



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Behandlingsbegrensning i intensivavdelingen – intensivsykepleierens plass i det tverrfaglige teamet**

*En litteraturstudie med systematisk tilnærming*

**Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank**

Masteroppgave i intensivsykepleie SYP-3902, juni 2024

Antall ord: 16 351

*The aim of treatment and care needs to be their appropriateness such that the nature of the ensuing measures neither encompasses more nor less than the matter requires*

Immanuel Kant

## Forord

Denne masteroppgaven utarbeides for å oppnå økt forståelse og dypere innsikt i hvordan intensivsykepleieren påvirkes av det tverrfaglige samarbeidet. Studien bygger videre på en prosjektbeskrivelse fra høsten 2023. Skrivningen av denne studien har pågått parallelt med oppstart i våre nye roller som intensivsykepleiere. Til tross for at det har vært strevsomt, krevende og utmattende har det i like stor grad vært lærerikt, spennende og inspirerende.

Vi er svært takknemlige for Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet som har utarbeidet et solid masterprogram som vi har kunne følge de siste to årene. Uten den konstante oppfølgingen og tilretteleggingen vi har fått når arbeidsprosessene har vært utfordrende, ville ikke denne studien vært mulig. Vi er glade for at UiT har lagt til rette for at vi har kunnet la oss inspirere av tidligere masteroppgaver. Tusen takk til bibliotekar Jan Frode Kjensli på Universitetssykehuset i Tromsø som hjalp oss å oppdrive de siste artiklene vi trengte for å ferdigstille denne masteroppgaven.

Vi ønsker å rette den største takken til vår veileder Ranveig Lind som gjennom hele prosessen har bidratt med motiverende ord og gitt oss håp om ferdigstilling når det så bekmørkt ut. Vi er evig takknemlig.

Tromsø, juni 2024

Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Teori og forskning viser at det finnes ulike lovbestemmelser og retningslinjer som påvirker inkludering av intensivsykepleieren i tverrfaglige team. Teorien informerer om hva et godt team består av og hvordan det burde fungere optimalt. Likevel ser vi at gjennomføring av teamarbeid i praksis gjerne oppleves annerledes.

**Formål:** Formålet med studien er å sammenfatte forskningslitteratur som omhandler intensivsykepleierens deltakelse i tverrfaglig samarbeid om behandlingsbegrensning hos intensivpasienten.

**Metode:** Litteraturstudie med systematisk tilnærming. Søk er utført i PubMed og CINAHL og 8 artikler er inkludert i studien. Den relevante forskningen ble kritisk analysert og kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister hentet fra Joanna Briggs Institute (JBI). Ved hjelp av tematisk analyse kom vi frem til tre hovedtemaer med påfølgende syv undertema.

**Resultat:** Resultatene viser at bevisst kommunikasjon og samarbeid var viktig for et godt teamarbeid. Kommunikasjonen mellom sykepleierne og legene har dog vært vanskelig og blir påpekt som et historisk problem. Det ble i resultatene rapportert godt samarbeid i mottakelsen av nye pasienter, men at samarbeidet forsvant ved beslutninger om behandlingsbegrensninger. Legen skal i all hovedsak ta avgjørelsene, men sykepleieren er en deltakende part. Det belyses ulike problemstillinger med inkludering av pårørende i prosessen, samtidig som det fremkommer rollekonflikter og emosjonelle reaksjoner hos helsepersonellet.

**Konklusjon:** Effektiv kommunikasjon, inkludering av teammedlemmene og fokus på pasientens verdi og behandlingsmål, er av stor betydning. Pårørendes aktive deltakelse sikres ved å tilpasse kommunikasjonen og har behov for økt oppmerksomhet. Behovet for opplæring og støtte til å håndtere utfordringer knyttet til diskusjoner om behandlingsbegrensning er fremtredende for å adressere intensivsykepleierens emosjonelle og psykiske belastninger. Fokuset er å samle alle relevante aktører, forbedre kommunikasjonen og respektere pasientens autonomi og verdighet, målet vil være en mer helhetlig og pasientsentrert fremgangsmåte for å nå beslutninger om behandlingsbegrensning på intensivavdelinger.

**Nøkkelord:** Intensivsykepleier, intensivavdeling, tverrfaglig team, livsforlengende behandling og behandlingsbegrensninger

## **Abstract**

**Background:** Theory and research show that there are various legal provisions and guidelines that influence the inclusion of intensive care nurses in interdisciplinary teams. The theory informs about the composition of a good team and how it should ideally function. However, the implementation of teamwork in practice often differs.

**Purpose:** The purpose of the study is to summarize research literature regarding the participation of intensive care nurses in interdisciplinary collaboration on treatment limitation for intensive care patients.

**Method:** Literature review using a systematic approach. Searches were conducted in PubMed and CINAHL, and 8 articles were included in the study. The relevant research was critically analyzed, and quality assessed using a checklist obtained from the Joanna Briggs Institute (JBI). Thematic analysis resulted in three main themes with seven sub-themes.

**Results:** The results indicate that conscious communication and cooperation are crucial for effective teamwork. Communication between the nurses and physicians has historically been difficult. While good collaboration was reported in the admission of new patients, cooperation waned when decisions about treatment limitations were made. While physicians primarily make decisions, nurses are participatory. Various issues arise with the inclusion of family members, alongside role conflicts and emotional reactions among healthcare personnel.

**Conclusion:** Effective communication, inclusion of team members, and focus on the patient's value and treatment goals are crucial. Active involvement of family members is ensured by adapting communication and requires increased attention. The need for training and support to handle challenges related to discussions about treatment limitation is prominent to address the emotional and psychological burdens on intensive care nurses. The focus is on bringing together all relevant stakeholders, improving communication, and respecting the patient autonomy and dignity, aiming for a more holistic and patient-centered approach to reaching decisions about treatment limitation in intensive care units.

**Keywords:** Intensive care nurse, intensive care unit, interdisciplinary team, life-sustaining treatment and treatment limitations

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
2	Tidligere forskning .....	3
2.1	Behandlingsbegrensninger på intensivavdelingen .....	3
2.2	Tverrfaglig utførelse av behandlingsbegrensninger på intensivavdelingen .....	4
2.3	Intensivsykepleierens rolle ved behandlingsbegrensning på intensivavdelingen .....	5
2.4	Pårørende.....	5
3	Problemområdet, formål og forskningsspørsmål .....	7
3.1	Problemområde .....	7
3.2	Formål .....	7
3.3	Forskningsspørsmål.....	8
4	Teoretisk tilnærming .....	9
4.1	Livsforlengende behandling .....	9
4.2	Tverrfaglig samarbeid .....	10
4.3	Intensivsykepleieren .....	12
4.4	Pasient og pårørende .....	13
5	Metode.....	15
5.1	Litteraturstudie med systematisk tilnærming .....	15
5.2	Beskrivelse av søkeprosess .....	16
5.3	Kvalitetsbedømming .....	21
5.4	Dataekstraksjon .....	23
5.5	Analyse.....	23
5.6	Forforståelse .....	25
5.7	Forskningsetiske hensyn .....	25
5.8	Avsluttende oversiktssøk.....	26
6	Resultat.....	27

