helselovgivningen som styrer og stiller krav til helsepersonellens yrkesutøvelse.

2.2.1 Intensivsykepleierens funksjons – og ansvarsbeskrivelse

For å besvare oppgavens problemstilling er det viktig å ta utgangspunkt i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Her står det tydelig at intensivsykepleieren skal medvirke i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling, og ta medansvar for å bidra til en verdig død (NSF, 2017).

2.2.2 Etisk rammeverk

Etikken dreier seg om de reglene som styrer vår samhandling med andre mennesker og kommer først og fremst til uttrykk gjennom tankene våre. Hvordan skal vi handle, og hvorfor er det riktig å handle på bestemte måter? Etikken er altså grunnlaget for de moralske vurderingene vi foretar, og ofte sier vi at etikken er læresetningene, mens moralen er måten vi praktiserer læresetningene på (Natvig, 2000). På denne måten er etikk og moral direkte overførbart i vårt arbeid som intensivsykepleiere i samhandling med intensivpasienten og dens pårørende.

For de beslutninger som skal tas, både for og med pasienter som er innlagt på sykehus, ligger det en del etiske og juridiske føringer. Alle ulike profesjoner innenfor helsevesenet har utformet sine egne yrkesetiske retningslinjer som samlet går under betegnelsen profesjonsetikk (Bjørno, 2010). Profesjonsetikk er i hovedsak regeletikk der overordnede spørsmål drøftes i lys av profesjonens eget regelverk og hvor konsekvensetikk, pliktetikk og dydsetikk er tre av mange teoretiske elementer.

Konsekvensetiske betraktninger står sentralt i profesjonsetikken (Ruyter, Førde & Solbakk, 2018, s. 21 - 22). De ulike etiske prinsippene vil ikke bli nærmere forklart, da de bare anses som indirekte relevante for oppgavens problemstilling.

Det som kjennetegner profesjonsetikken, er at den er praktisk forankret med det formål å oppnå best mulig resultat av praksis til nytte for den lidende og hjelpesøkende. Profesjonsetikkens styrke kan være at den bidrar til økt refleksjon hos yrkesutøveren i en tid hvor medisinsk praksis, i stadig større grad, preges av jus og økonomisk tenkning og som i stor grad kan komme til å påvirke praksis (Ruyter et al., 2018, s. 21 - 22).

2.2.3 Helselovgivning

I tillegg til etiske føringer og prinsipper, ligger det også som nevnt i forrige kapittel, en del juridiske føringer for beslutninger og handlinger som foretas rundt pasientbehandlingen. I juridisk sammenheng ses ofte pasientens rettigheter (pasient – og brukerrettighetsloven) opp mot helsepersonellens plikter (helsepersonelloven). I denne studien tar jeg for meg samhandlingen mellom intensivsykepleiere og leger i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, og det vil derfor i hovedsak settes fokus på helsepersonelloven (1999). Sett i lys av oppgavens problemstilling vil det være helsepersonellovens § 4 og §7 som er særlig gjeldende og som senere vil bli dratt inn i diskusjonskapittelet. Helsepersonellovens §4 (1999) omhandler faglig forsvarlighet og lyder som følger: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Videre omhandler helsepersonellovens § 7 øyeblikkelig hjelp og sier følgende: «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen».

Som nevnt ovenfor er det kun pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 (1999) som kan frata helsepersonell plikten til å yte nødvendig helsehjelp. Den omhandler pasienten rett til å nekte helsehjelp og lyder som følger: «En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens

nærmeste pårørende tilkjenne gir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres»

2.3 Tidligere forskning

Dette kapitlet redegjør for hva som ble funnet av forskning om oppgavens problemstilling. Først vil litteratursøket beskrives, og deretter presenteres resultatet av søket.

2.3.1 Søkeprosessen

PICO-skjema er brukt som innledning til en systematisk søkestrategi i databasene; Cinahl, Medline, PubMed og Cochrane. Søkeordene som ble brukt er critical care nurse, intensive care nurse/ICU nurse, life prolonging treatment, end of life support, palliative care, life support care, withholding treatment, withdrawal of treatment, decision-making, physician-nurse relations, collaboration, communication, experience, clinical decision-making og decide i ulike kombinasjoner. Det ble også gjort et pyramidesøk i McMaster, men uten relevante funn. I tillegg til systematiske søk er det gjort referansesøk etter «snøball-metoden», og noen artikler ble inkludert etter tips fra veiledere eller andre med kjennskap til feltet. Utvalget består av både kvalitativ og kvantitativ forskning, oversiktsartikler og enkeltstudier. Bibliotekar ved sykehusbiblioteket har også bidratt i søkeprosessen.

Synonymordene fant jeg på nettsiden «mesh på norsk og engelsk» via helsebiblioteket (Aasen, 2020). Det ble også brukt trunkering. Dette utvider søket til å omfatte alle varianter av søkeordene. Hva jeg fant av relevant forskning blir presentert i neste kapittel.

2.3.2 Resultat av søket

De senere årene er det gjort mye forskning rundt temaet avslutning av livsforlengende behandling, eller end-of-life care (EOLC) som det ofte kalles i litteraturen, og perspektivene er mange. Forskningen har hatt stort fokus på etiske problemstillinger, blant annet rundt avgjørelser om ikke å starte eller trekke tilbake livsforlengende behandling hos intensivpatienten samt legers – og intensivsykepleieres opplevelser og

roller relatert til dette (Crowe, 2017; Long-Sutehall et al., 2011; Ong, Ting, & Chow, 2018; Wiegand, Cheon, & Netzer, 2019). Pårørendes involvering i beslutningstakingen er også et perspektiv som beskrives (Lind, 2019; Lind, Nortvedt, Lorem, & Hevrøy, 2013).

Det viser seg imidlertid å være mer sparsomt med forskning som belyser denne studiens forskningsinteresse og problemstilling; hva leger og sykepleiere opplever intensivsykepleieren kan bidra *med* i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende. I en eldre oversiktsartikkel med gjennomgang av litteraturen til end-of-life decision (EOLD) ble det konkludert med at få forskere hadde sett på sykepleiernes rolle i denne prosessen (Baggs og Schmitt, 2000), men det har blitt forsket mer på de senere årene. Det er uklart om sykepleiere initierer, deltar eller har noen innspill i disse beslutningene (Benbenishty et al., 2006).

Gjentagende funn i forskningen som presenteres nedenfor, viser manglende involvering av sykepleiere i beslutningsprosessen, og lite fremkommer om hva intensivsykepleieren faktisk kan bidra *med*, men det finnes noe.

I studien til Brooks, Manias og Nicholson (2017), en kvalitativ studie fra Australia, blir sentrale aspekter som kommunikasjon og delt beslutningstaking diskutert. Her fremkommer funn hvor både leger og sykepleiere er enige om at diskusjoner rundt avsluttende behandling ofte blir tatt opp for sent når pasienten er innlagt på sykehus, og at det kreves ytterligere arbeid for å forbedre kommunikasjonsferdighetene til klinikere samt bedre samarbeidet i behandlingsteamet. Leger og sykepleiere er enige om at beslutningstakingen bør foregå innad i behandlingsteamet, og i liten grad involvere pårørende. Denne studien gir rik innsikt i praksis og forståelse for sykepleiere og leger som tar vare på pasienter og deres familier ved EOL. Spesielt erkjenner sykepleiere og leger kravet om bedre kommunikasjons- og beslutningspraksis knyttet til oppstart av EOL-behandling på intensivavdelingen. Forfatterne konkluderte med at videre forskning bør fokusere på kommunikasjon av sykepleiere og leger med pårørende og evaluering av EOL-regelverket for beslutningsprosesser (Brooks, Manias, & Nicholson, 2017).

I en engelsk kvalitativ studie (McMillen, 2008) var et av målene å utforske intensivsykepleieres erfaringer rundt avslutning av livsforlengende behandling og deres rolle i beslutningsprosessen. Resultatene avdekker blant annet sykepleierens rolle hvor erfaring teller opp mot å bli hørt for sine meninger. Sykepleierne mener at beslutningen om å avslutte behandlingen ikke er deres, men at de bør ha et visst innspill og uttrykke sin mening ettersom de tilbringer mest tid med pasienten og familien, og formidler nødvendig informasjon til det medisinske personalet. Det er også ofte sykepleierne som først «planter frøet» om å avslutte behandling. Studien konkluderer med at sykepleierne er et viktig bidrag i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling. Retningslinjer anbefaler at de har innspill til beslutninger om avsluttende behandling, og det er derfor viktig at sykepleierne støttes i denne rollen og deres ansvar for å fortsette å gi omsorg under avsluttende behandling.

Jensen, Ammentorp, Erlandsen og Ørding (2011) har gjennomført en dansk prevalensstudie der hensikten var å kartlegge synspunktene til intensivsykepleiere og leger vedrørende samarbeid og andre aspekter rundt beslutningsprosesser med tanke på å holde tilbake og avslutte livsforlengende behandling i intensivavdelingen. I denne studien fremkommer det at legene i mye større grad er tilfredse med samarbeidet enn hva sykepleierne er og at sykepleieinvolvering i beslutningsprosessen anbefales i større grad. De konkluderer med at sykepleiere og leger har forskjellig oppfatningen av samarbeid og andre aspekter rundt avsluttende behandling i intensivavdelingen. For å forbedre situasjoner rundt livets slutt, anbefales blant annet større sykepleieinvolvering i beslutningsprosessen.

Jensen, Ammentorp, Johannessen, & Ørding (2013) har også gjort en kvalitativ studie i Danmark, hvor målet var å undersøke utfordringene sykepleiere, intensivleger og primærleger opplever rundt avsluttende behandling på intensivavdelingen, og hvordan disse utfordringene påvirker beslutningsprosessen. En av hovedutfordringene er knyttet til tverrfaglig samarbeid og samarbeidsspørsmålet inkluderte blant annet forskjellige vurderinger av behandlingspotensiale, samt deltakelse og involvering i beslutningsprosessen. Forfatterne konkluderer med at for å forbedre pasientens siste fase av livet i en intensivavdeling, må fremkomne utfordringene løses i tverrfaglig team.

En norsk kvalitativ studie (Lind, Lorem, Nortvedt, & Hevrøy, 2012) har sett på hvordan pårørende ser på intensivsykepleiernes rolle og forholdet til dem i beslutningsprosessen rundt avsluttende behandling. Sykepleierne oppfattes som vage og unnvikende i sin kommunikasjon, og få opplever at sykepleieren deltar i møter med leger og pårørende. De pårørende føler derfor at sykepleierne bør være mer involvert i prosessen. Studien viser at den etiske konsekvensen av sykepleiernes vage kommunikasjon med intensivpasientens familie er at mange pårørende savner et langsiktig perspektiv i dialogen. Det fremheves også at sykepleieinvolvering vil forbedre informasjonsprosesser og omsorg for pårørende. Høyere grad av sykepleieinvolvering vil bidra til å gjøre det mulig for sykepleiere å bidra i større grad til den kliniske beslutningsprosessen slik at de viktige informasjonsspørsmålene de har om pasientens kliniske situasjon fremkommer. Forfatterne mener at på denne måten vil omsorg for pasienten og omsorg for familien gå hånd i hånd, og det er dette felles beslutningsprosesser handler om.

Intensivsykepleierens viktige rolle i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, blir fremhevet i en amerikansk oversiktsartikkel fra 2011 (Judith, Donald, Ruth, & Sharron, 2011). Studien er et resultat av 44 artikler fra 1996 – 2011, og representerer 10 ulike land. Her oppsummeres sykepleiernes involvering i beslutningsprosessen som tre viktige roller. For det første fungerer de som informasjonsmeglere hvor sykepleierne formidler informasjon fra pasient og pårørende til legen, gir informasjon til pasient og pårørende og koordinerer diskusjoner rundt avsluttende behandling. For det andre har de rollen som tilhengere hvor de gir følelsesmessig støtte og bygger tillit og empati hos familiemedlemmer. For det tredje, og definert som viktigst er sykepleierne er mer aktivt engasjert som talsmenn i beslutningstakingen rundt EOL både med leger og familie. De utfordrer status quo og hjelper alle parter med å se det store bildet. Artikkelen konkluderer med den viktige rollen sykepleierne har i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling og mener bedre forståelse av hvordan sykepleiere vedtar sin rolle i beslutningsprosessen kan forbedre den generelle kvaliteten på kommunikasjonen i prosessen rundt avsluttende behandling.

I en norsk kvalitativ studie fra 2017 (Kvande, Lykkeslet, & Storli, 2017), var målet å undersøke sykepleieres dialog med leger om pasienters kliniske status og forutsetninger for effektiv og nøyaktig utveksling av informasjon, og et av funnene er at sykepleieres pågående kliniske observasjoner av pasienten er viktig for å hjelpe legen til å få et inntrykk av pasientens kliniske tilstand. Behovet for sykepleiernes innspill i beslutningsprosesser blir dermed fremhevet. Det fremkommer også i studien at sykepleierne må presentere sine meninger og eventuelle uenigheter for legene og legene må kommunisere tilbake og begrunne sine avgjørelser for den medisinske behandlingen de har bestemt. Forskjellene mellom lege og sykepleier, i klinisk erfaring, gjør det vanskelig å bli enige om behandlingsstrategier, og sykepleierne føler behov for å bli inkludert i diskusjonene om beslutninger og behandlingsmuligheter. Konklusjonen i studien er at sykepleierne bør være klar over sin viktige rolle i kliniske observasjoner og retten til å bli inkludert i beslutningsprosesser når det gjelder pasientbehandling og omsorg. Selv om denne studien ikke spesifikt tar for seg beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, så inngår dette i pasientbehandling og omsorg og studien anses derfor som relevant.

I den amerikanske kvalitative studien til McAndrew & Leske (2015) var målet å forstå sykepleiere og legers perspektiver og erfaringer med beslutningstaking ved utgangen av livet, og det overordnede temaet som fremkommer er at beslutningstaking er en balansegang. To av undertemaene som dukker opp er profesjonell rolle og ansvar, samt vilje til å kommunisere og samarbeide. Sykepleierne beskriver sitt ansvar i beslutningsprosessen som å bringe alle involverte i beslutningen sammen og samtidig ha en rolle som pasientens advokat. Legene beskriver det å innhente informasjon om pasienten og familie som en viktig del av deres rolle for når de skal vurdere hvilke behandlingsmuligheter som skal presenteres. Et felles mål for sykepleiere og leger er å hjelpe pasienter og pårørende til finne en aksept når det gjelder beslutningene, og de beskriver tverrfaglig samarbeid og delte mål som viktige faktorer for å opprettholde balanse i beslutningsprosessen rundt avsluttende behandling. Studien konkluderer med behov for videre forskning for å stadfeste virkningen av de foreslåtte tiltak som forbedring av beslutningsprosessen rundt avsluttende behandling.

