

# Intensivsykepleieres erfaring med organdonorer på ikke-donorsykehus

## [Anna Birgitta Haustreis](#)

Intensivsykepleier  
Intensiv avdeling, Helgelandssykehuset, Mo i Rana

## [Lise Sandnes](#)

Universitetslektor og intensivsykepleier  
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Bodø

## [Lise Tuset Gustad](#)

Førsteamanuensis og fag- og forskningssykepleier  
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet og Klinikk for medisin og rehabilitering, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag

## [Intensivsykepleier](#)

## [Organdonasjon](#)

## [Ikke-donorsykehus](#)

## [Kvalitativ studie](#)

Sykepleien Forskning 2023;18(92669):e-92669

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.92669](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.92669)

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Organtransplantasjon i Norge er sentralisert og gjennomføres på Rikshospitalet i Oslo. Rikshospitalet er avhengig av å identifisere donorer både på donorsykehus og ikke-donorsykehus for å imøtekomme det økende behovet for organer. I våre litteratursøk har vi ikke funnet tidligere studier som har beskrevet intensivsykepleieres opplevelser og erfaring med å identifisere og avklare organdonorer på ikke-donorsykehus i Norge.

**Hensikt:** Å beskrive intensivsykepleieres opplevelser og erfaring med å identifisere og avklare potensielle organdonorer på ikke-donorsykehus.

**Metode:** Studien har et kvalitativt, utforskende design med semistrukturerte intervjuer med seks intensivsykepleiere som ble rekruttert fra intensivavdelinger ved tre ikke-donorsykehus i mai 2022. Analysen ble utført ved å bruke systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Analysen resulterte i to hovedfunn. Det første hovedfunnet «tilfeldig og personavhengig» viser at intensivsykepleiere erfarer at det å identifisere organdonorer og sette i gang organdonasjonsprosessen er avhengig av kunnskapen til de som er på vakt når den mulige organdonoren behandles. Det andre hovedfunnet «påkjenning med å sende organdonoren bort» handler om at intensivsykepleierne synes det er problematisk overfor pårørende at potensielle organdonorer må sendes videre til donorsykehus. Derfor er det vanskelig å ta opp temaet donasjon med de pårørende.

**Konklusjon:** Intensivsykepleierne er bekymret for at ikke alle potensielle organdonorer blir identifisert fordi personalet som er til stede i situasjonen, ikke har nok kunnskap. De synes det er vanskelig å ta opp organdonasjon med de pårørende når intensivsykepleierne vet at den mulige organdonoren må sendes videre til et donorsykehus for avklaring og organuttak. Det er behov for systematisk opplæring for å øke intensivsykepleiernes kunnskap om organdonasjon og ivaretagelse av pårørende ved lokalsykehus.

### Introduksjon

Antallet mennesker som venter på organtransplantasjon, er økende både i Norge og internasjonalt. Ved utgangen av 2021 var det 449 pasienter på venteliste for nye organer i Norge. En avdød donor kan donere i alt sju organer samt flere typer vev (1). Dermed kan en avdød donor redde flere liv (2). Det er et stort gap mellom behovet for og tilgangen på donororganer (3).

### **Organisering av organdonasjon i Norge**

Rikshospitalet er Nasjonal behandlingstjeneste for organtransplantasjon, og all organtransplantasjon i Norge gjennomføres der. Rikshospitalet er avhengig av arbeidet som utføres ved donorsykehusene for å kunne tilby organer til pasienter på venteliste (2).

Det finnes 28 donorsykehus i Norge. Donorsykehusene har kompetanse og fasiliteter til å gjennomføre de innledende delene av en organdonasjonsprosess, og de støtter donorteamet ved uttak av organer. Donorsykehusene har en donoransvarlig lege og ofte også en donoransvarlig sykepleier som er bindeleddet mellom donorsykehusene og Rikshospitalet (2).

Donoransvarlig sykepleier er en intensivsykepleier som sammen med donoransvarlig lege formelt har ansvaret for organdonasjoner på det enkelte donorsykehuset. Donoransvarlig sykepleier har avsatt tid til å ivareta funksjonen og har ansvaret for å veilede i organdonasjonsprosesser, delta i samtaler med pårørende og organisere et system for ettersamtaler med de pårørende (4).

Identifisering av organdonorer skjer derimot også ved andre norske sykehus, heretter kalt ikke-donorsykehus.

### ***Rollen til ikke-donorsykehus i organdonasjonsprosessen***

De fleste lokalsykehusene fører ikke en organdonor helt frem til organuttak på grunn av manglende fasiliteter, personale og opplæring. For å bli donorsykehus må det søkes godkjenning fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet godkjenner donorsykehus etter § 4 i forskriften om humane organer til transplantasjon (5).