6.1	Presentasjon av hovedtema .....	32
7	Diskusjon.....	43
7.1	Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid.....	43
7.2	Pasientens egne ønsker, emosjonelle reaksjoner og pårørende .....	47
7.3	Konklusjon .....	50
7.4	Metodediskusjon .....	50
8	Betydning for praksis og videre forskning.....	52
8.1	Videre forskning.....	52
	Referanseliste .....	54
	Vedlegg .....	59
	Vedlegg 1 – Oversikt over litteratursøk .....	59
	Vedlegg 2 – Sjekkliste JBI .....	62
	Vedlegg 3– Kvalitetsbedømming av inkluderte artikler .....	68
	Vedlegg 4 – Dataekstraksjonstabeller .....	76
	Vedlegg 5 - Oversiktsmatrise .....	85

## Tabelliste

Tabell 1 - PICO - Skjema.....	16
Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
Tabell 3 - Presentasjon av søkeord.....	18
Tabell 4 - Kvalitetsbedømming av inkluderte artikler gjennom sjekkliste JBI.....	22
Tabell 5 - Oversikt over identifiserte tema.....	24
Tabell 6 - Presentasjon av de inkluderte artiklene .....	28
Tabell 7 - Presentasjon av hovedtema og undertema.....	32

## Figurliste

Figur 1 - PRISMA flytskjema .....	20
-----------------------------------	----

# 1 Innledning

Tematikken i denne masteroppgaven er den tverrfaglige utøvelsen av behandlingsbegrensninger på intensivavdelingen, med intensivsykepleieren i fokus. Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i en godkjent prosjektbeskrivelse levert i emnet SYP-3502-1 høsten 2023. Til tross for at de tverrfaglige samarbeidene ofte inkluderer flere fagområder og profesjoner er det tverrfaglige teamet, i denne studien, begrenset til å omfatte behandlende lege, intensivsykepleier, pasient og pårørende.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

På bakgrunn av tidligere gjennomførte oppgaver via utdanningen og erfaringer gjort i praksis har vi stilt spørsmål ved og erfart manglende involvering av intensivsykepleierne ved tilbaketrekking av livsforlengende behandling. Vi har opplevd etter samtaler med intensivsykepleiere på avdelingen at det ikke er etablert rutiner for å inkluderes i slike avgjørelser. Gjennom vårt bakgrunnssøk ser vi også ulike studier utført på intensivsykepleierens opplevelse av tverrfaglig samarbeid og inkludering i beslutningsprosesser. Vi ser fra teori og forskning at det finnes ulike lovbestemmelser og praksis som påvirker inkludering av intensivsykepleieren i team. Teorien informerer om hva et godt tverrfaglig team består av og hvordan det burde fungere optimalt. Likevel ser vi at gjennomføring av teamarbeid i praksis gjerne oppleves noe annerledes.

Michalsen og Jensen (2023) sier at vellykket teamarbeid ofte hemmes av uenighet rundt prognose og hva som er hensiktsmessig behandling. De påpeker også at dårlig arbeidsmiljø og mangel på effektiv kommunikasjon er hemmende i tverrfaglig samarbeid. Dette kan resultere i konflikter som igjen kan føre til medisinske feil, suboptimal pasientbehandling og for dårlig familieengasjement og -tilfredshet. De anbefaler videre at slike mangler bør løses gjennom å optimalisere kommunikasjon og samarbeid på tvers av profesjonene, uten at de går nærmere inn på konkrete tiltak (Michalsen & Jensen, 2023).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §4-6 andre ledd, sier at dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelser som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Likevel skal det hentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten selv ville ønsket. Dette skal komme frem i journalen, både ytringene til pårørende og helsepersonellens oppfatning.



Intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse tar for seg i punkt 2.3 bruken av lindrende og palliativ funksjon. Dette innebærer at intensivsykepleieren skal ta utgangspunkt i pasientens totale situasjon når palliativ omsorg ytes og medvirke i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling, og ta medansvar for å bidra til en verdig død (NSFLIS, 2017).

Noreika og Coyne (2015) presenterer en pasienthistorie hvor et velfungerende tverrfaglig team var avgjørende for pasientbehandlingen og pårørendes opplevelser. De belyser situasjonen hvor en mann som er innlagt på intensivavdelingen grunnet alvorlig grunnsykdom nå opplever forverring og komplikasjoner. Pasienten og pårørende har ikke tidligere diskutert pasientens ønsker, og pårørende kan derfor ikke tale hans sak. Når pasienten våkner, ytrer han selv et ønske om å avslutte all aktiv behandling og i samarbeid med flere yrkesgrupper på sykehuset kommer alle parter til en enighet. Pårørende inviteres til samtale med lege, sykepleier og annet helsepersonell for å kunne stille spørsmål og få en større forståelse. Pasienten får lagt frem flere ulike scenarioer og det enes til slutt med at pasienten får behandling for symptomer som ikke forlenger livet, men gir en bedre livskvalitet de gjenværende dagene.

Hovedoppgaven til teamet vil være å gi pasient og pårørende en helhetlig utøvelse av behandling og pleie i tråd med retningslinjer og autonomi. Det beskrives her at intensivsykepleieren er en viktig komponent i et tverrfaglig team da de utøver den mest direkte kontakten med pasient og pårørende (Noreika & Coyne, 2015). På bakgrunn av dette ønsker vi å skrive denne oppgaven for å belyse hvordan involveringen i det tverrfaglige teamet påvirker intensivsykepleierens oppfatning og praksis.

## **2 Tidligere forskning**

I arbeidet med å søke etter tidligere forskning har vi identifisert kunnskapshull, evaluert styrker og svakheter ved tilgjengelige studier og pekt ut områder som krever ytterligere undersøkelse. Gjennomgangen av tidligere forskning vil gi kontekst og bakgrunnsinformasjon for denne studien. Den tidligere forskningen har utforsket lignende temaer, teoretiske perspektiver og funn som er relevant for forskningsspørsmålet i denne oppgaven. Det presenteres derfor en oversikt over tidligere forskning som er relevant og etablerer fundamentet for forståelsen av emnet. Forskning på dette emnet går flere tiår tilbake i tid og noe av forskningen kan anses som tidløs. I samråd med vår veileder vil vi derfor også anvende artikler publisert for mer enn 20 år siden (Coombs, 2003; Coombs & Ersser, 2004), delvis også fordi forfatterne er anerkjente og har lang forskningsansiennitet på emnet.

### **2.1 Behandlingsbegrensninger på intensivavdelingen**

Personalet på intensivavdelingen har som mål om å gi livreddende behandling til akutt og kritisk syke, likevel dør rundt 10% av disse pasientene (Buanes et al., 2023). Seksti prosent av pasientene registrert i Norsk intensivregisters årsrapport for 2022 (Buanes et al., 2023) hadde behov for mekanisk ventilasjonsstøtte under intensivoppholdet. Ribeiro e Souza et al. (2017) påpeker at tilbaketrekking og tilbakeholding av livsforlengende behandling er ansett som en behandling uten mulighet for å kurere pasienten. Likevel gir denne behandlingen lindring fra smerter, samt fysiske og psykiske symptomer. Studien legger frem at behandlingen øker livskvaliteten i livets slutfase og opprettholder den menneskelige verdigheten (Ribeiro e Souza et al., 2017).