I en kvalitativ studie fra Sør-Afrika (Kisorio & Langley, 2016) var hensikten å utforske intensivsykepleieres opplevelser med omsorg ved slutten av livet i intensivavdelinger. Diskusjon og beslutningstaking er et av flere hovedtemaer som fremkommer i studien hvor de fleste sykepleierne oppgir at de ikke blir involvert i diskusjons- og beslutningsprosesser selv om de ønsker det. Bortsett fra å forbedre teamarbeidet, tilbringer de mest tid sammen med pasienten og mener derfor at de burde bidra til beslutninger om pasientomsorgen, løfte bekymringer og tale for pasienten der det er nødvendig. Konklusjonen i studien er at avslutning av livsforlengende behandling kan være en vanskelig og utfordrende prosess, og studien fremhever noen intervensjoner og støttesystemer som kan innarbeides for å forbedre omsorgsprosessen. Mens de døende pasientene og deres familier må støttes kontinuerlig, må også intensivsykepleierne tas hånd om for at de skal kunne fortsette å tilby best mulig omsorg ved livets slutt.

I en kvalitativ studie utført på et universitetssykehus i Norge (Valsø, Ambjørnrud, & Lindahl, 2013) var målet å belyse intensivsykepleierens rolle i beslutningsprosessen med hensyn til begrensning av livsforlengende behandling til sederte pasienter på respirator. Sykepleierens juridiske og etiske kompetanse relatert til deres omsorgsrolle og kunnskap om hvordan nasjonale retningslinjer brukes, er noe av det som beskrives i funnene. Intensivsykepleierne ser på sin rolle som avgjørende gjennom hele beslutningsprosessen, men synes det er vanskelig å ta beslutninger selv om de er indirekte deltakende i beslutningene om å avslutte behandling på bakgrunn av sine pasientobservasjoner. Intensivsykepleierens inkludering og deltakelse i beslutningen er et av fire temaer som presenteres som viktige resultater. For at viktig pasientinformasjon ikke skal gå tapt, er forskernes ønske at studien vil bidra til å lage faste rutiner for at intensivsykepleieren som har best kjennskap til pasienten blir inkludert i selve beslutningsprosessen når begrensning av livsforlengende behandling skal diskuteres.

Puntillo & McAdam (2006) har gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang hvor målet var å diskutere barrierer for effektiv kommunikasjon og samarbeid rundt spørsmål om avsluttende behandling mellom intensivsykepleiere og leger. Funnene

tyder på behov for forbedring i å involvere sykepleiere i beslutningstaking ved livets slutt. Sykepleierne verdsetter sin rolle i denne beslutningstakingen og ønsker å bli inkludert, men opplever at deres meninger ofte blir oversett. Selv om noen av rollene og ansvarsområdene til sykepleiere og leger på slutten av livet i intensivavdelingen er unike innenfor de respektive yrkesgruppene, hevder forskerne at kan det være betydelig overlapping av behandlingsoppgaver. De konkluderer med at eksisterende forskning tilsier at når kommunikasjonen er tydelig og konstruktiv og behandlingen er gjennomført med godt samarbeid, vil behandlingen som gis i livets siste fase til intensivpasienter og deres pårørende av dyktige og engasjerte fagfolk, bli merkbart bedre.

En kvalitativ studie fra Sydney (Benbenishty et al., 2006), hadde til hensikt å undersøke legenes oppfatning av europeiske intensivsykepleieres delaktighet i beslutningsprosessen rundt avsluttende behandling. Studien avdekker at legene oppfatter at sykepleierne i stor grad er involvert i beslutningsprosessen, men i liten grad tar initiativet til diskusjonen. De føler imidlertid at det er legene selv som først og fremst starter prosessen, og da i hovedsak intensivlegene. Flertallet av legene uttrykker også en følelse av enighet mellom leger og sykepleiere når beslutningen er tatt. Studien viser signifikante forskjeller mellom de ulike regionene der legene mener at sykepleierne er involverte i beslutningsprosessen, og konkluderer med at det er på tide at legene mer bevisst inkluderer sykepleierne i beslutningstakingen, og dermed gjør beslutningsprosessen, samt konsekvensene av beslutningen, lettere å leve med både for leger, sykepleiere og familier.

I en australsk oversiktsartikkel (Flannery, Ramjan, & Peters, 2016) var formålet å kritisk gjennomgå litteraturen relatert til beslutningstaking ved avslutning av livsforlengende behandling blant leger og sykepleiere i intensivavdelinger hvor et av fokusene var hvem som var involvert i prosessen. Resultatene viser at det er forskjeller i beslutningsprosessen og samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Legene identifiseres som den primære beslutningstaker, men det er uklarhet rundt sykepleierens rolle i beslutningsprosessen. Konklusjonen er at det mangler en standardisert tilnærming til beslutningstaking ved utgangen av livet, og inkludering av sykepleiere er avhengig av

legens beslutning om å inkludere eller ekskludere. Generelt sett har sykepleiere mer en uformell rolle enn en formell rolle i beslutningsprosessen. Når det gjelder beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling inkluderer denne litteraturstudien de artiklene jeg selv har funnet gjennom systematisk litteratursøk.

Flannery, Peters, & Ramjan (2020) har også nylig gjort en kvalitativ studie på et stort sykehus i Sydney, hvor målet var å utforske perspektivene til sykepleiere og leger som er involvert i beslutningsprosessen rundt avsluttende behandling i intensivavdelingen. Funnene avdekker to hovedtemaer hvor begge markerer viktige forskjeller i beslutningsprosessen. Legene har en tendens til å møte familiens behov, mens sykepleierne oftest taler på pasientens vegne og hva de mener er til pasientens beste. Sykepleierne føler seg ofte undervurdert i beslutningsprosessen, mens legene i realiteten tar beslutninger først og fremst basert på innhentet informasjon fra sykepleierne. Konklusjonen er at beslutningstaking rundt avsluttende behandling er kompleks, og påvirker involverte sykepleiere og leger på forskjellige måter. Større vekt på tverrprofesjonell utdanning og samarbeid mellom de to profesjonene kan forbedre fremtidige beslutningsprosesser.

Av disse studiene som var relevante for min problemstilling, fremkommer intensivsykepleierens involvering i beslutningsprosessen som flere av forskernes funn og diskusjoner. Det viser seg at kommunikasjon og ulik tilnærming til pasient og pårørende er gjentakende utfordringer. Flere av studiene viser også at leger og sykepleiere har svært ulike oppfatninger av intensivsykepleierens rolle og bidrag i beslutningsprosessen. Sykepleierne opplever i liten grad å bli involvert som en del av beslutningsteamet, mens legene hevder at de i realiteten tar beslutninger basert på innhentet informasjon fra sykepleierne.

3 Metode

I dette kapittelet beskrives oppgavens metode utvalg og forskningsdesign. Videre presenteres gjennomføring av fokusgruppene, transkribering og analyse av datamaterialet samt forfatterens for forståelse. Studiens troverdighet og forskningsetiske overveielser vurderes til slutt.

3.1 Metode og design

Siden oppgavens problemstilling omhandler intensivsykepleiernes bidrag i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, ble fokusgrupper med leger og intensivsykepleiere valgt som metode for å få svar på problemstillingen. Ønsket var å samle felles erfaringer, holdninger og synspunkter rundt et fenomen (Malterud, 2018 s. 22). Malterud (2018) beskriver merverdien av å samle mennesker i grupper for å utveksle erfaringer og hevder at felles innspill bidrar til å bekrefte betydningen av fellesskap og ulikhet. Det er ikke snakk om å besvare enkeltspørsmål, men diskutere erfaringer rundt et tema i gruppen, hvor hensikten er å få en gruppedynamikk som forhåpentligvis gir flere perspektiver og betraktninger enn med individuelle intervjuer (Malterud, 2018 s.11). Intervjuene er analysert ved hjelp av systematisk tekst kondensering (STC) en metode som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (Malterud, 2018). Studiens vitenskapsteoretiske forankring er i en fenomenologisk tradisjon. Fenomenologi fremstilles som læren om det som kommer til syne, og oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av subjektet (Thornquist, 2018). Malterud (2018, s. 28) viser til ulike kjente filosofer når hun beskriver at en fenomenologisk forutsetning for forståelse, er å sette tidligere kunnskap i parentes, for deretter å rette kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring i lys av individets livsverden.

Fokusgruppeintervjuer der begge profesjonene samles i samme gruppe, kan bidra til økt forståelse for hverandres perspektiver og respekt for hverandres kunnskap. Samtidig kan det skape en asymmetri i gruppen relatert til de ulike rollene leger og intensivsykepleiere har i klinikken. Dette var en vurdering jeg gjorde i forkant og som viste seg å gi positive resultater.

3.2 Utvalg og rekruttering

Som første ledd i rekruttering av informanter, tok jeg kontakt med min avdelingsleder for å få tillatelse til å gjennomføre studien (vedlegg 4), samt bidra med å legge til rette for de sykepleieinformantene som ønsket å delta.

For å få informasjonsrike data innenfor kvalitative studier, kan en strategisk utvalgsmetode av informanter benyttes (Polit og Beck, 2020). Malterud (2018, s. 42) viser til Patton (2002) når hun hevder at et strategisk utvalg prioriterer informasjonssterke deltakere som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen. Dette ligger til grunn for mitt utvalg av informanter. Det kan være vanskelig å få frem data og nyanser til ny kunnskap dersom materialet er for homogent (Malterud, 2018). Malterud (2018) påpeker at et strategisk utvalg, med vekt på mangfold, også kan representere bedre informasjonsstyrke og gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Jeg valgte å inkludere både leger og sykepleiere begrunnet i deres ulike roller i beslutningsprosessen, og på den måten få belyst problemstillingen fra et bredere perspektiv.

Med bakgrunn i at denne studien er gjort på en avdeling med et mindretall av intensivsykepleiere, ble det vanskelig å sette for strenge inklusjonskriterier til utvelgelsen av sykepleieinformantene. Kriteriet ble derfor at de skulle ha videreutdanning i intensivsykepleie med minimum 2 års erfaring, men det ble ikke tatt hensyn til kjønn eller alder. På legesiden ble inklusjonskriteriene at de skulle ha god kjennskap til organiseringen av avdelingen, pasientproblematikken og ha gjennomført sin indremedisinske praksis ved avdelingen. Dette for å forsikre meg om at de hadde god erfaring med tanke på intervjuet. Det ble heller ikke her satt kriterier for kjønn eller alder.

Før rekruttering oppsøkte jeg personlig de informantene jeg anså som informasjonssterke deltakere og som ville fylle inklusjonskriteriene, informerte kort om studien og spurte om tillatelse til å sende ut et informasjonsskriv om prosjektet til deres e-post adresse (vedlegg 2), slik at de kunne få et bedre innblikk i hva deltakelse ville innebære. De fikk da en svarfrist for tilbakemelding om de ønsket å delta i et fokusgruppeintervju. Det er viktig å poengtere at svaret skulle sendes på e-post og ikke gis til meg personlig. Dersom tilbakemelding uteble, tolket jeg det som et avslag på forespørselen uten ytterligere henvendelser. Dette ble gjort for å redusere følelsen av

forpliktelse eller press og at frivillighet ble ivaretatt. Det ble sendt ut totalt elleve henvendelser hvorav tre potensielle informanter ikke svarte.

3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer, med totalt åtte informanter, hvor hvert intervju bestod av to intensivsykepleiere, en lege i spesialisering (LIS) og en overlege. I intervjuene ble det brukt en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). Denne ble utarbeidet som et hjelpemiddel for å sikre at jeg fikk svar på det jeg ønsket (Polit & Beck, 2020), og som hjelp til å få svar på min problemstilling. Jeg utarbeidet først én intervjuguide, men etter å ha gjennomført et pilotintervju med en kollega, ble det klart at denne ikke var hensiktsmessig til mitt formål og heller ikke samsvarte med betegnelsen for et semistrukturert intervju (Malterud, 2018, s. 133 – 134).

Intervjuguiden ble omarbeidet og utformet med mer åpne spørsmål, slik at informantene skulle få mulighet til å diskutere så fritt som mulig rundt temaet.

Det ble avtalt tid og sted for begge intervjuene som ble utført i arbeidstiden, på informantenes arbeidsplass, men på skjermede møterom. Deltakerne hadde på seg sine «uniformer» mens jeg var iført privattøy. Dette ble gjort som et forsøk på å anonymisere meg selv og ikke bli dratt inn i diskusjonen som en del av gruppa.

Informantene hadde ikke sett spørsmålene på forhånd, og var ikke forberedt på annen måte enn at de visste hvilken problemstilling som skulle diskuteres. Jeg ledet begge intervjuene med en kollega som observatør. Deltakerne ble ønsket velkommen og samtidig oppfordret til å ivareta taushetsplikt. I fokusgruppeintervju får alle deltakere innsikt i hverandres innspill og derfor bør man henstille til å respektere taushetsplikten også for deltakeren og ikke bare for forskeren (Etikkom, 2010).

Intervjuene startet med et konkret definisjonsspørsmål som alle informantene skulle svare på en etter en, for å lette litt på stemningen (Malterud, 2018, s.76 – 77).

Deltakerne var i varierende grad kjent med hverandre fra før, som bidro til at det var god dynamikk og diskusjon i gruppa. Inntrykket var at ingen var for dominerende og det ble vist respekt for hverandres synspunkter (Malterud, 2018, s.45). Utgangspunktet var 3 hovedspørsmål, men det ble stilt flere underspørsmål underveis, og informantene ble bedt om å utdype svarene dersom noe var uklart eller jeg ønsket flere detaljer. Det ble ikke gjort endringer på hovedspørsmålene i intervjuguiden mellom de to intervjuene,

men det ble stilt noen ulike underspørsmål, eller oppfølgingsspørsmål i intervju nummer to. Det ble gjort lydopptak under intervjuene. Det var satt en tidsramme på 90 minutter for hvert av intervjuene, som ble overholdt med god margin. Intervjuene ble avsluttet med en oppsummering av hovedpunktene som hadde fremkommet og som ble bekreftet av informantene, samt spørsmål om de hadde noe mer å tilføye.

3.4 Analysemetode

Den viktigste forskjellen mellom forskning og overfladisk «sensing» er en systematisk analyse med forpliktende tolkninger og resultater som lærer oss noe vi ikke visste fra før (Malterud, 2018). Som analysemetode av det empiriske datamaterialet, har jeg valgt Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) som er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data og som sammenfatter informasjon fra forskjellige deltakere. Analysen krever både nærhet og distanse, og underveis stopper man opp og ser etter relevante mønstre som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2018). Metoden er ment å skulle gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2018).

3.5 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen, altså å oversette fra talespråk til skriftspråk (Kvale og Brinkmann, 2019, s.205). Når lydopptak fra fokusgruppeintervjuer transkriberes, fra muntlig til skriftlig form, struktureres samtalen slik at de egner seg bedre for analyse (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 206). Under mine fokusgruppeintervjuer ble det gjort lydopptak, og for at disse empiriske dataene på best mulig måte skal være både konkrete og håndgripelige, ble lydfilene transkribert (Malterud, 2018, s. 96). Jeg er alene om dette prosjektet, og har derfor transkribert alt datamateriale selv. Malterud (2018, s. 96) anbefaler å gjøre det fordi det da er lettere å oppfatte nyansene i lydopptakene fra samtaler hvor du selv har vært til stede. Transkriberingsarbeidet gir også en privilegert inngang til oversikt over data. Intervjuene er transkribert ordrett med alle de språkllyder som medfølger. Dataene er transkribert til bokmål av hensyn til deltakernes personvern, men også for å gjøre materialet lettere lesbart for meg selv.