De siste årene har lokalsykehus fått godkjenning som donorsykehus, men ennå er det cirka 20–24 sykehus som er ikke-donorsykehus. Ti av landets ikke-donorsykehus rapporterte til Norsk intensivregister (NIR) at de hadde til sammen 1920 intensivopphold i 2021 (6).

Selv om ikke-donorsykehusene mangler donoransvarlig lege og donoransvarlig sykepleier, skal de starte organdonasjonsprosessen ved å identifisere potensielle organdonorer og kontakte transplantasjonskoordinatoren ved Rikshospitalet.

Når mulige organdonorer er akseptert av Rikshospitalet, er det legen og intensivsykepleieren ved ikke-donorsykehuset som tar den første samtalen med de pårørende for å avklare samtykke til organdonasjon. Om den potensielle donoren tidligere har uttrykt ønske om å bli organdonor, eller hvis de pårørende har samtykket, blir donoren sendt videre til et donorsykehus for å undersøke egnetheten og eventuelt hente ut organer (2).

Donorteamet på Rikshospitalet utfører ikke organuttak på ikke-donorsykehus. Ifølge retningslinjene for intensivvirksomhet skal likevel alle potensielle donorer få mulighet til å bli vurdert for organdonasjon i sitt eget helseforetak. Ikke-donorsykehus har derfor behov for gode systemer og rutiner som sikrer at organdonasjon blir vurdert når det kan være aktuelt (6).

### ***Organdonasjonsprosessen og intensivsykepleieren***

Organdonasjon er en aktuell, men sjelden hendelse på intensivavdelingen. Den inngår i intensivsykepleierens arbeids- og ansvarsområde, men stiller store krav til intensivsykepleierens kompetanse. Intensivsykepleierens ansvar i organdonasjonsprosessen beskrives som multidimensjonell (1).

To studier fra donorsykehus peker på at intensivsykepleierne er usikre på sin egen rolle og ansvarsfordeling i organdonasjonsprosessen. Studier peker på at intensivsykepleierne føler at de mangler kunnskap for å kunne forklare diagnosen og behandlingen samt møte følelsesmessige reaksjoner til de pårørende (7, 8). Reaksjonene til pårørende gjorde et sterkt inntrykk på intensivsykepleierne.

I en studie som ble utført på alle donorsykehusene i Norge, fant Meyer og medarbeidere (9) få intensivsykepleiere som hadde fått opplæring i eller hadde erfaring med organdonasjon. Studien pekte på at gode avdelingsrutiner, kompetanse og holdninger hadde betydning for å identifisere donorer. Også ansattes evne til å ha omsorg for organdonorene og de pårørende hadde betydning.

Intensivsykepleierne har et ambivalent forhold til organdonasjon. Frykten for negative reaksjoner fra kolleger og pårørende hindret intensivsykepleierne i å diskutere organdonasjon. Enkelte intensivsykepleiere mente at de hadde for lite kunnskap til at de kunne ta på seg et slikt ansvar. Samtidig hadde de et personlig engasjement i organdonasjon, som bidro til en følelse av tilfredshet og selvtillit (9).

Uenighet i behandlingsteamet kunne bidra til etiske konflikter og resultere i at man gikk glipp av mulige organdonorer (10).

Intensivsykepleierne på ikke-donorsykehus var ekskludert i de ovennevnte studiene. I våre systematiske litteratursøk fant vi ikke studier som hadde undersøkt hvordan intensivsykepleiere opplever organdonasjon på ikke-donorsykehus.

### ***Hensikten med studien***

Hensikten med studien var å få innsikt i og beskrive intensivsykepleieres opplevelse og erfaring med å identifisere og avklare mulige donorer på ikke-donorsykehus. Denne kunnskapen kan gi grunnlag for målrettet innsats for å øke andelen organdonasjoner fra avdøde donorer på ikke-donorsykehus. Forskningsspørsmålene var:

- Hvordan opplever og erfarer intensivsykepleiere å identifisere og avklare potensielle donorer på ikke-donorsykehus?
- Hvordan kan denne kunnskapen bidra til å gi grunnlag for målrettet innsats for å øke andelen organdonasjoner fra avdøde donorer på ikke-donorsykehus?

## Metode

### Utvalg og datasamling

Studien har et kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer som datasamlingsmetode (11). Informantene i studien ble rekruttert fra et helseforetak i Norge. Seks informanter som oppfylte inklusjonskriteriene (tabell 1), ble rekruttert.

