

«Operasjonssykepleieres erfaringer med organuttak ved donorsykehus - En kvalitativ studie»



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Marita Bye Lauvsnes og Silje Thuestad Aarsand

Veiledere: Ida H. Mykkeltveit og Irene Sirevåg

Dato: 26.04.2020

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: operasjonssykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2020 (Kull 2018 - 2020)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Marita Bye Lauvsnes og Silje Thuestad Aarsand

VEILEDER: Ida H. Mykkeltveit, Førstelektor i operasjonssykepleie/operasjonssykepleier

MEDVEILEDER: Irene Sirevåg, PHD stipendiat/operasjonssykepleier

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Operasjonssykepleieres erfaringer med organuttak ved donorsykehus - En kvalitativ studie

Engelsk tittel: Perioperative nurses' experiences with organ procurement at a donor hospital – A qualitative study

EMNEORD/STIKKORD: Donor, donorteam, forberedelser, kommunikasjon, kunnskap, mestring, organuttak, operasjonssykepleier, opplevelser, organdonasjon, prosedyrer, samarbeid.

Donor, donor team, preparation, communication, knowledge, coping, organ procurement, perioperative nurse, experiences, organ donation, procedure, cooperation.

ANTALL ORD: 16 349

STAVANGER 26.04.20

Forord

I løpet av de to siste årene har vi fullført masterstudiet i operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. Arbeidsprosessen har for oss begge vært utfordrende, lærerik og inspirerende. Våren 2020 har vært spesiell, med utbrudd av COVID-19. Dette har vært en ekstra utfordring, men det har også vært en ekstra motivasjon til å fullføre masteroppgaven vår.

Vi ønsker først og fremst å rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervjuer, og bidrog med gode synspunkter og refleksjoner. Uten deres verdifulle erfaringer og opplevelser hadde vi ikke klart å skrive denne masteroppgaven. Også takk til operasjonsavdelingen for god tilrettelegging slik at vi fikk gjennomført vår studie.

En hjertelig stor takk til vår veileder Ida Mykkeltveit, Førstelektor i operasjonssykepleie ved institutt for Helsefag ved Universitetet i Stavanger, som har bidratt med god støtte, konkrete tilbakemeldinger og gode råd gjennom hele prosessen. Vi vil også takke Irene Sirevåg for oppmuntring og inspirasjon til å gjennomføre oppgaven. Takk til alle medstudenter for faglige diskusjoner og innspill.

Og sist, men ikke minst, vil vi rette en stor takk til familiene våre som gjennom to år har støttet og oppmuntret oss i en travel hverdag.

Stavanger, april 2020

Marita Bye Lauvsnes

Silje Thuestad Aarsand

Sammendrag

Bakgrunn: For at organdonasjon skal være mulig er man avhengig av et godt samarbeid mellom donorteamet og donorsykehuset. Her har operasjonssykepleierne en viktig rolle. Tidligere forskning viste at travelhet og få muligheter til forberedelse ofte fører til utfordringer. Operasjonssykepleiere bruker forskjellige metoder for å bearbeide opplevelsene, og man ser at tilgangen på støtte varierer.

Formål: Hensikten med studien var å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer operasjonssykepleiere har med organuttak ved et donorsykehus. Vi ville synliggjøre hvordan de erfarer forberedelser og samarbeid med donorteamet, samt hvordan de bearbeider opplevelsene etterpå. Følgende problemstilling ble besvart: «Hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere med organuttak ved donorsykehus?»

Metode: Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming ble benyttet for å besvare problemstillingen. Datainnsamlingen ble gjennomført ved å utføre seks semistrukturerte individuelle intervju ved et universitetssykehus i Norge. Datamaterialet ble transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Vi fant at operasjonssykepleieres erfaringer med organuttak er preget av respekt for giver og mottaker. Å distansere seg og å fokusere på det livreddende aspektet ved organdonasjon, forbereder operasjonssykepleierne til organuttak, og å snakke med kollegaer er verdifullt for å bearbeide erfaringer i etterkant. God kommunikasjon, samarbeid og prosedyrer, påvirker også operasjonssykepleieres deltakelse.

Konklusjon: Denne studien belyser viktige aspekter ved operasjonssykepleieres deltakelse i organuttak, herunder respekt for giver og mottaker, og verdien av et godt samarbeid med donorteamet. Samtidig setter studien fokus på bearbeidelse og å være godt forberedt. Dette kan bidra til å gjøre operasjonssykepleiere tryggere i deltakelsen av organuttak.

Nøkkelord: Donor, donorteam, forberedelser, kommunikasjon, kunnskap, mestring, organuttak, operasjonssykepleier, opplevelser, organdonasjon, prosedyrer, samarbeid.

Abstract

Background: In order for organ donation to be possible, one must depend on a good collaboration between the donor team and the donor hospital. Here, the perioperative nurses have an important role to play. Previous research has shown that rush and reduced opportunities for preparation often present challenges. They use different methods to process their experiences, and it appears that access to support varies.

Purpose: The purpose of the study was to examine experiences and perceptions perioperative nurses have developed from organ procurement at a donor hospital. We wanted to highlight how they experienced preparation and collaboration with the donor team, as well as how they process experiences after organ procurement. The following question was answered: «What experiences and perceptions do perioperative nurses develop from organ procurement at a donor hospital?».

Method: A qualitative method, with phenomenological approach was used to find an answer to our research question. The data collection was conducted by six semi-structured individual interviews at a university hospital in Norway. The collected data was transcribed and analyzed by using qualitative content analysis.

Findings: We found that the experiences of perioperative nurses participating in organ procurement are characterized by respect for donor and recipient. By distancing oneself and to focus on the aspect of saving life prepares the perioperative nurses for an organ procurement, and talking to colleagues is valuable to process their feelings after participating in organ procurement. High level of communication, collaboration and procedures, effect the perioperative nurses' experiences of participating.

Conclusion: This study highlights important aspects of perioperative nurses' participation in organ procurement, including respect for donor and recipient, and the value of cooperation with the donor team. This study also focuses on processing and the importance of being prepared. This can help perioperative nurses to feel safe in the participation of organ procurement.

Keywords: Donor, donor team, preparation, communication, knowledge, coping, organ procurement, perioperative nurse, experiences, organ donation, procedure, cooperation

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

Abstract

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 STUDIENS HENSIKT	3
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	3
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	4
2.1 OPERASJONSSYKEPLEIERENS ANSVARS- OG FUNKSJONSBEKRIVELSE.....	4
2.2 LOVER OG FORSKRIFTER FOR ORGANDONASJON I NORGE	6
2.3 PROSEDYRER FOR KLARGJØRING TIL ORGANDONASJON	7
2.4 BEARBEIDING OG MESTRING	8
2.5 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET	10
3.0 METODE.....	13
3.1 KVALITATIV METODE	13
3.1.1 FENOMENOLOGISK TILNÆRMING	13
3.1.2 Forforståelse	14
3.2 DATAINNSAMLING	15
3.2.1 Semistrukturerte intervju.....	15
3.2.2 Intervjuguiden.....	15
3.2.3 Utvalg	16
3.2.4 Praktisk gjennomføring	16
3.2.5 Transkripsjon	17

3.3 ANALYSE	17
3.4 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	20
3.5 METODISKE OVERVEIELSER	21
3.6 STUDIENS TROVERDIGHET.....	22
4.0 FUNN	25
4.1 RESPEKT FOR GIVER OG MOTTAKER	25
4.1.1 Respekt og verdighet gjør at organuttak oppleves meningsfullt	25
4.1.2 Distanse og fokus på det livreddende aspektet forbereder operasjonssykepleiere på møtet med donor	27
4.1.3 Å snakke med kollegaer oppleves verdifullt for å bearbeide erfaringer	27
4.2 GOD KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID PÅVIRKER OPERASJONSSYKEPLEIERES OPPLEVELSE AV Å DELTA PÅ ORGANUTTAK.....	28
4.3 GODE PROSEDYRER ER HENSIKTSMESSIGE FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG KUNNSKAP.....	30
5.0 DISKUSJON.....	31
5.1 RESPEKT FOR GIVER OG MOTTAKER	31
5.2 BEARBEIDING AV OPPLEVELSER VED ORGANUTTAK.....	34
5.3 GOD KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID PÅVIRKER OPERASJONSSYKEPLEIERES OPPLEVELSE AV Å DELTA PÅ ORGANUTTAK.....	36
5.4 GODE PROSEDYRER ER HENSIKTSMESSIGE FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG KUNNSKAP.....	38
5.5 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING.....	40
6.0 KONKLUSJON	42
LITTERATURLISTE	43

Vedlegg 1: Godkjenning fra personvernombud

Vedlegg 2: Informert samtykke

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Utdrag fra analyseskjema

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Organdonasjon er en prosess der et organ, eller deler av et organ, gis fra et menneske i den hensikt å bli transplantert til et annet menneske. Dette er den beste behandlingen ved varig organsvikt, og for mange pasienter den eneste tilgjengelige behandlingen. I Norge er resultatene ved transplantasjon svært gode, og mange pasienter får økt forventet levetid og forbedret livskvalitet sammenlignet med andre medisinske behandlingstilbud (Protokoll for organdonasjon, 2020). Årlig transplanteres det om lag 450 organer i Norge. Antall organdonasjoner har økt de siste årene, men tilgangen på organer dekker likevel ikke dagens behov. Per 31.12.2019 er det 448 som står på venteliste for et nytt organ (Stiftelsen organdonasjon, 2019; Protokoll for organdonasjon 2020)

Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD) ble grunnlagt i 1993, og er Norges eneste faglige instans for organdonasjon. De er en tverrfaglig gruppe som har som formål å øke kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som jobber med organdonasjon. De tilbyr regelmessige seminarer for helsepersonell, der de fleste aktuelle temaer berøres. NOROD bidrar også med råd og informasjon om organdonasjon til helsemyndighetene, helseforetak og pasientorganisasjoner (Protokoll for organdonasjon, 2020).

I Norge foregår organdonasjon ved at det er et eget donorteam fra Rikshospitalet som reiser ut til donorsykehuset og foretar selve organuttaket. Teamet består av kirurger, anestesilege, operasjonssykepleiere og en koordinator. De er avhengig av hjelp fra lokale operasjonssykepleiere under organuttaket (Protokoll for organdonasjon, 2020), og det er disse operasjonssykepleierne vi har valgt å fokusere på i denne oppgaven.

Operasjonssykepleierne ved donorsykehusene har ansvar for å klargjøre operasjonsstuen og å finne fram riktig medisinsk teknisk utstyr. Det er også deres jobb å sørge for at donor ligger i riktig leie og å utføre preoperativ huddeinfeksjon og steril oppdekking. Videre assisterer de donorteamet ved behov, og til slutt hjelper de til med lukking av donor ved hjerte- og eller lungeuttak (Protokoll for organdonasjon, 2020). God koordinering og godt samarbeid mellom

personalet ved donorsykehusene og teamet fra Rikshospitalet, er en forutsetning for at hele prosessen fra melding av potensiell donor til alle organene er transplantert i mottakerne skal fungere optimalt (Bakkan, Myrseth, Kongshaug, Relbo & Grov, 2013). Tidligere studier fra andre land viser at operasjonssykepleiere har erfart utfordringer vedrørende samarbeidet med donorteamet (Regehr, Kjerulf, Popva & Baker, 2004). På bakgrunn av dette vil det være nyttig å utforske samarbeidet mellom donorteam og operasjonssykepleiere ved et helseforetak i Norge.

Organdonasjon kan foregå med avdød eller levende giver, og denne studien omhandler kun organuttak fra avdød donor. Ved avdød giver er det flere kriterier som legges til grunn for at pasienten skal erklæres hjernedød, og det er viktig at blodtilførselen til organene opprettholdes slik at funksjonen bevares inntil organuttaket finner sted (Protokoll for organdonasjon, 2020). Ifølge Smith (2017) har store fremskritt innen kirurgi ført til krevende organtransplantasjoner som kan by på etiske problemstillinger for helsepersonell som deltar i prosedyrene. Det kan forårsake angst og traumatiske opplevelser for helsepersonell og operasjonssykepleiere som kan bli vitne til moralske, kulturelle eller etiske dilemmaer. Dette kan føre til at man vil ha innsigelse mot å delta. Flere studier fra andre land påpeker at det er psykisk krevende å delta på et organuttak (Regehr et al., 2004; Smith, Leslie & Wynaden, 2015a; Bani Mazza, Valsecchi & Ressonico, 2019).

To av studiene viser at operasjonssykepleiere har bekymringer knyttet til donorens dødsstatus, som følge av manglende kunnskap om prosesser gjennomgått på forhånd, inkludert grunnlaget for erklæring av hjernedød pasient (Regehr et al., 2004; Smith, Leslie & Wynaden, 2015b). Det vil være interessant å undersøke hvordan operasjonssykepleiere i Norge gjennomgår prosessen og om de opplever å ha tilfredsstillende kunnskap på forhånd av et organuttak.

Det eksisterer få studier rundt operasjonssykepleieres erfaring og opplevelser med organuttak. En litteraturstudie om temaet, gjennomført av (Gao, Plummer & Williams, 2017) fant bare ti artikler om temaet. Vi har ikke funnet noen tidligere studier fra Norge. På bakgrunn av dette er vi interessert i å undersøke temaet nærmere, med spesielt fokus på operasjonssykepleiere som deltar i organuttak ved et donorsykehus.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser operasjonssykepleiere har med organuttak ved et donorsykehus. Disse erfaringene kan synliggjøre om de har nok kunnskap om prosedyrene og om de får nok informasjon om donor i forkant av et organuttak. I tillegg ønsker vi å synliggjøre hvordan operasjonssykepleiere forbereder seg og bearbeider deltakelse i organuttak.

På bakgrunn av dette vil vi besvare følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere med organuttak ved donorsykehus?

Forskningsspørsmålene vi ønsker svar på er:

1. Hvordan erfarer de forberedelser og samarbeidet med donorteamet?
2. Hvordan reagerer de følelsesmessig og hvordan bearbeides de ulike opplevelsene?

