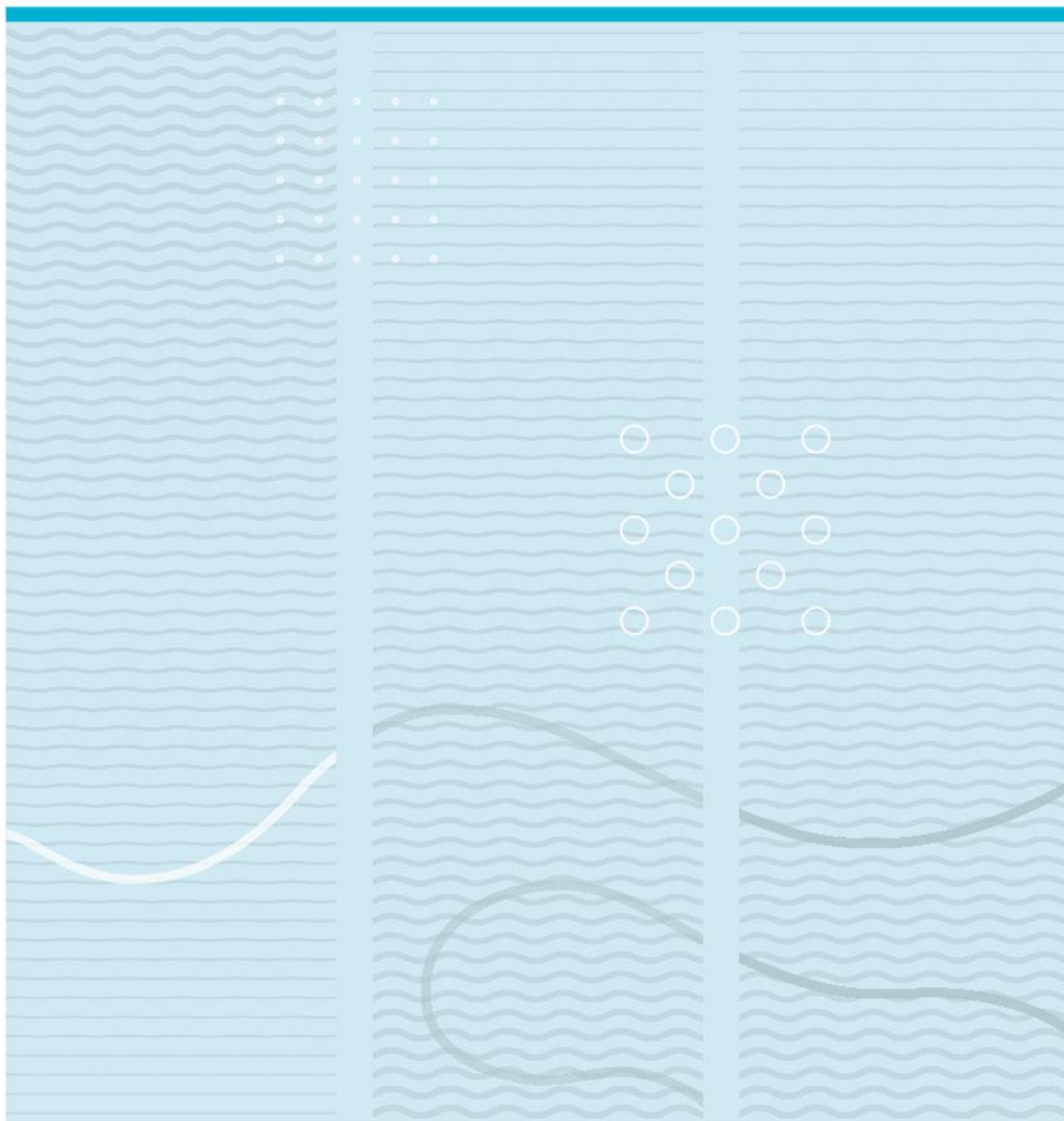


Yvonne Skybakk

Å bevare pasienten i våkenhet

Intensivsykepleiers opplevelser og erfaringer med lett-sederte og våkne respiratorpasienter



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse -og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Yvonne Skybakk

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Introduksjon: Det har vært en omfattende utvikling i sedasjonspraksis de siste tyve år, som også har medført endring i intensivsykepleien til pasientene. Utarbeidede retningslinjer anbefaler nå lett-sedasjon hos respiratorpasienter. Hensikten med denne oppgaven var å få dybdekunnskap om hvordan intensivsykepleier opplever og erfarer å arbeide med lett-sederte eller våkne respiratorpasienter.

Metode: Kvalitativ utforskende metode. Individuelle intervjuer utført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide.

Resultater: Funn viser at det fortsatt kreves endringer i rutiner, bemanning og team-arbeid for at intensivsykepleier skal klare å utføre det de ser som tilfredsstillende intensivsykepleie til den lett-sederte respiratorpasienten. De må tørre å si ifra for endring, og opplever at de nå på noen områder begynner å bli hørt. De jobber kreativt rundt pasienten for å tilrettelegge omgivelser og behandling. Intensivsykepleier prioriterer med pasienten i fokus, både i forhold til daglige gjøremål, og også hvordan de bruker teknisk utstyr eller håndterer akutte situasjoner. Gjennomgående arbeider intensivsykepleier for å skape trygghet for å ivareta både pasienten, men også det lette sedasjonsnivået. De jobber for å finne «den gylne middelvei» innenfor sedasjonsbehandlingen, i dette ligger det også å noen ganger måtte stå i ubehag, både sitt eget og pasientens. Og noen ganger sedere ned igjen etter pasientens behov, og prøve på nytt. Intensivsykepleierne står i utfordrende kommunikasjon, og ser at de ofte ikke lykkes med å fange opp delirium.

Konklusjon: Sett i lys av rammeverk for person-sentrert omsorg viser resultatene at intensivsykepleier til dels «jobber mot strømmen» for å bryte barrierer for person-sentrert omsorg. Men det viser også at intensivsykepleier jobber med for å fremme person-sentrert omsorg, kreativt, innenfor rammene de har.

Abstract

Introduction: There has been extensive development within sedation-practice during the past 20 years, which has led to change in critical care nursing for patients. The guidelines are now recommending light sedation for ventilator patients.

Objective: The aim with this master's thesis was to get in depth knowledge of how an intensive care nurse finds and experiences working with lightly sedated patients and ventilator patients who are conscious.

Method: Qualitative. Individual interviews have been carried out based on a semi-structured interview guide.

Results: The findings show that there is still a perceived need for change regarding routines, staff and teamwork in order for the intensive care nurses to be able to carry out what they believe to be acceptable intensive care for the lightly sedated patients. They feel they need to speak up about the need of change. However, there have been areas where they feel they have been heard and there has been improvement. They work creatively around the patients to facilitate environment and treatment. Intensive care nurses' priority is to focus on the patient in relation to daily routines, how they use technical equipment and how they handle acute situations. Throughout, an intensive care nurse works to create security and care for the patient but also to keep the light sedation level. The intensive care nurse work to find the "happy medium" within sedation treatment which can also include finding both the nurses and the patient in unpleasant situations. Sometimes they have to give more sedation medications, depending on the patient's needs, and then try waking them up all over again. The intensive care nurses can experience challenging communication with the patient and often they do not succeed in detecting delirium.

Conclusion: Seen in the light of the framework for person-centered care, the results show that the intensive care nurse partly works against the tide, and break barriers in order to perform better person-centered care. However, the results also show that intensive care nurses work creatively to promote person-centered care with the resources they already have.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
INNHOLDSFORTEGNELSE	4
FORORD	6
1 INTRODUKSJON	7
1.1 STUDIENS HENSIKT	8
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
2 BAKGRUNN	10
2.1 HISTORISK TILBAKEBLIKK	10
2.2 INTENSIVSYKEPLEIERENS ANSVARS- OG FUNKSJONSOMRÅDER	11
2.3 INTENSIVAVDELINGEN SOM ARBEIDSSTED OG PASIENTROM	14
2.4 DEN LETT-SEDERTE OG VÅKNE RESPIRATORPASIENTEN	15
3 TEORI	16
3.1 SEDASJON	16
3.1.1 Lett-sedasjon	17
3.2 RAMMEVERK FOR PERSON-SENTRERT SYKEPLEIE	20
3.3 TIDLIGERE FORSKNING	21
3.3.1 Litteraturfunn	22
4 METODE	25
4.1 FORFORSTÅELSE	25
4.2 DESIGN	26
4.3 UTVALG	27
4.4 DATAINNSAMLING	28
4.5 ANALYSE	30
4.5.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn	33
4.6 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	34
4.7 TROVERDIGHET	36
5 PRESENTASJON AV FUNN	39
5.1 DOMENE 1: INDIREKTE PASIENTOMSORG	39
5.1.1 Kategori: fra ønske om endring til gryende endring	39

5.1.2	Kategori: Våge å si ifra for endring	41
5.1.3	Kategori: tilpasninger etter pasientens behov	42
5.2	DOMENE 2, DIREKTE PASIENTOMSORG	44
5.2.1	Kategori: Prioriterer med pasienten i fokus	44
5.2.2	Kategori: Fremmer trygghet for å ivareta pasienten i våkenheten	46
5.2.3	Kategori: Uforutsigbarhet i oppvåkning	47
5.2.4	Kategori: Finner den gylne middelvei	48
5.2.5	Kategori: Utfordrende kommunikasjon	50
6	DISKUSJON	52
6.1	FRA ØNSKE OM ENDRING TIL GRYENDE ENDRING	52
6.2	TILPASSER OMGIVELSER ETTER PASIENTENS BEHOV	54
6.3	PRIORITERER MED PASIENTEN I FOKUS	55
6.3.1	Det viktige samarbeidet	57
6.4	FREMMER TRYGGHET FOR Å IVARETA PASIENTEN I VÅKENHETEN	58
6.5	FINNER DEN GYLNE MIDDELVEI	58
6.6	UTFORDRENDE KOMMUNIKASJON	59
7	KONKLUSJON.....	61
	LITTERATURLISTE	62
	VEDLEGG.....	66

Forord

Jeg er takknemlig og glad for å ha fullført denne masteroppgaven i intensivsykepleie. Jeg har kunnet forfølge tema «sedasjon» som har engasjert meg fra start til slutt, og som hver eneste dag har skapt nye tanker og refleksjoner.

Denne oppgaven har vært en dynamisk og levende prosess som har endret seg sammen med min egen læring. Både innenfor metode og akademisk skriving, men også om tema «sedasjon» i seg selv.

Fra start var vi to studenter som planla studien, men av ulike grunner ble to studenter til en i løpet av prosessen. Jeg vil takke min medstudent og diskusjonspartner for den gode starten vi hadde.

Videre vil jeg takke min veileder Astrid Danielsen for både gode råd, tilstedeværelse og engasjerte samtaler om tema.

Til slutt, ikke minst, min mann og mine to barn som tålmodig har ventet på å få meg tilbake til hverdagen, og støttet meg fullt ut i arbeidet.

Kongsberg, 18.05.2021

Yvonne Skybakk

1 Introduksjon

«Pasienten er RASS -5, dere kan jo bare lette sedering» sa legen en vakt på intensivavdelingen. Setningen er hørt i praksis, flere ganger, på ulike avdelinger. Nysgjerrigheten ble vekket av dette utsagnet. For kan man «bare» lette sedering? Hva sier retningslinjene? Hva er konsekvensene for pasienten? For avdelingen? Og ikke minst intensivsykepleier på vakt? Og akkurat dette siste ble fokus i denne masteroppgaven.

Å være akutt- og kritisk syk, og behandles med respirator på intensivavdeling, er en påkjenning for pasienten det gjelder. Behandling, prosedyrer og miljøet rundt kan føre til angst, stress og agitasjon. Mange intensivpasienter trenger dermed sedasjon for å gjennomføre behandlingsløpet, eller ubehagelige behandlingsintervensjoner (Fuchs & Bellamy, 2020; Gulbrandsen, 2020). Sedasjonsmedikamenter kan fremkalle søvn eller døslighet ettersom hvilket behov man vurderer at pasienten har, og det er dette som kalles lett eller dyp sedasjon (Fuchs & Bellamy, 2020; Gulbrandsen, 2020). Det har vært en omfattende utvikling med hensyn til sedasjon siste tyve år (Devabhakthuni, Armahizer, Dasta & Kane-Gill, 2012; Devlin et al., 2018). Ved siden av forskning og utvikling i forhold til retningslinjer og praksis, så har det også vært utvikling innenfor teknologi. Blant annet er respiratorbehandling blitt mer skånsomt for pasienten, og dermed har sedasjonsnivået i sin tur kunne blitt redusert (Devlin et al., 2018; Gulbrandsen, 2020). Forskning tilsier at det er fordeler med at kritisk syke pasienter er våkne når de respiratorbehandles, og i dag er alle sedasjonsmedikamenter forbundet med dårligere utfall (Devlin et al., 2018; Fuchs & Bellamy, 2020). Kun hos noen få, med spesifikke indikasjoner, som for eksempel ARDS behandling (Acute respiratory distress syndrom), eller behandling hos de med økt intrakranielt trykk etter hjerneskade er det fordeler med dyp sedasjon (Weiss & Spies, 2014).

Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt innblikk i utviklingen av sedasjonspraksis. Fra dyp sedasjon og immobilisering hos pasientene, til anbefalinger om analgo-sedasjon, altså smertelindring først og deretter sedasjon etter behov (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018). I 2018 kom det nye retningslinjer for sedasjonspraksis. Retningslinjene er en videreutvikling fra retningslinjer utarbeidet i 2013 (Barr et al., 2013), men denne gangen tar de også for seg immobilisering og søvn. Retningslinjene kalles nå PADIS; Pain-Agitation/Sedation-Delirium-

Immobilisation-Sleep disruption (Devlin et al., 2018), og det understrekes hvor tett disse fem fenomenene smerte, sedasjon, delirium, immobilisering og søvn henger sammen. Anbefalingene i PADIS er lett sedasjon eller ingen sedasjon, og man ønsker pasientene våkne og samarbeidende (Devlin et al., 2018). I dette ligger det også at våkne pasienter lettere kan beskrive sine behov, og intensivsykepleier kan kommunisere og samarbeide med pasientene sine (Lind, Liland, Brinchmann & Akeren, 2018; Mortensen, Kjær & Egerod, 2019). Sedasjonsendringen har i praksis ført med seg en endring i hvordan man utfører sykepleie hos respiratorpasientene. Fra å skulle pleie en sovende, stilleliggende pasient, skal man nå ha våkne pasienter, med masse teknisk utstyr. (Crilly, Dowling, Delaunois, Flavin & Biesty, 2019; Lind et al., 2018). Intensivsykepleier må dermed ta hensyn til behandling av pasienten i dette høyteknologiske miljøet, samtidig som hensyn til relasjon, kommunikasjon, det mellom-menneskelige og ikke minst samarbeid og autonomien til pasienten (Laerkner, Egerod & Hansen, 2015; Lind et al., 2018).

Det er observert ulik praksis og kultur for sedering. Det er også observert skepsis til at lett-sedasjon er ubehagelig for pasientene. Enkelte intensivsykepleiere har uttalt at våkne pasienter er mer krevende å ivareta enn de som ligger dypt sovende. Men i motsetning til dette er det også observert pasienter som lå våkne, rolige, intuberte og sikret sin egen endotrakealtube uten tilsynelatende problemer. Disse pasientene hadde selv forstått at endotrakealtuben var det som holdt de i livet, og var blitt trygge og medvirkende i egen behandling (Berntzen, Bjørk & Wøien, 2018b; Holm & Dreyer, 2017)

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få dybdekunnskap om hvordan intensivsykepleier opplever å arbeide med lett-sederte eller våkne respiratorpasienter. Ved å innhente litteratur og erfaringsbasert kunnskap om hvordan intensivsykepleier opplever sederingsendringen i praksis, og hvordan de opplever ulike utfordringer som påvirker deres arbeidsdag, kan denne masteroppgaven bidra til at intensivsykepleiere jobber kunnskapsbasert, som igjen bidrar til økt kvalitet i omsorgen for pasientene.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen er;

Hvilket opplevelser og erfaringer har intensivsykepleier med lett-sederte eller våkne respiratorpasienter?

Videre ble det fokusert på forskningsspørsmålene:

-Hvilke opplevelser og erfaringer har intensivsykepleieren med den mellom-menneskelige relasjonen til den lett sederte eller våkne respiratorpasienten?

-Hvilke opplevelser og erfaringer har intensivsykepleieren om påvirkning av omgivelsene på den lett-sederte eller våkne respiratorpasienten?

-Hvilket opplevelser og erfaringer har intensivsykepleier med lett-sedasjon som behandlingsmetode?

2 Bakgrunn

Det har vært en omfattende utvikling i sedasjonspraksis siste tyve år, som også har medført endring i intensivsykepleien til pasientene (Devlin et al., 2018; Lind et al., 2018). Endringen i sedasjonspraksis blir referert til som et paradigmeskifte innenfor intensivmedisin (Devabhakthuni et al., 2012) I bakgrunnen til denne mastergradstudien ble det dermed nødvendig å se på den historiske utviklingen av sedasjonspraksis. Videre sees det nærmere på hva som er en intensivsykepleiers funksjon - og ansvar hos sederte respiratorpasienter på en intensivavdeling. Man må også vite noe om intensivavdelingen som arbeidssted og den lett-sederte, eller våkne, respiratorpasienten.