Alle informantene var intensivsykepleiere: tre menn og tre kvinner i alderen 33 til 56 år. Alle hadde erfaring med organdonasjon på ikke-donorsykehus. Fire av informantene hadde i tillegg erfaring med organdonasjon fra donorsykehus.

**Tabell 1.** Studiens inklusjonskriterier og begrunnelser for valg av inklusjonskriteriene

Inklusjonskriterier	Begrunnelse for valg
Videreutdanning eller master i intensivsykepleie.	Intensivsykepleiernes erfaring som er av interesse.
Jobbet minimum fire år i en intensivavdeling på et ikke-donorsykehus.	For å sikre at informantene har gjort seg refleksjoner om identifisering og avklaring i organdonasjonsprosessen på et ikke-donorsykehus.
Deltatt minimum en til to ganger i en organdonasjonsprosess på ikke-donorsykehus.	For å sikre at informantene har opplevd organdonasjon på ikke-donorsykehus.

Vi benyttet semistrukturerte individuelle intervjuer som datasamlingsmetode. En intervjuguide med sentrale temaer var utarbeidet på forhånd. Vi gjennomførte et pilotintervju som ble inkludert i studien, da intervjuguiden ikke krevde vesentlige endringer etter piloten. Intervjuguiden ble brukt som et hjelpemiddel og ga rom for at intervjuene kunne ta ulike retninger (12). Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene i mai 2022.

Intervjuene startet med spørsmål om informantenes utdanningsbakgrunn, arbeidserfaring og alder. Eksempler på spørsmål i intervjuguiden:

- Kan du fortelle om dine erfaringer med organdonasjon?
- Hva opplever du som mest utfordrende ved organdonasjon? Har du noen eksempler?
- Hva er rutinene i din avdeling når det skal vurderes om pasienten er en potensiell organdonor?
- Hvordan opplever du at kunnskapsbehovet er i avdelingen?

Intervjuene varte fra 23 til 34 minutter. For å sikre backup av lydopptakene brukte vi både lydopptaker og Nettskjema-diktafonappen (13), i tråd med Nord universitets veileder for forskningsetikk (14).

Intervjuene ble transkribert ordrett av førsteforfatteren rett etter at intervjuene var gjennomført, og kvalitetssikret av sisteforfatteren. Til sammen utgjorde intervjuene 56 sider transkribert materiale. Førsteforfatteren skrev ned refleksjoner om den ikke-verbale kommunikasjonen og stemningen i rommet etter hvert intervju.

### Analyse

Dataene er analysert med utgangspunkt i Malteruds fire faser for systematisk tekstkondensering (*systematic text condensation*, STC) (11). Første trinn omhandler helhetsinntrykket av teksten. Her ble de transkriberte tekstene lest flere ganger for å bli kjent med materialet, noe Malterud betegner som å gå fra villnis til foreløpige temaer. Materialet ble sett på fra et fugleperspektiv, og helheten var viktigere enn iøynefallende detaljer. På dette trinnet skrev vi ned åtte foreløpige temaer, som representerte et første intuitivt steg i organiseringen av materialet (11).

I trinn to identifiserte vi meningsbærende enheter og sorterte dem i kodegrupper ved å gå gjennom teksten linje for linje med utgangspunkt i problemstillingen og de foreløpige temaene fra første trinn. Underveis ble noen koder analysert til å være overlappende, og disse ble slått sammen. På den måten ble de åtte foreløpige temaene fra trinn en revidert til seks temaer i trinn to (11).

Vi utviklet, justerte og slo sammen noen koder på bakgrunn av de foreløpige temaene. Fire koder dannet grunnlaget for å utarbeide undergrupper – se utdrag fra analyseprosessen i tabell 2. I trinn tre ble meningsbærende enheter kondensert til et abstrahert meningsinnhold. I trinn fire brukte vi kondensatene til å skrive ut resultatene i en analytisk tekst som konkretiserte funnene (11).

Tabell 2. Eksempler fra analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Kodegrupper	Undergrupper	Kategorier
«Og min første reaksjon var, hva med organdonasjon? Men det var ikke noen som hadde tenkt på det» (informant 2).	Opp til hver enkelt	Det avhenger av hvem som er på vakt	Tilfeldig og personavhengig
«Til de her pasientene så nytter det ikke at en intensivsykepleier eller en lege på vakt har den kunnskapen, de som kommer og tar over på neste vakt, må også ha kunnskap, ha forutsetning for å drive den ballen videre. Så det opplever jeg som mer tilfeldig her» (informant 1).	Lite kunnskap om prosessen	Utfordrende med manglende kunnskap og erfaring	
«Jeg synes ikke jeg trenger å vite alle detaljene. Du får informasjon fra andre sykehus [donorsykehusene]. Men du må kanskje få støtte av kolleger, spesielt legene» (informant 4).	Tverrfaglig samarbeid	Viktig med felles forståelse	
«Det er mange utfordringer. Skal man trekke frem noe, så er det alltid vanskelig med kommunikasjon med pårørende om organdonasjon» (informant 1).	Pårørendesamtalen	Det mentale er det tyngste	Påkjenning med å sende organdonoren bort
«Jeg opplever det som en tilleggsbelastning for pårørende når vi må flytte pasienten bort til donorsykehusene. Noen ganger har pårørende sagt ja til donasjon, men trukket seg når de ikke fikk ta den avskjeden som de ønsket» (informant 5).		Tilleggsbelastning å overflytte pasienten	