3.6 Analysetrinn

Det finnes ingen standardiserte regler for analyse av kvalitative data, og det er derfor dette kan være en utfordrende prosess (Polit & Beck, 2020). Ifølge Malterud (2018) er det ingen fasit på hva som er rett eller galt, men det er viktig å ha klart for seg hva som kjennetegner den analysemetoden man velger å bruke, og være tro mot denne gjennom hele prosessen.

Som min analysemetode har jeg valgt Malteruds systematiske tekstkondensering (STC). Det er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2018, s. 97). En av forutsetningene i en tverrgående analyse, er at forskeren får oversikt over materialet med et åpent sinn rettet mot deltakernes historier.

Analysen gjennomføres i følgende fire trinn (Malterud, 2018):

- Danne seg et helhetsinntrykk
- Identifisere meningsbærende enheter
- Abstrahere innholdet - kondensering
- Sammenfatte betydningen – dekontekstualisere.

Analysetrinnene beskrives nærmere i avsnittene under.

3.6.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

I det første analysetrinnet handler det om å bli kjent med datamaterialet for å få et helhetsbilde og vurdere mulige temaer som på en eller annen måte kan representere oppgavens problemstilling (Malterud, 2018). Jeg startet med å lese nøye gjennom begge intervjuene flere ganger mens jeg forsøkte å stille meg åpen til de inntrykkene materialet kunne formidle og aktivt jobbet for å legge egen forforståelse og teoretiske referanserammer til side (Malterud, 2018). Malterud (2018) beskriver viktigheten av å ikke bli for detaljfokusert i denne fasen, da det er helhetsinntrykket som er viktig. Etter gjennomlesingen oppsummerte jeg de inntrykkene jeg satt igjen med og noterte ned de temaene som intuitivt fanget min oppmerksomhet og som jeg tenkte kunne bidra til å svare på oppgavens problemstilling (Malterud, 2018). Jeg kom da frem til følgende 5 foreløpige temaer: «stort krysspress rundt vanskelige avgjørelser», «tverrfaglig kommunikasjon, tillit og samarbeid», «felles forståelse», «nærhet og relasjon til pasient og pårørende» samt «tilhørighet».

3.6.2 Meningsbærende enheter – fra tema til koder

I analysetrinn to skal man foreløpig legge bort det materialet man anser som irrelevant i første trinn og organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere (Malterud, 2018). Etter hvert som jeg ble mer kjent med datamaterialet, så jeg at noen av temaene som først var definert, ikke var relevante for problemstillingen samtidig som noen ble omformulert og andre definert på nytt. «Stort krysspress rundt vanskelige avgjørelser» og «tilhørighet» var to temaer som ikke sa så mye om hva intensivsykepleieren kan bidra med i beslutningsprosessen, og ble derfor tatt bort. Videre så jeg at «tverrfaglig kommunikasjon, tillit og samarbeid» var for vidt, og ble derfor omgjort til to temaer og definert som; «tverrfaglig kommunikasjon og samhandling», samt «gjensidig tillit». Temaet «felles forståelse» ble for generelt, og ble derfor omdefinert til «felles forståelse for pasientbehandlingen». «Nærhet og relasjon til pasient og pårørende» ble også delt i to og omformulert til; «pasientobservasjoner og relasjon» samt «pårørendekontakt». Oppsummert endte jeg da opp med seks reviderte foreløpige temaer som dannet grunnlaget for kodegrupper videre i analysen. De foreløpige temaene ble: «tverrfaglig kommunikasjon og samhandling», «felles forståelse for pasientbehandlingen», «respekt for hverandres roller», «gjensidig tillit», «pasientobservasjoner og relasjon» og «pårørendekontakt».

Systematisk tekstkondensering (STC) anser ikke hele teksten som meningsbærende enheter, men sorterer ut den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen ved å skille relevant tekst fra irrelevant (Malterud, 2018). Etter å ha kommet frem til de reviderte temaene, ble tekstmaterialet gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Det innebærer å velge ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av de foreløpige temaene (Malterud, 2018). Kodingen foregikk ved at de meningsbærende enhetene ble systematisert ved å bruke markeringstusj av ulike farger hvor jeg knyttet hver farge opp mot sin egen kodegruppe. For å forsikre meg om at de utvalgte meningsbærende enhetene ble plassert i riktig kodegruppe, ble det gjort noen justeringer underveis. Videre i prosessen ble de seks kodegruppene omgjort til subgrupper, og to nye kodegrupper ble etablert med henholdsvis fire og to subgrupper. Kodegruppen «tverrfaglig kommunikasjon og samhandling» ble subgruppe med samme navn under kodegruppa «teamarbeid». Kodegruppene «pasientobservasjoner og relasjon» samt

«pårørendekontakt» havnet inn under ny kodegruppe «nærhet og relasjon til pasient og pårørende».

Tabell 1 nedenfor viser en oversikt over kodegrupper og subgrupper som første del av analyseprosessen:

Tabell 1: Koder og subgrupper

Kodegrupper	Subgrupper
Teamarbeid	<ul style="list-style-type: none">- Tverrfaglig kommunikasjon og samhandling- felles forståelse for pasientbehandlingen- Respekt for hverandres roller- Gjensidig tillit
Nærhet og relasjon til pasient og pårørende	<ul style="list-style-type: none">- Pasientobservasjoner og relasjon- Pårørendekontakt

3.6.3 Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold

I analysetrinn tre abstraherte jeg den sorterte informasjonen fra forrige trinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene og systematisk hente ut mening ved å kondensere de meningsenhetene som er kodet sammen (Malterud, 2018). Jeg tok for meg alle meningsbærende enheter under hver av subgruppene og utarbeidet et kondensat. Kondensatet skal utgjøre en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som den aktuelle subgruppen forteller noe om (Malterud, 2018, s. 107) I denne prosessen oppdaget jeg at ikke alle de meningsbærende enhetene passet inn i kondensatet. Disse ble enten fjernet, eller flyttet til en annen subgruppe hvor jeg synes den passet bedre. Ifølge Malterud (2018) skal alle meningsbærende enheter under hver subgruppe inkluderes i kondensatet og utgjøre et kunstig sitat i jeg-form for å tydeliggjøre at det er deltakerne som representeres. Det kunstige sitatet skal videre brukes i resultatpresentasjonen i analysens siste trinn.

I tabellen nedenfor presenteres en av subgruppene hvor jeg viser hvordan jeg har kommet frem til et av kondensatene i den ene subgruppen og under hvilken kodegruppe denne tilhører.

Tabell 2. Kodegruppe, subgrupper, meningsbærende enheter og kondensat.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat
<p>Og så tenker jeg at sykepleierne på MOV har egentlig en...en VELDIG stor rolle. For det er dere som er premissleverandører for veldig mange av de beslutningene som vi som leger gjør.</p> <p>Det er jo en ren erfarings ting også. Hvor trygg man er. Det er veldig stor forskjell på hvordan de tenker sjøl.</p> <p>Men å vite at dette gjør jeg, og jeg har «gjengen» i ryggen, det betyr forferdelig mye altså. Da er det så mye lettere å stå i ting.</p> <p>de som er intensivsykepleiere har jo en faglig trygghet, de har en større kompetanse og er kanskje mere synlige i avdelingen</p> <p>Er man intensivsykepleier så har man en kompetanse utover det en vanlig sykepleier har, selv om en vanlig sykepleier kan ha lang erfaring,</p> <p>de som er intensivsykepleiere kanskje i større grad foreslår behandlingsmetoder også</p> <p>det er viktig at vi bruker hverandres sterke sider. For det er vi i fellesskap som på en måte skal behandle disse pasientene, stå i denne vanskelige beslutningsprosessen.</p> <p>...men så kommer da sykepleieren med innspill som gjør at man er nødt til å revidere sin egen oppfatning, og det må man da åpne for å gjøre.</p> <p>det er klart at det legger jo veldig tyngde på deres avgjørelse. For det første så er mange av dere spesialsykepleiere og noen har lang fartstid, jobbet i samme enhet lenge og så videre. Mye av den samme tematikken, de problemstillingene, er nokså uniforme.</p> <p>å kjenne hverandre godt som faggruppe...sånn personlig. Det er jo lettere å stole på eh...det noen sier som du kjenner godt. Da vektlegger man jo selvfølgelig informasjonen forskjellig avhengig av hva slags forhold man har, sånn kollegialt.</p>	<p>Teamarbeid</p>	<p>Gjensidig tillit</p>	<p>Intensivsykepleierne har en stor rolle i avdelingen, og deres tilbakemeldinger er avgjørende for mange av beslutningene jeg tar som lege. Mange har lang erfaring, er trygge i rollen og tenker sjøl.</p> <p>Intensivsykepleierne har en faglig trygghet og en større kompetanse utover det en vanlig sykepleier har.</p> <p>Mange har lang fartstid, og flere av problemstillingene har gått igjen. Noe som legger veldig tyngde på deres avgjørelse. Når intensivsykepleieren kommer med innspill, må jeg være åpen for å revidere min egen oppfatning. Å kjenne hverandre godt som faggruppe, sånn personlig, er viktig. Jeg vektlegger informasjonen mer hos en intensivsykepleier jeg kjenner godt og stoler på</p> <p>Det er viktig at vi bruker hverandres sterke sider, for det er vi i fellesskap som skal stå i denne vanskelige beslutningsprosessen. Det betyr forferdelig mye å ha «gjengen i ryggen», for da er det mye lettere å stå i ting.</p>

3.6.4 Syntese – fra kondensering til resultat

I analysens fjerde trinn har jeg rekontekstualisert, altså sammenfattet mine funn og forsøkt å formidle disse på en måte som er lojal mot deltakernes stemmer (Malterud, 2018). Jeg brukte kondensatene under hver av subgruppene til å lage en analytisk tekst hvor hovedfunnene ble konkretisert med treffende sitater fra intervjuene. Den analytiske teksten ble skrevet i tredjepersonsform fordi målet er å gjenfortelle på vegne av andre slik at det blir ny kunnskap. Vi skaper en analytisk distanse som minner om at vi skal ta ansvar for våre tolkninger (Malterud, 2018, s. 109). Malterud (2018) påpeker også viktigheten av at gjenfortellingen formidler fellestrekk med variasjon fra flere historier, og ikke blir servert som en kjede av enkeltstående historier. Sitatene blir derfor brukt for å illustrere nyansene i teksten. Den analytiske teksten blir presentert i neste kapittel, presentasjon av funn.

Som siste del i dette analysetrinn, ble det utarbeidet en kategori/overskrift som sammenfatter innholdet fra hver kodegruppe. Malterud (2018) bruker klesvask som metafor gjennom hele sin tekstanalyse, og beskriver overskriften som et godt og treffende navn på det nye «plagget» vi har laget. Analysen sluttføres ved å gi et endelig navn til den kategorien som innholdsbeskrivelsen og sitatene representerer (Malterud, 2018). Den første kategorien ble «Tverrfaglig samspill for felles trygghet» hvor kodegruppen var «teamarbeid». Kategori to ble «Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet» med kodegruppen «Nærhet og relasjon til pasient og pårørende». Kategoriene, med tilhørende kodegruppe, subgruppe og utvalgte sitater, fremkommer i tabell 3 og 4 under funn.

Avslutningsvis ble den analytiske teksten lest grundig gjennom og sett opp mot kategoriene som kontinuerlig er jobbet med gjennom hele oppgaven. Ifølge Malterud (2018, s. 110) er dette en viktig del av prosessen for å kunne presentere det viktigste nye som er funnet. For å validere funnene mine, samt forsikre meg om at den analytiske teksten var nært opp til hva som egentlig ble sagt, leste jeg gjennom det opprinnelige tekstmaterialet på nytt (Malterud, 2018). I hvert trinn har råmaterialet blitt kontrollert opp mot hva informantene formidler og samstemt med konteksten det ble uttrykt i.

3.7 Forforståelse og egen forskerrolle

I kvalitativ forskning er forskeren dypt involvert og det er viktig å beskrive i hvilken grad man har påvirket forskningen. Ved kvalitative studier er det nødvendig med en refleksiv holdning hos forskeren fordi man har en nærhet til feltet (Malterud, 2018). Det er derfor essensielt å være bevisst, gjøre rede for og kritisk vurderer de etiske og vitenskapelige utfordringene. Refleksivitet innebærer å se betydningen av egen rolle og den forforståelsen vi bringer med oss inn i hele prosjektet. Kunnskap om forskningsfeltet og forforståelse er ikke negativt så lenge det gjøres rede for (Etikkom, 2010, Polit og Beck, 2020). Malterud (2018) definerer forforståelse som den «bagasjen» vi har med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter, og består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer. Hvordan vi samler, leser og tolker dataene våre påvirkes av forforståelsen. Selv om forforståelsen ofte er en viktig del av motivasjonen for å starte forskning om et bestemt tema, er det viktig at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (Malterud, 2018, s.44 - 45).

Som intensivsykepleier og fagutviklingssykepleier ved samme overvåkingsavdeling over mange år, er min forforståelse preget av faglige og praktiske erfaringer samt den teoretiske kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom arbeid og utdanning.

Motivasjonen for valg av temaet, tilsier at jeg har med meg en «god porsjon» forforståelse inn i dette prosjektet, men jeg har likevel blitt utfordret underveis både av informantenes innspill og funnene som har fremkommet. Når man har en sterk og tydelig yrkesidentitet og samtidig skal forske på eget fagfelt, er det vanskelig å ivareta objektiviteten og distansen til feltet. Når studien samtidig gjennomføres på egen arbeidsplass, er det ekstra viktig å være sin forforståelse bevisst. Malterud (2018) hevder at den vanligste fallgruven er at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet. Det ble derfor viktig for meg å kartlegge mitt ståsted og mine synspunkter godt på forhånd, slik at egen forforståelse ikke skulle prege måten jeg gikk inn i intervjuene på. Å sette egen forforståelse totalt til siden er ikke mulig, men for å unngå at den kommer i veien både for analyseprosessen og mine funn, har jeg forsøkt å ha et reflektert forhold til det informantene formidlet og det empiriske materialet jeg har fått (Malterud, 2011, s. 97). Med min lange erfaring fra praksisfeltet er det imidlertid vanskelig å ha fullstendig objektivitet og distanse.