Vanderspank-Wright et al. (2018) avdekker at prosessen med å begrense behandling eller trekke tilbake behandling gav alle involverte parter en følelse av moralske dilemmaer og emosjonelt stress. I en annen studie, gjennomført i Polen, identifiserte intensivsykepleiere barrierer ved behandlingsbegrensning basert på den fysiske utformingen av intensivavdelingen (Ozga et al., 2020). Deltakerne i studien påpekte at støy, sterke lys og mangel på enerom var en utfordring når det skulle diskuteres behandlingsnivå for den enkelte pasient.

## **2.2 Tverrfaglig utførelse av behandlingsbegrensninger på intensivavdelingen**

Studien til Coombs (2003) viser at alle profesjoner er nødvendig i et velorganisert teamarbeid. Forfatteren peker på positive utfall i pasientbehandlingen når kommunikasjonen i teamet optimaliseres. Annen tidligere forskning viser at det er ulike oppfatninger hos erfarne versus uerfarne intensivleger (Flannery et al., 2016). Erfarne leger ønsket tilstedeværelse av intensivsykepleieren når det ble gjort beslutninger om behandlingsnivå, fordi de var enige i at sykepleieren tidlig ville gjenkjent når behandlingen var uten hensikt. De yngre og mer uerfarne legene ønsket ikke tilstedeværelse av flere yrkesgrupper i beslutningsprosessen, og de brukte lengre tid på å komme til en beslutning om å trekke tilbake behandling (Flannery et al., 2016). Coombs og Ersser (2004) belyser opplevelsen av at intensivsykepleierne er verdifulle, men at kunnskapene de innehar ikke nyttiggjøres i beslutninger. Det førte til at intensivsykepleierne følte egen yrkestittel hadde mindre autoritet enn andre profesjoner.

Forskningen til Coombs (2003) indikerer at etter 9 måneder spurte legen om meninger fra intensivsykepleierne kun fire ganger i alle diskusjoner. Kunnskapen legen innehar fortsetter dermed å være større og anses som viktigere enn intensivsykepleierens. Dette resulterer i et hierarki hos de involverte ved avgjørelser som tas i pasientbehandlingen (Coombs, 2003). Vanderspank-Wright et al. (2018) beskriver i sin studie at de avdekket flere tilfeller hvor det var manglende tverrfaglig samarbeid mellom legene og sykepleierne ved beslutningstaking hvor legene ble beskrevet som svært autoritære. Det ble også rapportert konflikter grunnet manglende retningslinjer rundt prosessen (Ozga et al., 2020; Vanderspank-Wright et al., 2018). Olding et al. (2016) benytter begrepet medisinsk dominans, og med dette viktigheten av å forstå lokale profesjonelle og sosiokulturelle praksiser innad i det tverrfaglige teamet og hvordan det kan forme muligheten for samarbeid.

Ribeiro e Souza et al. (2017) påpeker viktigheten ved at det tverrfaglige teamet er kjent med pasientens utfordringer i sin helhet, for derved å kunne optimalisere hjelpen til å øke pasientens komfort og lindre eventuelle plager. Dette i tillegg til arbeidet med å sikre pårørendes forståelse og bistå gjennom sorgen. Noen av deltakerne beskrev manglende kommunikasjon i det tverrfaglige teamet, samtidig som det manglet kunnskap mellom teamet og pårørende når det kom til avslutning av livsforlengende behandling (Ribeiro e Souza et al., 2017). Videre anbefaler Ribeiro e Souza et al. (2017) at yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet bør arbeide for å styrke kommunikasjon, støtte hverandre og berike den faglige

kunnskapen innad i teamet. Studien påpeker også at deltakerne manglet retningslinjer som hele teamet kan følge. Dette samsvarer med funn i Ozga et al. (2020) hvor intensivsykepleierne etterspurte opplæring i å delta i tverrfaglige møter og avgjørelser om behandlingsbegrensning. En annen studie fremhever viktigheten av diskusjon i teamet hvor alle parter involveres likeverdig og får gitt uttrykk for sine faglige synspunkter (Downar et al., 2016). Forfatterne av studien anbefaler individualisert behandling med bruk av tverrfaglig pleieplan og kartleggingsverktøy for vurdering av smerte og sedasjonsnivå. Dette fremmes for å lette kommunikasjonen blant helsepersonellet dersom de har tilgang til og en forståelse for samme informasjon. Avslutningsvis anbefaler forskerne debrief til teamet etter å ha tatt avgjørelser om å trekke tilbake behandling på intensivavdelingen (Downar et al., 2016).

### **2.3 Intensivsykepleierens rolle ved behandlingsbegrensning på intensivavdelingen**

Vanderspank-Wright et al. (2018) tydeliggjør i sin litteraturstudie at perioden rundt beslutningstakingen ledende opp til avslutning av behandling var den vanskeligste for intensivsykepleierne. Dette fordi det i denne perioden var tidkrevende prosesser som inkluderte å vurdere kompleksiteten av pasientens komorbiditet og prognoser, samt innhente ønsker fra pasient og pårørende. Coombs (2003) avdekker at kun 12% av innspill kom fra intensivsykepleieren i avgjørelsen om å trekke tilbake behandling og bare 10% av diskusjonene inkluderte intensivsykepleieren. Funn i to andre studier viser at intensivsykepleierne opplever stress av å ekskluderes i avgjørelsen, spesielt dersom avgjørelsen som fattes er motstridene til sykepleierens syn på tilstanden (Flannery et al., 2016; Ozga et al., 2020). Opplevelse av stress i prosessen med behandlingsbegrensning, hvor intensivsykepleierne erfarte forsinkelser grunnet uenigheter med pårørende og behandlere trekkes frem i studien til Taylor et al. (2020). I tillegg til at uønskede situasjoner oppsto grunnet manglende deltakelse fra intensivsykepleierne. Det ble nevnt faktorer som burde vært lagt til grunn, blant annet intensivsykepleierens deltakelse og kompetanse rundt disse beslutningene og en grundig plangjennomgang med det tverrfaglige teamet (Taylor et al., 2020).