### Forskningsetiske betraktninger og godkjenninger

Vi søkte personvernombudet (PVO) i det aktuelle helseforetaket om tillatelse til å gjennomføre studien, der vi la ved vurdering av personvernkonsekvenser ved hjelp av DPIA, Data Protection Impact Assessment. PVO vurderte DPIA og studieprotokollen og tilrådet studien (Elements, referansenummer 2022/982).

Deretter kontaktet vi klinikkjefen i helseforetaket på e-post for å få tillatelse til å rekruttere informanter. Enhetslederne og fagutviklingssykepleierne på tre intensivavdelinger ble spurt om å finne informanter. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og signerte samtykkeerklæring.

Vi sikret informantenes anonymitet ved at vi ikke oppga navn eller arbeidssted i intervjuene. Lydopptakene ble oppbevart på Nord universitets sikre lagringsområde. Informantene nevnes i tilfeldig rekkefølge som informant 1, 2, 3 og så videre. Studien er rapportert i samsvar med Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (15).

### Resultater

Analysen resulterte i to hovedfunn: «tilfeldig og personavhengig» og «påkjenning med å sende organdonoren bort». Det første funnet omhandler intensivsykepleierens erfaring med at det er tilfeldig om potensielle organdonorer identifiseres. Igangsetting av organdonasjonsprosessen avhenger av hvem som er på vakt.

Det andre funnet viser at intensivsykepleierne synes det er en påkjenning å fortelle pårørende at mulige organdonorer må sendes videre til et donorsykehus. De opplevde denne flyttingen som en barriere når spørsmålet om organdonasjon skulle stilles til de pårørende.

## **Tilfeldig og personavhengig**

Informantene på ikke-donorsykehusene beskrev organdonasjon som en sjelden hendelse. Enkelte opplevde det som en fremmed tanke. Det var forskjellig kunnskapsnivå og erfaring i behandlingsteamet, noe informantene mente var medvirkende årsaker til om organdonasjon ble vurdert eller ikke. Om de kunne diskutere temaet, var avhengig av hvem som var på vakt, både leger og intensivsykepleiere. Intensivsykepleierne ga uttrykk for at de ofte var de som tok opp temaet med legene:

«De gangene vi har pasientene [organdonorer] her [på dette sykehuset], har jeg kanskje begynt å snakke om det med legen som har ansvar for pasienten. Du merker at for legene er det også en absurd tanke, som man bare avfeier, egentlig» (informant 1).

Informantene hadde opplevd å bli avvist av legen når de tok opp temaet, og informantene opplevde det som meningsløst når organdonasjon ikke ble vurdert. Noen av informantene fortalte at når de hadde brukt tid på å forklare og diskutere mer omkring organdonasjon med legen, hadde de fått tillatelse til å kontakte transplantasjonskoordinatoren:

«Det verste som kan skje, er at du får et nei fra transplantasjonskoordinator. Men kanskje bedre å ta en telefon for mye, enn en telefon for lite» (informant 1).

Informantene beskrev at få ressurser og travle vakter var faktorer som påvirket om organdonasjon ble vurdert. Det var individuelle forskjeller i hvor mye de hadde vært i slike situasjoner tidligere:

«Jeg tenker at i mange tilfeller tror jeg rett og slett at vi ikke er vant med å tenke den tanken. Ja, mange har ikke vært med om det så mye, og det blir rett og slett en fremmed tanke» (informant 2).

På spørsmålet «Hvorfor tror du at man ikke tenker på organdonasjon?» svarte informant 4: «For at ingen prater om det. Det er lett å glemme når ingen prater om det.»

Informant 5 fortalt at hun flere ganger hadde tenkt at organdonasjon burde ha blitt vurdert, men ingen tok tak i det. Andre, derimot, opplevde at behandlingsteamet var bevisst på potensielle donorer, men uttrykte likevel behov for mer kunnskap om organdonasjonsprosessen: «Det er jo kunnskap vi trenger, rett og slett» (informant 6).