3.8 Behandling av datamateriale

Under begge fokusgruppeintervjuene ble det gjort lydopptak ved hjelp av mobilappen Nettskjema-diktafon. Dette er en sikker løsning for datainnsamling via nett og er knyttet opp mot Universitetet i Oslo (UiO) (2021). Lydfilene tas opp via mobiltelefon, og oversendes direkte til Nettskjema. Lydfilene slettes automatisk slik at det ikke er mulig å avspille disse på mobiltelefon i etterkant av opptakene. For å få tilgang til filene for transkribering, må man logge seg inn med feidekonto, så det er kun forskeren som har tilgang til dette datamaterialet. På denne måten blir personvernet til informantene ivaretatt. Dataene blir automatisk slettet 90 dager etter opptak. Det er ikke innhentet sensitive opplysninger om informantene på forhånd, og under transkriberingen ble alle informantene anonymisert med hver sin tallkode som kun jeg som forsker kjenner til.

3.9 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk er sentralt når man driver med forskning, og spesielt viktig ved bruk av kvalitativ metode. Respekt, rettferdighet og velgjørenhet er etiske verdier som ligger til grunn for de forskningsetiske prinsippene. Personvern og informert samtykke er prosedyrer som ivaretar disse verdiene (Malterud, 2018. s.140). I Helsinkideklarasjonen (2013) er prinsippet om informert samtykke et sentralt begrep. Her poengteres at det forskningsetiske ansvaret ligger på forskeren. Det er derfor svært viktig å belyse både styrker og svakheter rundt egen forforståelse som kan påvirke hvordan funnene tolkes og resultatene ut fra datainnsamlingen. All forskning hvor mennesker er involvert, har etiske implikasjoner (Everett og Furseth, 2019. s. 136). Etisk dømmekraft kan ha betydning i alle ledd av forskningsprosessen i en fokusgruppestudie. Når en problemstilling formuleres, er det viktig å tenke over hvilke elementer som kan ha moralsk betydning og hvem dette eventuelt vil angå (Malterud, 2018. s. 141). Før jeg kunne igangsette prosjektet, måtte jeg innhente ulike godkjenninger fra flere instanser. Først fikk jeg godkjenning fra avdelingsleder og klinikkledelse på det aktuelle sykehuset der studien ble gjennomført (vedlegg 4 og 5). Som vurderingsgrunnlag hadde de fått tilsendt min prosjektplan. Deretter sendte jeg søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 3) for en vurdering om personvernet var tilstrekkelig ivaretatt i dette prosjektet. Når godkjenningen fra NSD

forelå (ref.nr. 543875), ble alle nevnte godkjenninger og dokumenter, i tillegg til informasjonsskriv/samtykkeskjema (vedlegg 2), sendt til sykehusets forskningsavdeling/PVO for en endelig vurdering og godkjenning (vedlegg 6). Deretter startet arbeidet med å innhente informanter som beskrevet i kapittel 3.5. Når respondentene hadde meldt sin interesse om prosjektet, innhentet jeg deres informerte samtykke. Informert samtykke betyr at deltakerne informeres om studiens overordnede formål, fordeler og ulemper ved å delta, samt at de blir informert om at de når som helst kan trekke seg fra deltakelsen (Kvale & Brinkmann, 2019). Skjemaene ble skrevet under av deltakerne den dagen intervjuene ble gjennomført og oppbevart i låsbart skap. Disse blir makulert når prosjektet er ferdigstilt.

3.9.1 Validitet

Hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den er ment å undersøke og i hvilken grad våre observasjoner reflekterer de fenomenene vi ønsker å vite noe om, handler i samfunnsvitenskapen om validitet (Kvale & Brinkmann, 2019). Ifølge Malterud (2018, s. 132) skal forskeren overveie validiteten av hva studien forteller noe om (intern validitet), og hvilken overførbarhet funnene har utover den sammenhengen hvor studien er gjennomført (ekstern validitet). For å få svar på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, er semistrukturerte fokusgruppeintervjuer valgt som metode fordi jeg ønsket å undersøke hvilke erfaringer leger og sykepleiere hadde omkring samarbeid i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende. Spørreskjema eller individuelle intervjuer kunne også vært brukbare metoder, men gjennom samhandling mellom informantene i et semistrukturert fokusgruppeintervju får man frem både flere nyanser og andre erfaringer (Malterud, 2018), noe jeg synes var både nyttig og verdifullt for oppgaven. Når det gjelder tidligere forskning på problemstillingen fremstår litteratursøket i denne studien som troverdig siden en senere funnet litteraturstudie (Flannery et al., 2016) viser at artikler funnet gjennom systematisk litteratursøk er inkludert.

3.9.2 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatenes troverdighet og konsistens å gjøre, og behandles ofte i sammenheng med hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276). Spørsmålene i intervjuguiden er åpne og stiller kun krav til deltakeren om at de deler noen av sine erfaringer relatert til spørsmålene. Det er derfor stor sannsynlighet at deltakerne ville gitt de samme svarene til en annen forsker. Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om hvordan dataene brukes, samles inn og bearbeides (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011). Johannesen et al. (2011, s. 230) beskriver reliabilitet i kvalitativ forskning som kritisk, men forskeren kan styrke påliteligheten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten, samt en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten for hele forskningsprosessen. Min forskningsprosess er detaljert beskrevet gjennom store deler av metodekapittelet.

3.9.3 Overførbarhet

Overførbarhet i kvalitativ forskning omhandler i hvilken grad de kvalitative funnene kan overføres til andre settinger som et aspekt i studiens pålitelighet (Polit & Beck, 2020). Ifølge Malterud (2018) er overførbarheten avhengig av hvorvidt funnene gir mening ut over seg selv. Malterud (2018, s. 110-111) påpeker også deltakernes bidrag i tekstmaterialet som en viktig del av vurderingen rundt overførbarhet. Dette innebærer en bevisstgjøring hos forskeren om tekstmaterialet representerer gruppen som helhet, eller om noen av deltakerne ikke bidrar med tekstmateriale i det hele tatt. Deltakerne i begge fokusgruppeintervjuene var aktivt med i diskusjonen og delte villig av sine erfaringer. Funnene som fremkommer, representerer gruppen som helhet og anses derfor som overførbare.

3.10 Metodiske overveielser.

Her drøftes hvordan studiens metode og design kan ha påvirket oppgavens resultater og styrker og svakheter vil bli løftet frem og diskutert. Jeg ønsket å få frem legers og intensivsykepleieres erfaringer rundt det tverrfaglige samarbeidet i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling. For

utforsking av felles erfaringer og meninger er fokusgruppeintervju en godt egnet metode (Malterud, 2018), og bidrar til å styrke den interne validiteten i oppgaven. Fokusgruppeintervjuer kan få frem flere nyanser enn individuelle intervjuer (Malterud, 2018), og jeg opplevde at alle deltakerne var aktive og delte sine erfaringer, selv om det var enkelte som var litt mer engasjert enn andre. Da jeg er alene som forsker i denne studien ble også min rolle å være moderator under fokusgruppeintervjuene, og som moderator er det viktig å finne en god balanse mellom innlevelse og distanse (Malterud, 2018). Som ny innen forskerfeltet, og ingen erfaring med å intervjuer, opplevde jeg å bli grepet og engasjert under fokusgruppeintervjuene og som kan ha ført til at jeg kanskje ikke evnet i så stor grad å se om deltakerne eventuelt kunne ha utdypet svarene sine. Det kunne muligens ha gitt meg mer verdifulle informasjon som bedre kunne svart på oppgavens problemstilling, og kan være en svakhet ved oppgaven. På den annen side fikk jeg også tilbakemelding fra informantene om at jeg ikke hadde blitt så engasjert at jeg deltok i samtalen, men kunne holde meg tilbake og høre på hva de hadde å formidle.

Malterud (2018, s. 100) beskriver fordelene av å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker for å skape et analytisk rom med flere nyanser. Det empiriske materialet er kun sett på og analysert med «egne briller» og en svakhet ved denne studien vil derfor være at funnene kan være preget av at jeg som forsker ikke har evnet i stor nok grad å være objektiv, og at funnene kan bære preg av egen forforståelse. For å styrke påliteligheten av analysemetoden kan forskeren inngående beskrive konteksten og framgangsmåten for forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010). Valg av analysemetode er tidligere gjort rede for, og analyseprosessen er godt beskrevet tidligere i kapittelet, samt vist gjennom vedlagte tabeller slik at det skal være lett for leseren å følge trinnene i analysen. Den grundige redegjørelsen av analyseprosessen styrker oppgavens reliabilitet.

Studier viser at omtrent to tredjedeler av pasienter som dør i intensivavdelinger, dør etter at det er tatt beslutning om ikke å igangsette nytteløs behandling eller avslutte livsforlengende behandling (Gulbrandsen, 2020, s. 699). Disse utfordringene er en del av intensivhverdagen for leger og intensivsykepleiere både nasjonalt og internasjonalt, og samarbeidet i beslutningsprosessen har vist seg å være varierende. Selv om utvalget i denne studien er lite, og gjennomført kun ved en avdeling, kan funnene være nyttige

også for andre intensivavdelinger ved andre sykehus for å bedre samarbeidet mellom leger og intensivsykepleiere i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling. Det handler om erfaringer rundt tverrfaglig samarbeid i beslutningsprosessen og er ikke nødvendigvis knyttet opp mot denne aktuelle avdelingen, og styrker dermed oppgavens eksterne validitet.

4 Resultat

I dette kapitlet følger en presentasjon av resultatene fra studien. Analysen resulterte i de to hovedkategoriene «tverrfaglig samspill for felles trygghet» og «intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet», og søker å besvare problemstillingen. Sitater fra deltakerne benyttes for å begrunne funnene ytterligere og fremheves i kursiv. Kategoriene med tilhørende kodegrupper, subgrupper og utvalgte sitater presenteres i tabellene nedenfor. Videre blir innholdet i de to kategoriene nærmere presentert.

Tabell 3. Kategori 1, med tilhørende kodegruppe, subgrupper og tilhørende utvalgte sitater

Kodegruppe		Teamarbeid	Kategori
Subgrupper		Utvalgte sitater	Tverrfaglig samspill for felles trygghet
1	Tverrfaglig kommunikasjon og samhandling	<i>På overvåkingen vil det ofte være flere involverte ..kanskje flere spesialister, assistentleger og sånne... mange medisinske leger da, men også mange sykepleiere ofte, sånn over noen døgn som har vært involvert. Og det er klart det styrker jo kollegiet sin, på en måte egenerkjennelse om at man kanskje til syvende og sist tar den...har tatt en...riktige beslutning for pasienten. Og det er jo en kjempepositiv ting.</i>	
2	Felles forståelse for pasientbehandlingen	<i>«Eller så må man bli forklart hvorfor vi tenker vi skal fortsette, sånn at vi kan stå sammen om det»</i>	
3	Respekt for hverandres roller	<i>«(...) vi utfyller hverandre da, hvilke roller vi har. Vi har forskjellige oppgaver og forskjellige ansvarsområder, og vi må samarbeide godt. Vi fyller ulike roller som må fungere sammen for at det skal fungere»</i>	
4	Gjensidig tillit	<i>«(...) sykepleierne på MOV har egentlig en veldig viktig rolle. For det er dere som er premissleverandører for veldig mange av de beslutningene som vi som leger gjør»</i>	

Tabell 4. Kategori 2, med tilhørende kodegruppe, subgrupper og utvalgte sitater

Kodegruppe:		Nærhet og relasjon til pasient og pårørende	Kategori
Subgrupper		Utvalgte sitater	Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet
1	Pasientobservasjoner og relasjon	«(...) vi er helt avhengig av de tilbakemeldingene sykepleierne gir oss. Det, altså...sykepleieren som er nærmest pasienten, står inne hos pasienten hele tiden, oppfatter veldig masse, både fysiske og psykiske tegn, som vi ikke får med oss hvis vi ikke hører om det. Vi kan lese så mye kurver vi bare vil, men det er noe med; Hva blir faktisk sagt? Hva ser?...hva observeres?...og ting som ikke kan...nødvendigvis tegnes ned noe sted. Så vi er helt avhengig av de signalene, de rapportene vi får fra sykepleierne»	
2	Pårørendekontakt	«Hvis det var noe som virkelig var praktisk nyttig og nokså viktig, som sykepleierne på avdelingen kunne bidratt inn til meg med, så er det nettopp det der å få dybdekunnskap (...) for det er et viktig grunnlag når man ...hvert fall gjør bestemmelser om at folk ikke skal få tilbud om respiratorbehandling»	

4.1 Tverrfaglig samspill for felles trygghet

Her presenteres resultatene fra fokusgruppeintervjuene hvor et av de mest sentrale funnene gjaldt det tverrfaglige samspillet mellom de to profesjonene og som førte til kategorien «tverrfaglig samspill for felles trygghet».

Flere av legene belyste de ulike rollene, etiske tilnærmingene og ansvarsområdene som leger og sykepleiere har i pasientbehandlingen. De opplevde at disse ulikhetene gjorde at kommunikasjonen ble litt vanskelig innimellom, særlig i avsluttende fase.

Informantene var enige om at det i stor grad var sykepleierne som først tok opp spørsmålet rundt avslutning av livsforlengende behandling til diskusjon. Legene fortalte

også at en felles vurdering sammen med sykepleier ofte var utgangspunktet for diskusjonen. Flere av legene opplevde at intensivsykepleieren i større grad gikk inn i diskusjonene og trodde dette handlet om at man som intensivsykepleier har mer erfaring å bygge sine vurderinger på. Tett pasientkontakt bidrar til å se den faktiske «her og nå» situasjonen. Både leger og sykepleiere var enige om at grunnlaget for en god prosess var at alle involverte «spilte på lag», hadde god oversikt over pasientsituasjonen, ble enige om veien videre og tok beslutningen sammen.

Legeinformant nr. 24 sa: *«På overvåkingsavdelingen vil det ofte være flere involverte ..kanskje flere spesialister, assistentleger og sånne... mange medisinske leger da, men også mange sykepleiere ofte, sånn over noen døgn som har vært involvert. Og det er klart det styrker jo kollegiet sin, på en måte egenerkjennelse om at man kanskje til syvende og sist tar den...har tatt en...riktige beslutning for pasienten. Og det er jo en kjempepositiv ting»*

Deltakerne var i stor grad enige om at teamarbeidet i avdelingen fungerte bra, men at kommunikasjonen til tider kan være en utfordring og at den alltid kan bli bedre. Selv om de fleste av informantene opplevde et godt tverrfaglig samarbeid, var det enighet i gruppene om at diskusjonene i slike beslutningsprosesser bør i hovedsak foretas på dagtid hvor man har et større tverrfaglig team rundt seg. De hevdet at en god pre-visit med fullt fokus på pasienten, der alles synspunkter fremkommer og diskuteres er svært viktig i en slik prosess. Sykepleierne påpekte da viktigheten av å være konkrete i sin kommunikasjon med legen slik at informasjonen de formidlet kom tydelig fram.

Sykepleierne fortalte at de hadde mange gode opplevelser i samarbeidet med legene i avslutningsprosesser, og at de sjelden opplevde store konflikter. Der det oppsto uenighet kunne enkelte vise til gode diskusjoner som stort sett førte til enighet. Legene påpekte også at tverrfagligheten på avdelingen styrket kollegiet sin enighet om at den riktige beslutningen var tatt, og bidro til at prosessen rundt beslutningen var tungt forankret.