1.3 Oppgavens struktur

Oppgavens oppbygning består av seks hovedkapitler. Kapittel en presenterer bakgrunn for valg av tema, inklusiv studiens hensikt. I kapittel to presenteres studiens teoretiske grunnlag som skal bidra til å belyse resultatene. Her vil vi definere sentrale begrep, beskrive operasjonssykepleieres ansvars- og funksjonsbeskrivelse, samt gjøre en kort presentasjon av tidligere forskning. I kapittel tre blir det gjort rede for studiens metode og vitenskapelige tilnærming, hvor gjennomføring av studien blir belyst og videre kritisk vurdert. Deretter blir hovedfunnene fra studien presentert i kapittel fire, som baserer seg på utsagn fra informantene i intervjuene. I kapittel fem diskuteres funnene i lys av teori og tidligere forskning. I kapittel seks oppsummerer vi studien og kommer med en konklusjon på problemstillingen vår.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet defineres de viktigste begrepene brukt i oppgaven. Vi vil starte med å gi en kort beskrivelse av operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse, herunder yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Videre vil vi forklare hvordan organdonasjon foregår i Norge, inkludert viktige lover og forskrifter, før vi vil redegjøre for prosedyrer for klargjøring av donor til organuttak. Videre presenteres teori om mestring, og til slutt tidligere forskning om operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å delta på organuttak.

2.1 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse

Operasjonssykepleiere tilbyr avansert klinisk fagutøvelse til pasienter i en aktuell eller potensiell livstruende situasjon som krever årvåken og avansert sykepleie. Det daglige arbeidet kan deles inn i direkte og indirekte arbeid. Direkte arbeid kan være å observere, vurdere og tolke pasientens behov for sykepleie pre-, per- og postoperativt, mens indirekte arbeid kan være avgjørende for at det kirurgiske inngrepet skal bli vellykket (Eide & Dåvøy, 2018).

Operasjonssykepleiere skal utøve operasjonssykepleie i overensstemmelse med NSF's yrkesetiske retningslinjer, ICN's kodeks for sykepleiere, Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten. Operasjonssykepleiere er pliktig til enhver tid å følge gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer/prosedyrer som gjelder helsetjenesten generelt, og institusjonen spesielt (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar er en pasientnær funksjon som får direkte konsekvenser for pasienten. Det innebærer å sørge for helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp for å dekke pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov. Hjelpen og pleien som utøves skal bygge på respekt for pasientens opplevelse, integritet og verdighet. Det presiseres at operasjonssykepleiere skal utøve operasjonssykepleie og profesjonell omsorg etter fagets tradisjoner, etiske prinsipper og helselovgivningen. Dette danner grunnlaget for å ivareta pasienten og pårørendes integritet, ressurser og opplevelser ved å være akutt og/eller kritisk syk. Det inngår også i det terapeutiske ansvaret å samarbeide flerfaglig og tverrfaglig i pasientbehandlingen og innen det kirurgiske teamet, med ledelsen og avdelingens øvrige medarbeidere for å sikre et faglig forsvarlig pasientforløp (NSFLOS, 2015).

Hensikten med de etiske retningslinjene i sykepleie er å være en veileder for etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen. Grunnlaget for all sykepleie er respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Dette skyldes at sykepleiere møter mennesker i sårbare situasjoner og retningslinjene viser standarder som skal bidra til å sikre moralsk og estisk praksis, og dette legger grunnlaget for sykepleierens profesjonelle etikk i praksis. Yrkesetiske retningslinjer har seks hovedelementer som definerer normene for etisk forsvarlig holdning og handling. I denne oppgaven fokuseres det på tre av dem: sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeideren (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Det første hovedelementet omhandler sykepleie og pasienten, som vil si at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, i dette tilfellet donor. Her inngår respekt for den døde kropp, som er viktig i denne sammenheng. Neste hovedelement heter sykepleieren og pårørende, der sykepleieren viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende. I tilknytning til vår oppgave, har pårørende vært delaktig i beslutningen om organdonasjon, og det er viktig å vise respekt og å ivareta deres valg så godt som mulig. Siste hovedelement heter sykepleieren og medarbeidere, og innebærer at sykepleieren viser respekt for kollegaers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner, som organuttak ofte kan være (Norsk sykepleieforbund, 2019).

I denne oppgaven omtales operasjonssykepleiers fagutviklings- og forskningsansvar som å medvirke og stimulere til fagutvikling og forskning for å sikre at praksis baseres på beste tilgjengelige kunnskap. Fagutvikling betyr utvikling av ny teoretisk kunnskap, men også å bruke allerede eksisterende kunnskap i praksis. Dette kan gjøres eventuelt ved å forbedre eller revidere eksisterende rutiner. Operasjonssykepleiere har ansvar for å anvende ny kunnskap kritisk og ha en analytisk tilnærming til egen praksis. I tillegg skal de søke frem og anvende forskningslitteratur og resultater for å begrunne tiltak og handlinger. De yrkesetiske retningslinjene stiller krav til å vedlikeholde og tilegne seg ny kunnskap (NSFLOS 2015).

Det administrative ansvaret til en operasjonssykepleier blir også omtalt, med særlig vekt på samarbeid og planlegging. Dette skal gjøres med faglig forsvarlighet og følge arbeidsplassens handlingsplan, de yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lover og regler. Slik bidrar et godt samarbeid til god kvalitet i pleie og behandling av pasienten. Operasjonssykepleiere har ansvar

for å organisere og fordele arbeidsoppgaver innen det til ethvert gjeldende ansvarsområde, slik at oppgavene samsvarer med den enkeltes kvalifikasjoner og faglig forsvarlighet. Målet med det administrative ansvaret er at operasjonssykepleiere skal ha et selvstendig ansvar med hensyn til klinisk yrkesutøvelse og bidra i organisering og drift av operasjonsavdelingen. Ved god planlegging og gjennomføring av operasjonsprogram, effektiv fordeling og utnyttelse av tilgjengelige ressurser blir pasientens behov ivaretatt. Dette forutsetter at operasjonssykepleiere har evne til å se helhet i behandling, evne til å samarbeide både tverrfaglig og innen fagområdet, evne til prioritering og vilje til å delta og ta ansvar ved vanskelige avgjørelser (NSFLOS, 2015).

Ifølge Helsedirektoratet (2018) pålegger forsvarlighetskravet i tjenestelovgivningen virksomheten en plikt til å utarbeide rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester, samt å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, §16). Arbeidsgiver skal derfor sørge for at ansatte gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Ved bruk av medhjelpere sikres forsvarlighetskravet helsepersonelloven (1999, § 4) ved at den som delegerer en oppgave må sørge for nødvendig opplæring og veiledning. Den enkelte ansatte har likevel et selvstendig ansvar for at arbeidsoppgavene blir utført faglig forsvarlig, også de delegerte oppgavene. Helsepersonell har derfor plikt til å sette grenser for egen virksomhet og etterspørre opplæring når man vurderer at man ikke har nødvendig kompetanse til å utføre en oppgave på forsvarlig måte (NSFLOS, 2015).

2.2 Lover og forskrifter for organdonasjon i Norge

Organdonasjon og transplantasjon reguleres i Norge av Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev - Transplantasjonsloven (2015) og Forskrifter om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev (2015). Formålet med loven er å sikre best mulig tilgang på organ, celler og vev til behandling av andre mennesker. Samtidig skal den sikre respekt for donorens vilje og integritet, og at hensynet til pårørende blir ivaretatt.

Organdonasjon er en prosess der et organ eller deler av et organ gis fra et menneske i den hensikt å bli transplantert til et annet menneske. Organdonasjon kan utføres med både avdød og levende

giver, men i Norge er det kun nyretransplantasjon som kan utføres med levende giver. I Norge har vi 26 donorsykehus, der alle har en donoransvarlig lege, samt at de fleste også har intensivsykepleiere som jobber særskilt med dette. All koordinering omkring organdonasjon og transplantasjon skjer gjennom Rikshospitalet, hvor transplantasjonskoordinator med døgnvakt kontaktes av donoransvarlig lege ved det aktuelle sykehuset, og holder kontakt til det er avklart om det blir aktuelt med en organdonasjon (Protokoll for organtransplantasjon, 2020).

Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon (2015, §2) sier om stadfesting av døden, at en person er død når det foreligger sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen med et komplett og irreversibelt opphør av alle funksjoner i storehjernen, lillehjernen og hjernestammen. Varig hjerte- og åndedrettsstans er sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen. Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon (2015, §3) regulerer vilkår for å stille diagnosen død når åndedrett og hjertevirksomhet opprettholdes ved kunstige midler. Bestemmelsen lister opp 5 vilkår som alle må være oppfylt:

1. Erkjent intrakraniell sykdomsprosess (det vil si sykdom eller skade i skallehulen)
2. Total bevisstløshet, som ikke er medikamentelt betinget, eller kan skyldes nedkjøling (kroppstemperatur lavere enn 33 grader)
3. Opphør av egen åndedrett
4. Opphør av alle hjernenervereflekser og
5. Objektiv påvisning av opphevet blodtilførsel til hjernen.

2.3 Prosedyrer for klargjøring til organdonasjon

Transplantasjonsmiljøet på OUS, Rikshospitalet har i samarbeid med NOROD utarbeidet Protokoll for organdonasjon (2020). Protokollen tar for seg donasjonsprosessens faser, og er en veileder for landets donorsykehus. Protokollen finnes både elektronisk og i papirversjon. I denne oppgaven står prosessen ved klargjøring til organdonasjon sentralt. Følgende prosedyre er hentet fra Protokoll for organdonasjon (2020). Den beskriver operasjonssykepleiere ved donorsykehuset sine oppgaver ved klargjøring til organdonasjon:

- Valg av operasjonsstue: det må være en operasjonsstue med god plass da det er 4-8 personer fra donorteamet til stede, i tillegg til eget personale på donorsykehuset. Det må være plass til flere assistanse- og avlastningsbord. I tillegg må stuen ha utstyr til invasiv monitorering, EKG, arterietrykkmåling, venetrykkmåling og defibrilleringsutstyr.
- Temperatur på operasjonsstuen: operasjonsstuen skal være oppvarmet til ca. 23-24 °C, dette er for å forebygge varmetap. Om mulig brukes varmemadrass på operasjonsbordet, og donor dekkes med tepper frem til inngrepet starter, samt varmluftslaken over underekstremitetene.
- Leie på operasjonsbordet: ryngleie. Armene langs sidene etter at arterie- og venekanyler er lagt inn. Reimer over beina, armene festes ved hjelp av lakenet.
- Diatermi: to diatermier skal være koblet til separate apparater.
- Preoperativ huddesinfeksjon: hos alle donorer skal huddesinfeksjon utføres fra hakespissen til midt på låret. Desinfiser godt ut til begge sider da tverrsnittet abdomen legges langt ut i begge flanker. Kan bli nødvendig med sternotomi - dekk thoraks for å forebygge varmetap inntil sternotomi blir nødvendig.
- Steril oppdekking: Fra jugulum (må være fri) og til symfysen. Genitalia tildekkes. En dekker godt ut til sidene (nedenfor midtre aksillærlinje). Thoraks' forflate skal være fri. Kan sive mye væske fra de store sårflatene, det legges derfor sterile håndklær (75x90cm) godt under donor på begge sidene. Bruk dobbel dekking, U-pose og OP-tape. Dette sikrer optimale sterile forhold, samt hindrer at væske trekker inn i laken og madrass under ryggen.

2.4 Bearbeiding og mestring

Mennesker reagerer ulikt på stressende situasjoner og kan dermed utvikle egne teknikker for å mestre dette. Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som ulike handlinger og strategier som benyttes for å ta kontroll over krevende situasjoner, ved for eksempel å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere situasjoner personen utsettes for. På mange måter betyr dette at man forsøker å håndtere utfordringer på best mulig måte.

Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring, for å håndtere stressende situasjoner. Ved å bruke problemorientert mestring, løses situasjonene med ulike aktive og direkte strategier, ved å søke informasjon fra ulike kilder før man bestemmer seg for beste handlingsalternativ. Her spiller både den subjektive opplevelsen av muligheten til å lykkes, men også menneskers personlighet. Dersom man tidligere har erfart at en slik mestringsstrategi fungerer, vil det være sannsynlig at man velger samme strategi senere en gang i lignende situasjoner. Ved å bruke emosjonelt orientert mestring, ønsker man å endre opplevelsen av situasjonen framfor å endre situasjonen. Denne mestringsstrategien er nødvendig for å holde ut i situasjoner som ikke kan endres. Dette fungerer ved at man forsøker å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problemer. Man kan også bruke forsvarsmekanismer som fortrenning, intellektualisering og isolering av følelser (Lazarus & Folkman, 1984). Vår evne til å mestre, er ifølge Lazarus og Folkman (1984) avhenger av forskjellige faktorer, helse og energi, positiv holdning, evne til problemløsning, sosiale evner, sosial støtte og materielle ressurser. De mener at mestring ikke oppstår automatisk, men er et resultat av lærte strategier personer velger å bruke i ulike situasjoner som de opplever som stressende. Det er ikke alltid at en foretrukket mestringsstrategi er gunstig i hver situasjon, i noen tilfeller kan en slik mestringsstrategi ha motsatt effekt og ikke hjelpe personen til å mestre.

En annen teori om mestring er modellen om salutogenese som ble utviklet av Aron Antonovsky på 1980-tallet. Hensikten med salutogenese er å fokusere på hva som kan øke mestring, tilværelse og bidra til god helse. Her står personers ressurser og ferdigheter i fokus i samspill med omgivelsene. Man kan styrke sine egne ressurser fra seg selv eller fra ytre omgivelser. Er man dyktig i å bruke egne ressurser, vil det bidra til å styrke seg selv. Dette ligger til grunn for det sentrale begrepet i salutogenese, som er opplevelse av sammenheng (OAS). Opplevelse av sammenheng innebærer opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om noe som oppleves ordnet, strukturert og tydelig. Begripelighet legger grunnlaget for håndterbarhet. Det handler om evnen og muligheten til å påvirke egen situasjon og omgivelser. Meningsfullhet er knyttet til følelser og motivasjon, og er ifølge Antonovsky viktigste komponent i opplevelsen av sammenheng. Jo bedre en er til å bruke sine ressurser, jo bedre blir man til å utvikle og styrke seg selv (Antonovsky, 2012). Selv om samspillet mellom personen og omgivelsene er i stadig forandring, har man ikke en oversikt over alle

mestringsressursene man har behov for. Ifølge salutogenese kan man, dersom man har tilgang og evne til å bruke disse mestringsressursene i seg selv og i omgivelsene, mestre og få erfaringer til videre utvikling av opplevelse av sammenheng. En av mestringsressursene er blant annet sosial støtte. Har personer nære bånd og opplever at noen bryr seg om dem, har de lettere for å løse problemer. Dette bidrar også til å øke en persons styrke og nære emosjonelle bånd. Andre mestringsstrategier innebærer rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet, evne til handling og regulere følelser (Antonovsky, 2012).