### **2.4 Pårørende**

I Vanderspank-Wright et al. (2018) legger forfatterne frem at intensivsykepleieren har en gylden mulighet til å bli kjent med pasientene gjennom pårørende, angående hva pasienten

ville ønsket for sin medisinske behandling. Samtidig kan intensivsykepleieren gi råd og rette fokuset mot hva pasienten selv ville ønsket og ikke pårørende. Intensivsykepleierne følte et sterkt behov for å informere pårørende om hva som foregikk og hvor i prosessen en var. Det ble også beskrevet at intensivsykepleieren hadde en sentral rolle i å formidle alvorlighetsgraden til pårørende, slik at de forsto det fra den medisinske siden (Vanderspank-Wright et al., 2018). Pårørende er beskrevet som en essensiell part i beslutningstakingen, men det fremkommer i studien til Ribeiro e Souza et al. (2017) at de sjeldent blir inkludert i samtaleene hvor beslutningene tas. Mangelen på psykologisk støtte til pårørende tas opp som en problemstilling for deltakerne i Ozga et al. (2020) ettersom de ikke har kapasitet til å bistå pårørende slik de ønsker. Et sentralt funn i studien til Olding et al. (2016) er at fokuset innen forskning har vært på kommunikasjon med familie og pårørende rundt medisinske beslutninger av mindre inngripende karakter. Uten at det videre forklares hvor grensen går mellom medisinske beslutninger av større og mindre karakter.

### **3 Problemområdet, formål og forskningsspørsmål**

I denne delen av oppgaven ønsker vi å belyse problemområdet studien tar sikte på å adressere. Vi har identifisert et gap i den eksisterende kunnskapen og mener at dette emnet krever ytterligere utforskning. Med problemområdet ønsker vi å gi kontekst og en forklaring på hvorfor denne studien er relevant og nødvendig. Videre vil vi definere formålet med studien og hva vi, med studien, ønsker å bidra til. Et klart formål bidrar til å avgrense studiens omfang og mål. Til slutt presenteres forskningsspørsmålet.

#### **3.1 Problemområde**

Grech og Coombs (2019) påpeker at majoriteten av de som dør på en intensivavdeling dør etter avgjørelser om å holde- eller trekke tilbake livsforlengende behandling. Grunnet sykdommens art og behovet for ventilasjonsstøtte er det flere pasienter som sederes. Pasientens evne til å bidra i diskusjoner og avgjørelser angående tilbaketrekning av livsforlengende behandling påvirkes av dette. Rollen som talsperson for pasienten faller da på nærmeste pårørende dersom ingen andre er oppnevnt og skal derfor inkluderes i det tverrfaglige teamet (Grech & Coombs, 2019). Gjennom lovverk og retningslinjer for utdanning i intensivsykepleie uttrykkes det en viktighet ved tverrfaglig samarbeid innad i avdeling og mellom ulike avdelinger (Helsepersonelloven, 1999; NSFLIS, 2017). Likevel viser tidligere forskning at det praktiseres og utøves tverrfaglig samarbeid på ulike måter. Fra tidligere beskrives det at tverrfaglig samarbeid er essensielt for tilfredsstillende pasientbehandling, samtidig som det oppfattes utfordrende å få til. Dette samsvarer med egne erfaringer fra praksis under studiet og i arbeidslivet.

Etter første oversiktssøk kunne vi ikke identifisere liknende studier på emnet og så at annen forskning identifiserte dette som et problemområde hvor det er behov for ytterligere forskning. På bakgrunn av dette ønsket vi å studere på dette i vår masteroppgave.

#### **3.2 Formål**

Formålet med studien er å sammenfatte forskningslitteratur som omhandler intensivsykepleieren og deres deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Spesielt ønsker vi å belyse samarbeidet når det kommer til å trekke- og holde tilbake behandling til voksne sederte pasienter på intensivavdelingen. Søkelyset rettes derfor mot inkludering av

intensivsykepleierne i det tverrfaglige samarbeidet som består av både leger, pasient og pårørende.

### **3.3 Forskningsspørsmål**

«Hvordan påvirkes intensivsykepleierens oppfatninger og praksis i forbindelse med behandlingsbegrensning i et tverrfaglig team»

## 4 Teoretisk tilnærming

For å utforske og drøfte problemstillingen brukes teorier som gir innsikt i de sentrale begrepene som utgjør forskningsspørsmålet. Dette innebærer definisjoner og tolkninger av begrepene «livsforlengende behandling», «tverrfaglig samarbeid» og «intensivsykepleieren». Ved bruk av de teoretiske perspektivene kan vi ikke bare belyse dynamikken som omgir disse begrepene, men også bidra til å forstå hvordan de påvirker praksis innen intensivbehandling og beslutningstaking om livsforlengende behandling. Videre adresseres pasient og pårørendes roller i denne konteksten. Hvordan pasientens autonomi og verdighet viser seg å ha betydning for beslutningsprosessen, i tillegg til innflytelsen pårørende har på beslutningstakingen og omsorgsprosessene.

### 4.1 Livsforlengende behandling

Helsedirektoratet utgav i 2013 en protokoll om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling og definerer praksisen som «all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død» (Helsedirektoratet, 2013, s. 4). Videre forklares livsforlengende behandling som alle former av hjerte-lunge-redning, annen pustehjelp, dialyse, væske- og ernæringsbehandling, kjemoterapi, antibiotika og hjertestimulerende legemidler. Det er også denne forståelsen vi benytter når vi ser på vurderinger gjort av helsepersonell for å trekke tilbake eller holde igjen livsforlengende behandling. Når pasientens prognoser er tilstrekkelig avklart anses det ikke å være verken juridisk eller etisk forskjell mellom å ikke starte eller trekke tilbake livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013; Wilkinson et al., 2019). Til tross for dette opplever helsepersonell en moralsk forskjell (Wilkinson & Savulescu, 2014). Denne forskjellen kan bunne i at grensen mellom livsforlengende- og lindrende tiltak ikke alltid er like klar (Syse, 2016). Videre påpeker Syse (2016) at selv ved bruk av moderne teknologi kan ikke enhver sykdom kureres. Handlingsregelen forfatteren fremsetter er at helsepersonellets forståelse bør være å “sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste” (Syse, 2016, s. 258) med grunnlag i at døden alltid inntreffer til slutt.

Både Ursin (2019) og Wilkinson og Savulescu (2014) tar opp ekvivalens og mangelen på det blant helsepersonellet når det gjelder tilbaketrekking og tilbakeholding av livsforlengende behandling. Ekvivalens er i denne sammenhengen et uttrykk for tillatelse til moralsk å sammenligne to typer handlinger (Wilkinson & Savulescu, 2014). Artikkelen slår fast at helsepersonell anser det å trekke tilbake behandling som en aktiv handling, mens det å holde



tilbake som en unnlattelse av handling. Det later til at helsepersonell betrakter unnlattelse av handling som mer skånsomt og ikke like klanderverdig som en aktiv handling. Holdningene vedvarer uavhengig av den juridiske og etiske konklusjonen om ekvivalens mellom å holde tilbake og trekke tilbake behandling (Wilkinson & Savulescu, 2014). Behandlingsbegrensning benyttes som et sammenslått begrep for både å trekke tilbake og holde tilbake behandling (Magelssen & Førde, 2022) og er det begrepet som vil bli brukt videre i denne oppgaven.