Både leger og sykepleiere kunne fortelle om flere situasjoner de hadde opplevd hvor det ikke var samsvar mellom legens og sykepleierens oppfatning av pasientsituasjonen og vurderingen av behandlingstiltak. Sykepleierne beskrev dette i fellesskap som svært frustrerende og vanskelig, og hvor det i hovedsak handlet om at sykepleierne så på pasientbehandlingen som nytteløs mens legene opprettholdt full behandling.

Sykepleierne understreket behovet for å forstå legenes beslutning i slike situasjoner, og sykepleieinformant 21 sa: *«(...) eller så må man bli forklart hvorfor vi tenker vi skal fortsette, sånn at vi kan stå sammen om det».*

Sykepleierne fortalte også at de følte de noen ganger måtte behandle litt, selv om de visste det ikke gikk, men fordi pasienten og deres pårørende skulle få tid til å ta farvel. Det var en unison oppfatning blant alle informantene om at slike situasjoner var krevende, og at det var vanskelig å finne det rette tidspunktet for å avslutte behandlingen på en verdig måte. Informantene var enige om at legenes fokus på behandling versus sykepleiernes fokus på pasientens beste, bidro til at uenighet rundt behandlingsnivå kunne oppstå.

Avslutning av livsforlengende behandling er utfordrende, og informantene var enige om at det var en prosess alle i faggruppa måtte ta del i. De mente at en grundig forutsetning må være å være enige om en kurs og ha felles forståelse for pasientbehandlingen og at godt samarbeid er viktig.

En av legene hadde opplevd å føle seg presset av sykepleier til å avslutte behandling, og beskrev presset som svært utfordrende. En annen lege fortalte om opplevelser hvor beskjeder og informasjon som var gitt ikke ble fulgt opp. Legene trodde dette handlet om at sykepleieren hadde en annen oppfatning av situasjonen en dem, og ikke gav seg, men at det likevel sto respekt av det. Sykepleierne beskrives som mer opptatt av det medmenneskelige, mens legenes fokus er på det juridiske og medisinskfaglige ansvaret for å bestemme om behandlingen skulle avsluttes eller ikke.

Til tross for ulike roller og profesjoner var informantene enige om at leger og sykepleiere er avhengig av hverandre og et godt samarbeid i beslutningsprosessen.

Leginformant nr. 3 sa: *«(...) vi utfyller hverandre da, hvilke roller vi har. Vi har forskjellige oppgaver og forskjellige ansvarsområder, og vi må samarbeide godt. Vi fyller ulike roller som må fungere sammen for at det skal fungere»*

En av sykepleierne fortalte om opplevelser av å ikke bli «hørt», og ble beskrevet som vanskelig og utfordrende på ulike måter. Flere av legene påpekte viktigheten av å kommunisere dette tydelig, fordi de ikke nødvendigvis visste hvor mye sykepleierne står i og kjemper på pasientens vegne. Å reflektere rundt dette beskrev de som svært relevant for totalvurderingen av pasientsituasjonen. Alle var enige om at takhøyde for å diskutere de vanskelige tingene, var viktig for et godt samarbeid og gode beslutninger.

Intensivsykepleierne har en stor og viktig rolle i avdelingen, og at deres tilbakemeldinger var avgjørende for mange av de beslutningene legene tok.

Legeinformant nr. 4 sa: *«(...) sykepleierne på overvåkingsavdelingen har egentlig en veldig viktig rolle. For det er dere som er premissleverandører for veldig mange av de beslutningene som vi som leger gjør»*

Legene begrunnet dette i lang erfaring, mye kunnskap, trygghet i rollen og evnen til å tenke selvstendig. I tillegg omtalte de intensivsykepleierne som faglig trygge, med stor kompetanse, lang fartstid og mye erfaring rundt den samme problemstillingen, noe som la stor tyngde på intensivsykepleierens avgjørelse. Legene opplevde også at intensivsykepleierne hadde mange gode forslag til tiltak, behandling og behandlingsmetoder som de tok med i sine vurderinger.

Sykepleiernes informasjon og tilbakemeldinger rundt pasientsituasjoner var viktig for legene og en av legeinformantene poengterte at de måtte være åpne for å revurdere egne oppfatninger av situasjoner dersom intensivsykepleieren kom med nye opplysninger. Personlig kjennskap til hverandre som faggruppe, fremkom fra legene, som en viktig faktor, og informasjonen ble vektlagt i større grad fra en sykepleier legen kjente godt og stolte på. Å bruke hverandres sterke sider ble poengtert også som en viktig faktor for at leger og sykepleiere i fellesskap skulle stå i den vanskelige beslutningsprosessen. Fellesskapet opplevdes viktig også blant legene og støtten fra sykepleierne syntes å ha stor betydning. En av legene fortalte om en situasjon, langt tilbake, der han/hun opplevde å ikke få støtte fra sykepleier for sin avgjørelse. Det ble beskrevet som svært vanskelig og at det er mye lettere å stå i utfordrende situasjoner dersom man har «gjengen i ryggen».

4.2 Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet

Et annet sentralt funn var intensivsykepleierens nære kontakt med pasient og pårørende og som resulterte i kategorien «intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet». Påfølgende presenteres resultatene fra fokusgruppeintervjuene som førte til denne kategorien.

Legene hevdet at intensivsykepleierens nærhet og relasjon til pasienten er svært viktig når det handler om å innhente pasientinformasjon. De la stor vekt på betydningen av den tiden intensivsykepleieren har inne hos pasienten, og beskrev det som verdifull tid hvor intensivsykepleierens observasjoner og tilbakemeldinger var helt nødvendig for mange av deres vurderinger. Legeinformant nr. 4 sa: *«(...) vi er helt avhengig av de tilbakemeldingene sykepleierne gir oss. Det, altså...sykepleieren som er nærmest pasienten, står inne hos pasienten hele tiden, oppfatter veldig masse, både fysiske og psykiske tegn, som vi ikke får med oss hvis vi ikke hører om det. Vi kan lese så mye kurver vi bare vil, men det er noe med; Hva blir faktisk sagt? Hva ser?...hva observeres?...og ting som ikke kan...nødvendigvis tegnes ned noe sted. Så vi er helt avhengig av de signalene, de rapportene vi får fra sykepleierne»*

Intensivsykepleierens medmenneskelige tillit og tilknytning til pasienten ble beskrevet som uvurderlig i situasjoner rundt avsluttende behandling og at tilliten også medførte at pasientene ofte åpner seg lettere for sykepleierne enn for legene. Intensivsykepleierne ble beskrevet som ekstremt flinke til å ta tegn tidlig og ser mye som legene ikke ser. De fanger opp pasientens plager, kliniske tegn og ser ofte hvilken «vei det går».

Pasientinformasjonen som formidles fra sykepleier gjorde det også lettere for legene å vite *når* de skulle ta «den vanskelige samtalen» med pasienten.

Sykepleierne beskrev seg selv som pasientens talerør og advokat hvor en viktig oppgave var å tenke til det beste for pasientene, og at tilstedeværelsen inne på pasientrommet bidro til nær pasientkontakt. De var opptatt av å fremstå som trygge sykepleiere som «så» pasienten og ikke være redde for å spørre om hva de tenkte om sin egen situasjon. Samtidig fortalte en av sykepleierne at hun ofte kunne bli veldig emosjonelt med i pasientenes «verden» og deres situasjon, og at det var både slitsomt og krevende når mye følelser ble involvert.

Legene var opptatte av sykepleierens kontakt med pårørende og begrunnet dette med pårørende som viktig kilde til pasientinformasjon som ikke lar seg innhente fra pasienten selv på grunn av alvorlig sykdomstilstand. Videre hevdet de at informasjon og dybdekunnskap om pasientens dagliglivsfunksjon den siste tiden var nyttig og viktig informasjon som intensivsykepleierne kunne bidra med, og at dette hadde stor verdi når behandlingsnivå skulle bestemmes. Legeinformant 24 sa: *«Hvis det var noe som virkelig var praktisk nyttig og nokså viktig, som sykepleierne på avdelingen kunne bidratt*

inn til meg med, så er det nettopp det der å få dybdekunnskap (...) for det er et viktig grunnlag når man ...hvert fall gjør bestemmelser om at folk ikke skal få tilbud om respiratorbehandling»

Flere av sykepleierne fortalte at de så på pårørende som viktige bidragsyttere til pasientinformasjon. De kunne gi svar på om pasienten selv hadde ytret noen form for ønsker om behandlingsavslutning dersom det skulle oppstå akutt forverring av en kronisk tilstand. At sykepleierne tar ansvar for å starte en slik samtale med pårørende så de på som viktig fordi pårørende er sårbare og synes ofte det er vondt å snakke om avsluttende behandling.

5 Diskusjon

Formålet med oppgaven har vært å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer leger og intensivsykepleiere har rundt beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende pasienter, med fokus på hva intensivsykepleieren kan bidra med i prosessen. De viktigste funnene i studien er deltakernes fokus på godt samspill mellom sykepleiere og leger slik at beslutningen om å avslutte livsforlengende behandling blir gjort med god tverrfaglig forankring. Sykepleiernes tilstedeværelse i pasientrommet og relasjon til pasient og pårørende er også sentralt med tanke på observasjoner og informasjon som de formidler til legene. Funnene blir systematisk diskutert med utgangspunkt i kategori og subgrupper.

5.1 Tverrfaglig samspill for felles trygghet

Et av hovedfunnene som fremkommer i studien omhandler samspillet mellom leger og intensivsykepleiere til tross for profesjonenes ulike roller og ansvar i beslutningsprosessen. Legene beskriver viktigheten av å få støtte fra sykepleiere i sine beslutninger som en ekstra trygghet om at den rette beslutningen er tatt. Grunnlaget for en god prosess er at alle faggrupper involveres og bidrar med sine observasjoner, har god oversikt og felles forståelse for pasientbehandlingen, blir enige om veien videre før beslutningen tas av lege. Et godt samspill synes å ha positiv effekt på flere deler av prosessen, som fremkommer i diskusjonene nedenfor.

Tverrfaglig kommunikasjon og samhandling

Tverrfaglig kommunikasjon og samhandling, særlig mellom sykepleiere og leger, betraktes som en hjørnestein i intensivavdelinger, og spesielt under beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling (Flannery et al., 2020). I min studie opplever informantene godt tverrfaglig samarbeid og synes teamarbeidet fungerer bra og bekreftes av begge profesjonene. Sykepleierne forteller at de sjelden opplever konflikter med legene i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, og dersom uenigheter oppstår, løses de ofte av gode diskusjoner. Forskning viser motstridende tendens og viser store sprik mellom leger og sykepleieres tilfredshet når det kommer både til tverrfaglig samarbeid og

kommunikasjon mellom de to profesjonene (Jensen, Ammentorp, Erlandsen, & Ørding, 2011; Jensen, Ammentorp, Johannessen, & Ørding, 2013; Puntillo & McAdam, 2006). Her har sykepleiere og leger forskjellig oppfatningen av tverrfaglig samarbeid og andre aspekter rundt avsluttende behandling i intensivavdelingen og hovedutfordringene er knyttet til samarbeidsspørsmålet som inkluderer blant annet forskjellige vurderinger av behandlingspotensiale, samt deltakelse og involvering i beslutningsprosessen. Imidlertid viser det seg også at kommunikasjon har betydning for sykepleieinkluderingen i beslutningsprosessen. Tidligere forskningen identifiserer kommunikasjonsproblemer rundt beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling som en av de viktigste utfordringene. Når kommunikasjonen svikter eller samarbeidet mangler, eller kvaliteten på kommunikasjon eller samarbeid blir ansett som dårlig, uttrykker både leger og sykepleiere frustrasjon over beslutningsprosessen (McAndrew & Leske, 2015). Kommunikasjonsvansker inkluderer underrepresentasjon av sykepleiere i beslutningsprosessen til tross for at sykepleieren er den viktigste i behandlingsteamet i slike situasjoner (Baggs et al., 2012; Latour, Fulbrook, & Albarran, 2009; McMillen, 2008; Westphal & McKee, 2009). Det fremkommer at informantene også i min studie hevder at kommunikasjonen kan bli bedre, men at *det* ikke synes som noen stor barriere for samspillet mellom legene og sykepleierne.

Legene understreker at tverrfagligheten i avdelingen styrker behandlingsteamets beslutning og bidrar til at prosessen rundt beslutningen er tungt forankret. Leger og sykepleieres felles vurdering er ofte utgangspunktet for diskusjonen rundt avslutning av livsforlengende behandling, og det er i stor grad sykepleierne som først tar initiativ til diskusjonen. Intensivsykepleierne anses å ha en viktig rolle i behandlingsteamet og informasjon og tilbakemeldinger rundt pasientsituasjonen er avgjørende for mange av legenes beslutninger. Sykepleiernes rolle er viktig fordi de har det kontinuerlige observasjons- og omsorgsansvaret for pasienten. Samtidig er de medisinsk skolerte for å bidra til faglige og etiske riktige beslutninger sammen med legen og annet helsepersonell (Nortvedt, 2017). Tidligere forskning bekrefter også dette i noe varierende grad. I studien til Benbenishty et al (2006) oppfatter legene at sykepleierne ofte involveres i beslutningsprosessen, men at det derimot ikke er de som tar initiativet til diskusjonen slik som legene i min studie hevder. Legenes initiering til

denne diskusjonen underbygges også i forskning til Baggs & Schmitt (2000) og Oberle & Hughes (2001). Derimot fremkommer det i studien til McMillen (2008) at det ofte er sykepleierne som først «planter frøet» og antyder til legene at kanskje tiden er inne for å avslutte den livsforlengende behandlingen.

Tidligere forskningen viser tydelig at kulturelle forskjeller også har betydning for hvorvidt sykepleierne blir involvert i beslutningstakingen rund avslutning av livsforlengende behandling (Benbenishty et al., 2006; Puntillo & McAdam, 2006). Det viser seg at intensivsykepleiere fra europeiske land er mer involvert enn intensivsykepleiere i ikke-europeiske kulturer. Her ses en tendens til mere konservative holdninger med et tydelig skille mellom lege og sykepleier, hvor legene anser egen rolle som ansvarlig beslutningstaker og sykepleierne ikke involveres (Puntillo & McAdam, 2006). Vi vet at det også kan være kulturelle forskjeller mellom ulike sykehus og innad i sykehus på ulike avdelinger også i Norge. Det kan tyde på at det er opparbeidet en spesielt god kultur for involvering av intensivsykepleiere i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling på avdelingen der denne studien er gjennomført. En undring som dukker opp underveis er om resultatene hadde vært annerledes dersom studien ble gjennomført på en annen avdeling og/eller ved et annet sykehus.