Slik vi forstår det kan den sosiale støtten man får ved hjelp av debrifing bidra til økt mestring etter utfordrende situasjoner. Debrifing etter kritiske hendelser og katastrofer brukes overalt i verden, og innenfor flere ulike områder. En form for debrifing er psykologisk debrifing, som er en planlagt og strukturert gruppeintervensjon. Den fungerer ved at man gjennomgår fakta, tanker, inntrykk og reaksjoner etter en kritisk hendelse, samt gir informasjon om typiske reaksjoner på kritiske hendelser. Selve målet med debrifingen er å forhindre unødvendige ettervirkninger, bidra til sunn utvikling, stimulere gruppesamhørighet, normalisere reaksjoner, stimulere emosjonell ventilasjon og fremme kognitiv tenking rundt situasjonen (Dyregrov, 1997). Debrifing i gruppe kan være et verktøy for å fremme læring ved at det muliggjør bevisstgjøring, å stille spørsmål, og å utfordre ulike perspektiver. På denne måten kan debrifing bidra til å tilegne seg kunnskap og ferdigheter, samtidig som en utforsker holdninger og atferd (Rosenorn-Langg, 2015).

2.5 Tidligere forskning på området

For å finne tidligere forskning som omhandler operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med å delta på et organuttak søkte vi i databasene Cinahl og Medline med søkeordene: «organ donation», «scrub nurse», «theatre nurse», «surgical nurse», «perioperative nurse», «operating room nurse», «organ procurement», «organ transplantation», og «organ donor» satt sammen på ulike måter. Vi begrenset søket til å gjelde fra år 2000 til 2020. Dette gav oss 42 treff i Cinahl, og 34 treff i Medline. Etter å ha lest gjennom abstraktet på alle studiene og ekskludert de studiene som ikke var relevante, satt vi igjen med elleve artikler. Vi vil nå presentere studienes hovedtrekk.

Tidligere forskning viser at operasjonssykepleiere har ulike erfaringer og opplevelser med å delta på organuttak. Ifølge en studie utført av Regehr et al. (2004) kan det være utfordrende at organuttak i stor grad foregår om natten når det er færre operasjonssykepleiere tilgjengelig fordi det ofte fører til travelhet. I en studie fra Australia hadde operasjonssykepleierne liten tid til å forberede seg på opplevelsen, noe som medførte at de med liten erfaring skjulte sin usikkerhet og mangel på erfaring for de andre i teamet (Smith et al., 2015a). Tidspress kan også føre til at operasjonssykepleiere har begrenset tid etter et organuttak til å forberede seg mentalt og følelsesmessig på neste operasjon (Perrin, Jones & Winkelman, 2013). Operasjonssykepleiere opplever også at travelhet kan medføre at de ikke har tid til å ta seg ordentlig av donoren (Smith et al., 2015a), og at de i noen tilfeller må kreve av de andre i teamet at donoren fremdeles skal bli behandlet som en pasient (Regehr et al., 2004).

I noen tilfeller føler operasjonssykepleiere seg presset til å være med på organuttaket selv om de ikke ønsker det. Dette går imot deres etikk og moral, og fører til at de går med en skjult byrde (Smith, 2017). Det å ha innvendinger mot å delta har i noen tilfeller blitt ignorert av ledere grunnet bemanningsutfordringer, og har ført til at de måtte delta på organuttaket selv om de har uttrykt et ønske om å få slippe (Smith et al., 2015a). Andre opplever at avdelingen tar proaktive grep ved å sette opp en liste der operasjonssykepleierne kan skrive seg opp hvis de har innsigelser mot å delta (Smith, 2017).

Operasjonssykepleiere synes det er vanskelig å akseptere situasjoner med døden fordi miljøet i operasjonsavdelingen stort sett handler om å redde liv (Smith et al., 2015a). Dette bekreftes av Carter-Gentry og McCurren (2004), som formidler at operasjonssykepleiere føler de ikke gjør det de har blitt trent til å gjøre, som er å redde liv. Mange opplever et organuttak som stressende og krevende grunnet at donoren ser levende ut i starten av inngrepet, og at de innser underveis at den er død (Regehr et al., 2004; Wang & Lin, 2009; Smith, 2017; Bani et al., 2019). En del av operasjonssykepleieres bekymringer omhandler usikkerhet rundt donorens dødsstatus, noe som skyldes manglende kunnskap om prosesser gjennomgått på forhånd av en organtransplantasjon, inkludert rammer for erklæring av hjernedød pasient (Regehr et al., 2004; Smith et al., 2015b). En helt ny studie utført av Gao, Plummer og McKenna (2020) utforsker internasjonale operasjonssykepleieres erfaringer med å delta på organuttak, der de finner ut at deltakelsen

omfatter en lang rekke fysiske, mentale, emosjonelle og åndelige utfordringer.

Operasjonssykepleierne i studien var fra forskjellige land, og hadde dermed ulik kulturell bakgrunn. Dette formet deres betraktninger om døden og menneskekroppen, samt synet på organdonasjon.

Det er ulik oppfatning av samarbeidet med donorteamet. I noen land er operasjonssykepleierne på donorsykehuset delaktig i selve operasjonen, og ikke bare i forberedelsene. I disse tilfellene kan det være utfordrende hvis donorteamet har andre navn på instrumentene. Ofte har samarbeidet med de besøkende kirurgene fungert godt, mens andre ganger har operasjonssykepleierne opplevd å bli behandlet respektløst, med kasting av instrumenter (Regehr et al., 2004). Operasjonssykepleierne i Perrin et al. (2013) sin studie opplevde verbalt overgrep fra kirurgene da de var i en stresset situasjon. Bani et al. (2019) bekrefter at det kan være forvirrende når team fra andre sykehus kommer og de må hjelpe ukjente kirurger med ulike behov.

Ulike mestringsstrategier blir benyttet i prosessen med et organuttak. Noen metoder som gjør organuttak lettere er å forestille seg at donoren ikke er en hel person (Regehr et al., 2004), mens andre mestringsstrategier går på det å fokusere på de helt konkrete arbeidsoppgavene for å kunne løsrive seg fra de triste følelsene (Regehr et al., 2004; Gentry & McCurren, 2004; Smith et al., 2015a; Bani et al., 2019). Operasjonssykepleiere erfarer at det hjelper å fokusere på at andre mennesker får hjelp som følge av et organuttak (Regehr et al., 2004; Smith et al., 2015a), og at det å fokusere på å være takknemlig, respektere og oppfylle donorens og pårørendes ønsker bidrar til å redusere bekymringer og skyld (Smith et al., 2015a).

Tidligere forskning viser motstridende resultater angående å støtte hverandre i prosessen rundt et organuttak. I studien av Perrin et al. (2013) uttrykte operasjonssykepleiere at de var gode på å støtte hverandre og at dette hjalp dem med å takle deltakelsen i et organuttak. I Smith (2017) sin studie opplevde operasjonssykepleiere manglende støtte fra kollegaer, og få muligheter for debriefing. Operasjonssykepleiere hadde opplevd både diskriminering og utestenging fra miljøet hvis de hadde innvendinger mot å delta. I Smith (2017) sin studie legges det vekt på at operasjonssykepleiere mangler muligheter for profesjonell og kollegial støtte i arbeidsmiljøet.

3.0 Metode

Dette kapittelet tar for seg valg av metode, og det blir gjort rede for hvilken vitenskapsfilosofisk forankring studien har. Her blir forskningsprosessen og gjennomføring av intervjuene beskrevet detaljert, samt en framvisning av de ulike trinnene i dataanalysen. Videre gjør vi rede for metodiske overveielser, der vi belyser styrker og svakheter ved studien vår og til slutt utdyper vi studiens troverdighet.

3.1 Kvalitativ metode

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser operasjonssykepleiere har med organuttak ved et donorsykehus. For å oppnå en dypere forståelse for menneskelige erfaringer og opplevelser med fenomenet organuttak, var det nærliggende å velge kvalitativ tilnærming i vår studie. I kvalitative metoder er man opptatt av å finne en dypere mening bak et fenomen i motsetning til kvantitative metoder, hvor fenomener telles for å få oversikt over utbredelse (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2010). Kvalitativ metode kan åpne opp for forskning på områder der kunnskapsgrunnlaget er tynt eller der problemstillinger skal utforskes (Malterud, 2018). Videre beskriver Malterud (2018) at kvalitativ metode er en egnet forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. På bakgrunn av dette var det hensiktsmessig å benytte en kvalitativ fenomenologisk metode i vår studie, da vi ønsket å utdype vår forståelse av erfaringer og opplevelser.

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologi omhandler forståelsen av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet, og ble utviklet av Husserl og Heidegger, der målet er å forstå levde erfaringer og oppfatningene av erfaringene. Fenomenologisk tilnærming er nyttig når et fenomen er dårlig definert (Polit & Beck, 2017). En fenomenologisk tekst kan brukes slik at leseren ser en opplevelse på en annen måte og forsterke deres forståelse av opplevelsen. I denne sammenhengen var dybdeintervju den beste metoden til å samle inn data (Polit & Beck, 2017).

Ifølge Malterud (2018) kan man forstå disse erfaringene ved å sette forståelsen fra tidligere forskning opp mot den aktuelle subjektive erfaring fra individets livsverden. Individene studeres ut fra væremåte og virkelighetsoppfatning. Erfaringer og oppfatninger oppleves individuelt ut ifra en persons interesser, bakgrunn og forståelse (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015). Ifølge Johannesen et al. (2010) tilstreber forskeren å forstå meningen med et fenomen sett gjennom ulike menneskers øyne. Et menneske må studeres som et handlende, følende og opplevende individ. Når en skal tolke betydningen av utsagnet må ytringen ses i lys av konteksten.

3.1.2 Forforståelse

Vår forforståelse er dannet gjennom yrkeserfaring som sykepleier og som operasjonsstudent, samt kunnskap vi har tilegnet oss om temaet. Forskerens forforståelse kan påvirke hva forskeren observerer, og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes. Informasjonen blir silt gjennom et filter av forhåndsoppfatninger og hva det er interessant å undersøke. Dette er påvirket av forskerens egne erfaringer og oppfatninger eller av forskningsbasert kunnskap (Johannesen et al., 2010) Forforståelsen er gjeldende under hele forskningsprosessen, også før man i det hele tatt har startet på prosjektet. Det er viktig å være bevisst på at forforståelsen kan overdøve budskapet fra det empiriske materialet. I dårlige kvalitative studier kan man finne identiske beskrivelser av fenomenene man undersøkte både før og etter at data er samlet inn og bearbeidet. Dette kan være et resultat av at forskeren har avvist budskapet som empirien representerer, og kan ha sammenheng med at forskeren har feltkunnskap uten å ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (Malterud, 2018).

Forforståelsen danner grunnlaget for vår motivasjon til å starte opp med et forskningsprosjekt, men det er viktig å være klar over at den kan begrense horisonten (Malterud, 2018). Ifølge Johannesen et al. (2010) kan man ikke komme vekk fra den påvirkningen forforståelsen har, da den både legger grunnlaget for hva det spørres om og utvelgelsen av hvilke data som brukes og presenteres. Informasjonen blir tolket og dermed tillagt mening ut fra forhåndsoppfatninger og det forskeren vektlegger mest. Det skjer en seleksjon der forskeren er nødt til å være bevisst om at data som brukes ikke er uavhengig av egne forhåndsoppfatninger. Ifølge Malterud (2018) kan

man benytte seg av bracketing, som innenfor fenomenologien betyr at en setter sin forståelse av tidligere kunnskap i parentes og fokuserer på et individs subjektive erfaring fra deres livsverden.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Semistrukturerte intervju

I denne studien valgte vi å benytte oss av semistrukturerte individuelle intervjuer for å innhente data. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) er et intervju en samtale med en viss struktur og hensikt, mens et forskningsintervju går dypere. Intervjumetoden gir informantene frihet til å komme med subjektive forklaringer fra sine levde erfaringer. Intervjueren hjelper informantene med å fortelle om levde erfaringer uten å lede diskusjonen (Polit and Beck, 2017). I et semistrukturert individuelt intervju er temaene fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. På denne måten kan en følge informantens fortelling, samtidig som en får informasjon om de fastlagte temaene (Thagaard, 2010). Semistrukturerte individuelle intervju brukes for å innhente kvalitative data basert på informantens erfaringer (Malterud, 2018).

Individuelle intervju kan bidra til at informantene føler seg trygge og ivaretatt til å ønske å dele sine erfaringer og opplevelser (Malterud, 2018). Relasjonene mellom intervjuer og informanten spiller en viktig rolle for at informanten kan snakke fritt, og intervjuer må finne en balanse mellom det han ønsker å innhente av kunnskap og respekten overfor intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2018).

3.2.2 Intervjuguiden

Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) er en intervjuguide et manuskript som strukturerer intervjuet. Ved gjennomføring av et semistrukturert individuelt intervju skal guiden kun gi en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. Ifølge Thagaard (2010) er det viktig at spørsmålene gir rom for at informanten kan snakke fritt, og at forsker kan komme med oppfølgingsspørsmål. I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med tre temaer basert på litteratur og tidligere forskning, samt lover, forskrifter og prosedyrer. Det var viktig for oss at intervjuene ikke ble for mye styrt av guiden, men at den heller skulle fungere som en

sjekkliste, som kunne bidra til å styre samtalen ved behov. Vi gjennomførte et pilotintervju og deretter gjorde vi noen små korrigeringer på intervjuguiden (vedlegg 3).

3.2.3 Utvalg

Det var avgjørende å få tilgang til gode informanter for å kunne gjennomføre dette prosjektet. Vi benyttet oss av et strategisk utvalg, som innebærer å velge informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til vår problemstilling (Thagaard, 2010). Ifølge Johannesen et al. (2010) er det ikke hensiktsmessig å rekruttere informantene tilfeldig, slik man gjør i kvantitative studier, fordi hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap om fenomenet, og ikke å foreta statistiske generaliseringer.

Polit og Beck (2017) fremhever at det er metningen av data som avgjør om man har nok informanter. Hvis man begynner å få de samme dataene som man har fått fra tidligere intervjuer begynner man å nå et metningspunkt. Ifølge Thagaard (2010) bør antallet informanter ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser. Ut fra oppgavens omfang valgte vi derfor å gjennomføre seks intervjuer.

Våre inklusjonskriterier var yrkesaktive operasjonssykepleiere som jobber i turnus ved operasjonsavdelingen, og som har deltatt på minst et organuttak. Eksklusjonskriteriene var personer i lederstillinger. Dette skyldes at deres arbeid er administrativt og de er sjelden inne på operasjonsstuene. De kan også ha andre opplevelser og syn på organuttak.

