

Intensive care nurses' experiences with organ donors at non-donor hospitals

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

Background: Organ transplantation in Norway is centralised and carried out at Rikshospitalet in Oslo. In order to meet the growing demand for organs, Rikshospitalet is dependent on identifying donors both at donor hospitals and non-donor hospitals. Our literature search did not find any previous studies describing intensive care nurses' perceptions and experiences in relation to identifying and assessing organ donors at non-donor hospitals in Norway.

Objective: To describe intensive care nurses' perceptions and experiences in relation to identifying and assessing potential organ donors at non-donor hospitals.

Method: The study has a qualitative, exploratory design and consists of semi-structured interviews with six intensive care nurses recruited from intensive care units at three non-donor hospitals in Norway in May 2022. The analysis was performed using systematic text condensation.

Results: The analysis resulted in two main findings. The first main finding, 'random and person-dependent', reflects intensive care nurses' perception that identifying organ donors and initiating the organ donation process is dependent on the knowledge of those who are on duty when the potential organ donor is treated. The second main finding, 'emotionally challenging onward referral of organ donors', highlights how intensive care nurses find it difficult to tell the next of kin that potential organ donors need to be transferred to a donor hospital. Discussing the subject of organ donation with the next of kin is therefore a challenge.

Conclusion: Intensive care nurses are concerned that not all potential organ donors are being identified due to insufficient knowledge among the staff on duty in such situations. They find it difficult to discuss the subject of organ donation with the next of kin when they know that the potential organ donor needs to be transferred to a donor hospital for assessment and organ recovery. Systematic training is needed to increase intensive care nurses' knowledge of organ donation and family care at local hospitals.

Introduction

The number of people waiting for an organ transplant is increasing both in Norway and internationally. At the end of 2021, there were 449 patients on the organ transplant waiting list in Norway. A deceased donor can donate a total of seven organs and various types of tissue (1), thus saving several lives (2). There is a large mismatch between the supply and demand of donor organs (3).

Organisation of organ donation in Norway

Rikshospitalet is the National Treatment Service for Organ Transplantation, and all organ transplants in Norway are performed here. In order to supply organs to patients on the waiting list, Rikshospitalet is reliant on the efforts of donor hospitals (2).

There are 28 donor hospitals in Norway, each of which possess the expertise and facilities to carry out the initial stages of the organ donation process and support the donor team during organ recovery. Each of the donor hospitals has a designated doctor for donors and often a designated nurse who acts as the link between the donor hospital and Rikshospitalet (2).

The designated nurse is an intensive care nurse who, together with the designated doctor, formally bears responsibility for organ donations at the respective donor hospital. The designated nurse is allotted time to fulfil this role and is responsible for guiding organ donation processes, participating in conversations with the next of kin, and implementing a system for follow-up conversations with the next of kin (4).

However, the identification of organ donors also takes place at other Norwegian hospitals, hereafter referred to as non-donor hospitals.

The role of non-donor hospitals in the organ donation process

Most local hospitals do not carry out the entire organ donation process due to a lack of facilities, staff and training. To become a donor hospital, approval must be sought from the Norwegian Directorate of Health, which grants donor hospital status in accordance with Section 4 of the Regulation on Human Organs for Transplantation (5).

In recent years, some local hospitals have been approved as donor hospitals, but there are still approximately 20–24 hospitals that remain non-donor hospitals. Ten of the country's non-donor hospitals reported a total of 1920 intensive care admissions in 2021 to the Norwegian Intensive Care Registry (NIR) (6).

Even though the non-donor hospitals lack designated doctors and nurses for donors, they are still required to initiate the organ donation process by identifying potential organ donors and contacting the transplant coordinator at Rikshospitalet.

Once potential organ donors are accepted by Rikshospitalet, it is the doctor and the intensive care nurse at the non-donor hospital who have the initial conversation with the next of kin to clarify consent for organ donation. If the potential donor has previously expressed a wish to be an organ donor, or if the next of kin has consented, the donor is transferred to a donor hospital for assessment and, if suitable, organ recovery (2).

The donor team at Rikshospitalet does not perform organ recovery at non-donor hospitals. However, according to the guidelines for intensive care, all potential donors should still be given the opportunity to be assessed for organ donation by their own hospital trust. Non-donor hospitals therefore need to have effective systems and procedures in place to ensure that organ donation is considered when appropriate (6).

The organ donation process and the intensive care nurse

Organ donation is a relevant but rare event in the intensive care unit (ICU). It falls within the scope of intensive care nurses' remit and responsibility, but requires a high level of expertise. The intensive care nurse's responsibility in the organ donation process is described as multidimensional (1).

Two studies from donor hospitals indicate that intensive care nurses are uncertain about their role and responsibilities in the organ donation process. Studies indicate that intensive care nurses feel they have insufficient knowledge to explain the diagnosis and treatment, as well as to manage the emotional reactions of the next of kin (7, 8). The reactions of the next of kin made a strong impression on the intensive care nurses.

In a study conducted at all donor hospitals in Norway, Meyer et al. (9) found that few intensive care nurses had received training in or had experience with organ donation. The study pointed out that robust departmental procedures, competence and attitudes were important for identifying donors. The employees' ability to provide support for organ donors and their next of kin also played an important role.

Intensive care nurses have an ambivalent relationship with organ donation. Fear of negative reactions from colleagues and next of kin prevented them from discussing organ donation. Some intensive care nurses felt that they lacked the knowledge to take on such responsibility. Nevertheless, their personal dedication to organ donation fostered a sense of fulfilment and self-assurance (9).

Disagreements within the treatment team could give rise to ethical conflicts and result in potential organ donors being missed (10).

The intensive care nurses at non-donor hospitals were excluded from the aforementioned studies. Our systematic literature search did not identify any studies examining intensive care nurses' experiences with organ donation at non-donor hospitals.

Objective of the study

The objective of the study was to gain insight into and describe intensive care nurses' perceptions and experiences in relation to identifying and assessing potential donors at non-donor hospitals. This knowledge can provide a basis for targeted efforts to increase the proportion of organ donations from deceased donors at non-donor hospitals. The research questions were as follows:

- What are intensive care nurses' perceptions and experiences in relation to identifying and assessing potential donors at non-donor hospitals?
- How can this knowledge help provide a basis for targeted efforts to increase the proportion of organ donations from deceased donors at non-donor hospitals?

Method

Sample and data collection

The study has a qualitative design and employed semi-structured interviews as the data collection method (11). The informants in the study were recruited from a hospital trust in Norway. Six informants who met the inclusion criteria (Table 1) were recruited.

All informants were intensive care nurses: three men and three women, aged 33 to 56. All had experience with organ donation at non-donor hospitals. Four of the informants also had experience with organ donation from donor hospitals.

TABELL 1

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 intensivsykepleiernes 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 tilstrekkelig 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/).



NON-DONOR HOSPITALS: If a potential donor has previously expressed a wish to be an organ donor, or if the next of kin has consented, the donor is transferred to a donor hospital to assess suitability and potential organ recovery. *Illustration photo: NTB, Doug Olson / Mostphotos. Montage: Monica Hilsen*

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 donransvarlig 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 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.