Manglende opplæring var en fellesfaktor som informantene pekte på. Få informanter hadde vært på kurs om organdonasjon etter at de var ferdig med videreutdanningen. De følte at de gikk glipp av oppdateringer på området, og det bidro til usikkerhet om prosedyrer, rutiner og forskrifter. Intensivsykepleierne beskrev at de var usikre på hvilke kriterier som ble vektlagt i vurderingen av hvem som kan bli organdonor, og at det var en medvirkende årsak til at de ikke vurderte mulige donorer. Informantene etterspurte og uttrykte behov for ressurspersoner innen organdonasjon som kunne drive med opplysende virksomhet for å få mer bevisstgjøring rundt temaet.

Alle informantene var engasjert i temaet og uttrykt behov for gode systemer rundt identifisering av organdonorer for å unngå at organdonasjon ble tilfeldig og personavhengig. Intensivsykepleierne som hadde opplevd pasienter som døde i påvente av nye organer, fortalte at det motiverte dem til å identifisere mulige organdonorer.

## **Påkjenning med å sende organdonoren bort**

Informantene følte at de mestret det praktiske rundt intensivbehandling til potensielle organdonorer. Imidlertid beskrev intensivsykepleierne det å ivareta de pårørende som noe av det mest utfordrende i en organdonasjonsprosess på ikke-donorsykehus: «Den største utfordringen er å ta opp spørsmålet med pårørende» (informant 4).

Informantene fortalte at det krevde mye av dem å presentere organdonasjon som noe pårørende skulle si ja til ettersom donoren må sendes bort til et donorsykehus for at donasjonsprosessen skal fullføres. Intensivsykepleierne mente at flyttingen var en barriere når spørsmålet om organdonasjon skulle stilles til de pårørende. Informantene mente at dette forholdet kunne føre til at pårørende ikke ga sitt samtykke:

«Noen intensivsykepleiere kvier seg for å spørre de pårørende, fordi vi vet at vi må sende donoren bort. Det er en tilleggsbelastning for de pårørende at de må reise til et donorsykehus, bo på hotell og ikke ha familien rundt seg. Jeg tror flere kunne ha blitt donor hvis man hadde desentralisert organdonasjon litt» (informant 3).

En informant fortalte om pårørende som hadde samtykket til donasjon, men angret seg da donoren måtte sendes videre: «Det har vært noen ganger der det skulle bli organdonasjon. Men pårørende har trukket seg til slutt» (informant 5).

Intensivsykepleierne var opptatt av hvordan de kunne møte de pårørende i sorgen, og de ønsket å få ivareta de pårørende og organdonoren på ikke-donorsykehus. Å ivareta de pårørende og samtidig få dem til å bli positive til organdonasjon var en prosess som ikke var gjort i løpet av en vakt, men som tok tid. For å redusere den ekstra belastningen for de pårørende ønsket intensivsykepleierne å desentralisere organdonasjon.

Det var en påkjenning for intensivsykepleierne å påføre pårørende en tilleggsbelastning med ventetid i organdonasjonsprosessen. Samtidig var det en påkjenning de gjerne gikk gjennom fordi de hadde erfart lidelsen til pasienter som venter på nye organer. Noen hadde opplevd at pasienter døde på venteliste til nytt organ. De hadde også sett at pasienter som hadde fått nytt organ, fikk et nytt liv:

«For meg er dette en belastning jeg gjerne går gjennom, for jeg har sett hva det kan bety for andre å få et organ. Men jeg ser at for pårørende [til organdonorer] kan det være belastende» (informant 2).

## Diskusjon

Intensivsykepleiere på ikke-donorsykehus opplevde at det er tilfeldig og personavhengig om organdonasjon vurderes. Det er også en påkjenning å presentere for de pårørende at en mulig organdonor må sendes bort til et donorsykehus. Denne påkjenningen opplevde intensivsykepleieren som en barriere når spørsmålet om organdonasjon skulle stilles til de pårørende.

### *Tilfeldig og personavhengig*

Informantene opplevde at organdonasjon ikke alltid ble vurdert, og at det var avhengig av hvem som var på vakt. Travle vakter, lite ressurser og manglende felles forståelse i behandlingsteamet var faktorer som påvirket om mulige organdonorer ble identifisert. Dette funnet er i tråd med Flodén og medarbeidere (16), som fant at mangel på struktur og utilstrekkelig organisering var faktorer som har betydning for at intensivsykepleiere skal kunne ivareta sitt faglige ansvar i organdonasjonsprosessen.