Informantene hadde seks til 15 års erfaring fra operasjonsavdelingen (gjennomsnitt 16,5 år). Gjennomsnittlig hadde de deltatt på sju organuttak hver. Alle informantene var kvinner.

3.2.4 Praktisk gjennomføring

Vi gjennomførte til sammen seks semistrukturerte individuelle intervjuer av operasjonssykepleiere ved et av Norges helseforetak, inkludert pilotintervjuet. Intervjuene ble gjennomført i november/desember 2019. Fagutviklingssykepleier bidro til gjennomføring av intervjuene i informantenes arbeidstid. Intervjuene ble avholdt på fagutviklingssykepleiers kontor inne på operasjonsavdelingen, og hadde en varighet på rundt 30 minutter hver.

Skrivet om informert samtykke ble levert til informantene to dager før intervjuet, slik at de hadde god tid til å lese igjennom. Vi startet hvert intervju med å gi en kort informasjon om prosjektet, forklarte gangen i intervjuet og opplyste om at det ble benyttet lydopptaker. Alle deltakerne signerte samtykkeskjema. Begge forfatterne var tilstede i intervjusituasjonene, den ene som intervjuer, og den andre som observatør som tok notater. Vi byttet på, slik at vi intervjuet tre informanter hver, og tok notater i tre intervjuer hver.

Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av lydopptaker. Lydopptak er en praktisk måte å dokumentere intervju på, grunnet at det gjør det mulig for intervjueren å konsentrere seg fullstendig om selve intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018).

3.2.5 Transkripsjon

I en transkripsjon blir samtalen mellom to mennesker omgjort fra muntlig til skriftlig form. Gjennom transkripsjon kan datamaterialet analyseres og forskeren kan dermed få en bedre oversikt over hele datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2018). Ifølge Malterud (2018) skal transkripsjonen mest mulig ivareta det opprinnelige materialet, slik at deltakernes erfaringer og meninger blir formidlet og oppfattet under datasamlingen.

Begge forfatterne tok del i arbeidet med å transkribere alle intervjuene og slik fikk begge like god kjennskap til det innsamlede datamaterialet. Vi valgte å transkribere alle intervjuene til bokmål for å hindre at informantene kunne bli gjenkjent med hensyn til ulikheter i dialekter og språk, og ved bruk av ulike ord og uttrykk (Kvale & Brinkmann, 2018).

3.3 Analyse

For å analysere dataene valgte vi å benytte oss av Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er preget av systematikk med forpliktende tolkninger og funn som lærer oss noe vi ikke visste fra før. Dette utgjør den viktigste forskjellen mellom forskning over overflatisk synsing (Malterud, 2018). Analyseprosessen går over flere trinn hvor man bearbeider teksten systematisk. Først deler man teksten opp i meningsbærende enheter, for deretter å kondensere de meningsbærende enhetene, lage koder, underkategorier, kategorier og til slutt tema (Graneheim & Lundman, 2004).

Gjennom analyseprosessen identifiseres det manifeste og det latente innholdet i materialet. Det manifeste innholdet inkluderer direkte utsagn fra informantene, og blir ivaretatt inntil koder og kategorier dannes. Det latente innholdet kan leses «mellom linjene» og kommer fram gjennom forfatternes tolkning av innholdet (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter å ha transkribert alle intervjuene satt vi igjen med en analyseenhet på omtrent 18000 ord. De transkriberte intervjuene ble lest gjennom av begge forfatterne gjentatte ganger, med oppgavens problemstilling i bakhodet for å danne et tydelig helhetsinntrykk. Deretter identifiserte vi meningsbærende enheter, som er deler av en tekst, og plasserte dem i ulike domener. Domene er deler av teksten som utgjør mindre analyseenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Vi markerte alle de meningsbærende enhetene med nummer for å vise til hvilken informant de tilhørte.

Neste steg i analysen var å kondensere de meningsbærende enhetene. Kondensering er en prosess der teksten gjøres kortere, samtidig som det sentrale innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2004). Videre ble de kondenserte meningsbærende enhetene kodet. En kode fungerer som en merkelapp som kort beskriver innholdet i tilhørende meningsbærende enhet (Graneheim & Lundman, 2004). Deretter ble kodene abstrahert videre ved at flere koder som hadde lignende innhold ble plassert i aktuelle underkategorier. Underkategoriene ble deretter plassert under aktuelle kategorier for å identifisere mønstre og sammenhenger i datamaterialet som ikke umiddelbart er synlige (Graneheim & Lundman, 2004).

Materialet ble gjennomgått, diskutert og bearbeidet i flere omganger inntil vi kom fram til fem ulike kategorier. Tre av kategoriene ble videre abstrahert, tolket og dannet ett tema. De to resterende kategoriene egnet seg ikke til videre tolkning til tema-nivå, grunnet innholdets manifeste karakter. De ble derfor til to hovedkategorier. Tabell 1 viser et utdrag av analysen. For at det skal være mulig for andre å gå tilbake til utgangspunktet for å forstå valgene som ble gjort, ble prosessen formidlet systematisk ved å legge det inn i en analysetabell (Vedlegg 4) inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Tabell 1: Utdrag av analyseprosessen med tema og tilhørende kategorier som ble avdekket.

Tema	Kategori	Underkategori
Respekt for giver og mottaker	Respekt og verdighet gjør at organuttak oppleves meningsfullt	<ul style="list-style-type: none"> - Organdonasjon oppleves meningsfullt - Viktig å ivareta donor og pårørendes ønske - Det er belastende når respekten for donoren ikke blir opprettholdt
	Å snakke med kollegaer oppleves verdifullt for å bearbeide erfaringer	<ul style="list-style-type: none"> - Å snakke med kollegaer fungerer som en form for debrifing og oppleves verdifullt - Tilbakemelding i form av brev gjør arbeidet lettere
	Distanse og fokus på det livreddende aspektet forbereder operasjonssykepleiere på møtet med donor	<ul style="list-style-type: none"> - Å distansere seg hjelper operasjonssykepleiere til å utføre jobben på best mulig måte - Å fokusere på at organdonasjon redder liv bidrar til å gi operasjonssykepleiere en positiv opplevelse av organuttak - Å være godt forberedt gjør møtet med den avdøde lettere

3.4 Forskningsetiske vurderinger

I denne studien har vi samlet inn data om erfaringer og opplevelser fra helsepersonell, og ikke personlige helseopplysninger. Ifølge Helsinkideklarasjonen (2013) er ikke helsepersonell en sårbar gruppe sett i denne sammenheng, og dermed behøvde vi ikke å søke om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Før vi gikk i gang med innsamling av data søkte vi om godkjenning av studiet hos personvernombudet ved det aktuelle helseforetaket, og søknaden ble godkjent (Vedlegg 1). Videre registrerte vi masterprosjektet hos forskningsavdelingen ved det aktuelle helseforetaket.

Vi har tatt hensyn til tre viktige etiske prinsipper i gjennomføringen av denne studien: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet (Thagaard, 2010). I vår studie fikk aktuelle informanter forespørsel fra fagutviklingssykepleier om å delta i et intervju. De fikk et informasjonsskriv med beskrivelse av studiets formål. De fikk også opplyst at deltakelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst dersom de skulle ønske det (Vedlegg 2). Før intervjuet startet ble de informert muntlig om studiet og om informert samtykke, før de signerte samtykkeerklæringen (Thagaard, 2010; Malterud, 2018).

I informasjonsskrivet som informantene mottok sto det også at vi garanterte konfidensialitet. Konfidensialiteten i denne studien ble ivaretatt ved at intervjuene ble markert med nummer istedenfor navn. I tillegg ble informantene anonymisert i selve oppgaven (Thagaard, 2010). Samtykkeskjema og lister med navn og nummer, samt krypterte lydfiler på minnepinne ble oppbevart i skap med to låsbare hindringer på veileders kontor. Datamaterialet vil bli oppbevart til etter eventuell publisering, senest våren 2022. Lydfilene vil da bli slettet og minnepinnen formatert slik at de ikke kan gjenopprettes.

Selv om det å delta i forskningsprosjekt kan føre til en belastning for deltakerne, ser vi i denne studien at det er få belastninger for informanten å ta del i dette prosjektet. På den annen side kan en fordel være at informantene er med på å sette fokus på temaet organuttak, og at de gjennom intervjuene kan være med å påvirke. I vår studie har vi vært nøye på å vurdere presentasjon av datamaterialet av hensyn til den enkeltes personvern (Thagaard, 2010).

3.5 Metodiske overveielser

Kvalitative tilnæringer danner et godt fundament for å kunne forstå sosiale fenomener der mennesker og situasjoner studeres (Thagaard, 2010). Dermed ble det naturlig å velge kvalitativ tilnærming fremfor kvantitativ metode. Det foreligger lite forskning på operasjonssykepleieres opplevelser knyttet til organdonasjon, derfor egner kvalitative metoder seg spesielt godt til denne studien (Thagaard, 2010; Johannesen et al., 2010).

Semistrukturerte individuelle intervju ble ansett som den best egnede metoden for å få innblikk i informantenes erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2010). Ifølge Malterud (2018) bidrar semistrukturerte individuelle intervju til en rolig atmosfære og trygghet i intervjusituasjonen, noe vi anså som svært viktig for å kunne få svar på vår problemstilling. En alternativ metode vi kunne benyttet er fokusgruppeintervju. Dynamikken i fokusgruppeintervju bidrar til at det blir fortalt andre historier enn de du får i individuelle intervju, men på en annen side kan gruppedynamikken i fokusgruppen forhindre at motstridende eller personlige synspunkter blir delt (Malterud, 2018). Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) kan gruppesamspillet også føre til at forskeren lettere mister kontrollen over intervjuforløpet. I tillegg hadde fokusgruppeintervju medført større belastning på operasjonsavdelingen ved å måtte fristille mange operasjonssykepleiere til samme tidspunkt. På bakgrunn av dette og det faktum at Malterud (2018) hevder at det kreves god erfaring av forskeren for å gjennomføre fokusgruppeintervju, var ikke det et godt alternativ for oss.

Ifølge Polit og Beck (2017) er det datamaterialet som bestemmer antall informanter i kvalitative studier. Det betyr at når man får samme svar fra flere informanter er metningen nådd. Vi oppnådde metning på noen spørsmål, men ikke på alle. Vi fikk likevel rikelig med data som muliggjorde en grundig analyse.

Kvalitativ innholdsanalyse av Graneheim og Lundman (2004) var ny for oss, og vi brukte derfor tid på å lese oss opp på forhånd, samt at vi flere ganger måtte gå tilbake å endre på det vi hadde gjort. Ifølge Johannesen et al. (2010) er dette en naturlig del av analyseprosessen, og fordelene er at en blir bedre kjent med dataene og de forholdene en studerer. Arbeidet med å danne kategorier og tema gikk lettere etter at vi klarte å abstrahere til underkategorier. Videre brukte vi en del tid

på å finne det latente innholdet i alle kategoriene, men vi synes at det er en styrke ved vår oppgave at ikke alle kategoriene ble tolket videre til tema. Det viser at vi har forståelse for når høyeste nivå av latent innhold er nådd. Ved hjelp av godt samarbeid og veiledning kom vi fram til kategorier og tema som vi mener presenterer funnene våre på en god måte.

3.6 Studiens troverdighet

I dette avsnittet diskuteres studiens troverdighet. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) bruker man begrepene *credibility*, *dependability* og *transferability* til å vurdere troverdigheten på kvalitativ forskning, altså hvor mye en kan stole på at resultatet stemmer. Vi har valgt å benytte de engelske ordene for å unngå at ord blir forvekslet ved oversettelse til norsk.

Credibility handler om tillit til datamaterialet og om man kan stole på forskningsprosessen, i tillegg til at problemstillingen blir besvart. For å nå *credibility* må det gjøres rede for hele forskningsprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Vi mener å ha gjort tydelig rede for de ulike valgene vi har tatt med hensyn til fremgangsmåte, valg av tema, utvalg av informanter, datainnsamlingen og analyseprosessen. Vårt datamateriale var fyldig, og vi har presentert direkte sitater fra informantene for at det skal være tydelig for leseren hvordan vi har tenkt da datamaterialet ble kondensert, kodet og abstrahert inn i ulike kategorier. Dette, i tillegg til at vi har synliggjort analyseprosessen i vedlagte tabeller, (Vedlegg 4) mener vi er med på å fremme studiens *credibility*. Det er en styrke at utvalgte informanter jobber turnus da de fleste organuttak skjer på kveld og natt. I tillegg hadde de gjennomsnittlig deltatt på sju organuttak hver, noe som også styrker funnenes *credibility* (Graneheim & Lundman, 2004).

Vår forforståelse, som innebærer kjennskap til miljø, informanter og et økt kunnskapsnivå om organdonasjon, kan ha både positiv og negativ innvirkning på studien. Det kan ha vært lettere for oss å oppnå forståelse for hva informantene fortalte som følge av at vi kan ha erfaringer som er lik informantenes erfaringer. Det at vi var kjent med informantene på forhånd kan ha vært med på å skape en trygg arena der informantene kunne dele sine erfaringer (Thagaard, 2010). På den annen side kan vår kjennskap til informantene ha ført til at de unngikk å svare det de egentlig mente, og at de holdt tilbake viktig informasjon. Felles bakgrunnskunnskap kan også virke

negativt inn på intervjuet ved at man unngår å stille spørsmål vedrørende forhold som synes å være selvsagte innenfor kulturen (Thagaard, 2010).