2.1 Historisk tilbakeblikk

Før 2000 tallet var det vanligste dyp sedasjon og immobilisering, pasienten lå stille og sovende (Kollef et al., 1998). Tett opp mot 2000 tallet kom det forskning som kunne tilsa at lett-sedasjon var mer gunstig for pasienten, man ønsket å ha pasientene mer våkne. Kontinuerlig intravenøs infusjon av sedasjon ble assosiert med forlenget tid på respirator (Kollef et al., 1998). Fra 2000 tallet ble det funnet at daglig oppvåkning fra dyp sedasjon var forbundet med færre dager på respirator (Kress, Pohlman, O'Connor & Hall, 2000). I Norge fant Brattebø et al. (2003) at respiratortiden ble redusert med 28% med innføring av målrettet sedasjon og sedasjonsprotokoll. Egerod (2009) skriver videre fra sitt ståsted i Danmark. Trenden går fra dyp sedasjon til lett-sedasjon, og til slutt våkne og komfortable pasienter. Her dukker også begrepet analgo-sedasjon opp, som ble videreutviklet på begynnelsen av 2000 tallet. Smertelindring først, og deretter sedasjon etter behov (Egerod, 2009). Implikasjonene i denne studien var nå at det videre er kulturell endring som må til for å følge anbefalte forskningsbaserte endringer i sedasjonsbehandling. I 2012 fant Mehta et al. (2012) at lett-sedasjon sammenlignet med lett-sedasjon og daglig oppvåkning, ikke hadde noen fordeler. I stedet fant de at intensivsykepleier synes det økte arbeidsmengden og utfallet ble totalt sett økt mengde sedasjon for pasientene likevel. Shehabi et al. (2013) utførte SPICE studien som for første gang viste at dyp sedasjon innenfor de 48 første timene av intensivbehandling førte til signifikant høyere 180 dagers mortalitet, og at all oversedasjon gir flere ekstra dager på respirator.

Hvis man ser nærmere på Norge og Norden er det gjort mye forskning også her. I Danmark gjorde for eksempel Strøm, Martinussen og Toft (2010) undersøkelser om ingen-sedasjon versus lett sedasjon, kombinert med daglig oppvåkning. Studien kom frem til at de ikke-sederte pasientene hadde mindre tid på respirator, kortere lengde på opphold på intensivavdeling, og sykehusopphold totalt. I 2020 ble de to gruppene lett-sedasjon og ingen-sedasjon sammenlignet i NONSEDA studien. Denne studien fant ingen fordeler med ingen-sedasjon versus lett.sedasjon (H. T. Olsen et al., 2020). Det diskuteres dermed om man nå har kommet frem til den ideelle behandlingen for pasientene. Altså at lett-sedasjon nå forskningsmessig er bevist bedre enn både dyp-sedasjon og ingen-sedasjon (H. T. Olsen et al., 2020).

2.2 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder

I følge NSFLIS, faggruppen for intensivsykepleiere i Norge, er en intensivsykepleier en sykepleier med autorisasjon som har etterutdanning etter gjeldene rammeplan for intensivsykepleie (Norsk Sykepleierforbund NSFLIS, 2017) (Utdannings-og Forskningsdepartementet, 2005).

«Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ funksjon» (Norsk Sykepleierforbund NSFLIS, 2017, s. 2). En intensivsykepleier er blant annet kvalifisert til å arbeide i en intensivavdeling (Norsk Sykepleierforbund NSFLIS, 2017, s. 2).

Ser man på intensivsykepleiers ansvars- og funksjonsområder under klinisk utøvelse av intensivsykepleie, er det flere punkter som kan knyttes opp mot intensivsykepleiers ansvar og funksjon for den lett-sederte eller våkne respiratorpasienten. Man skal jobbe helsefremmende og forebyggende ved å blant annet:

- «beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling.»
- «tilrettelegge for helsefremmende omgivelser og fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten»

Videre er det også punkter under behandlende og rehabiliterende funksjon som er aktuelle;

- «gjennomfører medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og tar medansvar for forsvarlig behandling»
- «tilrettelegger for rehabilitering allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet, med langsiktige mål om å bedre pasientens funksjonsnivå/helsestatus og opplevelse av livskvalitet» (Norsk Sykepleierforbund NSFLIS, 2017, s. 2)

Intensivsykepleierens ansvar er altså, blant annet, å administrere avansert medisinsk behandling. Spesialsykepleien balanserer mellom to motpoler; teknologi og menneskelighet, og må kombinere «high-tech» og «high-touch» (Stubberud, 2020a). Intensivsykepleier skal ha kompetanse som er tilegnet via spesialutdanning og lang praksis. Pasientene krever kompetente sykepleiere som har gode teoretiske og praktiske ferdigheter, og som mestrer mellommenneskelige funksjoner (Stubberud, 2020a).

Det er økende behov for intensivsykepleiere med økende behov for behandling av akutt og kritisk syke pasienter (Stubberud, 2020a). I 2019 ble det utført en undersøkelse fra riksrevisjonen som viser at det er mangel på intensivsykepleiere. Dette har blant annet bakgrunn i høy gjennomsnittsalder på intensivsykepleier, deltidskultur, og at man ikke klarer å utdanne nye i den grad det trengs (Riksrevisjonen, 2019). NSFLIS (Norsk sykepleierforbunds` faggruppe for intensivsykepleiere) utarbeidet en anbefalt bemanningsstandard på intensivavdelinger i 2014. Dette for å sikre faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet i arbeidet. Denne standarden bruker NAS score som begrunnelse for bemanning. NAS (nursing activity score) gir en poengsum for hvor mye tid intensivsykepleier bruker på tiltak og behandling av pasientene (Norsk sykepleier forbund, 2014, s. 2020). Denne standarden er per. i dag ikke innført til tross for kontinuerlige endringer i klinisk arbeid med mye ansvar, og høye krav for pasientsikkerhet, herunder også sedasjonspraksis (Stubberud, 2020a).

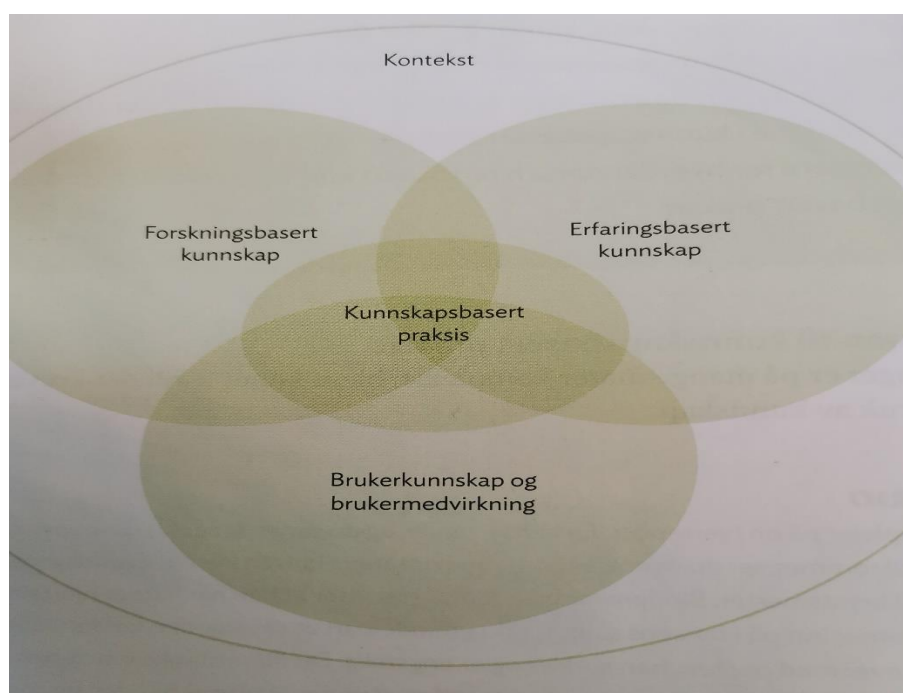
Pasient/pasient kategori	NAS –skår	Bemanning med
Ukomplisert overvåkning / postoperativ pasient	<50	0,5 per vakt
Kompleks overvåkingspasient, informasjonsbehov og psykisk støtte.	50-80	1 per vakt
Stabil intensivpasient med flerorgansvikt, arbeidskrevende, med respirasjonsstøtte, kan være urolig, behov for mobilisering, pårørendearbeid og behov for psykisk støtte.	81-120	1,5 - 2 per vakt
Svært ustabil intensivpasient med flerorgansvikt, svært arbeidskrevende, ustabil respiratorisk og sirkulatorisk, flere vasoaktive infusjoner, infeksjoner, tåler ikke mobilisering.	121-140	2 per vakt
Ustabil intensivpasient med akutt kompleks intensivbehandling, dialyse/ECMO, store sår og/ eller isolasjonsbehov.	141-177	2 - 3 per vakt

* Totalt bemanningsbehov vurderes i forhold til akuttberedskap inklusive mottak av ny ustabil pasient, kritisk syke barn, skop/telemetriovervåking, smitteproblematikk med enerom/isolasjon, veiledningsansvar for studenter i videreutdanning, transporter internt/eksternt og funksjoner som ivaretas utenfor intensiv-enheten som hjertestans- og mobile intensivteam, avdelingens fysiske utforming.

(Norsk Anestesiologisk Forening, 2014, s. 18)

Tabell 2-1. NAS score

Gjennom studiet er det lært og erfart at intensivsykepleie som et fag som krever stor fleksibilitet i kunnskap. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012) skriver at fagutøvere skal bruke ulike kunnskapskilder. Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, og at dette sammen gir kunnskapsbasert praksis som bilde under illustrerer.



(Nortvedt et al., 2012, s. 16)

Figur 2-2. Modell for kunnskapsbasert praksis

I tillegg skal praksis farges av faglig skjønn og etisk vurdering. Intensivsykepleier har altså i tillegg til faglig ansvar om å jobbe kunnskapsbasert, også etisk ansvar for egen praksis. For å ivareta sederte pasienter stilles det krav til intensivsykepleiers etiske kompetanse. For eksempel skal pasientens autonomi, integritet og verdighet ivaretas der andre tar avgjørelser og bestemmer behandling (Gulbrandsen, 2020).

2.3 Intensivavdelingen som arbeidssted og pasientrom

En intensivavdeling er definert som; «en geografisk avgrenset enhet (avsnitt) i sykehuset som er bemannet av spesialutdannet personale, organisert som en multidisiplinær enhet, og teknisk utstyrt til å behandle pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer, hvorav respirasjonssvikt er en av de vanligste. Derfor er respiratorbehandlingen sentral i forhold til organisering og bemanning» (Norsk Anestesiologisk Forening, 2014, s. 9).

Intensivrommet er et sykehusrom bestående av en eller flere senger midt i rommet. Med teknisk utstyr rundt, hvite vegger, mye lys og lyd. Det er krav til hvordan intensivrommet skal utformes med hensyn til for eksempel hygiene og lydforhold (Norgips, 2021), men man vet også at dette miljøet ikke er optimalt for pasientene med hensyn til tilheling (Olausson, Lindahl & Ekebergh, 2013; Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). Intensivrommet og interiør påvirker pasientens velbefinnende (Olausson et al., 2013). Skarpt lys og mye lyd i rommet kan utløse stress hos pasientene, og konstant aktivitet kan påvirke søvn, og bidra til utvikling av delirium (Olausson et al., 2013). Man vet også at rom uten vinduer, og ikke besøk av pårørende øker forekomst av delirium. Hvor dypt man er sedert og hvor lenge pasientene ligger på intensivavdelingen påvirker pasientens minne, og kan øke forekomst av mareritt (Samuelson et al., 2007). I dette rommet kan pasientene ha traumatiske opplevelser, og miste kontroll over egen kropp (Olausson et al., 2013). Dette stiller krav til intensivsykepleier som skal ivareta pasienten, om og ikke bare ivareta pasienten i sengen, men samtidig skape et utviklende miljø rundt sengen (Stubberud, 2020e). Som en del av et prosjekt

på lysforhold og døgnrytme hos intensivpasienter (Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom & Lindahl, 2015) ble det designet et intensivrom basert på oppdatert forskning og anbefalinger. Inkludert farger, lydisolering og innslag av natur. Rommet gav positive opplevelser for både pasienter og sykepleiere i rommet (L. Johansson et al., 2018; Sundberg, Olausson, Fridh & Lindahl, 2017).

2.4 Den lett-sederte og våkne respiratorpasienten

Ifølge Stubberud (2020b) skal intensivsykepleier gi helsehjelp til pasienter i alle aldre. I denne oppgaven er det valgt å begrense til voksne pasienter. Intensivpasienter er de som:

- «er i eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade»
- «Pasienter som etter kirurgi og anestesi har behov for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse, og som trenger å få lindret smerter og ubehag.»
- «Pasienter som har kronisk sykdom, og som enten får en tilleggssykdom eller en akutt forverring av sin grunnlidelse» (Stubberud, 2020b, s. 27)

Respiratorbehandling av intensivpasienten innebærer mekanisk ventilering av pasienter via en respirator-maskin. Respiratorbehandlingen skal sikre tilfredsstillende oksygenering og ventilering, eller avlaste pustearbeid. For å behandles med respirator må pasienten være enten intubert med endotrakealtube, eller trakeostomert med tube inn i luftrøret via en åpning i halsen (B. F. Olsen & Nystrøm, 2020). Pasientene selv opplever det å være våken med endotrakealtube eller trackeostomi på respirator som ubehagelig, men sjelden smertefullt (Berntzen et al., 2018b). Analgo-sedasjon som behandlingsmetode fremmer god smertelindring, men klarer ikke å lindre ubehaget pasientene opplever med for eksempel prosedyrer som suging i luftveier (Berntzen et al., 2018b). Annet ubehag som blir trukket frem er opplevelsen av hallusinasjoner på grunn av sedasjonsmedikamenter eller delirium, det å ikke forstå hva som skjer rundt seg, eller vanskeligheter med kommunikasjon. Pasientens verste opplevelser med sedasjon var å sveve mellom våkenhet og søvn. De utviklet vrangforestillinger og mareritt, og slet med å vite hva som var virkelig og ikke, noe som kunne gi pasientene minne av innleggelsen på intensivavdelingen som traumatisk. Mange foretrakk enten å være helt våken, eller helt sovende fremfor et sted mellom (Berntzen et al., 2018b)

3 Teori

I dette kapitlet presenteres teori knyttet opp til tema. For å kunne besvare problemstilling må man vite noe om hva sedasjon og lett-sedasjon er, og hvordan vi måler det. Det presenteres også en valgt teoretisk modell for å få frem flere nyanser ved tema, og som også benyttes videre til diskusjon. Til slutt i kapitlet oppsummeres tidligere forskning.

3.1 Sedasjon

Mange intensivpasienter trenger sedasjon for å gjennomføre behandlingsløpet, eller ubehagelige behandlingsintervensjoner (Gulbrandsen, 2020). I følge Devlin et al. (2018) er det da viktig at sedasjon individualiseres og kun gis på de overnevnte indikasjonene. Man ønsker å ha pasienten så våken som mulig sett i forhold til pasientens egne ressurser, i tillegg til at man ønsker smertefrihet og komfortabilitet (Gulbrandsen, 2020). Når det gjelder sedasjonsnivå er altså lett-sedasjon et begrep der man ønsker pasienten rolig, komfortabel og samarbeidende. Dyp sedasjon er pasienter som ikke lar seg vekke av lett stimuli (Gulbrandsen, 2020). Lett-sedasjon har vist flere gunstige effekter som bedret psykisk helse og mindre utvikling av PICS (post intensive care syndrom) etter utskrivning fra sykehus fordi pasienten er mer bevisst (Berntzen et al., 2018b; Gulbrandsen, 2020), hvis man ser bort fra utvikling av delirium (Porhomayon, El-Solh, Adlparvar, Jaoude & Nader, 2016). Under-sedasjon, eller mangelfull sedasjon kan gi økt stressrespons og andre alvorlige patofysiologiske hendelser, mens over-sedasjon skygger for muligheten til nevrofysiologiske undersøkelser og kan gi kardiovaskulære problemer og respirasjonsdemping (Gulbrandsen, 2020).

For å kunne måle sedasjonsdybde har intensivsykepleier ulike subjektive verktøy for kartlegging av sedasjonsdybde, for eksempel RASS (Richmond agitation-sedation scale. Det er viktig at hele det tverrfaglige teamet har samme oppfatning av som er ideell sedasjon hos hver enkelt pasient (Gulbrandsen, 2020).