Både Joynt et al. (2015) og van Dijk et al. (2020) tar opp problemstillingen med balansegangen for når det skal vurderes behandlingsbegrensning. Vurderingen bunner i om det er åpenbar nytte eller skade av behandlingen som tilbys. van Dijk et al. (2020) påpeker at flere av pasientene på intensivavdelingen er akutt eller kritisk syk og det vil være vanskelig å skille mellom forventet nytte og uønsket lidelse, spesielt med begrensede opplysninger, tidspress og manglende kunnskap om pasientens ønsker. I studien til Joynt et al. (2015) foreslår forfatterne tre sentrale aspekter som må vurderes før samtale om behandlingsbegrensning initieres. Det var ikke anbefalt at alder og alvorlig sykdom alene skulle inngå i vurderingen om å ta opp behandlingsbegrensning. Innledningen av samtaler skulle alltid forekomme dersom helsepersonellet mente pasienten ikke ble å overleve skadene eller at pasientens behandling ikke var fordelaktig. De tre kategoriene hadde ulike graderinger hvor det *kunne*, *burde* og *skulle* initieres samtale basert på vurderingen. De ulike kategoriene var 1) forventet levetid, 2) forekomst av multiorgansvikt og 3) alvorlig hjerneskade (Joynt et al., 2015). Forfatterne trekker også fram at det vil være individuelle vurderinger og at det vil kunne være omstendigheter hvor samtaler om behandlingsbegrensning bør innledes uansett. Grunnet kompleksiteten av behandlingsbegrensning understreker van Dijk et al. (2020) at kommunikasjonsmessige, etiske og juridiske utfordringer kan oppstå.

## **4.2 Tverrfaglig samarbeid**

I følge Michalsen og Jensen (2020) innebærer *tverrprofesjonell*- og *tverrfaglig* samarbeid at flere profesjoner og disipliner arbeider sammen for samme pasient for å komme frem til og gjennomføre en felles plan. Ved å bygge videre på dette er tverrfaglig beslutningstaking definert som en samarbeidsprosess mellom klinikere som gir mulighet for teaminvolvering i viktige kliniske beslutninger. Dette innebærer inkludering og vurdering av tilgjengelig vitenskapelig bevis og den kombinerte ekspertisen til involverte klinikere, samt pasientens verdier, behandlingsmål og preferanser (Michalsen et al., 2019). Nivået av involvering i tverrfaglig beslutningstaking påvirkes av flere faktorer. Helsepersonellets individuelle

vurderinger om pasientens prognose, deres erfaringer og ekspertise, deres hierarkiske status på intensivavdelingen, deres personlige og kulturelle verdier og arbeidsmiljøet spiller en rolle (Frost et al., 2011). Det passende nivået for tverrprofesjonell beslutningstaking vil, i følge Michalsen og Jensen (2020), være det nivået som gir den beste beslutningen for den enkelte pasient og fører til de beste pasient-, familie- og teamresultatene. Det underliggende målet med tverrfaglig beslutningstaking er å transformere den enkelte kliniker til et aktivt medlem av et team. Som deretter vil bidra til å få ned belastningen på enkeltindivider som står med ansvaret alene (Michalsen & Jensen, 2020).

To kilder presenterer ulike maler som vil være nyttig for helsepersonellet å benytte ved tverrfaglig beslutningstaking (Ganz et al., 2016; Michalsen et al., 2019). Malen presentert av Michalsen et al. (2019) kalles *value team* og er et akronym for *value, acknowledge, listen, understand, elicit, tie, elaborate, address* og *make*. Hovedtrekkene fra denne malen er at man som medlem av et velfungerende team skal sette pris på innspill fra andre deltakere, anerkjenne deres og egne følelser, lytte til hverandre og ha en forståelse for at alle medlemmene i teamet er vesentlig. Videre bør det innhentes forslag fra medlemmene i teamet og kollektivt bør man benytte seg av den enkeltes spesifikke ekspertise. Som beslutningstakere bør beslutningen knyttes til den beste tilgjengelige evidensen og som medlem av teamet er meningen at man skal få en utvidet forståelse for pasientens verdier, mål og preferanser. I tillegg bør alle meninger adresseres og det bør søkes konsensus blant teammedlemmene. Den beste beslutningen tas ved å veie rimelige medisinske alternativer opp mot pasientens mål og ønsket livskvalitet etter utskrivelse fra intensivavdelingen. Forfatterne begrunner bruken av malen ut fra tanken om at et tverrfaglig team består av mange yrkesgrupper som kan bidra til motstridende tilnærminger. Av den grunn trengs det etablerte prinsipper som bidrar til effektiv kommunikasjon for å bedre det tverrfaglige teamet (Michalsen et al., 2019).

I likhet med malen beskrevet ovenfor har Ganz et al. (2016) utarbeidet en modell for tverrfaglig beslutningstaking basert på resultatene fra en studie de utførte ved ulike intensivavdelinger. Modellen tar for seg fire ulike nivåer ved beslutningstaking i team. Hvor det første nivået er ansett som lavest og forekommer når beslutninger tas uavhengig av innspill fra andre. På neste nivå deler medlemmer nyttig informasjon, som senere kan bidra i beslutningen. Det tredje nivået omhandler overveielser, hvor informasjon flyter mellom to parter og hver side kan påvirke den andres beslutning. Likevel tas ikke avgjørelsen her i

felleskap. Det fjerde og siste nivået tar for seg tverrfaglig beslutningstaking. Her presenterer hvert medlem informasjon som er relevant fra deres ekspertise og alle opplysningene tas i betraktning før beslutningen tas. Samlet sett viser teorien at effektiv kommunikasjon, inkludering av teammedlemmer og fokus på pasientens verdier og mål er avgjørende for å oppnå optimale resultater i intensivbehandling. Ved å benytte slike verktøy og tilnærminger kan det tverrfaglige teamet bedre samarbeidet, øke kvaliteten på beslutninger og sikre at pasientens behov og ønsker blir ivaretatt på best mulig måte.

### **4.3 Intensivsykepleieren**

Intensivsykepleierens avgjørende rolle i det tverrfaglige teamet, som behandler pasienter på intensivavdelingen, er regulert av lovverk, retningslinjer og etikk. Med en kunnskapsbasert tilnærming veileder intensivsykepleieren pasient og pårørende gjennom behandlingsforløpet, som bidrar til at de kan ta informerte beslutninger. I tråd med Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) understrekes det at intensivsykepleierens ansvar er å vurdere pasient- og pårørendes helsekompetanse og benytte dette som hjelpemiddel i kommunikasjonen, for å fremme brukermedvirkning. Med en sentral rolle innen lindrende og palliativ behandling bidrar intensivsykepleieren til å lindre pasientens uro, smerter og lidelse. Samtidig som fokuset er på at pasientens krefter går til helsefremmende prosesser. De overnevnte kvalitetene og det arbeidet intensivsykepleieren gjør bidrar til å styrke egen, pasienten og pårørendes evne til å bidra i beslutningsprosessen rundt behandlingsbegrensning. Dette samsvarer med Helsepersonelloven (1999) og NSFLIS (2017) som understreker intensivsykepleierens involvering i slike beslutninger.