Dependability handler om i hvilken grad forskerens tolkning resulterer i at dataene blir forandret (Graneheim & Lundman, 2004). En svakhet ved kvalitativ metode er at forskerens subjektive opplevelser påvirker forståelsen av informantenes erfaringer (Thagaard, 2010; Johannesen et al., 2010) Det er en utfordring at intervjuene er noe som skapes mellom forsker og informant, samt mellom teksten og forskeren i analyseprosessen. Her er det derfor nødvendig at vi, som forfattere, er klar over og åpen om vår forforståelse fordi den kan ha preget materialet ved å påvirke måten vi stiller spørsmål på, hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles, samt hvordan vi oppfatter, tolker og analyserer datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Vår forforståelse kan også ha styrket oppgaven ved å bidra til å fremheve og diskutere de viktigste funnene. Spesielt i analyseprosessen står man overfor mange valg som har innvirkning på studiens resultat. Begge forfatterne av studien er operasjonssykepleierstudenter, der en følgelig lik forforståelse lå til grunn for hvordan vi valgte å tolke datamaterialet. Her var det viktig å forsøke å være så tro som mulig til det opprinnelige intervjuet, og i prosessen med abstrahering av underkategorier og kategorier gikk vi ofte tilbake til de meningsbærende enhetene for å sikre at informantenes stemme kom tydelig nok fram. I denne studien var vi to forfattere som tok del i arbeidet med datainnsamling og analyse, noe som i større grad gjorde det mulig å være tro til informantenes beretninger, og objektiv til det innsamlede datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Da vi gikk i gang med studien kom det fram at vi lot oss påvirke av forskningsartikler og annen litteratur vi hadde lest. Vi forsøkte å være bevisst denne påvirkningen ved at vi med jevne mellomrom gikk tilbake til den for å se på forskjellene mellom det vi trodde vi kom til å finne, og det vi faktisk fant. Vi fikk flere overraskelser fra det empiriske materialet, og desto større sjanse er det for at vi har klart å ta imot ny kunnskap fra dataene (Malterud, 2018). Vår begrensede intervjuerfaring medførte at de første intervjuene var styrt av intervjuguiden. Etter hvert som vi fikk mer kontroll i intervjusituasjonen ble det lettere å løsrive seg fra intervjuguiden, samt at det ble lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål, som er en styrke for

studien (Graneheim & Lundman, 2004). På slutten av hvert intervju ble det lagt til rette for at vedkommende kunne fortelle fritt hvis det var noe de ville tilføye.

Transferability handler om i hvilken grad resultatet kan overføres til andre grupper eller situasjoner. Det er opp til leseren å vurdere i hvilken grad denne studien er overførbar til deres kontekst, ved at de ser på hvordan studien er gjennomført. Det er derfor en styrke for studiens overførbarhet at vi har gitt en detaljert beskrivelse av studiens utvalg, deltakere, datainnsamling, analyseprosess og det som utgjør oppgavens kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Funnene i denne studien er overførbar til andre operasjonsavdelinger ved donorsykehus i Norge.

4.0 Funn

Gjennom analyse av datamaterialet kom vi fram til ett tema med tre tilhørende underkategorier, og to hovedkategorier som ikke er underlagt tema, som svarte på vår problemstilling. Funnene blir presentert som sammenhengende tekst eksemplifisert med sitater fra informantene.

4.1 Respekt for giver og mottaker

I dette temaet presenteres funn som omhandler at operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med organuttak er påvirket av respekt og verdighet. Videre blir det presentert funn omkring forberedelse og bearbeidelse av erfaringene.

4.1.1 Respekt og verdighet gjør at organuttak oppleves meningsfullt

Organdonasjon og organuttak har påvirket informantene i denne studien på forskjellige måter. De har vært med på organuttak som har påvirket dem i ettertid, både positivt og negativt. Alle informantene snakket om hvor fantastisk og meningsfullt organdonasjon er, der en av dem sa: *«Organhøsting er en fantastisk ting, og det gjør jo noe med deg» (p3)*. Det blir også sagt at organuttak er en spesiell situasjon og at det derfor oppleves meningsfullt.

Samtidig som at operasjonssykepleierne opplever organdonasjon som meningsfullt, fortalte flere av de at det var viktig å ivareta, og ta hensyn til donors og pårørendes ønske. En av informantene beskrev hvorfor hun mente det var viktig: *«Når pasient og pårørende har sagt ja til organdonasjon så må jeg ivareta den oppgaven best mulig, slik at organene kan brukes» (p2)*. Det ble også påpekt at det var viktig å respektere donorens pårørende, da de er generøse og sier ja til organdonasjon. Selv om man skal ta utgangspunkt i hva den potensielle donoren ønsker, har pårørende gitt tilbakemelding om at de opplevde organdonasjon som noe meningsfullt.

Det oppleves viktig for informantene å vise respekt for donoren ved et organuttak, og de synes det kan være flott å delta på et organuttak når verdighet og respekt blir opprettholdt. I tilknytning til dette fortalte en informant at også stemningen på operasjonsstuen er preget av respekt ovenfor donor: *«Når organene er ute og teamet forsvinner blir det stille og en merkelig stemning oppstår. Man gjør det man skal, og begynner ikke å fjase, le eller tulle» (p6)*. En annen informant fortalte

om en andektig stemning, som bærer preg av at alle er tankefulle. Det var også viktig for informantene at donoren ble ivaretatt på en respektfull måte ved avslutningen, ved å sørge for at bandasjene er lagt ordentlig på slik at donor er ren og velstelt når den skal tilbake til intensivavdelingen. Flere uttrykte at respekten for donor ble vist gjennom stillhet og lite snakk, med en fredfull stemning som gav verdighet til siste slutt.

Informantene har erfart at organuttak kan medføre sterke inntrykk i etterkant. Det har vært belastende for operasjonssykepleiere å delta på organuttak i de tilfellene respekt og verdighet for donor ikke har blitt opprettholdt. En informant fortalte om en hendelse der vakthavende kirurg fremstod som irritert over at han måtte hjelpe til, og i den forbindelse følte informanten at donoren ikke ble respektert: *«Det har vært noen uverdige opplevelser der P2 kommer ned og er irritert over at de må lukke. Nå har vi bedre rutiner, vi ringer i forkant og spør hvem som kommer og lukker» (p6).*

Flere av informantene fortalte at organuttak var en sterk opplevelse og at den aller første gangen kan være overveldende: *«Ikke belastende, men sterkt. Husker fortsatt første gangen... jeg var da med på hele prosessen og fikk stå sterilt sammen med donorteamet» (p1).* En annen informant fortalte at hun følte seg preget etter å ha vært med på et organuttak, og videre ble det fortalt at donoren ser levende ut når den kommer inn på operasjonsstuen, og at det dermed oppleves tøft å se at den organbevarende behandlingen blir avsluttet når organene skal tas ut. Flere av informantene fortalte at de ofte kunne bli stille og reflekterte etter et organuttak, og at de ikke kunne la være å tenke på den som har vært uheldig: *«Etter en donor kan jeg ikke bare legge det vekk. Jeg kan fungere greit, men jeg blir stille og ekstra reflektert. Det kan jeg være når jeg snakker om det nå også» (p4).*

Videre kom det fram fra alle informantene at de syntes organuttak fra barn ble traumatisk. Det ble fortalt av en informant at det gjorde ekstra sterkt inntrykk når de selv hadde barn på samme alder som donoren. I sammenheng med dette sa en informant: *«Barn som donor oppleves traumatisk, samme som traumemottak av barn. I lignende hendelser kan ting du har vært med på før poppe opp igjen, [...]»(p6).* En annen informant fortalte at det ble for tøft å delta på et organuttak der donor var et barn fordi hun selv var småbarnsmor, og at hun da satte pris på at kollegaer stilte opp og deltok istede for henne.

4.1.2 Distanse og fokus på det livreddende aspektet forbereder operasjonssykepleiere på møtet med donor

Det ble fremhevet at det er viktig å distansere seg for å beskytte seg selv mot sterke inntrykk, slik at en kan utføre jobben på best mulig måte. En informant fortalte om det å fysisk og psykisk distansere seg ved å ikke se på ansiktet til donoren: «*Når det er unge folk ser jeg ikke på ansiktet. Da konsentrerer jeg meg om kroppen, og distanserer meg fra det. Organene skal ut, og det må gjøres på best mulig måte...*» (p2). Det å motta begrenset informasjon om donoren var også ansett som vesentlig for å kunne utføre en god jobb, da det skaper distanse til donoren. En informant sa: «*For at du skal være med å gjøre en god jobb er det viktig at du ikke blir altfor mye informert, men at du har en grei og kort informasjon*» (p4).

Som tidligere nevnt opplevde informantene at det var overveldende å delta på et organuttak og å se den avdøde donoren. I tilknytning til dette fortalte informantene at de heller velger å fokusere på de pasientene som vil få nytte av organene, og at det gjør det enklere for dem å mestre situasjonen. En informant fortalte: «*Det at det er en begynnelse for noen gir meg motivasjon til å mestre det. Flere pårørende til donorer sier i ettertid at det gir mening og en god følelse at deres avdøde kunne bli donor*» (p4). På en annen side er det også viktig å være forberedt på møtet med den avdøde. En av informantene fortalte: «*Det er jo viktig å forberede seg på at det er en avdød person og ikke en levende vi får inn på stuen. Spesielt hvis en ikke har vært med før*» (p1)

4.1.3 Å snakke med kollegaer oppleves verdifullt for å bearbeide erfaringer

Operasjonssykepleiere tar i bruk ulike metoder for å bearbeide erfaringene og opplevelsene sine etter å ha vært med på et organuttak. Informantene i denne studien opplyste at de ikke hadde noen form for organisert debriefing etter at de hadde vært med på et organuttak, men oppgav heller ikke at de hadde et behov for dette. Alle informantene fortalte at samtaler med sine kollegaer var verdifullt for å bearbeide sine erfaringer og opplevelser etter å ha deltatt i organuttak. Slik fikk operasjonssykepleierne luftet sine tanker og følelser, samtidig som de fikk snakke med kollegaer som har vært med på det samme: «*Organhøsting er overveldende, derfor viktig å snakke med kollegaer, spesielt etter traumatiske hendelser. En skal ikke gå hjem med vonde tanker*» (p1). I tillegg til at operasjonssykepleierne kan snakke med hverandre, nevnte

flere av informantene at de også kan snakke med blant annet anesthesi og transplantasjonskoordinator hvis de følte det var nødvendig.

Etter et organuttak får operasjonssykepleierne et takkebrev fra transplantasjonskoordinator ved Rikshospitalet. Flere av informantene fortalte at disse brevene bidrar til å bearbeide deres opplevelser etter et organuttak fordi de får vite litt mer om hvordan det gikk etter organtransplantasjonen. Informantene fortalte at arbeidet blir lettere etter at de mottok brevene: «Å motta brev fra donorteamet gjør jobben lettere.» (p4). Dette bekreftet en annen informant, som fortalte at det var godt å få en tilbakemelding om hvordan det hadde gått, spesielt siden hun hadde vært mer involvert enn det som er normalt i det aktuelle organuttaket.

4.2 God kommunikasjon og samarbeid påvirker operasjonssykepleieres opplevelse av å delta på organuttak

I denne kategorien presenteres funn som omhandler hvordan kommunikasjonen og samarbeidet med donorteamet påvirker operasjonssykepleieres opplevelse av å delta på et organuttak.

Samtlige av informantene fortalte at samarbeidet med donorteamet fungerer godt, både når de snakker med dem på telefonen og når de ankommer det aktuelle sykehuset for å hente organer. Samarbeidet fungerer godt fordi medlemmene i donorteamet gir klare beskjeder og henvender seg direkte til operasjonssykepleierne ved donorsykehuset dersom det er noe de trenger hjelp til. Det blir presisert at samarbeidet nyter fordel av at donorteamet er vant til å være på forskjellige sykehus, at de er positive, og har god kontroll på utstyret de har med seg: «*Teamet har jo det meste med seg, så de har god kontroll på hvor utstyret ligger. De nærmest peker, og gir beskjed i forkant om hva de trenger...*» (p6).

Informantene var også fornøyd med mengden informasjon de mottok om donoren i forkant av organuttaket, da de mener å ha fått opplysninger om det som var relevant for arbeidet: «*For meg er det ikke nødvendig å vite så veldig mye om pasienten. Det betyr lite når det er så konkrete ting vi skal gjøre*» (p1). Ifølge en annen informant kunne de etterspørre informasjon hvis det skulle bli nødvendig, samtidig som de fikk god tid til å forberede seg i forkant.

De siste årene har det blitt mye bedre kommunikasjonsflyt internt når en donor meldes, men det har likevel vært tilfeller med meldesvikt, der operasjonsavdelingen ikke har fått beskjed om at det skal komme en donor: «... *Donoransvarlig anestesilege hadde ikke gitt oss beskjed om at det lå en donor som skulle ned. Plutselig fikk vi telefon fra operasjonssykepleier i donorteamet som ville avtale med oss [...] Da hadde heller ikke anestesien fått beskjed*» (p1)

Informantene fortalte om tilfeller der uenighet og tidspress har påvirket deres samarbeid med donorteamet. Ved ett tilfelle hadde uenighet om hvilken utgang donorteamet skulle bruke medført at de kom til en låst dør. I den forbindelse var en av informantene bekymret over at donorteamet, i strid med avdelingens retningslinjer, valgte å gå med sivile klær og koffert gjennom operasjonsavdelingen. En annen situasjon som utfordret samarbeidet var at donorteamet hadde behov for mer hjelp enn planlagt: «*Jeg opplever at de kan ha det veldig travelt. Det heter jo at de [donorteamet] skal klare seg selv, men vi liker jo å hjelpe til. Jeg var med en gang der det virkelig hastet å få levert organene. Hvis jeg ikke hadde vært der, hadde de ikke fått gjort alt. Vi var der hele tiden, og åpnet alt for dem. Det at de klarer seg selv er ikke helt sant*» (p3). En annen informant beskrev organuttak som spennende fordi det skal gå fort, og at man er spent på hvordan det går, om de vil greie å serve donorteamet.

Som regel er det to operasjonssykepleiere tilgjengelig for å hjelpe donorteamet, men operasjonssykepleierne har ikke alltid tid til å være inne og assistere hele tiden. Videre ble det fortalt at donorteamet er innforstått med at operasjonssykepleierne må springe når alarmen går, og at operasjonssykepleierne bytter på å være inne og serve teamet. På denne måten kan en av de bli fristilt til å bidra andre steder dersom det er travelt. En informant fortalte: «*Men hvis vi får det travelt så får de et telefonnummer de kan nå oss på hvis de trenger hjelp, for det er ikke alltid vi kan være til stede hele tiden...*(p2). Informantene har erfart at det kan være travelt når donorteamet kommer for å hente buk- og thoraksorganer, som følge av at det da er flere team som trenger assistanse. Informantene opplever at donorteamet setter pris på hjelpen de får.

Alt tatt i betraktning, oppstår det sjelden samtidskonflikt. Dette, er ifølge en informant, på grunn av god planlegging i avdelingen: «*Involverte er jo klar over at det foregår en organhøsting, og de prøver å unngå at det ikke pågår store ting samtidig, med mindre det er absolutt nødvendig. Jeg kjenner ikke til at det har vært et problem som har ført til samtidskonflikt*» (p4).