The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS (norsk versjon)

Skår	Betegnelse	Beskrivelse
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbar til fare for personale
+3	Meget agitert	Trekker i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv
+2	Agitert	Hyppige, ikke-hensiktsmessige / ev hensiktløse? bevegelser, sloss mot respirator
+1	Rastløs	Engstelig og redd, men bevegelsene ikke aggressive eller kraftige
0	Våken og rolig	
-1	Døsigg	Ikke helt våken, men kan holde seg våken med øyekontakt på verbal stimulering (mer enn 10 sekunder)
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på verbal stimulering (<10 sekunder)
-3	Moderat sedert	Noen bevegelse men ingen øyekontakt ved verbal stimulering
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal stimulering, men bevegelse ved fysisk stimulering
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering

(Sessler et al., 2002)

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

Figur 3-1. Norsk oversettelse av The Richmond Agitation and Sedation Scale - The RASS

3.1.1 Lett-sedasjon

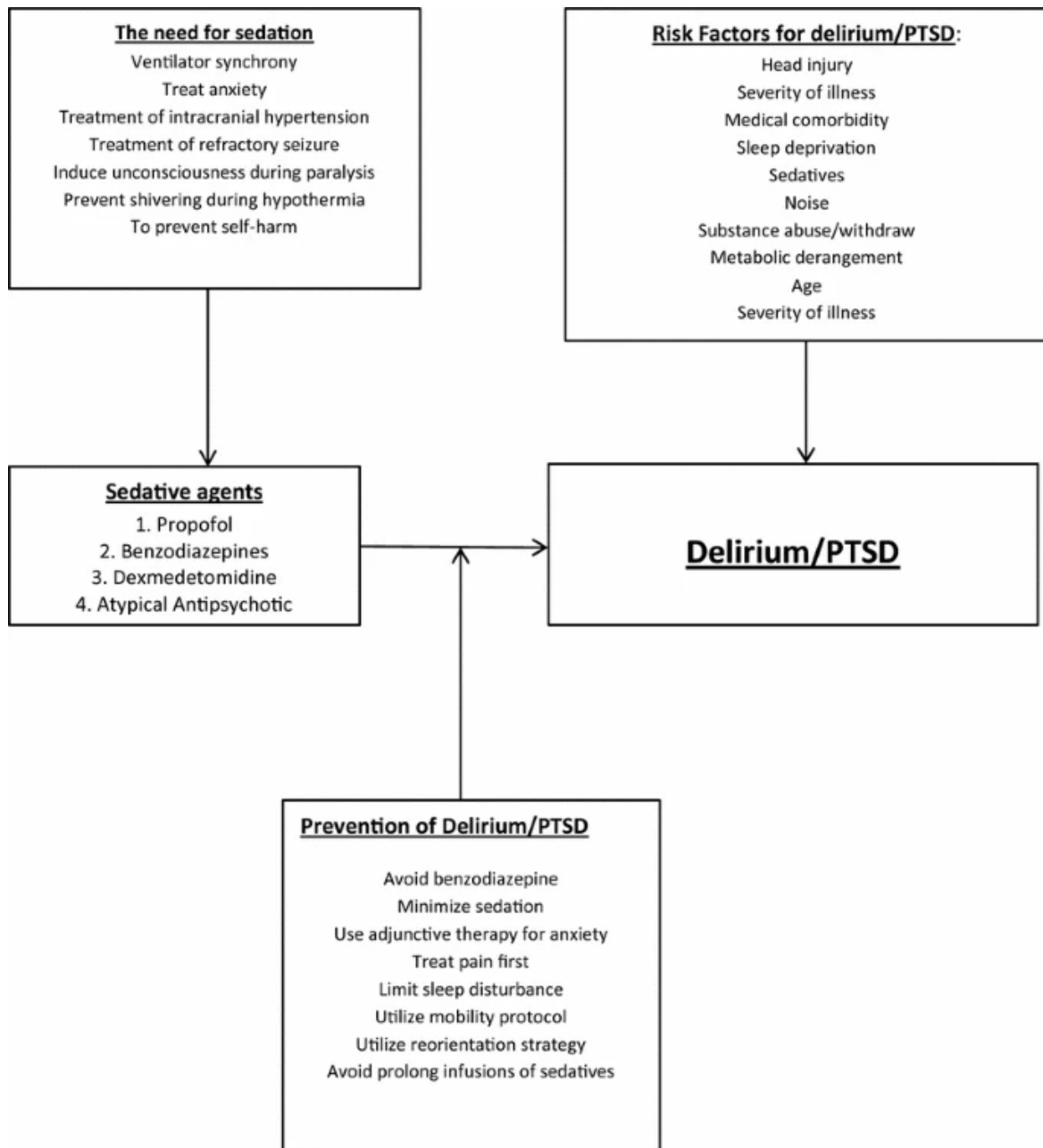
Det finnes ingen universell definisjon av lett-sedasjon. Devlin et al. (2018) skriver i sine retningslinjer at det er noe ulik bruk av begrepet, men for de som bruker RASS skala er lett-sedasjon mellom -2 til +1. Sentralnervesystemet påvirkes slik at bevissthetsnivå reduseres, men pasienten skal fortsatt ha intakte reflekser og være selv-pustende. De kan altså være påvirket av medisiner, men være kontaktbare (Gulbrandsen, 2020). Våkenhet som fenomen står også utenfor definering av begrepet lett-sedasjon.

Til tross for at forskning tilsier at lett-sedasjon er bedre for pasienten kan det fortsatt være intensivavdelinger som oversederer pasienter (Porhomayon et al., 2016). Man vet det er ulik sedasjonspraksis mellom ulike avdelinger i (Nystrøm, Fosser Olsen & Brekke, 2019), og mellom 2009-2015 ble det undersøkt etterlevelse av anbefalt sedasjonspraksis. Man fant at RASS score over

tid ble lavere fra -2,2 til -1,7, og konklusjonen var at avdelingene var på vei til å lykkes. (Wøien, 2020). Etterlevelse av kunnskapsbaserte retningslinjer er dog et komplekst fenomen, og avhenger også av lokal kultur (Egerod, 2009; Wøien, 2020). Så lenge det kun er opp til klinikere som arbeider pasientnært å implementere ny praksis, så kan det ende med unødvendig dyp sedering (Vincent et al., 2016).

Kandidaten har erfart at analgo-sedasjons rutiner varierer noe fra avdeling til avdeling. Fra ingen protokoller til detaljerte protokoller. I analgo-sedasjon protokollen som informantene i denne oppgaven var kjent med, ble det beskrevet at avdelingen ønsker sine pasienter smertefrie, være så våkne som mulig, og sovende/hvilende på natten. Respiratorbehandlingen er delt inn i 4, og ved hver vakt skal intensivsykepleier notere respiratorbehandlingsfase (hvor langt pasientene er kommet i behandlingen), RASS score og vurdere medikamenter i samarbeid med lege (vedlegg nr. 1).

Selv om forskningen har identifisert mange positive utfall av lett-sedering er det dog ikke funnet reduksjon i insidens av delirium (Devlin et al., 2018). Delirium er utbredt blant intensivpasienter og kan oppstå hos mellom 70-80% av pasientene (Porhomayon et al., 2016; Stubberud, 2020d). Det er en akutt forvirringstilstand som kan komme av akutt eller kritisk sykdom (Stubberud, 2020d). Delirium hos intensivpasienter kan ha negative konsekvenser i form av dårligere kontinuitet i behandling, lenger innleggelse, økte kostnader, selvskading på grunn av paranoide forestillinger, hallusinasjoner og utagerende atferd (Stubberud, 2020d). For å fange opp delirium kan intensivsykepleier bruke scoringsverktøyet CAM-ICU. Sedasjonsmedikamenter blir i seg selv sett på som en risikofaktor for utvikling av delirium (Stubberud, 2020c). Etter utskriving fra sykehus vil opptil 70% av pasientene ha redusert kognitiv funksjon. Dette kan skyldes delirium, og- eller behandling med sedativa eller analgetika over tid (Stubberud, 2020c). Porhomayon et al. (2016) skriver i sin litteraturgjennomgang om viktigheten av å sette inn tiltak forebyggende, og til rett tid, i samsvar med intensivsykepleiers forebyggende funksjon. De legger frem en algoritme for forslag til behandlingstiltak som samsvarer med anbefalte prosedyrer for sedasjon. Den gir også et bilde på hvor kompleks sammenhengen er mellom smerte, agitasjon og delirium.



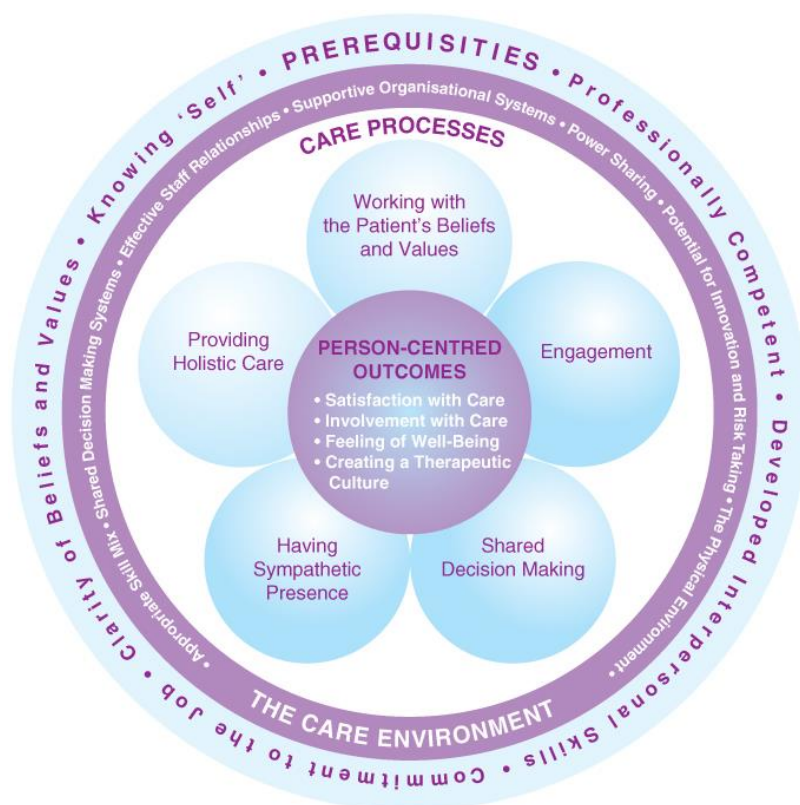
(Porhomayon et al., 2016)

Figur 3-2. Algoritme for forebygging av delirium/PICS

3.2 Rammeverk for person-sentrert sykepleie

For å få frem flere nyanser i tema presenteres rammeverk for person-sentrert sykepleie. Denne teorien benyttes videre under diskusjon. Det er ønske både internasjonalt og nasjonalt om å innføre en standard av pleie og omsorg som er basert på den person-sentrerte teorien og rammeverket. For masterkandidaten reflekteres dette igjen i at rammeverket blant annet læres bort på universiteter med utdanning innen intensivsykepleie, og man kan finne igjen ønske om person-sentrert omsorg i praksis. Sett for eksempel gjennom samhandlingsreformen for helsetjenester, rett behandling- på rett sted-til rett tid (Det kongelige helse-og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Å bruke rammeverket i praksis er utfordrende da man har komplekse omgivelser, spesielt innen akutt-sykepleie, og pasientenes opplevelse av innleggelse på sykehus er variabel (McCormack & McCance, 2017). Det er pågående diskusjoner om begreper som brukes innen person-sentrert eller person-orientert pleie. Men i denne oppgaven er fokus å bruke teorien bredt, som en ide, om at pasienter skal behandles som «personer».

Rammeverket for person-sentrert sykepleie kom først i 2006, og har utviklet seg videre derfra. Teorien understreker viktigheten av individualisert pleie til hver enkelt (McCormack & McCance, 2017).



(McCormack & McCance, 2017, s. 39)

Figur 3-3. Rammeverk for personsentrert sykepleie

Som bilde viser i ytterste ring, tar rammeverket utgangspunkt i sykepleiers forutsetninger som en ramme for omsorgen. I dette ligger profesjonell kompetanse, mellom-menneskelige evner, forpliktelse til arbeidet, innsikt i egne holdninger og verdier og det å «kjenne» seg selv (McCormack & McCance, 2017). Videre innover viser rammeverket at personsentrert pleie er avhengig av blant annet fysisk miljø og teamarbeid, som ligger til grunn for de person-sentrerte prosessene; hensyn til pasientens tro og verdier, ekte involvering i omsorgen for pasienten, involvere pasienten til å delta i beslutninger, være sympatisk tilstede og utøve holistisk omsorg (McCormack & McCance, 2017). Målene er at pasienten skal oppleve god pleie og omsorg, delaktighet, velvære og kjenne at de er en del av en helsefremmende kultur (McCormack & McCance, 2017).

Essensen av sykepleie i rammeverket reflekterer idealer som humanistisk omsorg med en moralsk komponent, og fremmer terapeutisk praksis. Dette bygget opp gjennom mellom-menneskelige relasjon (McCormack & McCance, 2017). Det er altså en vei til praksis gjennom terapeutiske forhold mellom sykepleier og, i denne oppgaven, den lett-sederte respiratorpasienten på intensivavdelingen, og bygger på verdier som respekt for person, individets rett til selvbestemmelse, gjensidig respekt og forståelse (McCormack & McCance, 2017).

3.3 Tidligere forskning

I arbeidet med denne masteroppgaven ble det gjennomført systematiske søk i Cinahl, Medline og Embase med ulike søkekombinasjoner, samt pyramidesøk via helsebiblioteket. Det ble utformet PICO skjema som støtte til å utvikle, og bruke søkeord, enkeltstående og i kombinasjon (vedlegg 2). Ved bredt søk i google scholar, pyramidesøk via helsebiblioteket og gjennom databaser ble det funnet mye litteratur om sedasjon på generelt nivå, og erfaringen ble at søket måtte spisses konkret opp mot forskningsspørsmål. Det første søket ble gjort tidlig i prosessen etter en veiledningstime med bibliotekar i databasene Cinahl og Medline, og det ble i tillegg søkt i Pubmed.

Til tross for at Medline og PubMed har de samme artiklene, ble det funnet flere artikler i fritekstsøk i Pubmed enn i Medline. Det første søket ble gjort august 2020, med lite kunnskap om hvordan systematiske søk skal gjøres, og søket ble, gjennom snøballsøk og referanselister, mer ustrukturert. Derfor ble det videre utført ny veiledningstime med bibliotekar, og søket ble gjentatt februar 2021, for mer strukturert gjennomgang, og oppdatert forskning. Det framkom da ingen nye funn, men søket ble mer strukturert, og det ble søkt i ytterligere en database, Embase (vedlegg 3 og 4). Bibliotekar var enig i at søkemotor gav mindre treff enn antatt på emneord, og det ble spekulert i om det kunne være teknisk feil i søkemotorene under det andre søket. Derfor ble det også søkt en del fritekst. Det ble forsøkt både subject headings, meSH termer og nøkkelord i søk, og terminologibasen ble brukt for hjelp til å finne ord. Det ble funnet noen kvalitative artikler, konkret knyttet til problemstilling. Ytterligere «snøballsøk» gjennom referanselister, lignende artikler og artikler «siter av» gav en blanding av funn, noen kvantitative og noen kvalitative studier, hvor av de fleste kvalitative er fokusgruppeintervjuer. Funn ble ytterligere begrenset med maks 10 år gamle artikler samt språkbegrensning til engelsk, norsk og dansk som gjorde at det gjensto 69 artikler. Det ble videre valg ut artikler fra Norden for størst mulig overføringsgrad til norske forhold, hvor, etter grundig gjennomgang, det endte med åtte relevante artikler knyttet konkret til problemstilling. Store studier om generell utvikling av sedasjonspraksis, og enkelte studier om pasienterfaringer ble beholdt for bedre forståelse av tema, og styrking av bakgrunn og teori.

3.3.1 Litteraturfunn

Det er tidligere gjort noen kvalitative studier rundt sykepleiers erfaringer med lett-sederte pasienter. Det ble også funnet to relevante kvantitative studier. Den ene kvantitative studien sammenligner sykepleie til dypt sederte og ikke-sederte, i forhold til arbeidsmengde og kostnader (Laerkner, Stroem & Toft, 2015). Det de fant var at sykepleiere synes det var mindre arbeid med pasienter som ikke fikk noe sedasjon, versus pasienter som fikk sedasjon med daglig oppvåkning. Her angir de en vanlig sykepleier-pasient ratio til å være 1:1 hos ikke-sederte pasienter, og 1:2 hos pasienter som er sedert, og hvor det utføres daglig vekking. De mener dermed det kan være økonomisk gevinst ved ikke-sedasjon, da man kan videreføre 1:1 ratio (Laerkner, Stroem, et al., 2015). Funnet er ikke fullstendig overførbart til norske forhold da kandidaten har erfart at man stort sett har 1:1 ratio hos respiratorpasienter her uavhengig av sedasjonsgrad. I kvalitativ forskning

gjorde Karlsson og Bergbom (2015) undersøkelser rundt intensivpersonells erfaringer med bevisste pasienter på respirator. Bevisste pasienter krever mer oppmerksomhet og tilstedeværelse av intensivsykepleier for å kunne kommunisere ut behov. Hvis intensivsykepleier grunnet arbeidsmengde ikke kan møte dette behovet kan det gi pasienten angst, eller følelse av å ikke bli ivaretatt. Intensivsykepleiere synes det var vanskelig å se pasienter lide når man ikke klarte å lindre ubehag. Og forskerne trekker frem viktigheten av langtids planlegging, kommunikasjon, kontinuitet i personalet, tillit og nærhet til pasienten (Karlsson & Bergbom, 2015). Laerkner, Egerod, et al. (2015) fant at til tross for at omsorgen ble mer kompleks når pasienten er våken, foretrakk sykepleier våkne pasienter fremfor sovende. Men de legger også frem at samarbeid i team er en viktig forutsetning for god pleie. Sykepleier synes det var både krevende og givende å utføre sykepleie til våkne respiratorpasienter (Laerkner, Egerod, et al., 2015). I 2018 gjorde Berntzen, Bjørk og Wøien (2018a) en studie som tok for seg hvordan intensivsykepleier behandler smerte og ubehag hos pasienter med analgosedasjon. Her ble det, blant annet, funnet at smerte ble behandlet, men behandling av annet ubehag var mer tilfeldig. Intensivsykepleiere bekymret seg for om det var ubehagelig for pasienten å være sederte, og de synes det kunne være vanskelig å balansere mellom å holde pasienten våken, og ha hvileperioder med sedasjon. Det kunne være utfordrende å finne riktig sedasjonsnivå. Noen uttalte at ubehag ikke alltid kan lettes på, og det kan være vanskelig å skille fra smerte (Berntzen et al., 2018a). Lind et al. (2018) undersøkte sykepleiers refleksjoner rundt ivaretagelse av respiratorpasienter med lett-sedasjon. Hovedfunnet var positive erfaringer, med en negativ undertone omkring teamarbeid. De skriver at man trenger erfarne sykepleiere for å kunne balansere det teoretiske, og fremme den mellommenneskelige relasjonen. Kommunikasjon med pasienten kunne være utfordrende, og agiterte eller deliriske pasienter var vanskelige å roe uten sedasjon. Da synes mange det var uetisk og skulle fortsette behandling uten sedasjon. Rommet og teknisk utstyr kunne være forstyrrende. De trekker også frem at skepsis til behandling blant sykepleiere har ofte grunnlag i at sykepleier ønsker å være pasientens advokat (Lind et al., 2018). Mortensen et al. (2019) sammenligner perspektivene til det de kaller «expert» og «competent» sykepleiere på intensiv. Resultatet viste at erfarne sykepleier husker det som lettere å ivareta dypt sederte fremfor våkne. Man trenger i større grad pause fra pasientene når de er våkne, og god pleie avhenger av minst 1:1 ratio sykepleier-pasient. De trekker frem at lettere sedasjon på intensiv krever bedret bemanning og bedre kommunikasjonsmidler. Om pasienten er god på å kommunisere behov er det lettere å finne ut av mental tilstand og delirium. Det ble også uttalt at det noen ganger føltes som om man presset pasienten for å se hvor lenge denne pasienten kunne

være våken uten å bli delirisk. Det utfordret empati når ubehag var vanskelig å lindre. De sier også at mer kunnskap om interaksjon mellom intensivsykepleier og pasient er nødvendig (Mortensen et al., 2019). Nystrøm, Fosser Olsen og Brekke (2019) gjorde kvantitativ undersøkelse på tre ulike intensivavdelinger i Norge for å finne ut om analgesedasjon ble brukt, og om det var ulikheter i praksis innenfor de ulike avdelingene. De fant signifikant variasjon mellom avdelingene rundt lett-sedasjons praksis. Det finnes fortsatt mellomrom mellom pasientens komfort og behov, og intensivsykepleiers evne til å oppfylle disse behovene (Berntzen, Bjørk, Storsveen & Wøien, 2019).