Meyer og medarbeidere (9) beskriver at det også eksisterer usikkerhet om organdonasjon hos sykepleiere på donorsykehus. Intensivsykepleierne følte at de hadde for lite kunnskap til at de kunne ta på seg et slikt ansvar. Organdonasjon ses på som teamwork. Flere studier viser at desto mer positive holdninger og åpenhet faggruppen har til organdonasjon, desto større mulighet er det for at pårørende samtykker (16). Videre kan det bidra til at potensielle organdonorer blir identifisert på et tidligere tidspunkt (17).

Informantene anerkjente at temaet organdonasjon var betydningsfullt og ønsket å fremme organdonasjon i sin egen avdeling. Informantene beskrev at det ofte var intensivsykepleierne som tok initiativ til å diskutere organdonasjon når avdelingen fikk inn en mulig organdonor. Dette funnet er i tråd med tidligere forskning som viser at intensivsykepleiere på lokalsykehus var mer bevisst på å ivareta potensielle donorerers personlige ønsker og vilje til tross for begrenset erfaring og opplæring (18).

Informantene i vår studie uttrykte også frustrasjon og en følelse av meningsløshet når organdonasjon ikke ble vurdert. Denne beskrivelsen finner vi igjen i tidligere forskning, som peker på at utilstrekkelig samarbeid mellom sykepleiere og leger er faktorer som utfordrer organdonasjonsprosessen (19). Når behandlingsteamet har en felles forståelse for organdonasjonsprosessen, vil man kunne unngå personlige og etiske konflikter i teamet, og en omforent holdning kan føre til at flere mulige organdonorer identifiseres (10).

Det er også kjent fra tidligere forskning at intensivsykepleierne rapporterer om et større behov for kunnskap innen organdonasjon på donorsykehus (20). Informantene våre på ikke-donorsykehus pekte på at forskjeller i kunnskap og erfaring i behandlingsteamet bidro til at organdonasjon ble tilfeldig og avhengig av hvem som var på vakt. Informantene ønsket seg ressurspersoner innen organdonasjon som kunne lage gode systemer og rutiner samt drive med opplæring både for intensivsykepleiere og leger.

Dette er i tråd med Lomero og medarbeidere (20), som hevder at til tross for at sykepleiere er åpne for diskusjoner om organdonasjon, har de behov for mer opplæring for å øke sine kunnskaper og ferdigheter. Da vil de kunne være tryggere i kommunikasjonen om død og organdonasjon til de pårørende.

### *Påkjenning med å sende organdonoren bort*

Informantene i studien vår syntes det var utfordrende når organdonorer sendes videre til donorsykehus for å få utført diagnostiske prosedyrer og mulig donasjon. Informantene følte at det var lite verdig for de pårørende i en allerede belastende situasjon. De ønsket å ivareta de pårørende og organdonoren lokalt, og de brydde seg om de pårørende. De syntes det var utfordrende at de diagnostiske prosedyrene ikke kan utføres på alle ikke-donorsykehus. Potensielle organdonorer må sendes videre, i noen tilfeller mens de pårørende og behandlingsteamet ikke vet om det er mulig å gjennomføre donasjon.

Informantene hadde også opplevd at donorsykehusene ikke alltid hadde kapasitet til å ta imot organdonoren, slik at pasienten ikke kunne bli donor likevel. Ifølge informantene kan begge disse aspektene være barrierer mot å spørre pårørende om å gi samtykke. De kan også være barrierer for de pårørende mot å gi samtykke.

Flere av informantene hadde opplevd at pårørende hadde trukket sitt samtykke når de ikke kunne være nær sin avdøde frem til organuttak, eller når de fikk vite at de måtte reise til donorsykehuset sammen med organdonoren for å ta farvel. Det betyr at pårørende må reise fra familien samtidig som de må forholde seg til nytt helsepersonell og nye omgivelser.

Vi finner ingen andre studier som beskriver slike erfaringer, og dette momentet ser dermed ut til å være unikt for ikke-donorsykehus. Tidligere studier fra donorsykehus viser at det var svært viktig for de pårørende å få mest mulig tid sammen med donoren i tiden fra organdonasjon ble bestemt til organuttak (21, 22). Det er ikke alltid mulig for pårørende på ikke-donorsykehus.

Men noe er også likt mellom våre funn fra ikke-donorsykehus og tidligere studier fra donorsykehus. Våre informanter beskrev at lite erfaring med og kunnskap om organdonasjon i behandlingsteamet bidro til at intensivsykepleierne ble usikre. Det gjorde det vanskelig å fremme organdonasjon for de pårørende. Intensivsykepleierens nivå av kunnskap, erfaringer og holdninger beskrives som viktig for å ivareta pårørende når oppmerksomheten skal flyttes fra intensivbehandling til organbevarende behandling (10).