Intensivsykepleierne i min studie sier lite om eget bidrag i beslutningsprosessen, men det kan synes at sykepleierne i stor grad er enige i legene uttalelser omkring deres deltakelse, rolle og verdi i prosessen. Dette kan være fordi de opplever godt tverrfaglig samarbeid og lite konflikter i diskusjoner rundt avsluttende behandling. I tillegg ble det også lagt merke til sykepleiernes nonverbale bekreftelse når temaet ble diskutert i fokusgruppeintervjuene. Mye av forskningen er motstridende med tanke på sykepleierens opplevelser og perspektiver rundt delaktighet og opplevelser av å bli hørt. Mange studier identifiserer at sykepleierne opplever at deres innspill i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling ikke verdsettes (Baggs et al., 2012; McMillen, 2008; Westphal & McKee, 2009). Sykepleierne uttrykker oppfatninger om varierende nivå av ansvar og inkludering i beslutningsprosessen, og antyder at selv om de inkluderes, oppfatter de innspillene som lite verdsatt (Flannery, Peters, & Ramjan, 2020). De fleste sykepleierne opplever å ikke bli involvert i diskusjons- og beslutningsprosesser selv om de ønsker det. De

tilbringer mye tid sammen med pasienten, og mener derfor at de bør være med å bidra i beslutninger vedrørende pasientbehandling (Kisorio & Langley, 2016). Sykepleierne rapporterer ofte en inkonsekvent inkludering i beslutningsprosessen og en tvetydighet rundt deres rolle (Latour, Fulbrook, & Albarran, 2009; Lind, Lorem, Nortvedt, & Hevrøy, 2012; McMillen, 2008).

Hva tverrfaglig samhandling angår, er det relativt store avvik mellom funnene i denne studien og tidligere forskning. Forskningen viser at sykepleierne i stor grad undervurderer sin viktige rolle i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, og beskriver, som nevnt, sine opplevelser som mangel på inkludering, respekt og at legene undervurderer deres rolle. Rollen er heller ikke klart definert, og mer uformell enn legenes rolle (Flannery et al., 2016). Legene derimot uttrykker at de har stort behov for sykepleiernes informasjon og kompetanse, og mener i stor grad at sykepleierne inkluderes (Flannery et al., 2020; Benbenishty et al., 2006). I min studie derimot, gir intensivsykepleierne uttrykk for at de føler seg inkludert og hørt i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling, selv om de viser til situasjoner hvor det var uenighet rundt behandlingsnivået. De opplevde dette som vanskelig, men som regel med gode diskusjoner og enighet til slutt. Legene hevder, som i tidligere forskningen, at sykepleierne har en viktig rolle i beslutningsprosessen, og at de fleste avgjørelser blir tatt med stor tyngde i den informasjonen som kommer fra sykepleierne. Det er spennende å reflektere over disse forskjellene og hva som spiller inn i de ulike funnene. På den ene siden kan det tyde på, som tidligere nevnt, at det har utviklet seg en spesielt god tverrfaglig kultur og god samhandling mellom leger og sykepleiere i avdelingen, og som har ført til at sykepleierne har stor innflytelse på legenes beslutning. I tillegg var informantene i fokusgruppene relativt godt kjent med hverandre, noe som kan ha den fordel at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser og at deltakerne da kan trekke et større repertoar av felles erfaringer (Malterud, 2018). På den andre siden er denne studien gjennomført med fokusgruppeintervjuer der både leger og intensivsykepleiere deltok sammen. En mulig risiko kan være at informantene har vært tilbakeholdende i sine beskrivelser og opplevelser av egen rolle og deltakelse i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling. Denne refleksjonen motstrides både med tanke på forskningen som er entydig i sine funn til tross for de ulike metodene som er brukt for

innhenting av data, samt deltakernes kjennskap til hverandre i denne studien, som i seg selv bidrar til trygghet rundt diskusjonene.

Felles forståelse av pasientbehandlingen

Det fremkommer fra informantene, som også er et av utgangspunktene for studien, at det ikke alltid er den samme forståelsen mellom intensivsykepleiere og leger rundt pasientbehandlingen, og som tidligere forskning også underbygger. Ettersom intensivsykepleierne tilbringer mesteparten av tiden på pasientrommet, har de en tendens til å være mer bevisste på når pasienten ikke svarer på behandlingen og tenke at det er hensiktsmessig å trekke behandlingen tilbake (McMillen, 2008). Felles forståelse for pasientsituasjon og behandlingsnivå kan synes å være mer utfordrende for behandlingsteamet enn først antatt. Funnene i denne studien viser en ambivalens, ikke bare mellom lege og sykepleier, men også innad hos sykepleierne når de på den ene siden beskriver følelsene det vekker når de ser pasienten lider under behandling de mener er nytteløs, mens på den andre siden føler de noen ganger at de må «behandle litt», selv om de vet det ikke går, men med hensyn til pårørende. Dette er motstridende til funn i annen forskning hvor intensivsykepleierne anser all forlengende behandling som skadelig for pasienten og at overbehandling med hensyn til pårørende ikke bør aksepteres (Flannery et al., 2020). Derimot viser det seg at legene tillater denne tiden for familien og er en faktor som forårsaker uenighet mellom lege og sykepleier. Ulike standpunkter, som til tider forårsaker konflikt, er viktige i samarbeidende beslutningstaking da det gjør at alle sider kan bli representert og deretter vurdert i den endelige avgjørelsen (Flannery et al., 2020).

Overveielser av behandlingsstrategi i slike situasjoner er vanskelig og understreker kompleksiteten leger og sykepleiere står overfor i en intensivhverdag og hvor godt samspill mellom profesjonene synes å ha en vesentlig rolle. I situasjoner som fremkommer i min studie, hvor legene har bestemt at behandlingen skal opprettholdes og sykepleierne ikke er enige, uttrykker sykepleierne behov for å forstå legenes beslutning og bli forklart hvorfor de ønsker å fortsette behandling. I studien til Kvande et al. (2017), rapporterer sykepleierne viktigheten av å presentere sine meninger og eventuelle uenigheter til legen vedrørende kliniske handlinger og beslutninger, og legene bekrefter at det fra deres side er viktig å kommunisere hvorfor de gjør det de

gjør (Kvande et al., 2017). På bakgrunn av egen erfaring, kan det se ut som dette er et problem i diskusjoner mellom sykepleier og lege rundt avslutning av livsforlengende behandling, hvor informasjonen fort kan bli mangelfull fra legens side og kan skape frustrasjon og mangel på forståelse fra intensivsykepleierens side. Her synes det viktig for samarbeidet med gjensidig forståelse slik at behandlingsteamet lettere skal stå sammen i situasjonen slik at man unngår unødvendige konflikter. Selv om sykepleierne i denne studien sjelden opplever konflikter med legene rundt beslutninger om avsluttende behandling, men det er nærliggende å tro at man kan stå overfor såkalte «tause» konflikter hvor partene ikke nødvendigvis formidler den frustrasjonen de har. Oberle & Hughes, (2001), Simmonds (1996) og Viney (1996) understreker at sykepleiere og leger må erkjenne konflikter og problemer som oppstår under beslutningstaking ved utgangen av livet ved å diskutere perspektiver og samarbeide for å løse problemer som et team. Når dette ikke skjer, kan sykepleiere vende frustrasjon mot legebeslutninger, og leger kan bli frustrerte over de som stiller spørsmål ved avgjørelsene deres. I slike situasjoner vil legene kunne føle seg presset slik en av informantene kunne fortelle om i denne studien og som vil bli diskutert nærmere senere i kapittelet.

Presset sykepleierne beskriver i situasjoner der de opplever pasienten lide som følge av at behandling opprettholdes bør videreformidles til legene. Det viser seg at legene ofte ikke er klar over hva sykepleierne står i på vegne av pasienten, men å få refleksjoner rundt disse situasjonene beskriver de som svært relevant for deres totalvurdering av pasientsituasjonen. Profesjonenes ulike roller og tilnærminger til pasienten blir i slike situasjoner svært tydelig. Å ta opp og diskutere vanskelige situasjoner var både leger og sykepleiere enige om er viktig for godt samarbeid og gode beslutninger.

Legene synes ofte det er vanskelig å finne det rette tidspunktet for å avslutte livsforlengende behandling på en verdig måte. I tidsskriftet Sykepleien (2017, s. 37) beskriver overlege Morten Horn at legestyrt overbehandling i stor grad skyldes faglig usikkerhet og at man velger livet fremfor døden i slike tilfeller kanskje ikke er så galt (Hofstad, 2017). McAndrew & Leske (2015) beskriver også utfordringene det er å finne det «rette» tidspunktet for å avslutte behandling, og beskriver det som en ubalanse hvor usikkerhet rundt pasientens prognose og følelsen av maktesløshet i beslutningsprosessen er noen av faktorene som kan utsette beslutningen. En sykepleier beskriver at problemet med å finne det rette tidspunktet for å avslutte behandlingen er

at tiden går, og det er viktig å unngå en situasjon der familien bringer opp spørsmålet «Er det ikke nok nå»? (Brooks et.al, 2017). Dette belyser noe av kompleksiteten i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling og fremhever samtidig behovet for god tverrfaglig samhandling for å oppnå felles forståelse for pasientbehandlingen.

Respekt for hverandres roller

Enkelte leger i denne studien forteller at de har følt seg presset av sykepleiere til å avslutte behandling og beskriver presset svært utfordrende å stå i. Beskjeder som gis blir tidvis ikke fulgt opp, noe som mest sannsynlig handler om at sykepleierne er av en annen oppfatning enn de selv og at det faktisk står respekt av det. Legene respekterer tydeligvis sykepleierne for deres rolle og meninger, men forventer at beslutninger som tas følges opp slik sykepleieren er forpliktet til å gjøre. I tråd med intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse skal intensivsykepleieren gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med, og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og ta medansvar for forsvarlig behandling (NSF, 2017). I denne studien kan det synes at sykepleierne viser liten respekt for legenes rolle iallfall i situasjoner der legene føler seg presset til å avslutte behandling. Det fremkommer ingen flere konkrete opplysninger rundt denne situasjonen, men det er nærliggende å tro at dette handler om uenighet rundt pasientbehandlingen. Selv om sykepleierne er uenige i legenes beslutninger er det likevel viktig at avgjørelser respekteres da legene er de som har det endelige beslutningsansvaret. Tverrprofesjonelt samarbeid mellom leger og sykepleiere er avhengig av respekt og hensyn til innspill fra hele behandlingsteamet i beslutningsprosessen (Flannery et al., 2020).

Gjensidig forståelse og respekt for hverandre, både som mennesker og profesjoner med ulike roller og ansvar er viktig, og helt grunnleggende i samhandlingen mellom sykepleier og lege. I en travel intensivhverdag kan man fort bli grepet av egne utfordringer og gjøremål og dermed miste evnen til å se flere sider av situasjonen. Sykepleiere og legers ulike profesjoner, ansvarsområder og etiske tilnærminger i pasientbehandlingen beskrives som en mulig årsak til at kommunikasjonen kan være utfordrende til tider, og særlig i avsluttende fase. Det kan virke som det er i avsluttende fase at disse ulikhetene kommer mest til syne. Det er felles enighet blant leger og

sykepleiere om at legenes fokus på behandling versus sykepleiernes fokus på pasientens beste bidrar til at uenighet om behandlingsnivå kan oppstå. Sterkt fremtredende er legenes plikt til å redde liv, mens barmhjertighetsidealer i større grad er sterkere hos sykepleierne og kan være forklaringen på at det oppstår uenighet i et behandlingsteam rundt avslutning av livsforlengende behandling (Ruyter et al., 2018). I slike situasjoner vil samspillet kunne settes på prøve.

I beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling kan man kanskje si at sykepleiere og leger metaforisk «rir hver sin hest». Sykepleierne har detaljerte yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) samt intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse (NSF, 2017) som sammen spesifiserer at sykepleierne skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, lindre lidelse, medvirke aktivt i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling og ta medansvar for å bidra til en verdig død (NSF 2016 og 2017). Fokus på pasientvelvær og verdig død har ingen direkte hjemmel i legenes etiske retningslinjer, og fokuset er i stor grad rettet mot plikten til å yte helsehjelp og redde liv (Helsepersonelloven, 1999), som Ruyter et al. (2018) også hevder. Under etiske retningslinjer for leger (Legeforeningen, 1961/2015) er det kun §5 som omhandler temaet behandlingsbegrensning, men her sett opp mot aktiv dødshjelp og lyder: *«Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp»*. Å bestrebe enighet mellom profesjonene er bra, men det kan imidlertid også være en fordel at leger og sykepleiere har ulike roller og tilnærminger i behandlingsteamet. Legens overordnede medisinskfaglige og juridiske ansvar opp mot sykepleiernes fokus om å ivareta pasientens grunnleggende behov, er viktige ulikheter som anses å bidra til en helhetlig vurdering av pasientens situasjon og er spesielt viktig i tverrfaglige diskusjoner rundt avsluttende behandling sett ut fra egen erfaring. Det er stor enighet mellom sykepleiere og leger at på tross av profesjonenes ulike roller og ansvar er de helt avhengige av hverandre for å ha et godt samarbeid i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling. Gjensidig respekt anses derfor som avgjørende for et godt samspill.

Det kan tyde på at legestanden har sett behov for tydeligere retningslinjer rundt avslutning av livsforlengende behandling. I november 2020 avholdt legeforeningen sitt

Faglandsråd hvor de vedtok en resolusjon vedrørende medisinsk overaktivitet i livets siste fase (Baugstø, 2020). Fokuset rettes mot etiske vurderinger og fremhever at all behandling skal være til pasientens beste. Dette er en god tilnærming til sykepleiernes etiske retningslinjer og kan bidra til at de etiske tilnærmingene forenes og at samspillet mellom leger og sykepleier forbedres i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling.

De siste tiårene har det skjedd en stor utvikling i samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger. Sykepleierne har etter hvert fått en større anerkjennelse for sin kunnskap og rolle av legestanden, men man kan likevel oppleve hierarkiske forskjeller også i dag. Benbenishty et al. (2006) og Puntillo & McAdam (2006) bekrefter det i studiene som viser kulturelle forskjeller i ulike land og kontinenter. Når det gjelder hierarkiske forhold, bør sykepleiere være klar over sitt ansvar for å si fra, presentere sine kliniske observasjoner og tolkninger og delta i diskusjoner om pasientbehandlingen (Kvande et al., 2017).

Som en viktig del av samspillet mellom profesjonene mener både leger og sykepleiere i min studie at det er viktig å bruke hverandres styrker og svakheter. Støtten fra sykepleierne synes ekstra viktig for legene og det antas å ha sammenheng med at sykepleierne jobber mer i team og kan diskutere og støtte hverandre i situasjoner som oppleves vanskelig, mens legene ofte har ansvaret alene og i mindre grad har en legekollega som samtalepartner. En av legene beskriver det å ha «gjengen i ryggen» som en god støtte i utfordrende og vanskelige avgjørelser og bekrefter derved det gode samspillet og respekten for sykepleierollen.