Grech og Coombs (2019) hevder at sykepleierne bør være styrt av etiske prinsipper fordi det i arbeidet alltid vil være en etisk dimensjon, uansett kontekst. Det forventes dermed at sykepleieren yter medfølende og etisk sammenhengende omsorg. I tillegg skal faglige standarder og etikk samsvare med gjeldende retningslinjer, dette fordi det i intensivavdelingens komplekse setting vil være situasjoner hvor sykepleieren møter etiske dilemmaer. Dette innebærer å ta de etiske prinsippene, autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet og anvende dem ovenfor pasienten i den daglige praksisen. Utfordringene inkluderer å utvikle behandlingsplaner og mål for bevisstløse og sederte pasienter uten samtykke. I tillegg til å samarbeide med pårørende som kan være stedfortredende beslutningstakere. Andre utfordringer vil være balansen mellom å håndtere konflikter om

bruk eller utelatelse av livsforlengende behandling og å ta beslutninger om rettferdig fordeling av ressurser på en etisk forsvarlig måte (Grech & Coombs, 2019).

Long-Sutehall et al. (2011) oppsummerer prosessen til en beslutning om behandlingsbegrensning, det legges opp en plan for hvordan det skal skje, hvilken behandling som skal trekkes eller holdes tilbake, når og av hvem. Intensivsykepleierens rolle er ikke inkludert før spørsmålet er stilt om hvem det er som skal håndtere omsorgen ved livets slutt. Samtidig som intensivsykepleieren har en essensiell rolle i å vurdere familiens forståelse, og med dette formidle det faktiske hendelsesforløpet. Grunnet sentrale forskjeller mellom leger og intensivsykepleiere innenfor etikken la Oberle og Hughes (2001) frem en teori om at intensivsykepleierne ble informasjonsmeglere. Årsaken til teorien kom av at legen er ansvarlig for å ta beslutninger og sykepleieren må leve med en beslutning andre har tatt.

#### **4.4 Pasient og pårørende**

Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) § 8a gjør det klart at kandidaten skal, ved fullført studium, kunne analysere pasient- og pårørendes helsekompetanse. Videre skal dette brukes som virkemiddel i kommunikasjonen for å fremme brukermedvirkning. Derfor er kommunikasjonsferdigheter essensielt for at pasient og pårørende skal kunne medvirke i behandlingsforløpet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-6 krever at pårørende innlemmes som talsperson i tilfeller hvor pasienten selv ikke kan kommunisere. På bakgrunn av retningslinjer og lovverk har det blitt naturlig å involvere pasient og pårørende i medisinske beslutninger gjennom prosessen kjent som *delt beslutningstaking* (White et al., 2007). Noen land gir pasienten muligheten til å oppnevne en stedfortreder som gjør at vedkommende som pasienten velger vil få myndighet til å samtykke på vegne av pasienten dersom beslutningskompetansen bortfaller (Pedersen, 2022). Norge har ingen tilsvarende lovregulering, men det forsøkes å forhøre seg med nærmeste pårørende om hva pasienten selv ville ønsket. Til slutt er det ansvarlig helsepersonell som tar beslutningen i slike situasjoner, som gjøres sammen med annet kvalifisert helsepersonell (Pedersen, 2022). Tillit til sine nærmeste er ofte viktig, noe Duvaland (2016) beskrev som avgjørende for at pasient og pårørende opplyser helsepersonellet om informasjon relevant for å yte pasienttilpasset behandling og oppfølging.

På generell basis ønsker pasient og pårørende å delta, ettersom det er en kommunikasjonsprosess mellom klinikere, pasient og/eller pårørende. Prosessen følger en

trinnvis modell hvor det starter med å 1) diskutere hvilken beslutning som skal tas før det 2) utveksles relevant medisinsk informasjon og deles informasjon om pasientens egne ønsker og verdier. I neste trinn 3) sjekkes det om informasjonen som er gitt også er forstått før det 4) diskuteres foretrukne roller i beslutningstakingen. Når de fire trinnene er gjennomgått er det ønskelig å 5) oppnå konsensus om et behandlingsforløp som er i samsvar med pasientens verdier og preferanser (White et al., 2007).

Det er ikke alle familier som ønsker å ta del i beslutningstakingen, hvor det for noen er mer naturlig å la klinikerne ta avgjørelsene uten deres involvering. Dette er et synspunkt som i like stor grad som deltakelse, må respekteres (Kentish-Barnes et al., 2020). I motsetning til det er det viktig for noen å delta i prosessen, for å kunne lytte til klinikerens ekspertise og anbefalinger, få muligheten til å dele sine meninger og stille spørsmål før avgjørelsen overlates til det tverrfaglige teamet. Andre igjen foretrekker å ta avgjørelsene alene for sine nærmeste (Kentish-Barnes et al., 2020). I dette avsnittet brukes begrepet *familie* i den videste betydning for å omfatte alle personene pasienten anser som familie. Det vil i hovedsak være personer pasienten har et fortrolig forhold til. Pasienten selv bør velge hvem som skal være hans pårørende og skal involveres. Dersom dette ikke er mulig vil en surrogat hjelpe behandlingstakerne med å identifisere disse personene (Kon et al., 2016). Samlet sett er nøkkelen til å oppnå målet om brukermedvirkning og pasientsentrert omsorg involvering av pasient og pårørende i form av kommunikasjon og samarbeid med helsepersonellet.

## 5 Metode

Vi har i denne masteroppgaven valgt å gjennomføre en litteraturstudie, Polit og Beck (2021) forklarer at et forskningsspørsmål skal veilede til hvilken type data en skal samle i en studie. Studiens forskningsspørsmål kunne derfor vært gjennomført i et kvalitativt øyemed med intervjuer av sykepleiernes erfaringer. Grunnet tidsbegrensning og samarbeid i masterarbeidet fra forskjellige steder i landet vil det være hensiktsmessig for vårt arbeid å gjennomføre en litteraturstudie. I denne oppgaven benyttes Aveyard (2023) sin beskrivelse av systematiske litteraturstudiers oppbygging og gjennomføring.

Gjennom en systematisk litteraturstudie identifiseres et forskningsspørsmål som forsøkes besvart ved hjelp av søkestrategier og analyse av relevant litteratur på en systematisk måte (Aveyard, 2023). Metoden vil derfor ha et klart definert forskningsspørsmål, som gjennom å søke etter og evaluere relevant litteratur skal besvares. Derfor vil formålet være å oppsummere, analysere og syntetisere relevant informasjon om emnet. Problemdefinisjon, systematiske litteratursøk etter relevante kilder, utvelgelse og inkludering for å kunne identifisere de mest pålitelige kildene vil være med i en slik metode (Aveyard, 2023). Forskningen tar utgangspunkt i systematikk for å gjennomgå eksisterende litteratur om et bestemt tema for å besvare et forskningsspørsmål. Denne systematikken skal være gjennomgående strukturert allerede før søkene begynner og frem til dataene er analysert og formidlet videre (Polit & Beck, 2021). Grunnet tidkrevende arbeid med en systematisk litteraturstudie anbefaler Aveyard (2023) at masteroppgaver gjennomfører en litteraturstudie med systematisk tilnærming, det er derfor ansett som fornuftig til denne masteroppgaven.