Flere studier beskriver utfordringene med å foreslå donasjon. For eksempel er det viktig å gi beskjeden på det rette tidspunktet. Beskjeden om at pasienten ikke kommer til å overleve, og spørsmålet om organdonasjon bør ikke tas opp samtidig (21, 23–26).

I disse tidligere studiene la pårørende vekt på at det var viktig ikke å føle press når de skulle ta valget om organdonasjon. Det var essensielt for de pårørende med mer informasjon om organdonasjonsprosessen før de tok beslutningen (23).

Andre studier peker på at det ikke er klar konsensus for hva som er det gunstigste tidspunktet for å spørre om organdonasjon (10, 24). I vår studie er intensivsykepleierne usikre på når det rette tidspunktet er, og om det er intensivsykepleieren eller legen som skal stille spørsmålet til de pårørende.

### **Styrker og begrensninger ved studien**

Vi valgte kvalitativ metode. Studiens utvalg var seks informanter fra tre intensivavdelinger på ikke-donorsykehus ved ett helseforetak. Det kunne ha gitt andre resultater om studien hadde inkludert flere intensivavdelinger og flere informanter. Likevel kan et høyt antall informanter også gi lite tid til å foreta en dyptgående analyse av intervjuene (27).

Inklusjonskriteriet minimum fire års erfaring som intensivsykepleier på ikke-donorsykehus skulle sikre at informantene hadde erfaring med organdonasjon. Samtidig kan et erfaringskriterium hindre at synet til intensivsykepleiere med mindre erfaring kommer frem. Utvalget var strategisk og sammensatt av både kvinnelige og mannlige intensivsykepleiere i ulike aldrer. Det ga en variasjonsbredde som kan bidra til å styrke studien (28).

I en liten studie trenger ikke funnene nødvendigvis være gjeldende ved andre sykehus. Man kan likevel ikke se bort fra at funnene i denne studien også kan være relevante for andre ikke-donorsykehus. Det må mer forskning til for å finne ut dette.

### **Konklusjon**

Studien viser at intensivsykepleiere på ikke-donorsykehus opplever at det blir tilfeldig og personavhengig å identifisere og avklare potensielle organdonorer. Det var viktig for intensivsykepleierne å ivareta de pårørende. De opplevde at de påførte de pårørende en tilleggsbelastning når organdonorer ble sendt til donorsykehus.

I videre forskning vil det være interessant å undersøke hvordan pårørende opplever organdonasjon på ikke-donorsykehus. Det vil også være interessant å undersøke det tverrfaglige samarbeidet mellom intensivsykepleierne og legene på ikke-donorsykehus.

### **Implikasjoner for sykepleiepraksisen**

Studien peker på et behov for å lage rutiner for hvordan ikke-donorsykehus skal unngå at organdonasjon blir tilfeldig. Intensivsykepleierne mener at det trengs å få mer opplæring og forbedre det tverrfaglige samarbeidet rundt organdonasjon. Det må dessuten oppnevnes en ressursykepleier. En slik kunnskapsdistribusjon, som innebærer kunnskapsdeling, men ikke opprustning til fullt donorsykehus, vil antakeligvis være kostnadseffektiv – selv om det trengs en egen studie for å bekrefte dette.

Intensivregisteret kan være et godt grunnlag for beslutninger om hvordan ikke-donorsykehusene skal organiseres, men da må data om mulige organdonorer registreres for ikke-donorsykehus og donorsykehus. Videre har funnene bidratt til innsikt i hvilke utfordringer med å ivareta pårørende og utføre pårørendesamtaler på ikke-donorsykehus det bør utvikles løsninger for.

*Takk til intensivsykepleierne som delte sine erfaringer, og til intensivsykepleier Espen Bergli, som korrekturleste manuskriptet.*

*Fagutviklingsfondet til Stiftelsen Organdonasjon har bidratt med økonomisk støtte til arbeidet med studien. Stiftelsen har ingen rolle i designet eller utførelsen av studien.*

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Lise Tuset Gustad var ikke redaktør da artikkelmanuskriptet ble sendt inn og har ikke vært involvert i arbeidet med eller vurderingen av det.*

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



IKKE-DONORSYKEHUS: Hvis en mulig donor tidligere har uttrykt ønske om å bli organdonor, eller hvis de pårørende har... **LES MER** ▾