4.3 Gode prosedyrer er hensiktsmessige for å sikre tilstrekkelig kunnskap

Denne kategorien presenterer betydningen av gode prosedyrer og å være godt forberedt til et organuttak.

Ifølge informantene er det veldig tilfeldig hvem som må delta på et organuttak, og på grunn av at det er en spesiell situasjon understreker de viktigheten av å være godt forberedt. Det ble fortalt at det oppleves nyttig å vite akkurat hvor prosedyrene ligger, samt å gjøre seg kjent med både prosedyrene og utstyret som skal være klart til et organuttak. En av informantene uttrykte et ønske om mer internundervisning, da det er et godt virkemiddel for å kunne opprettholde kunnskapen om prosessen rundt organuttak: *«Kunne godt hatt mer undervisning, da det går en liten stund mellom hver gang du er med på organhøsting. Jeg synes undervisningen om prosessen rundt organdonasjon er veldig bra...»* (p6).

Samtlige av informantene synes prosedyrene som omhandler organuttak er gode og oversiktlige. De setter pris på at de har tilgang til både forenklete prosedyrer og større bøker med mer informasjon, men forteller at det kan være mye for nyutdannede å sette seg inn i: *«Hvis man er ny og har lite erfaring kan prosedyrene virke omfattende og overveldende da det er mye tekst [...] Den kunne ha vært noe forenklet...»* (p5).

Til tross for at prosedyrene blir ansett som hensiktsmessige for å opprettholde kunnskapsnivået, er det flere informanter som snakker om utfordringer knyttet til én av prosedyrene: *«Det er utfordrende med ringeren [Ringer-Acetat] som skal være fryst til en viss konsistens. Det står at du skal legge den i fryseboksen så og så lang tid i forveien, men det er avhengig av hvilken fryseboks som brukes...»* (p4). Dette oppleves vanskelig for informantene da de vet at organene kan skades dersom Ringer-Acetat blir fryst for lenge eller for kort, og de er redde for å gjøre skade. Dette har også ført til et tilfelle der donorteamet har tatt med sin egen fryste Ringer Acetat fra Rikshospitalet for å være sikker på at konsistensen er riktig.

5.0 Diskusjon

I denne studien har vi undersøkt operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med å delta i et organuttak. Problemstillingen som besvares er: Hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere med organuttak ved donorsykehus? I dette kapittelet drøftes studiens viktigste funn i lys av teori og tidligere forskning. Vi vil også presentere egne betraktninger og refleksjoner. Til slutt vil vi belyse implikasjoner for praksis og videre forskning.

5.1 Respekt for giver og mottaker

I studien vår finner vi at organdonasjon har påvirket informantene på ulike måter, både positivt og negativt. Hovedsakelig ble det fortalt at det oppleves meningsfullt å ta del i et organuttak. Flere tidligere studier bekrefter at operasjonssykepleiere påvirkes ulikt av å delta på organuttak. I studiene legges det størst vekt på følelsesmessige utfordringer knyttet til å operere på en avdød person, samtidig som det er mye fokus på de negative innvirkningene mangel på ressurser kan føre til. Til tross for dette blir det også fortalt at organuttak oppleves meningsfullt (Regehr et al., 2004; Carter-Gentry & McCurren, 2004; Perrin et al., 2013; Smith et al., 2015a; Smith, 2017; Bani et al., 2019). Mange operasjonssykepleiere opplever at å delta på organuttak er meningsfullt fordi de ser at organdonasjon gir pasienter med terminal organsvikt gode behandlingsmuligheter (Protokoll for organdonasjon, 2020).

Ifølge informantene i vår studie var det viktig for operasjonssykepleierne å ivareta donor og pårørendes ønske i gjennomføring av prosedyren. Ifølge Smith et al. (2015a) var operasjonssykepleiere opptatt av å vise respekt for donoren og deres pårørende, og at dette fokuset ga de mindre skyldfølelse av å delta i prosessen. Det at operasjonssykepleiere viser respekt for donor og pårørende er i tråd med operasjonssykepleieres ansvars og funksjonsbeskrivelse. Operasjonssykepleiere har et terapeutisk ansvar, som blant annet omhandler at operasjonssykepleiere skal utøve operasjonssykepleie og profesjonell omsorg i samsvar med fagets tradisjoner, etiske prinsipper og helselovgivningen og med respekt for pasientens og pårørendes integritet, ressurser og opplevelser ved å være akutt og/eller kritisk syk (NSFLOS, 2015). Også i transplantasjonsloven (2015, §1) blir dette nevnt, der det blant annet

står at loven skal sikre at helsevesenet behandler donor og pårørende med respekt og verdighet i alle ledd.

Våre informanter vektla hvor viktig det var å ivareta respekten for donoren gjennom hele prosessen med organuttak. Dette gjorde de ved å unngå intern spøk under prosedyren og ved å snakke rolig til hverandre. De sørget også for at bandasjer var lagt på ordentlig, og at donoren var ren og velstelt da den forlot operasjonsavdelingen. Likevel hadde noen av dem vært vitne til respektløs behandling av donor en gang en kirurg fremsto som irritert over at han måtte hjelpe til på slutten av inngrepet. Tidligere forskning bekrefter at respektløs behandling av donor også forekommer andre steder. Regehr et al. (2004) viser til en bekymring hos operasjonssykepleiere i de tilfellene donoren har blitt behandlet med mangel på respekt, og at det hadde vært hendelser der operasjonssykepleierne måtte kreve at kirurgene fremdeles skulle behandle donoren som en pasient. Ifølge Smith et al. (2015a) var det en påkjenning for operasjonssykepleierne dersom de opplevde å ikke ha tid til å ta seg ordentlig av donor grunnet travelhet og ventende pasienter. Slike opplevelser kan føre til et etisk dilemma for operasjonssykepleiere, som ifølge kapittel 2.14 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal vise respekt for den døde kropp (Norsk sykepleieforbund, 2019). Det blir anbefalt at pårørende kommer tilbake etter organuttaket og ser avdøde etterpå. Døden blir da mer konkret og pårørende kan forsikre seg om at estetikk og verdighet er blitt ivaretatt gjennom hele prosessen (Protokoll for organdonasjon, 2020).

I likhet med tidligere studier (Regehr et al., 2004; Carter-Gentry & McCurren, 2004; Wang & Lin, 2009; Perrin et al., 2013; Smith et al., 2015a; Bani et al., 2019) synes informantene i vår studie det er tøft at donoren ser levende ut i det den kommer inn på operasjonsstuen, og å se den organbevarende behandlingen bli avsluttet. Dette kan ha sammenheng med at miljøet på operasjonsstuen stort sett handler om å redde liv, og at det derfor kan være vanskelig for operasjonssykepleiere å akseptere situasjoner med døden (Carter-Gentry & McCurren, 2004; Smith et al., 2015a; Bani et al., 2019;). Ifølge Bani et al. (2019) synes operasjonssykepleierne at det mest belastende øyeblikket er når kirurgen lukker koronararteriene og hjertet slutter å slå, mens ifølge Regehr et al. (2004) og Carter-Gentry og McCurren (2004) er det tyngste øyeblikket når anestesilegen slår av respiratoren, og anestesipersonellet forlater operasjonsstuen. Våre funn samsvarer med andre studier (Regehr et al., 2004; Carter-Gentry & McCurren, 2004; Perrin et

al., 2013; Smith et al, 2015a; Bani et al., 2019;) ved at organuttak oppleves mest traumatisk når donoren er ung voksen eller barn. Enkelte ganger måtte informantene i vår studie be sine kollegaer om å delta på organuttaket istedenfor dem selv, fordi donoren var i samme alder som eget barn. Bani et al. (2019) fremhever også dette funnet.

I Smith (2017) sin studie kom det fram at en del operasjonssykepleiere har innsigelser mot å delta på organuttak grunnet religiøs, moralsk eller etisk tro. Likevel har de vanskelig for å avstå fordi de har erfart å bli dømt og utestengt av kollegaer dersom de uttrykker sine behov. De understreker derfor viktigheten av at operasjonssykepleiere blir spurt om de ønsker å delta. Informantene i vår studie fortalte ikke om lignende erfaringer, noe som antyder at terskelen for å si at man ikke ønsker å delta er lavere enn i Smith (2017) sin studie. Hvordan operasjonssykepleier vurderer og handler i ulike situasjoner styres av deres verdier, normer, holdninger og syn på mennesket. Vurderingen av situasjonen medfører at operasjonssykepleier har ansvar for sine handlinger (NSFLOS, 2015).

Etter å ha sett på tidligere forskning på området, ser vi at kulturelle forskjeller kan påvirke operasjonssykepleieres opplevelser tilknyttet organuttak. I en artikkel av Wang og Lin (2009) hadde alle deltakerne i studien Taiwansk bakgrunn. Funn fra denne studien, hvor noen sammenligner organdonasjon med slaktning, samsvarer ikke med våre funn. En australsk studie (Smith et al., 2015a) viste også erfaringer påvirket av en tro om at menneskekroppen er en hellig gjenstand som ikke skal forstyrres. Tilsvarende funn ble ikke omtalt i vår studie, noe som kan gjøre deltakelsen i et organuttak mindre følelsesmessig krevende enn det Wang og Lin (2009) og Smith et al. (2015a) beskriver i sine studier. Gao et al. (2020) bekrefter i sin studie om internasjonale operasjonssykepleiere, at ulik kulturell bakgrunn spiller en viktig rolle i operasjonssykepleierens opplevelse av å delta på organuttak. Operasjonssykepleiere fra Sør-Korea var blant annet påvirket av tanken om at kroppen er en gave fra foreldrene, og at den derfor skal beholdes slik den er skapt. På samme måte var operasjonssykepleiere fra Kina preget av synspunktet om at man skal la en avdød person være i fred, og på den måten strider organuttak mot deres kulturelle tro og holdninger.

5.2 Bearbeiding av opplevelser ved organuttak

I studien vår kom det fram at informantene forbereder seg til organuttak ved å distansere seg fra donor. Dette gjorde de for å beskytte seg mot sterke inntrykk, og på denne måten kunne de utføre jobben sin på best mulig måte, samtidig som de fokuserte fullt på arbeidsoppgavene som skulle utføres. Tidligere studier bekrefter at det hjelper å fokusere på konkrete arbeidsoppgaver for å mestre situasjonen (Regehr et al., 2004; Gentry & McCurren, 2004; Smith et al., 2015a; Bani et al., 2019;). Regehr et al. (2004) påpeker at informantene også forestilte seg at donoren ikke var en hel person, slik at organuttaket skulle bli lettere. Flere av informantene i vår studie har meddelt at de fysisk og psykisk distanserer seg ved å ikke se på ansiktet til donoren, for å beskytte seg mot de sterke opplevelsene. Bani et al. (2019) forteller om lignende funn i sin studie, der en informant dekker til donorens ansikt fordi vedkommende hadde drømt om ansiktet til en tidligere donor. Dette stemmer overens med annen tidligere forskning hvor distansering hjalp operasjonssykepleiere til å gjøre en god jobb (Regehr et al., 2004; Smith et al., 2015a). Denne måten å håndtere deltakelsen i et organuttak på, samsvarer med Lazarus og Folkmans (1984) teori om emosjonelt orientert mestring. Ved å tenke på noe annet forsøker man å beherske sine følelser. I dette tilfellet forsøker operasjonssykepleierne å dempe de sterke følelsene som et organuttak kan fremprovosere. Slik holdes følelser som kan påvirke situasjonen negativt borte. Dette er en god og nødvendig metode for å mestre en vanskelig situasjon som ikke kan endres (Lazarus & Folkman, 1984).

I tillegg var det flere av våre informanter som oppgav at de fokuserte på de pasientene som ville få nytte av organene, noe som bidro til at de mestret situasjonen bedre. Dette samsvarer med Regehr et al. (2004) sin studie, hvor informantene fokuserte på det positive utfallet. Ved å tenke på at andre pasienter får hjelp av donoren sine organer, fokuserer man på de sidene av organuttaket som oppleves meningsfullt. Meningsfullhet er en av dimensjonene i salutogenese, der det fremheves at opplevelsen av sammenheng styrkes dersom man opplever situasjonen som meningsfull (Antonovsky, 2012). Informantene oppgir også at det er viktig å forberede seg til et organuttak ved å lese i prosedyrer og gjøre seg kjent med avdelingens utstyr. Dette bygger på teorien om problemorientert mestring, som omhandler at man aktivt tar grep ved å søke informasjon og kunnskap. Dersom en opplever at mestringsstrategien har fungert i én situasjon,

kan det bli aktuelt å bruke samme strategi i en lignende situasjon senere (Lazarus & Folkman, 1984).

Et annet funn i vår studie var at operasjonssykepleiere tar i bruk ulike metoder for å bearbeide sine erfaringer og opplevelser etter å ha vært med på et organuttak. Det kom frem at det verken er tilrettelagt for, eller har vært behov for organisert debrifing. Våre informanter mente det var verdifullt å benytte kollegaer for debrifing. Det hjalp dem til å få støtte og å lufte sine tanker og følelser. I tillegg ble det sagt at det er mulig å ta kontakt med leder, anestesipersonell eller transplantasjonskoordinator dersom de skulle få behov for det. Wang og Lin (2009) og Perrin et al. (2013) bekrefter viktigheten av å snakke med kollegaer, hvor Perrin et al. (2013) særskilt berømmer de mest erfarne operasjonssykepleierne for å ha en støttende og omsorgsfull tilnærming til de mindre erfarne kollegaene. Smith, Leslie og Wynaden (2017) oppga derimot at operasjonssykepleiere opplevde manglende støtte fra sine kollegaer, det kirurgiske teamet, og ledere, samt at de følte debrifingsmuligheter og profesjonelle rådgivingstjenester kom til kort. I motsetning til at informantene i vår studie var fornøyd med støtten de fikk, var operasjonssykepleierne i Smith et al. (2017) skuffet over at ingen spør hvordan det har gått i etterkant av organuttaket, og at avdelingens behov kommer foran hensynet til de ansatte. I de tilfellene de hadde hatt debrifing var det problematisk at tidspunktet for debrifingen var lenge etter hendelsen. Bani et al. (2019) hevder at operasjonssykepleiere synes det er vanskelig å snakke om tanker og følelser rundt et organuttak. Smith (2017) sitt funn samsvarer med vårt funn som omhandler at det er mulig å benytte transplantasjonskoordinator for debrifing etter et organuttak, men ifølge Smith (2017) kom de fram til at støtte fra transplantasjonskoordinator ikke alltid var like tilgjengelig som følge av tidspress. Det kom også fram her at debrifingen da ofte fant sted samtidig som de ivaretok donoren etter organuttaket. I en slik situasjon var donoren alltid førsteprioritet, og de fikk dermed mindre utbytte av debrifingen.