### 5.1 Litteraturstudie med systematisk tilnærming

Aveyard (2023) angir at for å oppnå en systematisk tilnærming bør en ta sikte på de kvalitetene en systematisk litteraturstudie innehar og samtidig unngå de som inngår i en narrativ tilnærming. Det kreves dermed at komponentene beskrevet videre er vurdert når en litteraturstudie med systematisk tilnærming gjennomføres. Forskningsspørsmål presenteres tidlig i innledningen, videre et metodekapittel som viser til hvordan spørsmålet skal besvares gjennom søkestrategi, kvalitetsbedømming og analyse av litteraturen. Det skal også komme frem en resultatdel hvor funnene presenteres tydelig og en diskusjon som inneholder anbefalinger for praksis.

Etter studiens forskningsspørsmål ble etablert laget vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for at innholdet i studiene skulle kvalifiseres til vår forskning. Søkene ble gjennomført med nøye valgte emneord for å få relevante resultater i søkemotorene. Videre måtte de valgte studiene gjennom en kvalitetsvurdering ved hjelp av standardiserte sjekklister. De viktigste delene av studiene ble belyst ved hjelp av dataekstraksjon, som igjen ble analysert og oppsummert hensiktsmessig i en tabell (Aveyard, 2023). Dette kapitlet vil ta for seg denne prosessen steg for steg.

### 5.1.1 Utforming av forskningsspørsmål

PICOT-skjemaet benyttes for å klargjøre forskningsspørsmålet på en systematisk måte (Aveyard, 2023). PICOT er et akronym for population, intervention/issue, comparison/context, outcome, time/type of study og brukes for å tydeliggjøre hva vi ønsker å undersøke, hvilke data som trengs og hvordan vi ønsker å vurdere effekten av intervensjonene (Aveyard, 2023). Ettersom det ikke er ønskelig å ekskludere studier basert på type eller tid har vi valgt å benytte PICO for å utforme vårt forskningsspørsmål og presenterer denne i tabell 1.

Tabell 1 - PICO - Skjema

PICO	
<b>P – Populasjon (Population)</b>	-Intensivsykepleieren i tverrfaglig team -Leger i tverrfaglig team
<b>I – Intervensjon (Intervention)</b>	-Tilbaketrekke og tilbakeholde livsforlengende behandling -Avsluttende behandling -Kommunikasjon og inkludering i tverrfaglig team
<b>C – Sammenligning (Context or comparison)</b>	-Behandling i intensivavdeling i henhold til praksis mange steder
<b>O – Utfall (Outcome)</b>	-Intensivsykepleierens erfaring og involvering

## 5.2 Beskrivelse av søkeprosess

I denne delen ønsker vi å redegjøre for innsamling av data gjennom søkeprosessen, og vi har valgt å ta utgangspunkt i Aveyard (2023) sin metodebeskrivelse for litteraturstudie med systematisk tilnærming. Vi har også valgt å benytte Polit og Beck (2021) ved bruken av kvalitative studier i oppgaven.

## 5.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Det fremkommer av Aveyard (2023) at i begynnelsen av en søkeprosess må inklusjon- og eksklusjonskriteriene tydeliggjøres. Dette bidrar til å identifisere hvilken litteratur som besvarer forskningsspørsmålet og hvilke som ikke gjør det. Kriteriene vil også hjelpe i søkeprosessen til å foreta et systematisk søk som kun omhandler vårt arbeid. Derfor er kriteriene fremstilt slik at vi får besvart forskningsspørsmålet.

I vår utforming av inklusjon- og eksklusjonskriterier har vi valgt å sette tidsbegrensning på 10 år og på studier publisert på et språk vi behersker. Dette bidrar til nyere forskning i oppgaven og unngår tidkrevende arbeid med oversetting. Videre har vi valgt å ta for oss studier som er gjennomført i land med tilnærmet lik oppbygging av helsevesenet som Norge, og kun inkludere voksne pasientgrupper. Grunnet forskningsspørsmålets oppbygging og formulering vil kvalitative studier være best egnet, i følge Polit og Beck (2021) til å kunne besvare problemstillingen.

Vi har også valgt å ta for oss kriterier rundt populasjon og helseinstitusjon, konsept og tematikk. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er blitt revidert under innledende søk for å bedre treffene våre til å kunne besvare forskningsspørsmålet, alle kriteriene er presentert i tabell 2.

Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inklusjon	Eksklusjon
Type studier og design	Kvalitative	Alle andre studier
Populasjon og helseinstitusjon	Sykepleiere, leger og intensivavdelinger	Nyfødtintensiv, hospice, sengeposter og sykehjem. Terapeuter og andre helsefaglige ansatte.
Pasientgruppe	Voksne >18 år. Alle sykdomsforløp på intensivavdelingen	<18 år Covid-19 pasienter
Konsept	Tilbaketrekke og tilbakeholde livsforlengende behandling på intensivavdelinger	Palliativ behandling. Tilbakeholde behandling på sengepost og i kommunehelsetjeneste. Rusbehandling
Region	Studier gjennomført i land med lik oppbygging av helsevesenet som Norge	Alle andre studier
Tematikk	Samarbeidet og kommunikasjonen mellom intensivsykepleiere og leger	Pasient og pårørende relasjon, helsepersonell og pasient/pårørende relasjon



<b>Språk</b>	Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk	Alle andre språk
<b>Dato</b>	<10 år	>10 år

## 5.2.2 Databaser, søkeord og innledende søk

Gjennom arbeidet med prosjektbeskrivelsen var vi allerede sikker på hvilket tema vi skulle benytte og forsøkte tidlig med et innledende prøvesøk. Aveyard (2023) anbefaler databaser som CHINAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) og MEDLINE (Medical Literature on-Line) for de som foretar en sykepleiebasert litteraturgjennomgang. Det beskrives at CHINAL dekker et bredt utvalg av internasjonal sykepleielitteratur og MEDLINE dekker mer medisinsk-, sykepleie- og sosialomsorgslitteratur. Vi har derfor valgt å benytte MEDLINE (via Pubmed) gjennom tilgang ved UiT Norges arktiske universitet og CHINAL.

Vi utformet vårt PICO-skjema og forsøkte ulike nøkkelord vi kunne bruke som begrenset søket vårt, men samtidig ga oss et bredt utvalg. Forelesning på universitetet gjennom bibliotekar ga oss en innføring i hvordan vi skulle benytte databasene, og vårt innledende søk ga oss muligheten til å utforske selv. Prosjektbeskrivelsen som ble gjennomført i oktober 2023 la grunnlaget for søkeprosessen. Ved gjennomføringen av prøvesøkene så vi hvilke søkeord som hadde best utvalg, noe som ble grunnlaget for det endelige litteratursøket. Vi gjennomførte prøvesøkene ved å søke hvert ord for seg og videre knytte søkene sammen. Ved å forsøke ulike søkeord og ulike sammensetninger i søket ble vi oppmerksom på hvilke søk som ga mest bredde for å svare på vårt forskningsspørsmål.