1. Meyer K. Organdonasjon. I: Stubberud D-G, Gullbrandsen T, red. Intensivsykepleie. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 711–25.
2. Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD). Protokoll for organdonasjon. NOROD; 2023. Tilgjengelig fra: <https://metodebok.no/index.php?action=book&book=organdonasjon> (nedlastet 08.05.2023).
3. Stiftelsen Organdonasjon. Kan jeg bli organdonor? Oslo: Stiftelsen Organdonasjon; u.å. Tilgjengelig fra: <https://organdonasjon.no/kan-jeg-bli-organdonor/> (nedlastet 08.05.2023).
4. Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD). Funksjonsbeskrivelse for donoransvarlig sykepleier. NOROD; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.norod.no/funksjonsbeskrivelse-for-dal-og-das/> (nedlastet 08.05.2023).
5. Forskrift 7. desember 2015 nr. 1401 om humane organer beregnet for transplantasjon (forskrift om humane organer til transplantasjon). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-07-1401> (nedlastet 08.05.2023).
6. Norsk Anestesiologisk Forening, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. 2014. Tilgjengelig fra: [https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer\\_for\\_intensivvirksomhet\\_151014](https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014) (nedlastet 22.06.2023).
7. Haugerud SN. Organdonasjonsprosessen. Intensivsykepleieres opplevelser. Inspira. 2016;16(1):16–21.
8. YazdiMoghaddam H, Manzari Z-S, Mohammadi E. Nurses' challenges in caring for an organ donor brain dead patient and their solution strategies: a systematic review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(4):265–72.
9. Meyer K, Bjørk IT, Eide H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(1):104–15. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05721.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05721.x)
10. Meyer K, Bjørk IT. Change of focus: from intensive care towards organ donation. Transplant International. 2008;21(2):133–9. DOI: [10.1111/j.1432-2277.2007.00583.x](https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2007.00583.x)
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
13. Universitetet i Oslo. Nettskjema. Oslo: Universitetet i Oslo; u.å. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.no/> (nedlastet 20.04.2022).
14. Nord universitet. Studenters ansvar for personvern i oppgaveskriving. Nord universitet; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nord.no/om/personvern/studentoppgaver> (nedlastet 20.04.2022).



15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
16. Flodén A, Berg M, Forsberg A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation – a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(6):305–16. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.002)
17. Gripewall E, Kerstis B, Bjorlling G, Fagerstrom L, Mattson J, Widarsson M, et al. Intensive care nurses' experiences of caring during the organ donor process in Sweden – a qualitative study. *International Journal of Caring Sciences*. 2022;15(2):720–6. Tilgjengelig fra: <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/1.%20gripelwall.pdf> (nedlastet 08.05.2023).
18. Simonsson J, Keijzer K, Södereld T, Forsberg A. Intensive critical care nurses' with limited experience: experiences of caring for an organ donor during the donation process. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(9–10):1614–22. DOI: [10.1111/jocn.15195](https://doi.org/10.1111/jocn.15195)
19. Human L, Prins L. Early identification and referral of organ donors in five private hospitals: a survey to determine the knowledge and views of critical care professional nurses pre and post a PowerPoint training intervention. *The Southern African Journal of Critical Care*. 2019;35(2):48–55. DOI: [10.7196/SAJCC.2019.v35i2.370](https://doi.org/10.7196/SAJCC.2019.v35i2.370)
20. Lomero MdM, Jiménez-Herrera MF, Rasero MJ, Sandiumenge A. Nurses' attitudes and knowledge regarding organ and tissue donation and transplantation in a provincial hospital: a descriptive and multivariate analysis. *Nurs Health Sci*. 2017;19(3):322–30. DOI: [10.1111/nhs.12348](https://doi.org/10.1111/nhs.12348)
21. Syversen TB, Sørensen DW, Foss S, Andersen MH. Donation after circulatory death – an expanded opportunity for donation appreciated by families. *Journal of Critical Care*. 2018;43:306–11. DOI: [10.1016/j.jcrc.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.002)
22. Berntzen H, Bjørk IT. Experiences of donor families after consenting to organ donation: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(5):266–74. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.03.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.001)
23. Jacoby LH, Breitkopf CR, Pease EA. A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(4):183–9. DOI: [10.1097/00003465-200507000-00009](https://doi.org/10.1097/00003465-200507000-00009)
24. Orøy A, Strømskag KE, Gjengedal E. Approaching families on the subject of organ donation: a phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(4):202–11. DOI: [10.1016/j.iccn.2013.02.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.003)
25. Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *BMJ*. 2009;338(7702):1061–3. DOI: [10.1136/bmj.b991](https://doi.org/10.1136/bmj.b991)
26. Flodén A, Kelvered M, Frid I, Backman L. Causes why organ donation was not carried out despite the deceased being positive to donation. *Transplant Proc*. 2006;38(8):2619–21. DOI: [10.1016/j.transproceed.2006.07.031](https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.07.031)
27. De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. FEK; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (nedlastet 20.04.2022).
28. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2021.