Gjensidig tillit

Intensivsykepleierne har stor tillit blant legene og tillegges en faglig trygghet og større kompetanse enn det vanlige sykepleiere har, og anses som mer delaktig i diskusjonene rundt avslutning av livsforlengende behandling. Mye erfaring innenfor temaet og mer kunnskap å bygge sine kliniske vurderinger på, bidrar til at legene vektlegger intensivsykepleierens avgjørelser tungt. Lignende erfaringer fremkommer også i tidligere forskning (McMillen, 2008). Der blir sykepleierne definert som seniorsykepleiere og juniorsykepleiere, men ut fra hvor studien er gjennomført må man anta at dette er henholdsvis intensivsykepleiere og sykepleiere. Intensivsykepleierne blir

mer anerkjent av legene enn sykepleierne på bakgrunn av lengre erfaring med håndtering av situasjoner som omhandlet avslutning av livsforlengende behandling. Jo lengre erfaring jo mer blir meningene verdsatt (McMillen, 2008).

Erfaring og personlig kjennskap til hverandre i en tverrfaglig gruppe, går ofte hånd i hånd og legene fremhevet det som et viktig poeng når avslutning av livsforlengende behandling skal diskuteres. Informasjonen vektlegges i større grad fra en sykepleier legene kjenner godt og stoler på. Det underbygger også funnene til McMillen (2008). Derimot viser annen forskning at også legenes erfaring har betydning for sykepleieinvolveringen og erfarne leger setter større pris på sykepleierinvolvering i beslutningsprosessen enn leger med mindre erfaring (Flannery et al., 2016). Man kan også anta, på bakgrunn av erfaringsbasert praksis, at leger med mindre erfaring innenfor beslutningstaking ved livets slutt, kan oppleves mindre trygge i egen rolle, og i hvor stor grad sykepleierne involveres i beslutningsprosessen kan påvirkes av det. Legenes tillit til intensivsykepleierne synes, som nevnt, å være stor, og bekreftes av legenes utsagn om viktigheten av å være åpne for å revurdere egne oppfatninger av situasjonen når intensivsykepleieren kommer med nye opplysninger vedrørende pasientbehandlingen. Det antas at denne tilliten er gjensidig, noe følgende utsagn er med på å bekrefte: *«Jeg tenker det er veldig menneskelig ...at man som leger...har på en måte ansvar for å sette HLR – minus eller beslutte om et liv skal få lov til å, ... at man skal få lov til å prøve litt til. (...) jeg synes likevel det står mye respekt i at man blir usikker selv om man har mye kunnskap og er overlege eller hva man er da. For det er en veldig tung beslutning å ta (...) at det ansvaret hviler på oss som helsepersonell da»*. Det er tidligere i diskusjonen nevnt at det synes å være en spesielt god kultur for samhandling mellom leger og sykepleiere på avdelingen hvor studien er gjennomført og den gjensidige tilliten som fremkommer her kan anses å ha sammenheng med dette og dermed ha en positiv effekt på beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling.

5.2 Intensivsykepleierens tilstedeværelse i pasientrommet

Intensivsykepleierne tilbringer det meste av sin tid inne på pasientrommet, og deres gjøremål omfatter alt fra ivaretagelse av pasientens personlige hygiene og stell til å administrere avansert medisinsk behandling (Stubberud, 2020). En stor del av tiden brukes også til pasientobservasjoner hvor resultater av iverksatte tiltak og behandling vurderes kontinuerlig.

Pasientobservasjoner og relasjon

Intensivsykepleierens nære kontakt og relasjon med pasienten, samt tiden som tilbringes inne på pasientrommet anses ha stor betydning for legene når det gjelder å innhente pasientinformasjon. Intensivsykepleierens observasjoner og tilbakemeldinger er helt nødvendige for legenes totale vurdering opp mot beslutningen om avslutning av livsforlengende behandling. Dette støttes i tidligere forskning som blant annet beskriver legenes behov for innspill fra sykepleierne og at deres informasjon og kunnskap om pasienten er grunnleggende for legenes beslutningstaking (Flannery et al., 2020). Intensivsykepleierne legger også vekt på kommunikasjon med legene for å bringe frem avgjørende informasjon på bakgrunn av de ulike etiske aspektene som intensivsykepleiere og leger har og som kan skape ulike tanker og syn rundt pasient og behandling (Valsø et al., 2013). Liaschenko et al. (2009) beskriver sykepleiere i samarbeid med legene som «knutepunktet for utveksling av informasjon», med begrunnelse i at sykepleierne får informasjon fra flere kilder, syntetiserer informasjonen og bruker den til å utvikle en helhetsvurdering. Sykepleiernes observasjoner er derfor en viktig kilde til informasjon for å hjelpe leger i beslutningstakingen rundt avsluttende behandling (Judith et al., 2012). Individuelle faktorer som utgjør pasientens nåværende situasjon, respons på behandling og ønsker fra pasient og familie fremkommer som avgjørende informasjon fra sykepleierne (Flannery, Peters, & Ramjan, 2020). Annen forskning underbygger dette hvor sykepleierne opplever at selve avgjørelsen om behandlingsbegrensning blir tatt av legene, men at deres pasientobservasjoner indirekte bidrar i beslutningen vedrørende behandlingsbegrensning (Valsø et al., 2013). Leger og sykepleiere er enige om at intensivsykepleiernes pågående kliniske observasjoner av pasienten er viktige bidrag til utveksling av pasientinformasjon mellom profesjonene og hjelper legene til å utvikle et inntrykk av pasientens kliniske tilstand.

Dermed fremheves behovet for sykepleieinnspill i beslutningsprosessen (Kvande et al., 2017) noe også denne studien bidrar til å bekrefte.

Intensivsykepleierne beskrives som tett på pasienten med gode evner til å identifisere pasientens aktuelle og helhetlige situasjon, ekstremt flinke til å ta tegn tidlig og se ting som legene ikke ser med fokus på pasientens plager, kliniske tegn og ofte hvilken «vei det går». Her synliggjøres nok en gang intensivsykepleierens viktige observasjoner og underbygges med følgende sitat hentet fra Kvande et al. (2017); *«Jeg (legen) føler meg helt avhengig av sykepleiernes observasjoner. Sykepleiere utfører løpende kliniske observasjoner av pasienten, og disse observasjonene er de viktigste bidragene. De observerer mye og dokumenterer mange funn....jeg er helt avhengig av deres observasjoner for å få et inntrykk av pasienten for å lage en behandlingsplan».*

Legene mener at den medmenneskelige tilknytningen og tilliten intensivsykepleierne ofte har hos pasientene er særs viktig i situasjoner rundt avslutning av livsforlengende behandling. Relasjonen mellom pasient og sykepleier fører ofte til at pasienten åpner seg mer og deler sine tanker rundt sin situasjon, og det kan da også bli lettere for legen å finne det rette tidspunktet for «den vanskelige samtalen».

Intensivsykepleierne beskriver seg selv som pasientens advokat og talerør og en av de viktigste oppgavene er å tenke på pasientens beste. Advokatbegrepet er også brukt i tidligere forskning (McAndrew & Leske, 2015; Valsø et al., 2013), og sykepleierne beskriver denne rollen i form av å snakke med medisinsk team på vegne av pasienten eller familien og vice-versa. Strategien er å utfordre status quo hvor målet er å hindre nytteløs behandling og hjelpe alle parter til å se det store bildet (Judith et al., 2011). Å se det store bildet synes også å fremkomme i denne studien under legenes utsagn om at intensivsykepleierne ofte ser hvilken vei det går. Sykepleiere tilbringer mest tid med pasienten, og er derfor i en unik posisjon fordi pasienten og/eller familien ofte diskuterer sine ønsker om utgangen av livet med dem (McMillen, 2008).

Sykepleierne er også opptatt av å fremstå som trygge og tilstedeværende for at pasienten skal føle seg ivaretatt, samtidig som de skal fange opp signaler og bidra til samtaler rundt avsluttende behandling. En av sykepleierne forteller at hun ofte blir emosjonelt med inn i pasientens situasjon og at mye følelser involvert er både krevende og slitsomt. Hvis man her går tilbake tidligere i diskusjonen og ser på situasjonen hvor legene beskriver noen ganger å føle seg truet til å avslutte behandling, er det

nærliggende å tenke at en faktor i dette også kan handle om intensivsykepleierens følelsesmessige engasjement i pasientsituasjonen. Egen erfaring tilsier at når man påvirkes følelsesmessig, er det lett å *kun* se sitt eget ståsted, og egne forventninger til at legen ser situasjonen identisk, kan fort bli urealistisk, og som nevnt vedkjenner legene seg at de ikke alltid vet hvilke problemstillinger intensivsykepleierne står overfor. En mulig løsning for sykepleieren kan være å trekke seg ut av situasjonen, diskutere med en annen sykepleierkollega for å få hjelp til å se mer objektivt på situasjonen og om mulig se situasjonen fra flere sider.

Pårørendekontakt

Sykepleierens kontakt med pårørende er en viktig kilde for innhenting av bakgrunnsinformasjon om pasienten, som blant annet innebærer pasientens aktuelle funksjonsnivå og livskvaliteten pasienten har hatt den siste tiden. Dette anses å ha stor verdi når beslutninger rundt behandlingsnivå skal diskuteres. Dette støttes i studien til Valsø et al. (2013) hvor intensivsykepleieren anser viktigheten av å delta i samtaler med pårørende for å sikre informasjon og kunnskap om pasienten i forhold til diagnose og behandling, samt få klarhet i eventuelle uoverensstemmelser mellom familie og behandlingsteamet (Valsø et al., 2013). Videre viser Judith et al. (2011) til flere studier som beskriver sykepleierens rolle, og strategiene de bruker for å samle og formidle informasjon mellom pårørende og legen. Intensivsykepleieren blir derfor det viktigste bindeleddet mellom pasient/pårørende og legen.

Intensivpasientens alvorlige sykdomstilstand er årsaken til at pårørende ofte er mye til stede i pasientsituasjonen (Stubberud, 2020), og kritisk sykdom kan føre til at pasienten selv ikke er i stand til å delta i beslutninger vedrørende egen sykdom. Pårørende skal da trekkes inn for å finne ut hva pasienten selv ville ønsket (Helsedirektoratet, 2013 og Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Fokuset på pasientens eget ønske ble også poengtert av sykepleierne i denne studien og fremkommer også i studien til Judith et al. (2011). Intensivsykepleierne i min studie synes også det er viktig at de tar ansvar for å initiere slike samtaler, da pårørende er sårbare og belastningen er stor når det handler om avslutning av livsforlengende behandling. Annen forskningen viser liknende funn og hevder at intensivsykepleierne bør anses som en ressurs grunnet sitt engasjement og samhandling med pårørende, og er den yrkesgruppen som kontinuerlig er ved

pasientens side. Pårørende opplever også intensivsykepleierens tilstedeværelse som støttende og trygt (Valsø et al., 2013). Intensivsykepleierens tilstedeværelse og engasjementet både for pasienten og dens pårørende anses som viktig også ut fra egen erfaring. Trygghet og en god relasjon mellom pasient, pårørende og behandlingsteamet er et godt utgangspunkt for den totale opplevelsen hos alle involverte parter i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling.

6 Konklusjon

Hensikten med studien har vært å undersøke hva intensivsykepleieren kan bidra med i beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling hos kritisk syke og døende. Som svar på forskningsspørsmålet fremkommer det i hovedsak at samspillet mellom sykepleier og lege er essensielt for en beslutningsprosess der alle parter erfarer at avgjørelsen er tatt på et kunnskapsbasert grunnlag. For at samspillet skal fungere godt er det flere elementer som må være til stede, og intensivsykepleieren synes å ha ulike funksjoner her. Pasientrelasjonen og observasjoner med tilbakemelding til lege om iverksatte tiltak og resultater, samt informasjon fra pårørende om pasientens funksjonsnivå, livskvalitet og eventuelle ønsker fremkommer som viktige bidrag. I tillegg fremkommer felles forståelse av pasientbehandlingen, respekt for hverandres roller og gjensidig tillit mellom lege og sykepleier som særs viktig for at samspillet skal fungere godt.

6.1 Implikasjon for praksis

Studien viser viktigheten av god tverrfaglig samhandling og kommunikasjon og bør settes i fokus og vektlegges i enhver pasientsituasjon. Basert på funnene i tidligere forskning, kan det se ut som den tverrfaglige samhandlingen er for tilfeldig og personavhengig, og avhenger av den kulturen som er opparbeidet på ulike avdelinger. En anbefaling kan være at helseforetakene bør sikre strukturert og planmessig opplæring av nyansatte i praktisk samhandling da god tverrfaglig samhandling også er med på å optimalisere pasientbehandlingen.

6.2 Forslag til videre forskning

For å kunne legge til rette for en god beslutningsprosess vedrørende avslutning av livsforlengende behandling i en intensivavdeling, trengs det mer forskning på området. Studien viser at det er nødvendig å se nærmere på hvordan man kan styrke samspillet mellom lege og sykepleier for å optimalisere beslutningsprosessen rundt avslutning av livsforlengende behandling i intensivavdelingen? Det kan også være interessant å se på om personlige egenskaper fremmer eller hemmer samspillet mellom leger og sykepleiere i beslutningsprosessen. Denne studien synliggjør intensivsykepleierens

viktige rolle i beslutningsprosessen, men det er gjort lite forskning innenfor studiens problemstilling, og det kan derfor synes behov for ytterligere forskning også her.

7 Referanser/litteraturliste

- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum - S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering.
doi:https://www.idunn.no/tph/2013/04/samhandlingsteamet_i_baerum_-_s-flex-modellen_praksis_og_eff
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Fam. Proc*, 51(1), 8-24. doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (2000). End-of-life decisions in adult intensive care: Current research base 158 and directions for the future. *Nurs Outlook*, 48(4), 158-164. doi:10.1067/mno.2000.100364
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Prendergast, T. J., Norton, S. A., Sellers, C. R., Quinn, J. R., & Press, N. (2012). Who Is Attending? End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit. *J Palliat Med*, 15(1), 56-62. doi:10.1089/jpm.2011.0307
- Baugstø, V. (2020, 9. november). *Vellykket, digital faglandsråd*. Hentet fra:
<https://www.legeforeningen.no/nyheter/2020/vellykket-digitalt-faglandsrad/>
- J., Benbenishty, J., Ganz, F. D., Ganz, F. D., Lippert, A., Lippert, A., . . . Sprung, C. L. (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*, 32(1), 129-132. doi:10.1007/s00134-005-2864-1
- Bergsagel, I. (2017). *Livets siste dans*. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/2018/01/sykepleien-52017-nar-er-det-nok>
- Bjørno, Gro (2010). Retten til en verdig død. *Inspira*, nr. 3: 7-11
- Brooks, L., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 336-341. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Brunsson, K & Brunsson, N. (2015). *Beslutninger*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Crowe, S. (2017). End-of-life care in the ICU: Supporting nurses to provide high-quality care. *Can J Crit Care Nurs*, 28(1), 30-33.