De viktigste temaene som kommer frem i eksisterende forskning er:

- Intensivsykepleier-pasient relasjonen
- Omgivelser
- Det tekniske versus det mellom-menneskelige
- Team arbeid

De tidligere utførte studiene fremhever hver for seg enkelte elementer som kan sees på som utfordrende innenfor temaene. Med utgangspunkt i temaene utarbeidet dermed kandidaten en intervjuguide for å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Ved å bruke disse funnene videre vil kandidaten finne ut om det fortsatt er de samme utfordringene som blir trukket frem, og utforske videre sett i lys av person-sentrert sykepleie.

4 Metode

Hensikten med denne oppgaven var å få dybdekunnskap om hvordan intensivsykepleier opplever og erfarer det å arbeide med lett-sederte eller våkne pasienter respiratorpasienter. For å få svar på dette spørsmålet ble det brukt en kvalitativ utforskende metode. Denne metoden er egnet til å svar på problemstillinger som omhandler menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (Malterud, 2018).

I dette kapitlet redegjøres videre for valg av metode og fremgangsmåte i studien. Styrker og svakheter ved studien reflekteres gjennomgående i kapitlet, og tråden tas opp til slutt i underkapittel «troverdighet i studien».

4.1 Forforståelse

Ifølge Malterud (2018) er forforståelsen «ryggsekken» vi har med oss inn i forskningen. Innholdet i sekken påvirker bevisst eller ubevisst hvordan man tolker resultatene sine, og også hvordan man samler data og leser de. Man kan derfor tenke at forforståelse aldri ville kunne gi helt objektiv eller nøytral forskning, men hvis man har bevisst forhold til egen forforståelse, kan kanskje dette forebygges (Malterud, 2018).

Kandidaten forsøkte fra start å tenke over egen forforståelse inn i dette prosjektet. Egen arbeidsplass er en liten intensivavdeling, hvor praksis med lett-sedasjon enda ikke har fått godt fotfeste. Kandidaten har arbeidet på avdelingen begrenset tid, og er nyutdannet intensivsykepleier samtidig som denne oppgaven arbeides med. Intervjuene foregikk på annen avdeling enn egen arbeidsplass, med godt innarbeidet praksis med lett-sedasjon. Dermed vil intervjuer og informant, fra start, ha ulik forståelse og ulike opplevelser av fenomenet. Egen forståelse av tema lett-sedasjon og våkne respiratorpasienter var begrenset til hva som ble erfart fra praksis i intensivsykepleierstudiet. Dette gjorde at forarbeidet med bakgrunn og teori i stor grad ville styre hva slags fagkunnskap som ville ligge til grunn for forståelse og tolkning av resultatene. Det ble i praksis observert at det ikke alltid ble gjennomført anbefalt praksis for sedasjon, og det var lett å tenke at dette hadde bakgrunn i intensivsykepleiers holdninger og

verdier. Samtidig kunne dette være for enkelt, da kandidaten også hadde inntrykk av at tema var komplekst og pasientene hadde svært individuelle behov. Kandidaten forsøkte å være bevisst sin egen forforståelse og hvordan man skulle innta forsker-rollen. I dette lå det å være bevisst, for eksempel, det beskjedne erfaringsgrunnlaget med metode og forskning, erfaring i yrket, og ny kunnskap rundt faglig perspektiv. Men også en, til dels, felles bakgrunn innen helse og sykepleie, som gjør at informant og intervjuer forstår hverandres «språk». Målet var å gå så åpent som mulig inn i prosjektet. Forhåpentligvis ville de empiriske resultatene gi nytt innblikk og mange overraskelser, samt tilføre ny kunnskap.

4.2 Design

Denne masteroppgaven er en kvalitativ eksplorerende studie for å studere intensivsykepleiers opplevelser og erfaringer knyttet til lett-sederte og våkne respiratorpasienter. Kvalitative tilnærminger passer godt i områder det er begrenset mengde forskning og man ønsker å utforske, for eksempel, dynamiske prosesser som samhandling (Malterud, 2018). Det ble valgt å utføre individuelle intervjuer ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Kvalitativ metode er aktuell for beskrivelse, analyse og fortolkning av fenomen (Malterud, 2018). Kjernespørsmål innen kvalitativ forskning er for eksempel *hvordan oppleves det*, eller *hvilke erfaringer* har man med et fenomen eller en sammenheng (Nortvedt et al., 2012) slik problemstilling og forskningsspørsmål i denne oppgaven er formulert. Subjektivitet og helhetlig interesse for et fenomen er viktig innen intensivsykepleie, der intensivsykepleier deltar i mangfoldige situasjoner og mellom-menneskelig samhandling (Nortvedt et al., 2012). Forsker i kvalitativ forskning er sterkt involvert i innsamling av egne data, og karakteriseres gjerne med få informanter og rikt, beskrivende datamaterialet (Malterud, 2018). Andre metoder som for eksempel spørreundersøkelse kunne vært aktuelt, men da ville man gått glipp av dybdeforståelsen av erfaringene og opplevelsene som blir uttrykt, og endt opp med andre svar som ikke passer problemstilling og forskningsspørsmål i denne oppgaven.

4.3 Utvalg

Informantene i denne studien ble valgt ut basert på et strategisk utvalg. Her er informasjonsstyrken tellende, og bestemmer antall deltagere (Malterud, 2018). Målet var å intervju de som var rike på kunnskap om fenomenet, og informantenes kontekst, feltkunnskap og teoretiske bakgrunn var viktig. Et strategisk utvalg kan bidra med å styrke påliteligheten i resultatene fordi funnene ikke blir opplagte og man reduserer risiko for raske slutninger (Malterud, 2018). Utvalget var også det Polit og Beck (2017) kaller frivillighetsutvalg, og er godt egnet der man ønsker å rekruttere fra en spesiell klinisk setting.

Intensivsykepleiere med 10 års erfaring ble inkludert i studien. Dette for å sikre at informantene hadde erfaring med både lett-sedasjon og dyp sedasjon, og hadde vært i arbeid siste tiår hvor det har vært stor endring i sedasjonspraksis. Det ble sendt ut en invitasjon til studien via avdelingsleder på en intensivavdeling med ca. 80 ansatte og med god intensivsykepleierdekning. Da studentene i denne oppgaven gikk fra to til en i løpet av forskningsprosessen, ble det utfordrende å intervju til datametning og samtidig skulle holde seg innenfor oppgavens naturlige begrensninger i tid og ord. Dette preget utvalget i forhold til antall informanter som kunne delta. Det ble derfor bestemt å starte med tre intervjuer og se hvordan intervjuene utviklet seg i forhold til datametning. Flere som passet inklusjonskriteriene meldte seg til intervju etter første invitasjon, og de første tre som meldte seg ble valgt ut. Dette for å også få grad av tilfeldighet i utvalget. Det ble opprettet mailkontakt med intervju-kandidatene, og alle gav tilbakemelding om at de synes tema var interessant. Alle de tre var kvinnelige intensivsykepleiere. En hadde videreutdannet seg innen de siste ti år, men hadde likevel erfaring med pasientgruppen over 10 år, og ble derfor inkludert. Lengde på total erfaring, alder og erfaring etter videreutdanning varierte mellom informantene. For mer variasjon kunne det blitt inkludert også mannlig kjønn. Grunnet god informasjonsstyrke, rike beskrivelser i intervjuene, og oppgavens naturlige begrensninger på tid og ord, ble antallet begrenset til de tre deltagerne. Ledelsen i avdelingen la til rette for mulighet til å intervju i arbeidstiden til informantene. En valgte å gjøre intervjuet på arbeidsplassen, og to hjemme. I kvalitative intervjuer med for få deltagere er det vanskelig å generalisere og umulig å teste hypoteser om forskjellene mellom grupper. Hvis antall er for stort er det ikke tid til dyptgående analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven opplevde intervjuer at det siste intervjuet

allerede gjentok mye informasjon som allerede var uttrykt i de to første. I tillegg var det viktig å få god tid til inngående data-analyse av intervjuene i etterkant.

4.4 Datainnsamling

De tre individuelle intervjuene ble utført med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (vedlegg nr.5). Det ble valgt individuelle intervjuer fordi ønsket var at intervjuobjektene skulle være i en kontekst hvor man kunne føle trygghet til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer på godt og vondt. Diskusjon om tema var ikke hovedmålet med datasamlingen, men heller dybdekunnskap om erfaringer og opplevelser, og herunder også holdninger og verdier. På dette grunnlaget kom man frem til at individuelle intervjuer var aktuell fremgangsmåte. I intervjuguiden ble det valgt å ta utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene som ble utviklet fra emnene identifisert i tidligere forskning:

- Intensivsykepleier-pasient relasjonen
- Omgivelser
- Det tekniske versus det mellom-menneskelige
- Team arbeid

Under disse ble det notert ned stikkord for å kunne drive intervjuet fremover innenfor temaene, og ut fra hva som ble sagt. Ingen av artiklene fra tidligere forskning har benyttet disse temaene til intervjuguide, og gav også grunn for kandidaten til å utarbeide en egen. Informantene ble informert muntlig på forhånd om formål med oppgaven og fikk også utlevert informasjonskriv blant annet for å ikke gå utenfor de etiske retningslinjene for informert samtykke.

Da intervjuguiden var utarbeidet første gang ble den vurdert ved hjelp av «face validity». Det betyr at guiden ble diskutert med kollega som har god erfaringen med tema. Gjennomgangen av intervjuguiden var nyttig for å få inntrykk om spørsmålene ble oppfattet som relevante for tema, samt få inntrykk om den dekket områdene i forskningsspørsmålene. Guiden ble i tillegg diskutert med veileder. Dette gjorde at enkelte underspørsmål byttet plass, men opplevelsen

var da at guiden fungerte godt da den hadde åpne spørsmål som inviterte til refleksjoner, og mange underkategorier som hjalp til å drive intervjuet frem ved behov. Det ble også gjennomført et pilot-intervju. Intervjuene startet med åpne spørsmål som; *Kan du fortelle om dine erfaringer og opplevelser omkring mellom-menneskelige relasjoner hos lett-sederte respiratorpasienter?* Og deretter hadde underpunkter ved behov som: *hvilke erfaringer har du med det tekniske versus det mellom-menneskelige?*

Intervjuene var planlagt å skulle foregå på innleid rom på sykehuset der informantene jobber. Dette viste seg med tiden å være vanskelig å gjennomføre da Covid-19 pandemien preget samfunnet. Begrensinger på sosial kontakt gjorde at intervjuene måtte foregå digitalt. Intervjuene ble derfor gjennomført via programvaren Zoom. Denne programvaren er godkjent for bruk etter USN (Universitetet i Sørøst-Norge) sine retningslinjer for innhenting av data i forskning. Ved å følge disse retningslinjene ble personvern ivaretatt. Det var kun lyd som ble tatt opp via ekstern lydopptager, og opptakene ble lagret i Nettskjema. Dette er en godkjent lagringsløsning for data som også ivaretar personvern. Løsning for lyd og lagring ble meldt inn til NSD (Norsk senter for forskningsdata) og godkjent. Da intervjuene skulle foregå individuelt var dette noe som gjorde at kontakten mellom intervjuer og informant ble endret fra direkte kontakt til kontakt mellom skjermer. Dette kan ha preget intervjukonteksten og hvordan informantene opplevde å delta. To av informantene uttalte etter intervjuet at de hadde vært litt nervøse på forhånd for å gjennomføre. De var ikke vant til å bruke digitale løsninger for møter. De synes likevel det gikk fint, og de synes de hadde fått uttrykt egne meninger i en trygg kontekst. Den tredje hadde benyttet lignende løsning tidligere og hadde ingen refleksjoner rundt det. Intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold mellom deltagerne. Selv om man forsøker å ta hensyn til det personlige intervjusamspillet og gjensidig forståelse, så kan ikke intervjuet sees på som helt åpen dialog (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var derfor viktig for intervjuer å skape et så trygt miljø som mulig ved å holde en avslappende tone. To av informantene satt også i sine egne hjem, og dette kunne muligens støtte opp om denne tryggheten i konteksten. De første minuttene av intervjuet gikk til å informere om hvordan intervjuet skulle foregå med åpne spørsmål, og lydopptak. Det ble understreket at video ikke ble tatt opp, og at dette intervjuet ikke i noen grad handlet om å si de riktige tingene, men at det handlet om deres erfaringer og opplevelser med fenomenet. Hvert intervju varte ca. 45 minutter, og opplevelsen var at dette holdt. Flere gav inntrykk av at de ble slitne av situasjonen,

men de reflekterte positivt rundt det å snakke om dette tema. Alle intervjuene ble avsluttet med om det var noe mer de ønsket å uttrykke som ikke var dekket av intervjuet og som de anså som viktig.

Kandidaten i denne oppgaven har aldri intervjuet før og var alene om oppgaven. Prosessen ble derfor en dynamisk læringsprosess samtidig med forskning. Det ble utført et pilotintervju og resultatet av intervjuet ble diskutert med veileder. Intervjuet hadde mange, gode refleksjoner og beskrivelser, og ble derfor inkludert i analysen. Etter det første intervjuet ble det etter hvert lettere å kunne følge informantens tanker, istedenfor å styre konsekvent etter guide. Intervjuer forsøkte, via guiden, å være åpen for hvilken retning intervjuet tok og ikke følge guiden konsekvent, for å kunne følge den naturlige retningen intervjuet tok. Intervjuene var en utfordrende og spennende prosess. Utfordrende å lytte nøye til hva som ble sagt, samtidig som å forberede oppfølgingsspørsmål og holde «tråden» i intervjuet. Det var spennende å få innblikk i hva intervjupersonen fortalte. I ettertid kan det diskuteres om det burde vært med en moderator. Både for hjelp til å følge intervjuguide, men også for å kunne notere mer underveis rundt stemning og kroppsspråk. To av intervjuene hadde informanter som snakket mye på eget initiativ, og hadde gode refleksjoner. Intervjuet «drev» seg selv, og intervjuer måtte jobbe med å ikke gå utenfor tema. Det siste intervjuet derimot hadde en mer beskjeden tone, og informanten trengte i større grad hjelp av stikkord og underspørsmål fra guide for å komme med svar. Man måtte i større grad oppfordre informanten til å si noe.

4.5 Analyse

Intervjuene ble transkribert med en gang, av kandidaten selv, for å ha intervjuet friskt i minne. I vanlig skriveprogram, direkte fra lydfil i Nettskjema for å unngå mellomlagring av data. Dette gav også innblikk i egen intervjustil, og gjorde at det, etter første intervju, var lettere å tilpasse spørsmål og oppfølgingsspørsmål i de neste to intervjuene. Det var utfordrende å vite hvor mye detaljer av kroppsspråk, pauser og uttrykk for følelser som skulle med i transkripsjonen. Det viktigste var å få et godt helhetsinntrykk av intervjuet i overgangen fra muntlig til skriftlig språk, så kontekst og helhet i analysen ble beholdt. I arbeidet med transkripsjon ble intervjuene lest gjennom flere ganger, og lyttet gjennom i ettertid for å være sikker på å ha god forståelse for det som ble sagt, og overføre dette til papiret. Ved å transkribere eget materialet vil man i

større grad klare å beholde meningen i teksten som vil styrke validiteten i analysematerialet (Malterud, 2018).

Analysen ble inspirert av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). Denne måten å analysere på var på forhånd undervist om i masterstudiet til kandidaten og var derfor også den analysemetoden som var best kjent under planleggingen av studien. Analysen passer godt kvalitative undersøkelser, og vil bidra til å finne svar på problemstilling og forskningsspørsmål (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for at den analysemetoden man bestemmer seg for å bruke, allerede fra forberedelser til intervju vil prege prosessen. De sier også at en vesentlig del av analysen blir fremskyndet til intervjusituasjonen.

Kvalitativ innholdsanalyse er en trinnvis prosess der man først bryter ned teksten og deretter bygger den opp igjen i form av manifest eller latent mening (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). Analyseprosessen, og tolkningen i denne, var en tidkrevende og dynamisk prosess, som beveget seg frem og tilbake i tid. Den transkriberte teksten ble anonymisert ved å fjerne deler av teksten som kunne være gjenkjennbart for lesere, og lest flere ganger. Deretter ble meningsbærende enheter i teksten fargekodet. Meningsbærende enheter er ord, setninger eller avsnitt som kan relateres til samme mening, innhold og kontekst (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). Kandidaten valgte å dele teksten inn i domener etter forskningsspørsmålene tidlig i forløpet for å få oversikt i stoffet, men samtidig ikke miste kontekst. Videre ble de meningsbærende enhetene kondensert. Dette innebar å forkorte enhetene uten å miste mening som neste steg i analysen (U. H. Graneheim & Lundman, 2004). Dataene ble deretter kodet, som innebærer å sette en «merkelapp» på de kondenserte meningsbærende enhetene og videre jobbe med å rekontekstualisere, eller bygge opp teksten igjen med sub-kategorier og kategorier.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Og at man må også kanskje tørre å stå i...være litt trygg på seg selv når man står i en situasjon hvor du har en pasient som er våken som kanskje ikke er helt blid og fornøyd. At man greier stå i den situasjonen sammen med pasienten. At det er greit	At man tørr å stå i det. Er trygg på seg selv i situasjon med våken pasient som ikke er blid og fornøyd. At man greier å stå der med pasienten. At det er greit.	Tørre å stå i situasjon, sammen med, pasient som ikke er blid og fornøyd.