Det å snakke med kollegaer for å lufte tanker og følelser er en fin måte å reflektere over hendelser på, men det kan også være nyttig å gjennomføre en planlagt debrifing slik at man kan reflektere sammen i en gruppe med flere involverte. Ved å gjennomgå fakta, tanker, inntrykk og reaksjoner kan man forhindre unødvendige ettervirkninger, bidra til sunn utvikling og stimulere emosjonell ventilasjon (Dyregrov, 1997). Ved bruk av debrifing kan man tilegne seg kunnskap

og ferdigheter, samtidig som en utforsker holdninger og atferd (Rosenorn-Langg, 2015). Dette kan øke evnen til å mestre en vanskelig situasjon.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleieforbund, 2019). Sosial støtte er en viktig ressurs som kan bidra til å fremme mestring i situasjoner som kan være stressende og krevende. Personer som opplever at en eller flere bryr seg om dem, løser ofte opp spenning lettere enn de som mangler slike kvaliteter i sine relasjoner (Lazarus & Folkman, 1984; Antonovsky, 2012)

Et annet funn i vår studie var at brevene fra Rikshospitalet gjorde det lettere for informantene å mestre erfaringene og opplevelsene etter organuttaket, fordi donortemaet her beskriver videre bruk av organene. En slik tilbakemelding støttes også av Carter-Gentry og McCurren (2004), og Regehr et al. (2004). Regehr et al. (2004) sier i sin studie at operasjonssykepleiere skulle ønske de fikk enda mer informasjon, hvor organene gikk og om transplantasjonen var vellykket. De foreslår også mulighet for å få elektronisk informasjon om hele prosessen, fra man forsøkte å redde livet til donoren fram til det faktiske organuttaket finner sted. Ifølge Antonovsky (2012) er begripelighet et viktig begrep innen salutogenese, der det blant annet legges vekt på forståeligheten rundt situasjonen. På bakgrunn av dette kan informasjon om resultatet av organuttaket øke mulighetene for mestring. Dette samsvarer med teori om problemorientert mestring, ved å søke informasjon og kunnskap forsterkes mulighetene til å håndtere stressende situasjoner (Lazarus & Folkman, 1984)

5.3 God kommunikasjon og samarbeid påvirker operasjonssykepleieres opplevelse av å delta på organuttak

Informantene i denne studien har erfaringer med et velfungerende samarbeid med donorteamet ved organuttak ved det aktuelle helseforetaket, men det har likevel vært noen få hendelser informantene har valgt å bemerke. Tidligere studier fant at operasjonssykepleiere verdsetter et godt samarbeid, men samtidig har de kastet lys over flere faktorer som kan være utfordrende. I Regehr et al. (2004) sin studie opplevde operasjonssykepleierne at det var krevende at donorteamet brukte andre navn på instrumentene enn de selv var vant til, og at de hadde opplevd å bli behandlet respektløst, med kasting av instrumenter. Bani et al. (2019) bekrefter at det kan

være utfordrende å bistå et team bestående av ukjente kirurger med ulike behov. I Perrin et al. (2013) sin studie fortalte operasjonssykepleiere om opplevelser med verbalt overgrep, og en ufin oppførsel fra kirurgene som følge av tidspress og at de var bekymret for organenes levedyktighet. Utfordringene operasjonssykepleierne beskriver her er trolig knyttet til at de i større grad deltar med assistanse i selve inngrepet, da det ikke blir sagt at donorteamet har med seg egne operasjonssykepleiere slik prosedyren er i Norge. I Norge består donorteamet av to kirurger, en operasjonssykepleier og en transplantasjonskoordinator. Ved uttak av hjerte/lunger er det i tillegg med en anestesilege, samt en til to ekstra kirurger, og en ekstra operasjonssykepleier (Protokoll for organdonasjon, 2020).

Operasjonssykepleierne i vår studie erfarte at kommunikasjonen fungerte effektivt fordi den besto av klare og tydelige beskjeder, samt at operasjonssykepleieren i donorteamet henvendte seg direkte til operasjonssykepleieren ved donorsykehuset. Dette kan tyde på at de ulike aktørene inne på operasjonsstuen under et organuttak er bevisst på de faktorene som skaper en god samhandling (Schibeavaag, Laugaland & Aase 2015). Ifølge Schibeavaag et al. (2015) er det ulike samhandlingsdimensjoner personell bør trene og være bevisst på: kommunikasjon bør være tydelig for alle involverte aktører, der like premisser bør ligge til grunn for involvering og deltakelse. Det er viktig at deltakerne kjenner sin egen og andres roller i samhandlingsprosessen, og at det ikke er rom for dominans eller makt. Det er viktig å tilrettelegge rammebetingelsene som danner konteksten for god samhandling, som kan bestå av prosedyrer og teknologi. Ledelsen bør sørge for at alle får bidra med sin kompetanse, at de føler tilhørighet og har tillit til hverandre. Videre må ledelsen forhindre en utvikling av maktkultur og vektlegge læring av uønskede hendelser. I de nevnte artiklene (Regehr et al., 2004; Perrin et al., 2013; Bani et al., 2019) kan det tenkes å være fordelaktig at de ulike aktørene på operasjonsstuen øver på å være mer bevisst på disse samhandlingsdimensjonene.

Et funn i vår studie var at det de siste årene har blitt mye bedre kommunikasjonsflyt internt når en donor meldes, men til tross for dette har det vært tilfeller hvor donor ikke har blitt meldt til operasjonsavdelingen. Dette førte til at operasjonssykepleierne ved donorsykehuset først fikk vite om donoren da operasjonssykepleier ved OUS Rikshospitalet tok kontakt over telefon. Videre fortalte informantene at dette strider mot prosedyrene, da donoransvarlig anestesilege på

forhånd skal informere operasjonssykepleierne om at det kommer en donor til avdelingen. Operasjonssykepleierne ved donorsykehuset er avhengig av å vite om donoren så tidlig som mulig, da donorteamet ønsker at både preoperativ huddesinfeksjon og oppdekking er utført før de ankommer (Protokoll for organdonasjon, 2020). Informantene opplyste at det ble skrevet avviksmelding på de tilfellene der donor ikke ble meldt. Avviksmelding er rapportering av uheldige hendelser og nesten hendelser, med et fokus på å lære av tidligere feil, og å gjennomføre tiltak (Aase & Wiig, 2015).

Informantene i denne studien hadde erfaringer med at uenighet og tidspress påvirket deres samarbeid med donorteamet. En informant bemerket at uenighet om hvilken utgang donorteamet skulle benytte ved avreise hadde ført til at de, i strid med avdelingens retningslinjer, hadde valgt å gå med sivile klær og koffert gjennom operasjonsavdelingen. Ifølge Hansen, Andersen og Loraas (2018) er det viktig at personalet som går inn på operasjonsavdelingen har rent grønt tøy, rene sokker og sko. Informantene i studien uttrykker at det kan være travelt hvis donorteamet kommer for å hente thorax-organer, og det ble fortalt om et tilfelle der det virkelig hastet, noe som resulterte i at donorteamet hadde behov for mer hjelp enn planlagt. Vanligvis når det er travelt pleier de å gi telefonnummer til donorteamet slik at de kan ringe ved behov for hjelp. Tidligere forskning viser at organuttak vanligvis skjer på kort forvarsel, med et hurtig tempo og få muligheter for pauser underveis (Regehr et al., 2004). Operasjonssykepleierne har ikke alltid tid til å mentalt forberede seg på opplevelsen (Smith et al., 2015a), og travelhet i operasjonsavdelingen medfører at operasjonssykepleiere heller ikke har tid til å «samle seg» og å forberede seg på neste operasjon etter å ha deltatt på organuttak (Perrin et al., 2013). I vår studie fortalte informantene at god planlegging i operasjonsavdelingen førte til at samtidskonflikt sjelden var et problem. En viktig del av en ledelses funksjon er å skape klima for samarbeid og samhandling, og å håndtere interessemotsetninger og konflikter (Orvik, 2015). Det er også en del av operasjonssykepleieres funksjons og ansvarsbeskrivelse å ha evne til å fordele og utnytte tilgjengelige ressurser slik at pasienter blir ivaretatt (NSFLOS, 2015).

5.4 Gode prosedyrer er hensiktsmessige for å sikre tilstrekkelig kunnskap

Ifølge funnene i vår studie er det svært tilfeldig hvem som må delta på organuttak, noe som underbygger viktigheten av å være godt forberedt. Tidligere studier argumenterer også for

betydningen av å være godt forberedt, der de trekker fram fortellinger om at operasjonssykepleiere valgte å skjule mangelen på erfaring fra de andre i teamet. Dette var spesielt gjeldende hvis de aldri hadde deltatt på organuttak før, fordi de ikke visste hva de kunne forvente (Smith et al., 2015a). I Regehr et al. (2004) sin studie ble det antydnet at spesielt nye medarbeidere synes det var så belastende å delta på organuttak at mange valgte å ikke delta på flere etter den første. Selv om funnene i disse artiklene antyder til en annen måte å samarbeide med donorteamet på, kan det trekkes paralleller vedrørende betydningen av å være godt forberedt. I vår studie fortalte informantene at prosedyrene kan være omfattende og overveldende for nye operasjonssykepleiere, og at det er mye å sette seg inn i. De kom med anbefalinger om å gjøre seg kjent med prosedyrene på forhånd, og å gå gjennom utstyret som skal benyttes ved et organuttak. På denne måten er man godt forberedt når man kommer oppi situasjonen senere. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er dette riktignok også en plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, som må sees i sammenheng med plikten helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Forsvarlighetskravet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til å utarbeide rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester, samt å legge forholdene til rette slik at den enkelte helsepersonell kan utføre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, §16).

Det blir presisert et ønske om mer internundervisning av våre informanter, og det kom fram at det spesielt er verdifullt med undervisning om prosessen rundt organdonasjon og organbevarende behandling. I tidligere studier er det synliggjort at manglende forståelse for prosesser gjennomgått på forhånd av et organuttak og for lite kunnskap om grunnlaget for erklæring av hjernedød pasient, har ført til at operasjonssykepleierne opplever å være overveldet av frykt, tvil og usikkerhet angående donorens dødsstatus (Smith et al., 2015a). I studien til Gentry og McCurren (2004) sier informantene at å vite mer om hva begrepet «hjernedød» innebærer, gjør det lettere for dem å forstå at donoren er blitt erklært død før den kommer inn på operasjonsstuen. Smith et al. (2015b) fant at kunnskapsnivå var avgjørende for en operasjonssykepleiers deltakelse i organuttak. Det var ingen av informantene i vår studie som oppga å være bekymret angående donorens dødsstatus, noe som kan tyde på generelt høyt kunnskapsnivå omkring prosesser gjennomgått på forhånd og at de har fått god informasjon om

grunnlaget for erklæring av hjernedød pasient. Informantene oppga at de fikk nok informasjon om donoren på forhånd, og at de fikk vite det som var relevant for å utføre oppgavene sine. I tillegg kunne de etterspørre mer informasjon dersom det var nødvendig.

5.5 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Vi finner i denne studien at å delta på organuttak påvirker operasjonssykepleierne på flere måter. De synes det er krevende å delta, men ved å fokusere på det som er meningsfullt gjør deltakelsen det til en mer positiv opplevelse. Studien kan bidra til å belyse operasjonssykepleieres komplekse erfaringer, og å øke bevisstheten rundt ulike måter å bearbeide deltakelse i organuttaket.

Vi ser at respekt for både giver og mottaker står sentralt både i vår studie, og i tidligere forskning. Betydningen av at respekten for donor blir ivaretatt er noe som bør synliggjøres for alle som er deltakende i et organuttak, da operasjonssykepleiere har vært vitne til at andre deltakende ikke alltid har opprettholdt respekten for donor som forventet.

Studien vår viser at operasjonssykepleiere tar i bruk ulike mestringsstrategier, noe som kan gjøre ansatte bevisst på effekten av å snakke med sine kollegaer etter utfordrende situasjoner. Videre forskning kan se nærmere på mestringsstrategier, for å gjøre operasjonssykepleiere bedre rustet til å håndtere ulike utfordringer. Dette er spesielt viktig for nyutdannede operasjonssykepleiere, da det blir fortalt om overveldende opplevelser første gangen man deltar på et organuttak. Et funn i vår studie var at operasjonssykepleierne stiller opp for hverandre dersom kollegaer har innvendinger mot å delta. Vi ser fra tidligere forskning at det å ikke ha denne muligheten gjør det vanskeligere for operasjonssykepleiere å ivareta seg selv i prosessen med organuttak (Smith, 2017).

Vår studie belyser viktigheten av et godt samarbeid med donorteamet. Tidligere forskning viser til ulike utfordringer relatert til samarbeid (Regehr et al., 2004; Perrin et al., 2013; Bani et al., 2019). Det kan tyde på at det er ulike måter å praktisere organuttak ved donorsykehus internasjonalt, og det blir ikke oppgitt i disse studiene hvorvidt donorteamet har med egne operasjonssykepleiere. Derfor kunne det i videre forskning vært interessant å se på ulik organisering av donorteam og om det kan ha betydning for hvordan operasjonssykepleierne forbereder seg og bearbeider sine erfaringer og opplevelser ved donorsykehus.

Et ønske fra våre informanter var mer internundervisning om prosessen rundt organdonasjon og organbevarende behandling. Dette er et høyt fokus i tidligere studier også (Gentry & McCurren, 2004, Regher et al., 2004 og Smith et al., 2015b). Mer internundervisning kan bidra til at operasjonssykepleiere føler seg tryggere i deltakelsen av organuttak og mer forberedt til å delta (Smith et al., 2015b).