Den norske legeforening (1961/2015). *Etiske regler for leger*. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>

Everett, E., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven : Hvordan begynne - og fullføre* (2. utg. 4.opplag 2019). Oslo: Universitetsforlaget

Etikkom (2010). De nasjonal forskningsetiske komiteene. *Forskerrollen*. Hentet

06.05.2020 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>

Flannery, L., Peters, K., & Ramjan, L. M. (2020). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian critical care*, 33(4), 311-316. doi:10.1016/j.aucc.2019.08.004

Flannery, L., Ramjan, L. M., & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – A critical literature review. *Aust Crit Care*, 29(2), 97-103. doi:10.1016/j.aucc.2015.07.004

Gulbrandsen, T. (2020). *Når behandling ikke fører fram - palliasjon*. I D-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 697-710). Oslo: Cappelen Damm AS

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoffmann, B. (2017). *Døden og teknologien*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2018/01/sykepleien-52017-nar-er-det-nok>

Hofstad, E. (2017). *Om leger, død og overbehandling*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2018/01/sykepleien-52017-nar-er-det-nok>

Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *J Bioeth Inq*, 10(1), 93-101. doi:10.1007/s11673-012-9416-5

- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Erlandsen, M., & Ørding, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive care medicine*, 37(10), 1696.
- Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Judith, A. A., Donald, E. B., Jr., Ruth, A. A., & Sharron, L. D. (2011). Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature. *Nurs Res Pract*, 2011, 527834-527815. doi:10.1155/2011/527834
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvande, M., Lykkeslet, E., & Storli, S. L. (2017). ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options-a focus group study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 12(1), 1267346-1267348. doi:10.1080/17482631.2016.1267346
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. Utgave, 5. Opplag). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs*, 33, 30-38. doi:10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Latour, J. M., Fulbrook, P., & Albarran, J. W. (2009). EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care*, 14(3), 110-121. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00328.x
- Lind, R. (2019). Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: Relatives' experiences. *Nurs Ethics*, 26(1), 270-279. doi:10.1177/0969733017703697
- Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P., & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nurs Ethics*, 19(5), 666-676. doi:10.1177/0969733011433925
- Lind, R., Nortvedt, P., Lorem, G., & Hevrøy, O. (2013). Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients. *Nurs Ethics*, 20(1), 61-71. doi:10.1177/0969733012448969

- Long-Sutehall, T., Willis, H., Palmer, R., Ugboma, D., Addington-Hall, J., & Coombs, M. (2011). Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *Int J Nurs Stud*, 48(12), 1466-1474. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003
- Malterud, K. (2018). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McAndrew, N. S., & Leske, J. S. (2015). A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clin Nurs Res*, 24(4), 357-374. doi:10.1177/1054773814533791
- McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(4), 251-259. doi:10.1016/j.iccn.2007.11.002
- National Institutes of Health (NIH) (2020, 25. august). End-of-life care. Hentet fra: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/end-of-life-care>
- Natvig, R-S. (2000). *Sykepleieetikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2006) *Fag, utdanning og forskning*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning>
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2017) *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/FA_intensivsykepleiere.pdf

- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*, 33(6), 707-715. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x
- Ong, K. K., Ting, K. C., & Chow, Y. L. (2018). The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*, 27(1-2), 257-268. doi:10.1111/jocn.13882
- Pasient – og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puntillo, K. A., & McAdam, J. L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*, 34(11 Suppl), S332-S340. doi:10.1097/01.CCM.0000237047.31376.28
- Roschelle, J., & Teasley, S. D. (1995). The Construction of Shared Knowledge in Collaborative Problem Solving. In (pp. 69-97). Berlin, Heidelberg: Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Ruyter, K.W., Førde, R & Solbakk, J.H. (2018). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Simmonds, A. (1996). Decision-making by default: experiences of physicians and nurses with dying patients in intensive care. *Humane health care international*, 12(4), 168.
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia pacific journal of counselling and psychotherapy*, 2(1), 25-40. doi:10.1080/21507686.2010.546865
- Stubberud, D- G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 41-78). Oslo: Cappelen Damm AS

- Stubberud, D- G. (2020). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 27-39). Oslo: Cappelen Damm AS
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Universitetet i Oslo (UiO) (2021, 18. Mai). *Nettskjema – diktafon – appen*. Hentet fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Valsø, Å., Ambjørnrud, M. W., & Lindahl, B. (2013). Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator — hva er intensivsykepleierens rolle? *Vård i Norden*, 33(4), 37-41.
doi:10.1177/010740831303300409
- Viney, C. (1996). A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. *Nurs Crit Care*, 1(4), 182-187.
- Westphal, D. M., & McKee, S. A. (2009). End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit: Physician and Nurse Perspectives. *Am J Med Qual*, 24(3), 222-228.
doi:10.1177/1062860608330825
- Wiegand, D. L., Cheon, J., & Netzer, G. (2019). Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. *Am J Hosp Palliat Care*, 36(1), 13-23.
doi:10.1177/1049909118801011
- Wikipedia (2020, 30.12). Kristina-saken. Hentet fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Kristina-saken>
- Wikipedia (2020, 25.10). Samhandling. Hentet fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Samhandling>
- World Medical Assosiation (WMA) (2021). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical reserch involving human subjects*. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
- Aasen, S. E. (2020, 3.Januar). Helsebiblioteket. Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til fokusgruppeintervjuer

Introduksjonsspørsmål: «Hvilken faglig definisjon legger dere i begrepet livsforlengende behandling?»

1. **Hvilke erfaringer har dere rundt beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling?**

Underspørsmål:

Har dere en konkret situasjon dere ønsker å dele?

Hvem opplever dere at oftest starter denne prosessen?

2. **Hvordan opplever dere det tverrfaglige samarbeide og diskusjoner mellom lege og sykepleier i beslutningsprosessen?**

Underspørsmål:

Hva er viktige elementer for å få til et godt samarbeid i denne prosessen?

Hvilke egenskaper er det viktig at sykepleier innehar i en slik beslutningsprosess?

Hva opplever dere er viktige elementer for å få til en best mulig prosess?

3. **Hvordan opplever dere hverandres roller i beslutningsprosessen?**

Underspørsmål:

Hvordan opplever sykepleierne sin egen rolle i prosessen?

Hvordan opplever legene sin egen rolle i prosessen?

Opplever dere konflikter eller utfordringer som dere synes er vanskelig?

Opplever dere forskjell på en intensivsykepleier kontra sykepleier uten videreutdanning?

Har dere opplevd situasjoner hvor dere har følt dere presset?

” På hvilken måte kan intensivsykepleieren bidra i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende pasienter?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse intensivsykepleiernes og legenes egne tanker og erfaringer rundt beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende pasienter. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om formålet med forskningsprosjektet og hva din deltakelse vil innebære for deg.

Prosjektet er knyttet til utdanningen, master i intensivsykepleie og vil resultere i en masteroppgave. Hensikten med denne studien er å få innblikk i om, og hvordan vi som intensivsykepleiere kan bidra i legenes beslutningstaking vedrørende avslutning av livsforlengende behandling, samt vårt medansvar og plikt til medvirkning i denne beslutningsprosessen. Målet er best mulig pasientbehandling med fokus på å unngå overbehandling og minst mulig skade og plager for pasienten, begrense pasientens lidelse og bidra til en mer verdig død.

Prosjektet er avhengig av førstehåndsinformasjon fra intensivsykepleiere og leger som har en direkte/indirekte tilknytning til medisinsk overvåking, og som kan bidra med relevante opplevelser og erfaringer rundt denne problemstillingen. På bakgrunn av at du, som overleges/Leger i spesialisering/intensivsykepleier har ansvar for pasienter som ligger på Medisinsk overvåking anser jeg deg derfor som en naturlig deltaker til dette prosjektet.

10 HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du signerer et samtykkeskjema og deltar i et fokusgruppeintervju med 3-4 andre deltakere (både leger og intensivsykepleiere). Selve intervjuet vil ha en varighet på mellom 60-90 minutter, og vil ha form av en samtale. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, for å kunne transkriberes og analyseres i etterkant. Intervjuene foretas av daglig prosjektleder og en moderator. Det vil også bli tatt notater underveis. Både lydbånd og transkribert datamaterialet vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder, og vil bli makulert ved endt masterprosjekt.

11 MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelene ved dette prosjektet er at dere som deltakere får muligheten til å bidra med egne meninger, erfaringer og opplevelser dere har hatt i situasjoner rundt avsluttende behandling og diskutere disse erfaringene sammen. Alle dere som deltar har en grad av kjennskap til hverandre fra før, slik at ingen vil være totalt ukjente for hverandre. Forhåpentligvis skaper dette en trygghet i gruppa.

Fokusgruppeintervjuer hvor både leger og intensivsykepleiere er samlet i en gruppe kan bidra til økt forståelse for hverandres utfordringer, perspektiver og respekt for hverandres kunnskap. Dette kan bidra til bedre tverrfaglig samarbeid og bedre pasientbehandling

Ulempen kan være at du som deltaker kan føle det vanskelig å si din mening og dele dine erfaringer utfra hvilken posisjon og utdanning du har i gruppen relatert til de ulike rollene leger og intensivsykepleiere har i klinikken.

12 FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede data og opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Lena Gunleiksrud på tlf 941 45 700 eller på mailadresse: lena.gunleiksrud@gmail.com eller Astrid Danielsen på tlf 410 28 918 eller mailadresse: astrid.danielsen@usn.no

13 HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Det tas spesielle hensyn da deltakerne i fokusgruppene og prosjektleder er kollegaer. Rekruttering vil foretas via avdelingsleder.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet umiddelbart etter at masterprosjektet er avsluttet.

14 GODKJENNING

Etter personopplysningsloven har behandlingsansvarlig for prosjektet, Universitetet i Sør- Øst-Norge (USN) og prosjektleder Universitetslektor Astrid Danielsen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Prosjektet er godkjent av NSD og PVO ved sykehuset. Paal Are Solberg er personvernombudet ved USN, og kan kontaktes på: personvernombud@usn.no.

Avdelingsleder har gitt tillatelse til at datasamlingen gjennomføres. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

15 KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Lena Gunleiksrud på tlf: 94 14 57 00 eller på mail lena.gunleiksrud@gmail.com

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 1

16 SAMTYKKESKJEMA

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet **«På hvilken måte kan intensivsykepleieren bidra i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende pasienter?»** og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju, hvor intervjuet blir tatt opp på lydbånd og materialet blir anvendt i masteroppgaven.

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Når er nok, nok? «På hvilken måte kan intensivsykepleieren bidra i beslutningsprosessen vedrørende avslutning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende pasienter?»

Referansenummer

543875

Registrert

22.10.2020 av Lena Funderud Gunleiksrud - 041794@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Astrid Danielsen, Astrid.Danielsen@usn.no, tlf: 41028918

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lena Gunleiksrud, lena.gunleiksrud@gmail.com, tlf: 94145700

Prosjektperiode

01.09.2020 - 02.08.2021

Status

25.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

25.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.11.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Vedlegg 4: Oppdragsdokument fra avdelingen der studien ble gjennomført

Oppdragsdokument

Fra: [REDACTED]
Sendt: 13. oktober 2020 12:00
Til: Lena Gunleiksrud <Lena.Gunleiksrud@siv.no>
Kopi: 'Astrid.Danielsen@usn.no' <Astrid.Danielsen@usn.no>
Emne: SV: Masteroppgave.

Hei

Det er i orden, vi synes det er flott at seksjonen blir brukt som arena for masteroppgave.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
Seksjonsleder
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Fra: Lena Gunleiksrud <Lena.Gunleiksrud@siv.no>
Sendt: 13. oktober 2020 11:18
Til: [REDACTED]
Kopi: 'Astrid.Danielsen@usn.no' <Astrid.Danielsen@usn.no>
Emne: Masteroppgave.

Hei [REDACTED].

Som et ledd i gjennomføringen av min masteroppgave på [REDACTED]
[REDACTED] så trenger jeg en bekreftelse fra deg som avdelingsleder på at
jeg kan gjennomføre studien min på avdelingen.
Håper du kan bekrefte at dette er i orden.
På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Lena F. Gunleiksrud

Intensivsykepleier/Fagutviklingssykepleier for [REDACTED]
[REDACTED]

Vedlegg 5: Godkjenning fra klinikkledelsen

Fra: [REDACTED]
Sendt: 30. november 2020 12:18
Til: Lena Gunleiksrud [REDACTED]
Emne: SV: Godkjenning for gjennomføring v masterstudie.

Hei Lena

Prosjektet støttes fra min side. Forutsetter at intervjuene er «frivillige» og at dere finner frem til tidspunkter som ikke forstyrrer driften. Dette er jo noe dere vurderer best selv, og tilpasser situasjonen på [REDACTED]. Når det gjelder den formelle prosessen, med innhenting av nødvendige tillatelser og godkjenninger, er det jo Forskningsavdelingen som kan dette best, og fint du har etablert kontakt. Lykke til!

[REDACTED]

[REDACTED]

Fra: Lena Gunleiksrud <[REDACTED]>
Sendt: mandag 30. november 2020 09:56
Til: [REDACTED]
Emne: Godkjenning for gjennomføring v masterstudie.

Hei [REDACTED]

I forbindelse med mitt masterprosjekt i intensivsykepleie skal jeg gjennomføre fokusgruppeintervjuer av intensivsykepleiere, LIS - leger og overleger i klinikk medisin. Jeg skal gjennomføre 3 intervjuer, hvorav et pilotintervju. Deltakerne i hvert av intervjuene skal bestå av 2 intensivsykepleiere fra egen avdeling, en LIS - lege [REDACTED] og en overlege som plukkes fra ulike avdelinger i klinikk medisin. Mitt ønske er å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden da dette vil være mest hensiktsmessig med tanke på å innhente deltakere. På bakgrunn av dette kontakter jeg deg herved for å få din godkjenning til å sette i gang dette prosjektet. Jeg søker også godkjenning i samråd med forskningsavdelingen her på [REDACTED]. Håper på rask og positiv tilbakemelding.

På forhånd takk for din velvilje

Med vennlig hilsen

Lena F. Gunleiksrud

Intensivsykepleier/Fagutviklingssykepleier for [REDACTED]
[REDACTED]

Vedlegg 6: Godkjenning fra forskningsavdelingen/PVO

Fra: [REDACTED]

Sendt: 1. desember 2020 09:16

Til: Lena Gunleiksrud <[REDACTED]>

Kopi: [REDACTED]

Emne: SV: Godkjenning av masterprosjekt

Hei,

Vi bekrefter å ha mottatt følgende dokumentasjon for ditt planlagte masterprosjekt:

- forenklet meldeskjema
- godkjenning fra klinikk-sjef og avdelingssjef
- prosjektbeskrivelse
- samtykkeskriv
- NSD vurdering

Forsknings- og innovasjonsavdelingen vurderer at det ikke trengs ytterligere godkjenning fra lokal PVO [REDACTED]

Prosjektet er i regi av USN, omhandler intervju av ansatte og er samtykkebasert.

Godkjenning fra NSD foreligger. Intervjuene er avklart med aktuelle ledere og klinikk.

Det er likevel greit å påpeke at det ikke må sendes ut personopplysninger om aktuelle intervjukandidater fra [REDACTED] uten at disse har samtykket til dette. Dokumentasjonen er arkivert i Public 360.

Prosjektet kan starte, vi ønsker deg lykke til!

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

Forskningsrådgiver

Forsknings- og innovasjonsavdelingen