Tabell 4-1. Utdrag av analyseprosessen-dekontekstualisering

Desto mer analysen beveget seg fra enheter til sub-kategorier og kategorier, desto mer ble teksten abstrahert. Det var utfordrende å skulle holde seg til samme abstraksjonsnivå innenfor de ulike gruppene av tekst, og opplevelsen var at det ble noe enklere å forholde seg tekstnært lenge. Figur 4-2 viser utviklingen fra sub-kategorier til kategorier:

Sub-kategori	Kategori
Utfordrende vei til RASS 0	Finner den gylne middelvei
Vanskelig å ikke nå RASS 0	
Vanskelig valg mellom sedasjon, og ikke sedasjon	
Oppnå balanse med sedasjon og våkenhet	
Fåtalet RASS 0 gjør strevet verdt	
Våge å stå i ubehaget til pasienten	

Tabell 4-2. Utdrag fra analyseprosessen- Rekontekstualisering.

I arbeidet med re-kontekstualisering ble det forsøkt å ta et skritt tilbake og lese intervjuene på nytt for å få forståelse av hva som faktisk ble sagt. Dette førte til en ny inndeling av domener, og nytt innblikk i intervjumaterialet. Større utdrag fra analyseprosessen er vedlagt (vedlegg 6).

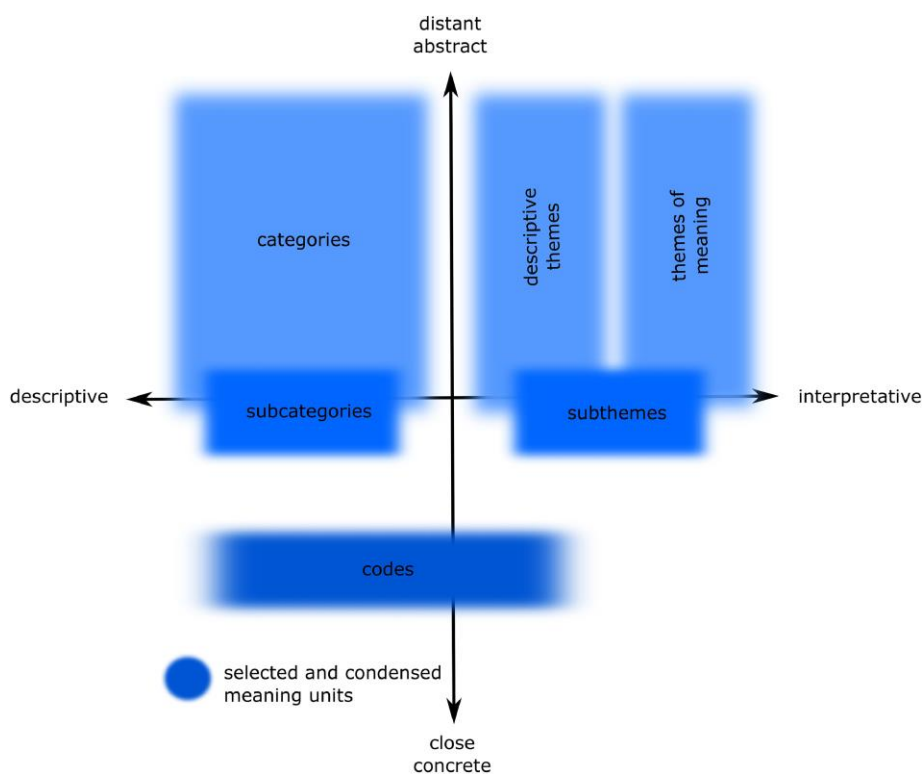
Prosessen har vært utfordrende og tidkrevende. Det var til hjelp å diskutere analysen med veileder ettersom kandidaten var alene om analysearbeidet. I tillegg ble analysen tatt opp til diskusjon på masteroppgave-seminar, og er blitt utfordret av opponenter og medstudenter, og diskutert med andre veiledere kjent med kvalitativ forskning og analyse. Problemstillingen har

forholdt seg ganske lik gjennom prosjektet foruten noe endring i ordlyd. Tittel har endret seg etter å ha blitt kjent med intervjumaterialet. Forskningsspørsmålene har endret seg mer etter innsikt i hva informantene legger vekt på. Malterud (2018) skriver at når datasamlingen foregår trinnvis og integrert i analyseprosessen, vil datamaterialet kunne vise hvilke sider av opprinnelig spørsmål som er meningsfylt og mulig å gi svar på.

4.5.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

I denne oppgaven er det brukt induktiv tilnærming. Empiriske data fra intervjuobjekter bidrar til å belyse forskningsspørsmålene, og gjennom fortolkning kan det si noe mer allment (Thornquist, 2018). Det er systematisk gått frem for å styrke overførbarhet i funn, intervjuene er kodet og dette gir et konsentrert bilde av intervjuobjektene erfaringer og handlinger (Thagaard, 2018).

Kvalitativ innholdsanalyse er analyse-metode ofte brukt innen kvalitativ sykepleieforskning. For å plassere analysemetoden vitenskapsteoretisk sier U. Graneheim, Lindgren og Lundman (2017) at den har røtter innen kvantitativ metode og dermed det positivistiske paradigme, og beveget seg derfra til mer tolkende tilnærming i det hermeneutiske paradigme over tid. Analysemetoden kan være deskriptiv og holde seg til manifest innhold i teksten via koder, sub-kategorier og kategorier eller bevege seg mot tolkning og det latente innholdet i sub-temaer og temaer slik figur 4-3 viser.



(Lindgren, Lundman & Graneheim, 2020)

Figur 4-3. Abstraksjon og tolkning i kvalitativ innholdsanalyse

U. Graneheim et al. (2017) skriver at det deskriptive og det tolkende kan komme fra både det fenomenologiske og den hermeneutiske tilnærmingen. (Fenomenologi på venstre side og hermeneutikk på høyre side av figur 4-3). Konsekvensen for kandidatens studie ble da at analysen i stor del holdt seg på venstre/deskriptiv side, og dermed mindre mot høyre/tolkende side

4.6 Forskningsetiske vurderinger

Det finnes mange skrekkelige eksempler på medisinsk forskning på mennesker, og gjennomgående handler det i stor grad om utnytting av vanskeligstilte som forsøkspersoner (Ruyter, Førde & Solbakk, 2018). Nurnberg-kodeksen ble utviklet med tanke på å motvirke dette

og la vekt på forskningsetiske normer. Deretter kom Helsinkideklarasjonen som også omfatter klinisk forskning. Denne deklarasjonen etablerer en standard for hvordan medisinsk forskning bør utføres etisk forsvarlig, og slår fast at ansvaret hviler på forskeren (Ruyter et al., 2018). For at helseforskning skal være etisk forsvarlig følges retningslinjene i Helsinkideklarasjonen, men også helseforskningsloven (Førde, 2014; Helseforskningsloven, 2008). Forskningsetiske prinsipper som trekkes frem under disse er retten til selvbestemmelse og autonomi, respekt for privatlivets fred, vurdering av risiko for skade, taushetsplikt og anonymisering.

I studien ble det intervjuet intensivsykepleiere og dette krevde søknad fra NSD (Norsk senter for forskningsdata). Søknad med prosjekt nr. 218203, ble godkjent 07.10.2020 (Vedlegg nr.7). Det ble videre søkt om lov til å foreta studien, via mailkorrespondanse, av lokalt personvernombud (vedlegg 8), klinikkjef og avdelingssykepleier (vedlegg 9). Og når disse søknadene var godkjent ble alt sendt videre til utdanningsleder som videreførte informasjonen til forskningsleder i foretaket. Alle godkjenninger var klare før datasamling. NSD ble informert om endringer i studien via meldingssystemet, som at forskningsansvarlig gikk fra to til en i løpet av perioden, og at intervjuene ble foretatt digitalt.

Det ble utformet informasjonsskriv og samtykke-erklæring med mal fra NSD (NSD, 2020) Malen ble brukt for å sørge for at samtykke som ble innhentet var gyldig (vedlegg 9). Informasjonsskriv og samtykke-erklæring brukes hos informanter for å godta deltagelse i studien, etter at studien er godkjent av NSD. Skriftlig samtykke må være tilstede (Helseforskningsloven, 2008 ,§13) Samtykke skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (Ruyter et al., 2018). Samtykke erklæring ble innhentet og oppbevart i låst skuff kun med tilgang fra kandidaten i denne oppgaven.

Informantene fikk tydelig informasjon både muntlig og gjennom informasjonsskrivet om opprettholdelse av anonymitet, konfidensialitet og retten til å trekke seg. Informasjonen skal være tilstrekkelig, og informantene skal forstå den (Førde, 2014). I denne studien var det ingen insentiver eller forhandlinger om deltagelse.

Datasamlingen foregikk digitalt over programvaren Zoom. Det ble fulgt retningslinjer fra USN om bruk av Zoom under forskningsintervjuer. Disse retningslinjene er utarbeidet ved OsloMet (Oslo metropolitan university, 2020). Det ble foretatt lydopptak med ekstern enhet for å unngå

opptak i Zoom. Det ble benyttet Nettskjema diktafon som gjennom smarttelefon sender svarene direkte til Nettskjema. Her lagres dataene sikkert en periode før de slettes automatisk ved prosjektslutt. Lagring av data i Nettskjema tilfredsstillende USN sine retningslinjer om lagring av gule data. Nettskjema er en web-basert løsning for datasamling (Universitetet i Oslo, 2019). Videre ble alle data transkribert direkte fra Nettskjema for å unngå mellomlagring av data. Før lydopptak ble informantene bedt om å ikke bruke navn på seg selv eller pasienter. I tillegg ble teksten anonymisert videre ved å fjerne alle gjenkjennbare historier, samtidig som kandidaten tilstrebet å ikke miste relevant datamaterialet.

4.7 Troverdighet

Styrker og svakheter i denne studien er tatt opp gjennomgående i kapittelet. Men for å oppnå troverdighet i en kvalitativ studie, skal studien som helhet være troverdig. Ved å ta utgangspunkt i Lincoln og Guba`s rammeverk videre tas tråden med styrker og svakheter opp igjen, og diskuteres. For å oppnå troverdighet slik det er beskrevet i Polit og Beck (2017) er det fire kriterier som må oppfylles. Credibility oversatt til gyldighet, dependability oversatt til pålitelighet, confirmability oversatt til objektivitet, transferability oversatt til overførbarhet (Polit & Beck, 2017). Denne måten å vurdere en studie for troverdighet på er vanlig innen kvalitativ tradisjon. Denne fremgangsmåten er også beskrevet i U. H. Graneheim og Lundman (2004) sin artikkel om kvalitativ innholdsanalyse.

Gyldighet: Handler om å kunne stole på dataene som er samlet inn og tolkningen av disse. Gjennom datasamling og analyse skal man vise gyldighet. Denne studien er den første studien kandidaten har utført. Det handlet dermed ikke kun om å skrive en oppgave, men også å lære hvordan forskningen skulle utføres, metode og metodikk, og deretter hvordan fremstille den riktigst mulig. Gjennom stemmene til informantene og ikke gjennom egen forforståelse. Dette påvirker troverdigheten gjennom utførelsen av selve håndverket i studien. Etter vurdering og arbeid med studien mener kandidaten at det er sammenheng mellom tema, problemstilling og valg av metode. Studien er utført med tanke på å få resultater fra rett kontekst slik at det passer fokuset for studien. For eksempel er informantene intensivsykepleiere, på intensivavdeling, med erfaring rundt fenomenet som undersøkes. I utvalget var det informantenes erfaringer

som var styrken. De var engasjert i tema og hadde mange tanker og refleksjoner som gav rike beskrivelser. Antallet informanter kan diskuteres om gav datametning, og det var kun et kjønn representert. Dette er første gang kandidaten intervjuer, og det ble tidlig tydelig at her var det mye som kunne påvirke datasamlingen. Digitale møter, til dels vanskelig å lytte ordentlig etter hva som ble sagt, samtidig med å følge intervjuguide og tematikk. Datasamlingen ble utført etter beste evne, og kandidaten mener intervjuene i stor del var innom ønskede områder av intervjuguide og tematikk. Den dynamiske prosessen med å følge informantens tankegang og stille oppfølgingsspørsmål var bedre i det siste intervjuet enn det første etter noe erfaring. En moderator ville kunne lettet arbeidet og sikret at dataene ble forstått rett. Videre ble analysen foretatt av kandidaten alene. Det opplevdes tidvis vanskelig å analysere på egenhånd, og det kunne vært en fordel å være flere til å diskutere seg frem til resultatene. Kandidaten har til dels brukt veileder som diskusjonspartner og også medstudenter på seminarer. Det er brukt mye tid på å lære og sette seg inn i analysemetoden for å respektere informantens uttalelser. Allerede fra utvelgelse av meningsenheter i teksten starter tolkningsarbeidet i analysen. Kandidaten forsøkte å plukke ut meningsenheter som ikke var for lange eller for korte. Det var også utfordrende å plukke ut meningsenheter når informantene hadde historier å fortelle. All data er, foruten det som ikke inngår direkte i tematikken, tatt med. Ved tvil om datamaterialet passet inn, ble det inkludert heller enn ekskludert for å ikke miste relevant stoff. Kandidaten mener at kategoriene svarer på forskningsspørsmålene, men det kan argumenteres for at analysen burde blitt fulgt videre til sub-tema og tema. Det blir også lagt frem tabeller og eksempler slik at leser kan følge kandidatens tankegang i analyseprosessen.

Pålitelighet og objektivitet:

Pålitelighet handler om påliteligheten i funnene. Om man vil komme frem til de samme resultatene om studien ble gjentatt. Objektivitet handler om at data gir uttrykk for informantens mening og ikke forskers mening, eller er påvirket av forskers forforståelse (Polit & Beck, 2017). Dataene i denne studien virket overveldende ved start av analysearbeidet, men etter å ha arbeidet med datamaterialet en stund ble mengden håndterlig. Kandidaten har forsøkt gjennomgående å beholde kontekst, og har gått tilbake til intervjutekst til og fra. Det har vært til hjelp å diskutere analyse med veileder og medstudenter. Det er reflektert rundt forforståelse, og fokus har vært på å best mulig reflektere det informantene sier gjennom sub-kategorier og kategorier.

Overførbarhet: Dette handler om i hvor stor grad funnene er overførbare til andre settinger eller grupper (Polit & Beck, 2017). Kandidaten har forsøkt, etter beste evne, å gi en tydelig og detaljert fremstilling av metodebruk og fremgangsmåte i denne studien, slik at leser selv kan vurdere overførbarheten. Utvalg og kontekst er beskrevet, men det kan argumenteres for at kultur i større grad burde vært beskrevet tydeligere.

Til slutt er det utført en kvalitativ sjekklister for egen studie for å styrke troverdigheten (vedlegg 10).

5 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funn og resultater fra intervjuer og analyse. Som svar på forskningsspørsmålene ble det analysert frem ni kategorier. Disse ni kategoriene er delt inn i to domener for hjelp til å sortere funnene. Ved hjelp av U. H. Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse ble disse kategoriene analysert frem. Domenene fremsto tydelig da informantene la vekt på det som omhandlet pasienten direkte av behandling og pleie, men de hadde også mye å si om for eksempel omgivelser som, for strukturens skyld, her er kalt indirekte pasientomsorg. Og slik, via domener, kategorier og sub-kategorier vil resultater presenteres videre.

5.1 Domene 1: Indirekte pasientomsorg

I dette domene ble det analysert frem fire kategorier. De fire kategoriene presenteres videre under med tilhørende sub-kategorier.

5.1.1 Kategori: fra ønske om endring til gryende endring

I sub-kategoriene under «fra ønske om endring til gryende endring» ligger det at intensivsykepleierne fortalte om hvordan de ønsket at samarbeid i team, spesielt lege, skulle foregå. Hvordan samarbeidet var viktig for at de skulle få ivareta pasienten godt, lett-sedert eller våken. De fortalte om bemanning som utfordring, og at våkne pasienter er mer personellkrevende enn de som er dypt sedert. De følte seg ikke alltid sett for hvor krevende det var. Og spesielt med urolige pasienter. Dette satt krav til hvordan man samarbeidet både med lege, men også innad i sykepleierteam. Samtidig opplevde de at noen områder er i endring, og at de begynte å føle seg hørt når det gjaldt, for eksempel, bemanning.

«Det er jo litt individuelt med samarbeid da. Mange (les leger) er hvertfall veldig opptatt av å ha de så våkne som mulig». (1)

«en pasient som ikke klarer å ligge i ro i senga, eller ta imot behandling eller samarbeide i det hele tatt, så er det ikke alle leger som skjønner at er fryktelig utfordrende og stå der inne time etter time fordi de er kanskje inne tre minutter og ser pasienten og går ut igjen». (2)

De ønsket at legen skulle stå inne på rommet og vurdere pasienten sammen med intensivsykepleier.

«men så syns jeg jo det er andre leger som har veldig stor respekt for det og forstår det veldig godt, og kanskje blir stående der inne sammen med deg for å virkelig se. Og virkelig komme med: er det noe annet vi kan gjøre liksom. Kontra bare å...på en måte...sedere helt ned. Men klare å roe det da». (1)

I utsagnene ovenfor ligger også uttrykk for at det ikke er faste rutiner på plass for hvordan denne vurderingen av pasienten skal foregå i samarbeid mellom lege og sykepleier, og at det er tilfeldig hvilke leger som går inn og tar seg tid til vurderingen sammen med intensivsykepleier. Det var et tydelig ønske fra intensivsykepleierne om at legen skulle ta seg tid. Samtidig forteller de om at det var viktig å ha tilgjengelig hjelp fra kollegaer ved behov for å kunne bytte på å være på rommet eller dele på arbeidsmengden.