Denne studien er begrenset da utvalget av deltakere er fra bare ett norsk sykehus. Det er få norske studier på området, og derfor anbefales det videre forskning på operasjonssykepleiere sine erfaringer og opplevelser også fra andre norske sykehus. Også internasjonalt foreligger det lite forskning på dette området. Mer forskning fra andre land vil øke representativiteten og generaliseringen av resultatene. En interessant videreføring av denne studien kan være å se på hvordan andre medlemmer i det kirurgiske teamet opplever å delta på organuttak, og sammenligne funnene fra operasjonssykepleierne med anestesisykepleiere og leger.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne studien kom det fram at ivaretagelse av respekten for både giver og mottaker står sentralt. Det danner grunnlaget for operasjonssykepleiernes opplevelse av organuttak som noe meningsfullt. De vektlegger å behandle donor på en respektfull måte, samtidig som de ser verdien av å delta i en prosess som kan redde livet til en mottaker. Operasjonssykepleiere har også erfart at organuttak er en sterk opplevelse som gjør at de tenker på donoren i etterkant, og at det kan være spesielt traumatisk med organuttak fra barn. Derfor tar de i bruk ulike metoder for å bedre kunne håndtere slike opplevelser. De distanserer seg for å beskytte seg mot sterke inntrykk, og fokuserer på mottakerne som vil få nytte av organene. Operasjonssykepleierne opplever at det er verdifullt å snakke med sine kollegaer for å bearbeide sine erfaringer og opplevelser etter et organuttak. Brevene fra Rikshospitalet, der resultatet av organuttaket synliggjøres, bidrar til en følelsesmessig avslutning.

Operasjonssykepleierne erfarer at god kommunikasjon legger til rette for et velfungerende samarbeid med donorteamet, men at det også oppstår tilfeller der uenighet og tidspress kan utfordre samarbeidet. Jevnt over opplever de at det har blitt bedre kommunikasjonsflyt når en donor meldes til operasjonsavdelingen.

Informantene påpekte at det er tilfeldig hvem som må delta på organuttak, og understreker derfor viktigheten av å være godt forberedt. Det er nødvendig med gode prosedyrer og utstyr for å oppnå og vedlikeholde tilstrekkelig kunnskap. Det anbefales at alle ansatte gjør seg godt kjent med prosedyrer og utstyr som skal brukes. Informantene uttrykte ønske om mer undervisning rundt prosessen med organuttak og organbevarende behandling.

Denne studien belyser viktige aspekter ved operasjonssykepleieres deltakelse i organuttak. Samtidig er den med på å sette fokus på bearbeidelse og viktigheten av å være godt forberedt, både følelsesmessig og praktisk.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen* (Vol. 1.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012
- Bakkan, P-A., Myrseth, A.S., Kongshaug, K., Relbo, A. & Grov, I. (2013). Sykepleie ved organdonasjon og organtransplantasjon. I H. Almås, D-G.Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2, 4 utgave*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bani, M., Mazza, U., Valsecchi, M. & Rezzonico, G. (2019) The impact of multi-organ procurement surgery in the nursing team: An Italian qualitative study. *Death studies*
DOI: 10.1080/07481187.2019.1648329
- Carter-Gentry, D. & McCurren C (2004). Organ procurement from the perspective of perioperative nurses. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 80(3), s 417-431
DOI: 10.1016/S0001-2092(06)60535-8
- Dyregrov, A. (1997) The Process in Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4) s 589-605.
DOI: 10.1023/A:1024893702747
- Dåvøy, G. M., Eide, P. H. (2018). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen (red) *Operasjonssykepleie. 2. Utgave*. s. 28-59. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon. (2015). Forskrift om dødsdefinisjon ved donasjon av organer, celler og vev (FOR-2015-12-21-1813):
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-21-1813?q=forskrift> om dødsdefinisjon
- Gao, W., Plummer, V. & McKenna, L. (2020). Lived Experiences of international operating room nurses in organ procurement surgery: A phenomenological study. *Nursing and health sciences*. 22(1) s 5-13.
DOI: 10.1111/nhs.12651
- Gao, W., Plummer, V. & Williams, A. (2017). Perioperative nurses' attitudes towards organ procurement: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (3-4), s 302-219.
DOI: 10.1111/jocn.13386
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Hansen, I., Andersen, B. M. & Loraas, L-M. (2018) Hygiene og infeksjonsforebygging. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie. 2. Utgave.* s. 233-303. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet. (2018, 28. Juni). Krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsinkideklarasjonen. (2013). Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., Tufte, P. A & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene.* Abstrakt forlag AS
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018) *Det kvalitative forskningsintervju*, 3 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company
- Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, 4. utgave. Universitetsforlaget
- Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NSFLOS. (2015). Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. Hentet fra FAGHEFTE Operasjonssykepleie – ansvar og funksjonsbeskrivelse: https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE_2011_mars_2012.pdf
- Orvik, A (2018) *Organisatorisk kompetanse, en innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*, 2. utgave, 4. opplag. Cappelen Damm AS
- Polit, D. F & Beck, C. T (2017) *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* 10 utgave. Wolters Kluwer
- Perrin, K., Jones, B. & Winkelman, C. (2013) The co-existence of life and death for the perioperative nurse. *Death Studies* 37, s 789-802.
DOI: 10.1080/07481187.2012.692460
- Protokoll for Organdonasjon (2020, Februar), Hentet fra www.norod.no

- Regehr, C., Kjerulf, M., Popova S. R., & Baker, A. J. (2004) Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), s 430-437
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00905.x
- Rosenorn-Langg, D. (2015) *Human Factors in Healthcare: Level Two*. Oxford University Press, Incorporated
- Schibevaag, L., Laugaland, K. A. & Aase, K. (2015) Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I Aase, K (red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. s. 133-144. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>
- Smith, Z. (2017) Duty and dilemma: Perioperative nurses hiding an objection to participate in organ procurement surgery. *Nursing Inquiry*, 24 s 1-10.
DOI: 10.1111/nin.12173
- Smith, Z., Leslie, G. & Wynaden, D. (2015a) Australian perioperative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), s 705-715.
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.004
- Smith, Z., Leslie, G. & Wynaden, D. (2015b) Experiential learning not enough for organ procurement surgery: implications for perioperative nursing education. *Progress in Transplantation*, 25(4), s 339-350
DOI: 10.7182/pit2015689
- Smith, Z., Leslie, G. & Wynaden, D. (2017) Coping and caring: Support resources integral to perioperative nurses during the process of organ procurement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), s 3305-3317
DOI: 10.1111/jocn.13676
- Stiftelsen Organdonasjon. (2019, 31. Desember). Statistikk. Hentet fra <https://organdonasjon.no/om-oss/statistikk/>
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og Innlevelse, 3. Utgave*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Transplantasjonsloven. (2015) Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev. (LOV-2015-05-07-25). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2015-05-07-25>
- Wang, Y. & Lin, C. 2009. A study of the perception and experience nurses involved in organ procurement. *J. Nurse. Res.* 17(4) s 278-284

Aase, K & Wiig, S. (2015) Læring og uønskede hendelser. I Aase, K (Red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis* (s. 101-115). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Godkjenning fra personvernombudet

Til
Marita Bye Lauvsnes og Silje Thuestad Aarsand

Intern ID	Elements	Saksbehandler:	Dato:
Tildeles av Forskningsavdeling		Personvernombud: Rafal Yeisen	06.11.19

— **Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet: “Operasjonssykepleieres erfaringer med uthenting av organer ved donorsykehus - en kvalitativ studie”.**

Viser til innsendt meldingskjema med vedlegg om behandling av personopplysninger vedrørende ovennevnte prosjektet.

Formålet med masterprosjektet

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med organuthenting ved et donorsykehus. Disse erfaringene kan synliggjøre om de har nok kunnskap om prosedyrene og om de får nok informasjon om donor i forkant. I tillegg ønsker vi å synliggjøre hvordan operasjonssykepleier forbereder seg og bearbeider deltakelse i organuthenting.

Behandlingsgrunnlag

Studien er frivillig og inklusjon skjer på bakgrunn av informert samtykke. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysningen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombud tilrår at masterprosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet må godkjennes av klinikkssjef før oppstart.
2. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet. Alle dataene skal slettes ved prosjekt slutt 30.06.2021 og sluttmelding skal sendes til PVO.
6. Innsamlede data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (under Intern ID) fylles ut i

søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter godkjenning av personvernombudet.

7. Samtykkeskjema skal oppbevares nedlåst med to låsbare hindringer på prosjektleders kontor.
8. Samtykkeskjema skal inneholder de registrerte rettigheter. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19). Rettighetene etter art. 15–19 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.
9. Samtykke som skal benyttes må inneholde PVO kontaktinformasjon.
Mail personvernombudet@sus.no tlf. nr. 51512929

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen



Rafal Yeisen
Personvernombud



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Operasjonssykepleieres erfaringer med uthenting av organer ved donorsykehus - en kvalitativ studie

Bakgrunn og formål

Fremskritt innen kirurgi har ført til at komplekse organdonasjoner er mulig. En er avhengig av et godt samarbeid mellom transplantasjonsteamet og donorsykehuset, og her har operasjonssykepleierne en viktig rolle. Tidligere forskning viser at operasjonssykepleiere har ulike erfaringer og opplevelser med å delta i prosessen rundt organtransplantasjon, og at det kan være etisk utfordrende.

Hensikten med vår oppgave er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser operasjonssykepleiere har med å delta i uthenting av organer ved donorsykehus.

Derfor ønsker vi å komme i kontakt med informanter som jobber ved sentraloperasjon (SOP) på SUS, som har vært med på en eller flere organdonasjoner.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ønsker du å delta i studien innebærer dette at du må delta i et intervju som varer i ca. 1 time. Temaet til intervjuet er: erfaringer og opplevelser med å delta i organdonasjon. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene i løpet av arbeidstiden. Vi vil begge være tilstede der en av oss leder intervjuet, mens den andre er observatør. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Transkripsjon og analyse av intervjuene vil bli gjort av prosjektansvarlige. Ferdigstilling av masteroppgaven er planlagt våren 2020.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og kun prosjektansvarlig og veileder Ida Mykkeltveit og Irene Sirevåg vil ha tilgang til transkribert materiale. Samtykkeskjema og lister med navn og nummer, samt krypterte lydfiler på minnepinne oppbevares i skap med to låsbare hindringer hos veileder. All informasjon i forbindelse med intervjuene vil bli aidentifisert og deltakerne vil ikke kunne kjennes igjen i selve masteroppgaven. Etter planen skal prosjektet avsluttes våren 2020. Datamaterialet vil bli oppbevart til våren 2022, ved eventuell publisering. Lydfilene vil da bli formatert slik at de ikke kan gjenopprettes.

Frivillig deltakelse

Å delta i studien er frivillig, og du kan trekke seg når som helst fra studien uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om studien, ta kontakt med:
operasjonssykepleierstudent Silje Thuestad Aarsand (90569351) og/eller
operasjonssykepleierstudent Marita Bye Lauvsnes (93485102)

Studien er meldt inn til, og godkjent av Personvernombudet (personvenombudet@sus.no) og
Forskningsavdelingen ved SUS

.....

Silje Thuestad Aarsand

Operasjonssykepleierstudent

.....

Marita Bye Lauvsnes

Operasjonssykepleierstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon skriftlig og muntlig, og er villig til å delta:

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg gir også tillatelse til at jeg kan bli kontaktet i etterkant av intervjuet dersom det er behov for å stille tilleggsspørsmål:

Telefonnummer jeg kan nås på: _____

Mailadresse: _____

Vedlegg 3: Intervjuguide

Tema 1: Oppgaver ved organuthenting

Spm 1. Hvor mange organuthentinger har du tatt del i?

Spm 2. Kan du fortelle litt om hvilke faser av organonasjonen har du deltatt i?

- Forberedelser eller lukking?
- Fortell om de faste rutinene?
- Hva synes du om prosedyrene i avdelingen?

Spm 3. Hvordan erfarer du å samarbeide med organtransplantasjonsteamet?

- Er oppgavene oversiktlige?
- Travelhet?
- Kommunikasjon?

Tema 2: Opplevelser omkring organtransplantasjon/organhøsting

Spm 1. Hvilke tanker har du rundt organhøstning?

- Hjernedød donor?
- Informasjon om donor og sykdomsprosess?

Spm 2. Hvis du har vært involvert i en hendelse som var belastende, kan du fortelle om den?

Spm 3. Hvilke følelser har preget deg i etterkant?

Tema 3: Oppfølging/mestringsstrategier

Spm 1. Hva slags oppfølging/debrifing fikk du etter organhøstingen var gjennomført?

- Finnes det en prosedyre for oppfølging etter slike belastende situasjoner?
- Hva synes du var nyttig?

- Hva synes du kunne vært gjort annerledes?

Spm 2. Har du noen mestringsstrategier som gjør oppgavene lettere?

- Hvordan har du selv bearbeidet slike opplevelser i etterkant?

Vedlegg 4: Utdrag fra analyseskjema

Tema	Kategori	Kondensert meningsbærende enhet	Meningsbærende enhet
Respekt for giver og mottaker	Respekt og verdighet gjør at organuttak oppleves meningsfullt	<p>Organhøsting er en fantastisk ting, og det gjør jo noe med deg.</p> <p>Vi vil ha det sånn, det skal jo gjøre noe med deg for det er veldig spesielt, men det er jo mange som får liv</p> <p>Føles veldig meningsfullt.</p> <p>Pårørende som sier ja til organdonasjon er generøse, og en må ta utgangspunkt i donorens ønske.</p> <p>Det er flott å være med, så sant samarbeidet går bra, og verdigheten opprettholdes.</p> <p>Det er to sider av saken: julaften for noen og sorgens dag for andre.</p> <p>Jeg er for organdonasjon når det først har blitt så galt, en vet aldri når det gjelder oss selv, men det er en ekstra utfordring å delta</p> <p>Tviler på at noen går hjem som fra en hvilken som helst vanlig vakt, de er nok preget etter å ha hatt donor</p>	<p>3: Organhøsting er en fantastisk ting. Det er bare helt utrolig, og det gjør jo noe med deg</p> <p>3. vi vil ha det sånn det skal jo gjøre noe med deg for det er veldig spesielt, men det er jo mange som får liv</p> <p>3. Det føles jo veldig meningsfullt</p> <p>1. Jeg tenker at pårørende som sier ja til en organdonasjon, altså de er jo veldig generøse, også må en ta utgangspunkt i hva ville donoren ha ønsket.</p> <p>6: jeg synes det er veldig flott å være med på, så sant man får samarbeidet til å skli så er det positivt, også det med verdigheten til pasienten.</p> <p>1. Det er to sider, det er jo sorgens dag for noen, men så er det julaften for andre som får telefon og vite at de får noe nytt, så jeg er positiv til det</p> <p>4. Jeg er jo for organdonasjon når det først har blitt så galt. En vet jo aldri når det gjelder våre egne eller oss selv. Jeg har sånn sett ikke noe imot å delta, men det er en ekstra utfordring.</p> <p>4. Men jeg tviler på at noen her bare går hjem som en hvilken som helst vanlig vakt. De er nok ekstra preget hvis de har vært involvert i donor.</p>