«at man får seg en pause innimellom. Man er absolutt mer avhengig av det tror jeg. Hvis man kan være to stykker på en pasient. Hvis det er mulighet til det så blir det at man kan...ta å bytte litt på...». (3)

Videre snakket de om at samarbeid med lege, samarbeid i team og økt personell i noen grad har endret seg, og at det begynner å bli mer som man ønsker det skal være, men alt er ikke helt på plass enda. For eksempel som her i forhold til personell:

«Det hender jo det er vanskelig (les med personell). Men det er klart...trenden på avdelingen er at vi har fått mer og mer personell». (1)

Og det ble snakket negativt om tanken på å sedere ned pasienten med bakgrunn i personellmangel versus pasientens behov;

«Nei, det forsinker jo hele behandlingsløpet tenker jeg. Og det er jo elendig behandling og elendig intensivsykepleie...». (1)

5.1.2 Kategori: Våge å si ifra for endring

Intensivsykepleierne la vekt på at endringen som hadde skjedd i praksis med samarbeid i team, bemanning, og dette med å behandle etter anbefalt praksis var avhengig av at intensivsykepleier våget å si ifra om sine behov. De snakket om at noe var endret fordi de hadde sagt fra, og at dette måtte de fortsette med. Men samtidig er det ikke alle som våger dette. Intensivsykepleier 3 snakket om å si ifra til lege:

«jeg synes jo de fleste legene her er ganske flinke til å høre på hva vi sier siden det er vi som er der hele tiden og at...eller at man sier nå synes jeg du skal komme her å se litt selv da». (3)

«Men det er sikkert forskjellig fra sykepleiere det og. Hvem som tørr og si ifra, og hvem som ikke tørr å si ifra». (3)

Videre snakket intensivsykepleier 1 om at man må tørre å si ifra om behov for personell også når noe går utover faglighet.

«..så da bare sa jeg til ansvarsvakta at det går bare ikke...jeg må ha en til ellers går ikke dette. Og det sa jeg til den legen som var på vakt og...men det er klart at han synes vel jeg var litt streng. Eller hva skal jeg si...noen ganger er det vel litt slitsomt med noen som sier ifra, Men det tenker jeg at det måtte jeg jo, for det gikk jo ut over behandlinga hennes rett og slett». (1)

Og hun snakker om at noen ting har blitt bedre fordi man har sagt fra, men at alt ikke er helt optimalt.

«vi er veldig skjevt bemannet i helgene...samtidig så det i ferd med å endres og...for vi har jo sagt fra å, så klart...mange ganger...vi ser jo det at vi gjør ikke så mye annerledes i helgen...» (1)

«for disse endringene var jo ikke sånn som kom over natta...når vi begynte jo å si ifra...det tok jo litt tid...for lenge siden var jo vi bare to sykepleiere per rom, og det er klart at skal du ha to våkne intensivpasienter der så er du nødt til å ha en hjelper. Kanskje to. Og så kom det etter hvert at man fikk en hjelper til...mest på dagtid da. Også sa man fra enda mer, også ble det mer hjelp på helgene og...» (1)

5.1.3 Kategori: tilpasninger etter pasientens behov

De to siste kategoriene i dette domene omhandler tilpasninger av omgivelser etter pasientens behov, og tilpasning av behandling etter pasientens behov.

Intensivsykepleierne var opptatt av intensivrommet og anbefalt praksis. De fortalte at rommet i seg selv ikke er endret mye siste tiår, men de var oppdatert på mye kunnskap om hvordan rommet burde være, og hva som var oppfattet som best for pasientene. Og de forsøkte å tilpasse etter rammene de har.

«noen ganger kan det være veldig bråkete på en intensivavdeling. Hvis man får inn en ny pasient på samme rom på natta. På med lys...mange mennesker. Mye beskjeder...Mye sånn hektisk, eller sånn urolig stemning da. Som denne pasienten kanskje blir vekt og ikke faller til ro. Det er jo en stor ulempe med å ikke ha enerom» (2)

De la alle vekt på mange ulike ting de tilpasset for å ivareta pasienten, som lys, lyder og skjerming.

«...våkne, og lett-sederte pasienter får jo med seg veldig mye, og hvis man bare skal tenke på lys da. Hvor skrur man på lyset. Skrur man på det som er rett over pasienten som de får midt i ansiktet og midt i øynene...» (3)

De snakket om at det var viktig å involvere pasienten og la de være med å bestemme.

*«hva liker pasienten selv. De kan jo kanskje være med å bestemme hvilket lys de vil ha på selv»
(3)*

Og også hvordan man kan henge opp bilder av familie, og involvere pårørende for å gjøre omgivelsene kjente og trygge;

«Jeg tror også det er viktig med at man kan få inn litt bilder, eller hvis det er barnebarn som har tegnet litt tegninger, å henge opp sånne ting som er litt kjente for pasienten» (3)

Videre snakket de om sedasjonsbehandlingen og tilpasning av denne. Det var fokus på hvor individuell behandling pasienten krevde. De fortalte at de brukte analgo-sedasjon protokoll i grunn, men at medisiner og doser ofte måtte reguleres, og at man måtte ha rom for å endre behandling etter pasientens behov.

«Man har jo planer og som man kan følge. Og legen har kanskje laget en plan. Og noen ganger fungerer ikke det og man må avvike og finne en annen vei for den pasienten som fungerer bedre eller går litt saktere eller fortere eller...ut fra tilstanden til pasienten» (2)

Også i denne kategorien hadde de god kunnskap om hva som er anbefalt praksis. De snakket om hvordan det burde være, og at ikke alt er tilrettelagt rundt de for å kunne gjennomføre dette. Samtidig legger de vekt på hvordan de hele tiden, kreativt, tilpasser rundt pasienten etter pasientens behov, innenfor de rammene de har.

5.2 Domene 2, direkte pasientomsorg

Innenfor domene «direkte pasientomsorg» er det analysert frem fem kategorier som videre svar på forskningsspørsmålene. Disse presenteres videre med tilhørende sub-kategorier.

5.2.1 Kategori: Prioriterer med pasienten i fokus

I sub-kategoriene under «prioriterer med pasienten i fokus», så snakker intensivsykepleierne om hvordan de, i ulike settinger, prioriterer det de gjør med pasientens beste i tankene. De snakker om hvordan de benytter erfaring og kompetanse sammen for å ivareta pasienten i våkenheten, hvordan de ivaretar pasienten i akutte situasjoner, og hvordan de balanserer det tekniske og det mellom-menneskelige. De snakker også om hvordan dagen har endret seg nå når pasientene er våkne og hvordan det påvirker daglige gjøremål. Videre snakker de om det viktige samarbeidet med pasienten gjennomgående i alt, og også at det er bevisstgjørende og lærerikt med pasienterfaringer.

«Men det er klart at vi vet jo at de får med seg enda mer jo våknere de er, så det er veldig viktig å ha fokus på tenker jeg. At det på en måte...selv om vi har den tekniske hverdagen vi har, at den mellom-menneskelige relasjonen er et stort fokus fra du går inn i rommet» (1)

«jeg tenker jo erfaring er viktig, men det er klart det er viktig med kompetanse og da» (1)

«for jeg har jobbet såpass lenge som jeg har gjort...Men er du ny så tror jeg nok det hadde vært mye større stress da. Og skulle liksom huske at pasienten ligger i senga samtidig som du prøver å få gjort de tekniske tingene» (3)

Ved spørsmål om hvordan de håndterer akutte situasjoner var det fokus på hvordan de prioriterte hva som ble gjort, og hvordan de bevarte pasienten i situasjonen, fordi de visste pasienten måtte leve med dette minnet i ettertid og situasjonen kunne være traumatisk for pasienten.

«Jeg tenker at i de situasjonene så må vi prøve og først og fremst gjøre de akutte tingene. Men du må ha med deg pasienten og» (1)

«Men det kan jo være situasjoner hvor pasienten blir stressa da. Eller engstelig i etterkant. Fordi hun eller han har fått med seg mye» (2)

«Og det sleit han med i etterkant. At han var veldig redd. Fordi han hadde fått med seg at han hadde hatt mange hjertestans» (2)

Det ble sett på som negativt hvis man ikke klarte å ivareta relasjonen i akuttsituasjonen

«At du tenker at det er ikke så farlig, at nå er det viktigere at jeg ordner alt det tekniske rundt liksom. Så vi redder blodtrykket eller pusten eller hva det nå enn er vi skal redde. Men det er klart at pasienten skal jo sitte igjen med det minnet» (1)

Det var spennende å høre hvordan de brukte pasientens eget uttrykk for symptomer som ekstra parameter for å vurdere situasjonen.

«Men man har jo som fordel at man kan spørre om de blir uvel eller kvalme eller sånn» (2)

«og de kjenner det jo selv da. De får jo kanskje....du ser det i øynene på de at nå føler de seg ikke så bra liksom når de er så våkne. Eller de kan jo på en måte si ifra hvis de ikke kan snakke eller at de løfter hender eller...at du ser det på kroppen deres at de blir urolige» (3)

I forhold til daglige gjøremål var det gjennomgående at den største endringen var ivaretagelsen av selvbestemmelse hos pasienten. De snakket om at pasienten måtte være med å bestemme og at dagsplan måtte legges opp med pasientens behov i fokus og ikke nødvendigvis prosedyrer og rutiner først.

«Da er det veldig forutsigbart...da er det i hvert fall enklere og at pasienten vet hva som skal skje og at de på en måte, er med på å bestemme da...om de skal se på tv eller hvile etter fysioterapeut eller høre på en lydbok eller..» (2)

«Mens er de våkne og lett-sederte så må man planlegge dagen litt mer med pasienten. På deres premisser for hva de orker. Du må tenke på når skal jeg stelle, når kommer fysioterapeuten» (3)

De snakket om hvor viktig det var å samarbeide med pasienten.

«jeg tenker jo at det er kjempe viktig...jeg tenker at det er en stor del av den intensivsykepleien vi utøver er å prøve og få med oss pasienten på det vi mener er riktig, og jeg tenker det er der vi bruker kunnskapen vår...t» (1)

Og også lærerike pasienterfaringer.

«jeg har lært mye av på intensiv om hvordan pasientene har det når de er intubert. Det er jo når de kommer inn på samtale en stund etter...og så forteller hvordan de faktisk har opplevd ting» (2)

5.2.2 Kategori: Fremmer trygghet for å ivareta pasienten i våkenheten

I sub-kategoriene under denne kategorien ligger det at intensivsykepleierne bidro til å skape trygghet for pasienten. Trygghet for å ivareta pasienten i det lette-sedasjonsnivået. De snakket om hvilket tiltak de utførte, herunder bli kjent med pasienten, være rolig, ta på, informere, tilstedeværelse og realitetsorientering.

Intensivsykepleier 1 sammenlignet å være våken, med pasienter som ofte måtte trygges, mot pasienter som sover som avslappet;

«det er annerledes å ha en våken pasient som du må prøve å trygge i den situasjonen her, kontra en som sover og slapper av. Det er jo forskjell» (1)

Videre tok de opp ulike tiltak:

«Du må i enda større grad fortelle hva du gjør. Og prøve å trygge pasienten...» (2)

«Man prater med de...holder de i hånda, kan stryke de på kinnet hvis det hjelper. Være tilstede da. Ved siden av senga. Ikke gå fra de» (3)

Tilstedeværelse både for trygging, men også for å unngå uønskede hendelser.

«Være tilstede for å trygge, være tilstede for å unngå at det skjer noe uforutsett» (3)

5.2.3 Kategori: Uforutsigbarhet i oppvåkning

Intensivsykepleierne snakket om ulike opplevelser og erfaringer knyttet til de ulike fasene av sedasjon pasient var i. I oppvåkingsfase snakket de om utfordringer med vekking, men også ulike utfordringer i brå-våkningen. Gjennomgående snakket de om at det kunne være uforutsigbart hva som skjedde, og hvordan pasienten var når han/hun våknet.

«hvertfall i en oppvåkingsfase så er det jo vanskelig for de å realitetsorientere seg da. Det er ikke så lett å bli en del av den virkeligheten igjen. Mange er ganske forvirra. Og deliriske og..»(1)

Den ene intensivsykepleieren forklarte i detalj hvordan hun kun ha det ved en brå-våkning;

«Men hvis pasienten sover og er godt sedert med kanskje en RASS -4 eller 5...eller – 3 og så vet du...det er usannsynlig at de kommer til å ta tuben. Og da kan man liksom jobbe mer avslappet rundt senga. Men hvis de er sånn som plutselig våkner til, med en RASS +1 eller 2 eller 3, så er man jo mye mer på mentalt og man kan ikke slappe av sånn. Så jeg syns det er nesten mest slitsom å ha en sånn pasient. Fordi at da må jeg hele tiden følge med på de. Og...kanskje blir litt høyere i skuldrene og litt mer sånn stresset i kroppen enn når du har en som sover og du kan...på en måte...sette deg på en stol og slappe av» (3)

Og en fortalte at noen ganger kommer man ikke i mål;

«Men hvis man ikke finner ut av det, og man stresser og stresser og kjemper og kjemper og drar og drar så kan det også hende at man i noen tilfeller må sedere de mer da. Til man får en roligere oppvåkning forhåpentligvis neste gang» (2)

5.2.4 Kategori: Finner den gylne middelvei

Sub-kategorier under denne kategorien har i felleskap at de omhandler å finne balanse i sedasjonsbehandlingen. Informantene snakker om å finne nivå RASS 0, der pasienten er rolig og samarbeider. De snakker om ulikhetene der de ikke finner RASS 0 og der de finner dette nivået. De snakker om hvordan det oppleves når man står mellom å sedere ned pasienten versus at pasienten har det ubehagelig, og at man noen ganger må stå i situasjoner der pasienten ikke har det bra.

«det mest vanskelige er jo kanskje de pasientene som...hvor det er vanskelig å finne RASS 0 da. Ikke sant...hvor det er vanskelig å få de rolig og samarbeidene» (1)

De snakker om hvordan de bruker tryggingstiltak, men også prøver å finne ut av hva som plager pasienten for å finne rett sedasjonsnivå:

«...da prøver vi å finne ut hva som plager pasienten. Og kan det være smerter, eller er det noe vi kan gjøre noe med, er det tørste...eller er det...hallusinasjoner» (2)

Intensivsykepleier 3 forteller om det hun kaller «den gode historien»;

«jeg har hatt en pasient på respirator som var helt etter boka. Han var rolig, nikka på hodet når du spurte spørsmål. Ikke var han tubeirritert, og...det var nesten gøy å være hos han for han var så samarbeidsvillig, Og han var så lett og ha med å gjøre. For det er ikke så ofte de er det. Jeg syns ofte det er...kan være litt ork egentlig...bare for å begynne med den gode historien da...Og

hvis vi måtte ned å suge så var det helt greit. Han hostet når vi spurte om det. Det var veldig bra...det var sånn veldig god følelse å være der» (3)

I motsetning til der man ikke finner RASS 0 eller pasienten har utviklet delirium:

«..de stresser noe voldsomt. De er tubeirriterte, hoster, brekker seg, stresser med høyt blodtrykk, høy puls. Og den mellom-menneskelige delen der blir jo litt mer at da...man føler jo for de at de har det sånn.... Du vil ikke at de skal ha det sånn, så du har lyst å sedere de mer fordi at da får de det bedre» (3)

«Utfordringer kan jo være hvis de er deliriske eller har store problemer med angst som vi ikke klarer å roe ned» (2)

Samtidig snakker de om at dette er ytterpunkter, og ofte havner pasienten et sted midt i mellom;

«jeg tror nok de fleste er et sted midt i mellom hvor de er samarbeidsvillige hvis de er lett-sederte. Og kanskje litt inn og ut av det å være våken» (3)

Videre snakker intensivsykepleierne om at de noen ganger må stå i dette ubehaget til pasienten. At de blir «dratt» mellom pasientens komfort mot å sedere ned;

«når pasienten stresser veldig så har jeg ikke lyst til at de skal ha det sånn.. Og da er det lett å stresse litt mer selv og. Og ville at man skal gjøre noe for de...men kanskje trenger de bare litt ro. At du ikke gjør noe heller. At de bare får ligge der litt og ha det rolig da. Kanskje det gir seg den tubeirritasjonen. Men det er vanskelig synes jeg noen ganger» (3)

Det er snakk om å tørre å stå i situasjon med ubehag:

«at man må også kanskje tørre å stå i...være litt trygg på seg selv når man står i en situasjon hvor du har en pasient som er våken som kanskje ikke er helt blid og fornøyd. At man greier å stå i den situasjonen sammen med pasienten» (3)

Men også at det noen ganger føltes som å «pushe» våkenhet på pasienten:

«kanskje det der med at jeg syns vi noen ganger pusher pasienten litt på det med våkenhet...vi skal ikke være redde for å sedere ned igjen heller da. Hvis vi ser det er behov. For da blir de jo deliriske» (1)

5.2.5 Kategori: Utfordrende kommunikasjon

Sub-kategoriene i denne siste kategorien handler om kommunikasjon. Hvordan pasientene kommuniserer, dårlige erfaringer med hjelpemidler før pasienten er blitt «langligger» og i en mer stabil situasjon. Og de snakker om hvordan pasientene bruker kroppsspråk. De snakker også om at det noen ganger er vanskelig å forstå at pasienten er delirisk.

Intensivsykepleier 1 og 2 uttrykker hvor individuelt det er å kommunisere med pasientene. Og de snakker om hvordan de stort sett bruker ja/nei spørsmål, riste og nikke på hodet, miming og kroppsspråk for å kommunisere;

«det er klart det er lettere å kommunisere med de hvis de klarer å gi noen tilbakemeldinger. Noen klarer nesten ikke det...da må man prøve å bare ikke gi opp også fortsette...det er jo noen som er kjempe flinke til og klare å gi tilbakemeldinger ved å mime og nikke og riste på hodet ganske fort..» (1)

«kommer sikkert an på person til person. Både pasient og pleier... Men det er jo noen som prøver å prate i lange setninger. Som det er veldig vanskelig å forstå. Istedenfor og...som er enklere da...å svare ja eller nei. Selv om det blir jo litt avstumpet kommunikasjon. Det blir mer sånn utspørring...Men man kan jo ikke gå inn i veldig dyp samtale kanskje. Som man kanskje kan gjøre senere» (2)

De uttrykker dårlig erfaringer med bruk av hjelpemidler hvis pasienten ikke er i stabil situasjon og blir definert som «langligger» av intensivsykepleierne selv;

«Jeg har liksom ikke så god erfaring med å bruke peketavler. At de klarer å peke på riktig ting...Og samme hvis de skal bruke sånn bokstavtavle der de staver ord så syns jeg det er vanskelig. Og vi har også en iPad og den tror jeg kanskje jeg har prøvd en eller to ganger. Og jeg syns ikke det fungerer så bra fordi det blir litt vanskelig på iPad`en. Også trykker de på feil og...så blir det litt vanskelig. Jeg syns ikke det fungerer så bra altså» (3)

De uttrykker dårlig samvittighet over at de «burde vært flinkere» eller «skulle brukt mer» hjelpemidler:

«Jeg er sikkert sånn som glemmer det bort litt også...jeg burde sikkert prøvd det mer da med den peketavla da...»(3)

Til slutt ligger sub-kategori «overraskende delir». Intensivsykepleierne hadde alle tre ulike uttalelser om lett-sedasjon gav mer delirium ikke. Her var det tydelig at fagkunnskapen ikke var oppdatert rundt hva som er risikofaktorer for utvikling av delirium når det gjelder sedasjon. De snakket også om at scoringsverktøy som CAM-ICU og RASS noen ganger kunne være vanskelig å bruke hos pasienter som var inn og ut av våkenhet, eller at man ikke visste helt hvor våkne de faktisk var. Samtidig, når pasientene fjerner all sedasjon, og tar ut endotrakeltube eller trakeostomi, så viser det seg at pasienten er deliriske. Og det har man da ikke klart å forstå tidligere da man ikke har kunnet kommunisere utover det «nødvendige», og ikke scoret pasienten med verktøy for oppdagelse av delirium.

«Og det som kanskje er mest overraskende er jo når vi tar ut tuben. Så er det jo mange vi har tenkt at de ikke er deliriske...kanskje er de ikke CAM-ICU positive heller, men de har jo drømt en hel masse rart som ikke vi har skjønt og forstått. Men igjen da...på sånne enkle ting som har du sovet godt, skal vi snu deg, har du vondt ikke sant...så har de tilsynelatende svart helt adekvat, mens de har hatt drømmer som ja...de aldri har hatt før...og kanskje ikke får igjen heller liksom, så det er ikke alltid det at RASS 0 og CAM-ICU negativ sier at de ikke er deliriske» (1)

6 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å få dybdekunnskap om hvordan intensivsykepleier opplever det å arbeide med lett-sederte eller våkne pasienter respiratorpasienter. I dette kapitlet vil funnene fra kapittel 5 diskuteres opp mot det personsentrerte rammeverket og tidligere forskning. Både de manifeste, og de latente funnene i form av egne tolkninger. Det er velkjent at det er flere utfordringer knyttet til person-sentrert praksis. Spesielt på sykehus, og innen akuttsykepleie. På intensivavdelingen spesielt knyttet til et komplekst miljø, kultur og annen kontekst, også påvirket av politikk og økonomi (McCormack & McCance, 2017). Denne oppgaven tar ikke for seg disse faktorene, men vil bruke hovedfunn og diskutere opp mot pasient-sentrert omsorg slik rammeverket beskriver.

6.1 Fra ønske om endring til gryende endring

Under domene «indirekte pasientomsorg» snakker informantene om team arbeid, og mest om samarbeid med lege. De trekker frem dette samarbeidet som mest nært, og legen som den nærmeste diskusjonspartneren rundt behandlingen til pasienten. Det person-sentrerte rammeverket beskriver det de kaller pleie-omgivelser. For å kunne utføre person-sentrert sykepleie må nettopp pleie-omgivelsene legges til rette, slik at blant annet team-arbeid kan fungere person-sentrert (McCormack & McCance, 2017). Man vet fra tidligere at team-arbeid, spesielt med anestesilege/intensivlege, er viktig for at intensivsykepleier skal oppleve at de gjør en tilfredsstillende jobb med sedasjon hos den lett-sederte respiratorpasienten (Karlsson & Bergbom, 2015; Laerkner, Egerod, et al., 2015; Lind et al., 2018). Dette samsvarer med funn i denne oppgaven. Informantene fortalte at det var variabelt hvor godt samarbeid de hadde med legene på avdelingen. Og det fremsto tilfeldig hvilke leger som kom inn og vurderte pasientens sedasjonsnivå. Kandidaten oppfatter det som det ikke er rutine i avdelingen for hvordan denne vurderingen skal foregå, og at det i stor grad er lege som ordinerer sedasjonsnivå, og intensivsykepleier som vurderer nivået, med liten innvirkning på hverandres oppgaver. Informantene fortalte at noen leger hadde respekt for deres arbeid, og kom inn i rommet og

vurderte sedasjon i samarbeid, men dette ble oppfattet som et fåtall. Informantene uttrykte også at det krevdes «mot» å si ifra til lege når de ønsket at legen skulle komme inn å vurdere, eller om de trengte en diskusjonspartner. Det fremsto som om de ikke alltid følte seg sett for hvor krevende det var å stå hos pasientene, spesielt hvis man ikke nådde mål med RASS 0. Som rammeverket for person-sentrert omsorg viser bør nettopp teamsammensetning, systemer for delt beslutningstaking, maktbalanse og kollegiale forhold være forutsetninger for å kunne arbeide person-sentrert. Oppgaven har ikke tatt for seg hva det er som gjør det vanskelig å si ifra til lege, men det kan spekuleres i om intensivsykepleier opplever en asymmetrisk maktbalanse der som vanskeliggjør samarbeidet. Samtidig har intensivsykepleier en selvstendig plikt til å samhandle med resten av behandlingsteamet (Norsk Sykepleierforbund NSFLIS, 2017). Jakimowicz, Perry og Lewis (2017) trekker også frem intensivsykepleier-lege samarbeidet som noe som kan være en barriere for implementering av person-sentrert omsorg. De skriver at det kan oppstå konflikter ved ulike meninger rundt behandling, og også hvis intensivsykepleier ikke føler seg inkludert i planlegging eller avgjørelser i behandling. Funnene indikerer dog at intensivsykepleierne ser behov for forbedring og noen tørr å «si fra» for å endre dette.

Videre trekker informantene frem bemanning som en annen del av «den gryende endringen» for å fremme person-sentrert praksis. Også her må de «si ifra» for endring. Informantene trekker frem ulikheter ved å jobbe med lett-sederte og våkne pasienter i forhold til dypt sederte pasienter. De trekker frem at det ofte er mentalt krevende å ha ansvar for disse pasientene i motsetning til sovende pasienter, som kan være mer fysisk krevende. De nevner at de trenger hyppigere pauser fra rom, og er avhengig av en hjelper på rommet for avlastning. De trekker frem at de, i større grad, må forholde seg personen som ligger i sengen. Pasienten vil ha kontakt med intensivsykepleier når de er lett-sederte eller våkne, og denne mellom-menneskelige relasjonen tar stor plass i en arbeidsdag. Intervjuene viser at avdelingen noen ganger bemanner opp etter behov, utenfor planlagt turnus og grunnbemanning. Informantene sier også at det er variabelt hvor godt de er bemannet i helgene, men de snakker også om at bemanningen er bedre enn den var før, og at dette er i endring. De føler seg til dels hørt av ledelse, men at det tar tid før de opplever bemanningsendring på kroppen i arbeidsdagen. Norsk sykepleierforbund sin bemanningsstandard (Norsk sykepleier forbund, 2014) viser at det trengs 1,5- 2 intensivsykepleier per. pasient for å sikre faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet i arbeidet. Dette samsvarer med funnene i oppgaven, da informantene opplever dette som behovet. Det

kan diskuteres om oppbemanning utover turnus blir en slags brannslukking av akutte behov for intensivsykepleiere, og at denne endringen i sedasjonspraksis gjør behovet for flere intensivsykepleiere og økt grunnbemanning større. Vi vet også at bevisste pasienter krever mer oppmerksomhet og tilstedeværelse av intensivsykepleier for å kunne kommunisere ut behov, og hvis intensivsykepleier grunnet arbeidsmengde ikke kan møte dette behovet kan det gi pasienten angst, eller følelse av å ikke bli ivaretatt (Karlsson & Bergbom, 2015). Nok personell må være tilstede for at hver enkelt pasient skal kunne motta pleien de har krav på, etter standarden man ønsker i rammeverk for personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2017), og kandidaten tolker det som et ønske fra informantene om å bli hørt på disse utfordringene. En undersøkelse om bemanningsutfordringer i helseforetakene understøtter dette poenget, og viser blant annet at de ansattes egenvurderinger gir indikasjon om at bemanningsutfordringer kan ha betydning for kvaliteten på helsetilbudet som gis (Riksrevisjonen, 2019). Informantene selv var opptatt av å ha pasienten i fokus, og utøve sykepleie av høy kvalitet. Den ene informanten sa at det opplevdes som «*elendig behandling og elendig intensivsykepleie*» å skulle sedere ned pasienten med bakgrunn i bemanningsutfordringer. Og de kjempet mot det de anså som en etisk utfordring her. I likhet med samarbeid med lege, kan det dermed diskuteres om dette er nok en barriere for utførelse av person-sentrert praksis.

6.2 Tilpasser omgivelser etter pasientens behov

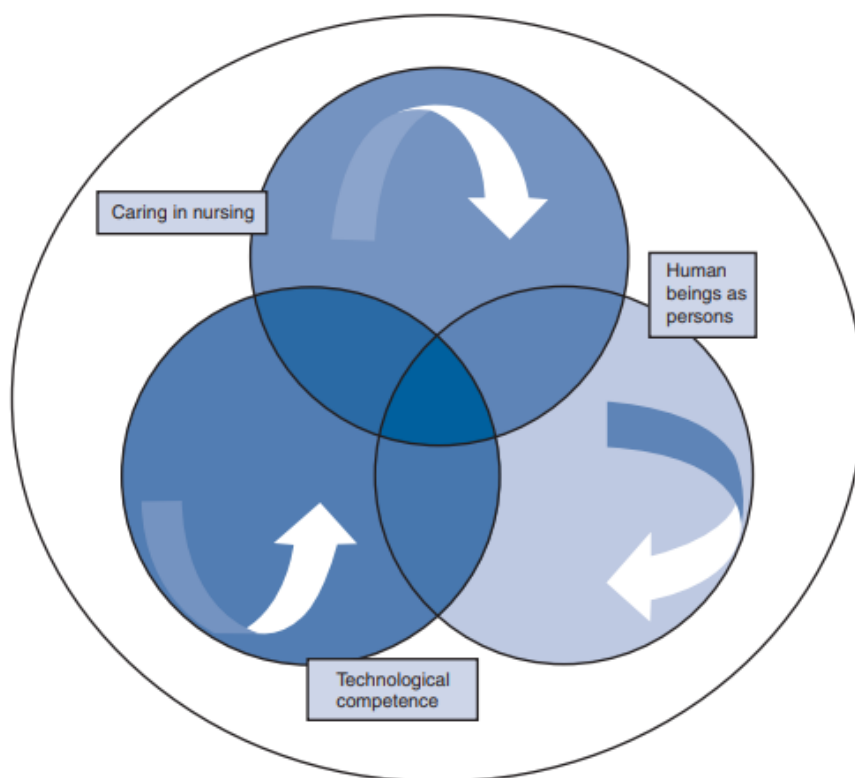
Informantene trekker videre frem intensivrommet som noe de ønsket fokus på. Vi vet fra tidligere forskning at det er for høy lyd på rommet i forhold til anbefalt lydnivå (Lotta Johansson, Bergbom, Waye, Ryherd & Lindahl, 2012). Intensivrommet med alt tilhørende utstyr gjør dette rommet til et av de mest tekniske miljøene på sykehuset, og man vet at pasienten som ligger der opplever å være koblet til utstyr og medisiner, de blir utsatt for det høye lydnivået, skarpt arbeidslys, varme og kulde de til dels ikke styrer selv, og ikke minst kan de se andre pasienter kritisk syke. Alt dette kan føre til fysisk og psykisk stress for pasienten som selv kjemper med egen situasjon (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2010) Med endringen i sedasjonspraksis skal respirator-pasienter nå være våkne i dette miljøet. Med hensyn til omgivelsene og miljøet kan man da diskutere om denne sedasjonspraksisen faktisk er til det beste for pasienten. Om

pasienten i tillegg er plaget av uro, opplevelser av ubehag eller delirium, vil det kunne tenkes at miljø som ikke fremmer person-sentrert praksis påvirker pasienten negativt. Funnene i denne studien tyder på at intensivsykepleierne jobber for å fremme det McCormack og McCance (2017) kaller gode pleie-omgivelser. De jobber kreativt for å tilpasse omgivelser og miljø til pasientens beste ved for eksempel tilpasse lys og lyd, samt involverer pasienten som kan uttrykke ønsker om hvordan han/hun vil ha det. Informantene forteller også om mange ulike situasjoner hvor de forsøker å ivareta pasientens autonomi. Alt dette innenfor rammene de har tilgjengelig. Kandidaten oppfatter engasjementet fra informantene rundt intensivrommet som beskrivende for ønsker om å utvikle intensivrommet i enda mer terapeutisk retning. Kandidaten mener derfor at barrierer for implementering av kunnskapsbasert forskning på intensivrommet kan, i stor del, se ut til å ligge i økonomi og helsepolitikk, og mindre i klinikken utfra informantenes uttalelser.

6.3 Prioriterer med pasienten i fokus

Intensivrommet med alt det inneholder skapte mange refleksjoner hos informantene. Herunder også det å jobbe i sjiktet mellom mellom «high tech» og «high touch», altså hvordan de balanserer å jobbe med teknisk utstyr samtidig med ivaretagelse av pasienten (Stubberud, 2020a). Videre i analysen finner vi dette igjen i kategorien «prioriterer med pasienten i fokus». Rammeverket for person-sentrert omsorg tar for seg dette innenfor «pleie-omgivelsene», men også innenfor «kronbladene» med «providing holistic care». Altså pleie og omsorg for *hele* pasienten. Informantene trakk frem at de balanserte mellom det tekniske og det mellom-menneskelige og at de hele tiden prioriterte oppgavene etter pasientens behov. Både medisinsk og psykisk. De reddet først og fremst liv, samtidig som de fremhevet at pasienten skulle leve med minnet om situasjonen, og de ønsket å ta vare på pasienten i dette. Problemstillingen med å skulle drive person-sentrert omsorg i dette tekniske miljøet er tatt opp i noen studier. Blant annet fant Crilly et al. (2019) at det kunne være utfordrende for uerfarne intensivsykepleiere der det tekniske utstyret kunne ta for mye oppmerksomhet bort fra pasient. Mens erfarne intensivsykepleiere i større grad holdt en balanse mellom det tekniske og det person-sentrerte. Funnene ligner det informantene i denne oppgaven fortalte. Der de snakket om viktigheten av kompetanse og erfaring hånd i hånd i dette høyteknologiske miljøet. Videre er denne

problemstillingen også tatt opp i litteraturstudien til Jakimowicz et al. (2017). Her trekker de frem at det tekniske utstyret også brukes for å fremme person-sentrert omsorg, ved at utstyret kan sees på som en forlengelse av intensivsykepleiers armer og øyne, og gir trygghet og sikkerhet for både intensivsykepleier og pasient. Balansen mellom det tekniske og det mellom-menneskelige kan man også se på i lys av Locsin`s teori om teknologisk kompetanse som omsorg (E.Parker & C.Smith, 2010). I Locsin`s teori, i likhet med rammeverk for person-sentrert omsorg, finner man at tillit dannes når sykepleier blir kjent med pasienten som person, og ikke dømmer eller kategoriserer som «bare en annen person» eller pasienten som en «opplevelse». Sykepleier skal da bruke sin tekniske kompetanse til å bli kjent med pasienten som en unik person. Uten å gå i dybden på denne teorien ønskes det likevel å trekke frem et bilde på den komplekse helheten som er teknologi versus omsorg, og som kandidaten synes Locsin beskriver i bildet nedenfor.



(E.Parker & C.Smith, 2010, s. 463)

Figur 6-1: Locsin`s teori om teknologisk kompetanse som omsorg

6.3.1 Det viktige samarbeidet

I rammeverket til McCormack og McCance (2017) ligger det de kaller «care-processes». Innenfor dette er blant annet delt beslutningstaking, og i dette ligger autonomi, eller selvbestemmelses rett hos pasienten. I forhold til autonomi trekker informantene frem mange ulike eksempler på hvordan de involverer pasienten innenfor kategorien «prioritere med pasienten i fokus». For eksempel sier de at de legger opp dagen etter pasientens behov, og lager dagsplaner i samarbeid med pasienten for å skape forutsigbarhet i hverdagen. Informantene legger også vekt på hvordan sedasjon er en individuell behandling, og sier «*alle er ikke like*». Det oppfattes som et tydelig etisk prinsipp å ivareta autonomien med lett-sederte og våkne pasienter i samsvar med funn i andre studier (Laerkner, Egerod, et al., 2015; Mortensen et al., 2019; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson, 2013). Derfor er det overraskende at ingen av informantene snakker om å involvere pasienten selv i egen sedasjonsbehandling. De snakker om samarbeid med lege og i team angående behandlingen, og samtidig snakker de mye om å vurdere hvordan pasienten har det, men ingen snakker om å spørre pasienten selv. Dette skaper ulike spørsmål til diskusjon videre. Er det våkenhetsgraden som er problemet? Hvis pasientene ikke er så våkne at man kan kommunisere med de om sedasjonsbehandlingen. Er de da ikke så våkne som retningslinjene sier de skal være? Våkenhet som fenomen er ikke tatt opp i denne oppgaven, men det skaper tanker om hvilket sedasjonsnivå pasientene faktisk har versus nivået som er anbefalt. Og det skaper tanker om forskjellen mellom våkenhet og bevissthet. Og ikke minst hvor våkne pasienten selv opplever seg. Videre sier informantene at de opplever at pasientene stort sett ligger «et sted imellom sovende og våken». Dette kan også indikere at man ikke oppnår den grad av RASS nivå som bør tilstrebes. Eller motsatt; at den grad av RASS nivå som er anbefalt gir pasienten de verste opplevelsene de kan ha innenfor sedasjonsbehandling, der de opplever mest ubehag med for eksempel mareritt og hallusinasjoner (Berntzen et al., 2018b) Man kan også spørre seg om intensivsykepleierne bruker pårørende mer aktivt til beslutninger om sedasjon.

6.4 Fremmer trygghet for å ivareta pasienten i våkenheten

Å fremme trygghet var gjennomgående i intervjuene. Fokus på bli kjent med pasienten, være rolig, ta på, informere, kontinuerlig tilstedeværelse og realitetsorientering. En informant sammenlignet pasienter som er lett-sederte eller våkne på respirator, med pasienter som ofte måtte trygges. Mot pasienter som sover som avslappet. Denne kontinuerlige tilstedeværelsen for å fremme trygghet, og dermed også unngå uheldige hendelser, finner man igjen i studien til Laerkner, Egerod, et al. (2015) og Karlsson og Bergbom (2015). Informantene opplevde de overnevnte sub-kategoriene som mentalt krevende. De uttalte at de oftere hadde «høyere skuldre» og måtte være fullt tilstede både fysisk og mentalt, hele tiden. Det ble sett på som nødvendig å fremme trygghet, for å bevare både pasienten i våkenheten, og våkenheten i seg selv. Intensivsykepleierne arbeidet hele tiden med pasienten i fokus, i tråd med prinsippene innenfor rammeverket for pasientsentrert omsorg, hvis man ser utover barrieren med bemanning og tilgang på pauser. Under «care processes» er dette med «providing holistic care», «having a sympatic presence» og «engagement» (McCormack & McCance, 2017) en del av det som må til for å skape person-sentrert omsorg som utkom for pasientene. Både tilfredsstillelse med behandlingen og følelse av velvære. Tiltakene for å fremme trygghet ble sett på som grunnleggende og nødvendig for å fremme det intensivsykepleierne oppfattet som god sykepleie. Men det kunne være slitsomt å utføre tiltakene, noe som kan utfordre «ekteheten» i empati og omsorgen for pasienten som fremsnakkes i person-sentrert rammeverk.

6.5 Finner den gylne middelvei

Etter flere gjennomganger av intervjumaterialet fremsto det at informantene snakket svært ulikt om de ulike fasene i respiratorbehandlingen til pasienten. Fra oppvåkning, til de første dagene, og videre til det de definerte selv som «langligger». En som lå våken, stabil over lenger tid. Det de trakk frem som mest utfordrende var «bråvåkning» og der de ikke kunne finne RASS 0. Disse sub-kategoriene ligger under kategorien «finner den gylne middelvei» hvor informantene beskrev hvordan de arbeidet for å finne ideell sedasjon hos pasientene, i de ulike behandlingsfasene pasienten er i. Ønsket var å lette sedasjon hos pasienten, til pasienten var

rolig og samarbeidende. Men informantene fortalte at det var mer unntak enn regel å få til på en god måte. Noen ganger bråvåknet pasienten og det kunne oppstå uheldige hendelser med for eksempel utstyr som ble dratt ut. Og ofte kom de ikke i mål med sederingen. «I mål» ble beskrevet som rolig og samarbeidende pasienten. I de situasjonene man fikk til RASS 0 synes informantene at det var en enkel jobb med pasienten. De lærte seg å stole på hverandre, samarbeide og jobbe rehabiliterende. Men informantene beskrev at ofte hadde pasienten ubehag de ikke klarte å lette, og mange ganger var pasientene urolige. Dette ubehaget og uroligheten måtte intensivsykepleier noen ganger stå i. Enten fordi de ikke ble hørt av resten av teamet for hvordan de oppfattet at pasienten hadde det. Og noen ganger fordi de visste at lett-sedasjon var anbefalt behandling, og dermed valgte å fortsette. Det utfordret intensivsykepleier å se at pasienten ikke hadde det bra. De beskrev en følelse av å bli trukket mellom anbefalt behandling og hvordan de oppfattet at pasienten hadde det. Denne balansen mellom å skulle sedere ned, versus pasientens beste var utfordrende. Beskrivelsen av ubehag som ikke kan lettes, eller forventes med respiratorbehandling, finner man igjen i studien til Berntzen et al. (2019). Enkelte ganger kan pasienten være forvirret eller deliriske. Pasienten opplever det som å være «frarøvet» en funksjonell hjerne (Berntzen et al., 2019), noe som kan sees i sammenheng med funn i denne studien, hvor intensivsykepleierne forteller om utfordringer knyttet til å fange opp delirium, eller roe ned uten medikamenter. I tillegg ble det sett på som utfordrende å kommunisere. Sett opp mot rammeverk for personsentrert omsorg kan lett-sedasjon i seg selv, som behandling, utfordre rammeverket, hvis det er sånn at pasienten ofte har opplevelser av negativ karakter. Det kan diskuteres om man her fortsatt har en vei å gå for og fremme person-sentrert omsorg. Er lett-sedasjon best behandling når pasienten ikke har det bra? Hvor mye ubehag kan man forvente at pasienten skal ha? Dette ville være naturlig å utforske videre.

6.6 Utfordrende kommunikasjon

Lett-sederte og våkne pasienter ble beskrevet av informantene som utfordrende å skulle kommunisere med. Informantene fortalte at endotrakealtuben i munn, og cuff i trakea, gjør at pasienten ikke kan snakke. Oppvåkingsfase og den første tiden etter kunne være ekstra utfordrende da pasientene også kunne være urolige eller deliriske. Den første tiden sier

informantene at de «utspørr» pasienten med spørsmål som «*ligger du godt?*», eller «*har du vondt?*». Hvorpå pasienten kan svare ja/nei, eller nikke og riste på hodet. Dypere samtaler kommer senere når pasienten er sterkere og mer i stand til å samarbeide. Informantene sier i tillegg at de har dårlig erfaringer med hjelpemidler og bruker de sjelden. Dette synes kandidaten er interessant. Forskning viser at delirium er en vanlig konsekvens av intensivbehandling og sedasjonsbehandling (Porhomayon et al., 2016; Stubberud, 2020d). Når pasienten er lett-sedert bør man ha mulighet til å oppdage delirium hvis pasienten er sedert etter anbefalinger (Devlin et al., 2018) Informantene forteller også at de ikke alltid scorer pasienten med CAM-ICU fordi det er vanskelig å kommunisere, eller pasienten er forvirret. Så det kan dermed se ut som at intensivsykepleier ikke gjør det de kan for å oppdage delirium fordi kommunikasjon og hjelpemidler er vanskelig. Samtidig uttrykker informantene dårlig samvittighet, og sier de «*burde sikkert brukt mer hjelpemidler*» (1). Deretter forteller informantene historier om at de blir overrasket over at pasienten er delirisk når han/hun våkner, fordi de ikke har funnet det ut tidligere. Kommunikasjon med lett-sederte respiratorpasienter er en kompleks situasjon som er utfordrende på mange måter. Man vet det kan gi intensivsykepleier følelse av frustrasjon når pasienten ikke klarer å bruke hjelpemidler (Lind et al., 2018). Det stiller også krav til å bruke kroppsspråk aktivt, lese på lepper og bruke øyne og blick (Mortensen et al., 2019). Hos kandidaten kan dette tolkes som at intensivsykepleier gir opp. Kanskje det kan være uttrykk for demotivasjon når frustrasjonen når både pasient og intensivsykepleier. Dette kunne vært interessant oppfølging videre, da utilstrekkelig kommunikasjon kan skape dårlig terapeutisk relasjon sett i lys av person-sentrert omsorg (Jakimowicz et al., 2017). Om pasienten har redusert bevissthet blir det enveis kommunikasjon. Om pasienten ikke er i stand til å bruke hjelpemidler på grunn av sykdom og svakhet, kan det skape frustrasjon hos alle parter. Og om intensivsykepleier ikke forstår hva pasienten forsøker å gi uttrykk for gjennom kroppsspråk er det vanskelig å oppnå person-sentrert omsorg i helhet (Jakimowicz et al., 2017). Dette stiller krav til at intensivsykepleier gjør det de kan for å forstå pasienten, bli kjent, og som konsekvens kanskje klare å oppdage delirium. I tillegg hadde det vært spennende å undersøke videre om intensivsykepleier benytter seg av pårørende i større grad som ressurs.

7 Konklusjon

Denne studien har tatt for seg intensivsykepleiers opplevelser og erfaringer med den mellom-menneskelige relasjonen til lett-sederte eller våkne pasienter, omgivelsenes påvirkning og lett-sedasjon som behandlingsmetode. Resultatene viser utfordrende sider ved tema, men også gode historier om hvordan det kjennes og lykkes med behandling. Det var overraskende hvor mye informantene trakk frem omgivelser, bemanning og annen «kontekst» som betydningsfullt.

Den ene informanten sa beskrivende *«Jeg synes at vi har blitt flinkere til å ha våkne pasienter og er blitt flinkere til hvordan vi skal hjelpe de å ha det bedre. Og hjelpe de til å få litt kortere liggetid, og kanskje ekstuberes fortere, fordi vi kan ha de mer våkne. Hvordan man skal legge til rette for de å være mer våkne...og det er jo bare at vi trenger litt erfaring rett og slett for å gjøre det.»*(3)

Akkurat dette viser at man nå har arbeidet en stund innenfor ny praksis med lett-sedasjon, og kan kanskje vise at praksis er mer implementert enn for få år siden. Det er en del av intensivsykepleiers hverdag å arbeide med lett-sederte og våkne respiratorpasienter og man lærer og utvikler seg.

Intensivsykepleierne ser det fortsatt kreves endringer i rutiner, bemanning og team-arbeid og jobber for å si ifra og endre dette, slik at de best mulig kan utøve intensivsykepleie til lett-sederte og våkne respiratorpasienter. De lærer av pasienterfaringer og prioriterer oppgaver med pasienten i fokus. Både prioritering av daglige gjøremål, men også hvordan de bruker teknisk utstyr eller håndterer akutt-situasjoner. Gjennomgående arbeider intensivsykepleier for å skape trygghet for å ivareta både pasienten og sedasjonsnivået. De jobber for å finne «den gylne middelvei» innenfor sedasjonsbehandlingen, og i dette ligger det, noen ganger, å måtte stå i ubehaget, både sitt eget og pasientens. Men også noen ganger sedere ned igjen etter pasientens behov, å prøve på nytt. Intensivsykepleierne utfordres også innenfor kommunikasjon, og ser at de ofte ikke lykkes med å fange opp delirium.

Resultatene i denne studien viser at intensivsykepleier til dels «jobber mot strømmen» for å bryte barrierer for person-sentrert omsorg. Samtidig er intensivsykepleierne opptatt av å jobbe person-sentrert og tilrettelegger kreativt rundt seg, innenfor rammene de har.

Litteraturliste

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306.
<https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182783b72>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M. & Wøien, H. (2019). "Please mind the gap": A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *J Clin Nurs*, 29(13-14), 2441-2454.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. & Wøien, H. (2018a). "Having the compass—drawing the map": Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgosedation in intensive care. *Nurs Open*, 6(2), 453-462. <https://doi.org/10.1002/nop2.227>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T. & Wøien, H. (2018b). "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *J Clin Nurs*, 27(1-2), e223-e234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13920>
- Brattebø, G., Gjerde, S., Muri, A. K., Aarland, I. C., Flaatten, H. & Hofoss, D. (2003). Reduction of ventilator time by systematic quality work. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(5), 634-637.
- Crilly, G., Dowling, M., Delaunoy, I., Flavin, M. & Biesty, L. (2019). Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis. *J Clin Nurs*, 28(23-24), 4250-4263. <https://doi.org/10.1111/jocn.15043>
- Det kongelige helse-og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld.nr.47, Samhandlingsreformen, rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Devabhakthuni, S., Armahizer, M. J., Dasta, J. F. & Kane-Gill, S. L. (2012). Analgosedation: A Paradigm Shift in Intensive Care Unit Sedation Practice. *Ann Pharmacother*, 46(4), 530-540.
<https://doi.org/10.1345/aph.1Q525>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., P.Pandharipande, P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU, 46(9), e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- E.Parker, M. & C.Smith, M. (2010). *Nursing theories & nursing practice* (3. utg.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Egerod, I. (2009). Cultural Changes in ICU Sedation Management. *Qual Health Res*, 19(5), 687-696.
<https://doi.org/10.1177/1049732309334014>
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I. & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 31(6), 325-335. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>
- Fuchs, B. & Bellamy, C. (2020). Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance and withdrawal. *UpToDate*. Hentet fra www.UpToDate.com
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Graneheim, U., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gulbrandsen, T. (2020). Sedasjon. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4). Oslo: Cappelen damm AS.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>
- Holm, A. & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*, 22(2), 81-88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
- Jakimowicz, S., Perry, L. & Lewis, J. (2017). An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient - centred nursing in the intensive care unit. I(Vol. 26, s. 4153-4171).
- Johansson, L., Bergbom, I., Waye, K. P., Ryherd, E. & Lindahl, B. (2012). The sound environment in an ICU patient room—A content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(5), 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.03.004>
- Johansson, L., Lindahl, B., Knutsson, S., Ögren, M., Persson Waye, K. & Ringdal, M. (2018). Evaluation of a sound environment intervention in an ICU: A feasibility study. *Aust Crit Care*, 31(2), 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.04.001>
- Karlsson, V. & Bergbom, I. (2015). ICU Professionals' Experiences of Caring for Conscious Patients Receiving MVT. *West J Nurs Res*, 37(3), 360-375. <https://doi.org/10.1177/0193945914523143>
- Kollef, M. H., Levy, N. T., Ahrens, T. S., Schaiff, R., Prentice, D. & Sherman, G. (1998). The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest*, 114(2), 541-548. <https://doi.org/10.1378/chest.114.2.541>
- Kress, J. P., Pohlman, A. S., O'Connor, M. F. & Hall, J. B. (2000). Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*, 342(20), 1471-1477. <https://doi.org/10.1056/nejm200005183422002>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Laerkner, E., Egerod, I. & Hansen, H. P. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 31(4), 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- Laerkner, E., Stroem, T. & Toft, P. (2015). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and costs: No-sedation during mechanical ventilation. *Nursing in critical care*, 21(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12161>
- Lind, R., Liland, H.-I., Brinchmann, B. S. & Akeren, I. (2018). He survived thanks to a non-sedation protocol: Nurses' reflections about caring for critically ill, non-sedated and mechanically ventilated patients. *Intensive Crit Care Nurs*, 47, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.006>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*, 108, 103632-103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care : theory and practice* (2. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Mehta, S., Burry, L., Cook, D., Fergusson, D., Steinberg, M., Granton, J., ... Meade, M. (2012). Daily Sedation Interruption in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients Cared for With a

- Sedation Protocol: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 308(19), 1-8.
<https://doi.org/10.1001/jama.2012.13872>
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive Crit Care Nurs*, 26(5), 246-253.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.003>
- Mortensen, C. B., Kjær, M.-B. N. & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive Crit Care Nurs*, 52, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Norgips. (2021). Intensivrom. Hentet fra <https://www.romforlivet.no/intensivrom/>
- Norsk Anestesiologisk Forening, N. s. l. a. i. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf
- Norsk sykepleier forbund. (2014). Norsk Guide: Nursing Activities Score (NAS). Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/wAfaz7U52xxwqJf5OpYQkigjyZ8mLt1Z0LtwJ3lvYot6tByKYJ.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelser for intensivsykepleier*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Nortvedt, M. w., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert, en arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- NSD. (2020). Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra <https://nsd.no/om/>
- Nystrøm, V., Fosser Olsen, B. & Brekke, I. (2019). Practised sedation in mechanically ventilated patients: A survey of nurses' perceptions. *Nordic journal of nursing research*, 40(2), 105-112. <https://doi.org/10.1177/2057158519899548>
- Olausson, S., Lindahl, B. & Ekebergh, M. (2013). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), 234-243. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.002>
- Olsen, B. F. & Nystrøm, V. (2020). Respiratorbehandling. I D. G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4, s. 339-386). Oslo: Capellen Damm AS.
- Olsen, H. T., Nedergaard, H. K., Strøm, T., Oxlund, J., Wian, K.-A., Ytrebø, L. M., ... Toft, P. (2020). Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. *N Engl J Med*, 382(12), 1103-1111. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1906759>
- Oslo metropolitan university. (2020). Rutine for bruk av Zoom i forskningsintervjuer. Hentet fra <https://ansatt.oslomet.no/rutine-zoom-forskningsintervjuer>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research, Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Porhomayon, J., El-Solh, A. A., Adlparvar, G., Jaoude, P. & Nader, N. D. (2016). Impact of Sedation on Cognitive Function in Mechanically Ventilated Patients. *Lung*, 194(1), 43-52. <https://doi.org/10.1007/s00408-015-9820-9>
- Riksrevisjonen. (2019). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2018). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Samuelson, K. A., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care*, 12(2), 93-104.
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 166(10), 1338-1344.
<https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Shehabi, Y., Chan, L., Kadiman, S., Alias, A., Ismail, W. N., Tan, M. A. T. I., ... Bailey, M. (2013). Sedation depth and long-term mortality in mechanically ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study. *Intensive Care Med*, 39(5), 910-918.
<https://doi.org/10.1007/s00134-013-2830-2>
- Strøm, T., Martinussen, T. & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*, 375(9713), 475-480.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62072-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62072-9)
- Stubberud, D.-G. (2020a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., bd. 4, s. 41-74). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D.-G. (2020b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D.-G. (2020c). Å forebygge og behandle delirium. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D.-G. (2020d). Å forebygge og behandle delirium. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4, s. 212-223). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D.-G. (2020e). Å ivareta pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 4, s. 79-110). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sundberg, F., Olausson, S., Fridh, I. & Lindahl, B. (2017). Nursing staff's experiences of working in an evidence-based designed ICU patient room-An interview study. *Intensive Crit Care Nurs*, 43, 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.05.004>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A.-C. & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Aust Crit Care*, 26(3), 124-129.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005>
- Universitetet i Oslo. (2019). Personvern i nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/personvern/>
- Utdannings-og Forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/id4/>
- Weiss, B. & Spies, C. D. (2014). Wake up your patients! *Rev Bras Ter Intensiva*, 26(4), 333-334.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140050>

Vedlegg

Vedlegg 1: Lokal analgo-sedasjons protokoll

Vedlegg 2: PICO skjema

Vedlegg 3: Søkelogg august 2020

Vedlegg 4: Søkelogg februar 2021

Vedlegg 5: Semistrukturert intervjuguide

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

Vedlegg 7: Vurdering fra NSD

Vedlegg 8: Søknader og tilrådning fra PVO

Vedlegg 9: Mailkorrespondanse med klinikkleder, avdelingssykepleier og utdanningsleder.

Vedlegg 10: Informasjonsskriv/Samtykkeskjema

Vedlegg 11: Kvalitativ sjekklister