MeSh (Medical Subject Headings) (Aveyard, 2023) ble forsøkt benyttet i de innledende søkene, hvor det i vårt tilfelle begrenset søket og ikke gav oss artikler vi tidligere hadde identifisert som studier vi ønsket å inkludere i denne oppgaven.

Tabell 3 - Presentasjon av søkeord

Innledende søkeord	Endelige søkeord
<i>Team, collaboration, interprofessional</i>	<i>Collaboration, communication</i>
<i>Withhold, withdrawal</i>	<i>End of life care</i>

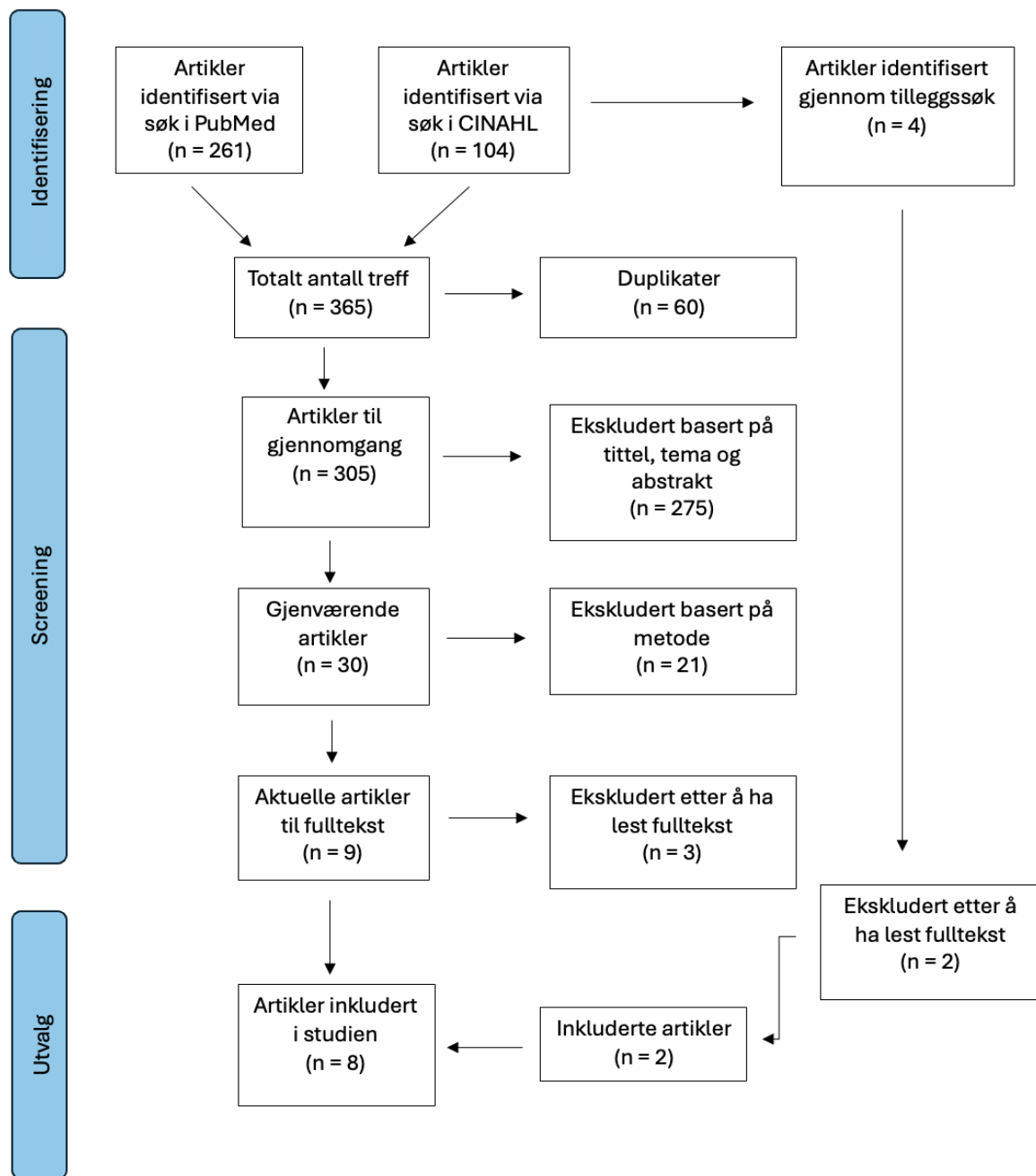
<i>Nurse, nurses, nursing</i>	<i>Nurse, nurses, nursing</i>
	<i>Doctors, physicians</i>
<i>Intensive care unit, intensive care, ICU</i>	<i>Intensive care unit, Critical care, ICU</i>

Ulike synonymer for tverrfaglig samarbeid og avslutning av behandling ble forsøkt i de innledende søkene, hvor vi noterte oss hvilke ord som ga oss for bredt søk og for begrenset søk. Gjennom tabell 3 presenterer vi søkeordene benyttet ved innledende søk og søkeordene som ble brukt til endelig søk. Vi valgte til slutt å bruke ordene *Collaboration* og *Communication* for å avdekke tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Når vi skulle begrense til avslutning av behandling ble *end-of-life care* det som ga oss tilfredsstillende resultat. I tillegg benyttet vi oss av *nurse, nursing, nurses* og *doctors, physicians* for å øke bredden i kvalitative studier til å inneholde ulike yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. Til slutt skulle dette omfavne en intensivavdeling og ordene *ICU, Intensive Care unit, Critical care* ga best uttelling i treffene.

### 5.2.3 Gjennomføring av endelig litteratursøk og utvelgelsesprosessen

Etter å ha gjennomgått innledende søk og lett gjennom den forskningen vi fant følte vi oss sikre på hvilke søkeord som kunne benyttes i det endelige litteratursøket. Litteratursøket ble gjennomført i februar 2024. Vi benyttet avansert søkemetodikk i begge utvalgte databaser og søkene ble knyttet sammen med OR og AND. De ulike søkeordene ble først knyttet med OR mellom ordene i samme kategori, hvor vi videre sammenfattet søket med AND mellom hver kategori. Aveyard (2023) beskriver at en søkeprosess er ferdig når en ikke avdekker ny informasjon i søket, og har nok litteratur til å besvare forskningsspørsmålet. Søkeprosessen er vedlagt i oppgaven som vedlegg 1. Søkene i begge databasene gav et treff på totalt 365 artikler.

Vi startet utvelgelsesprosessen med å identifisere duplikater, så videre ekskludere gjennom tittel, tema og abstrakt ut fra vårt forskningsspørsmål. Deretter skulle vår litteraturstudie ta for seg kvalitative studier og vi kunne med dette ekskludere videre på bakgrunn av metode i de ulike studiene. Dette gav oss i alt 6 artikler som skulle brukes i vår oppgave. Prosessen har vi valgt å dokumentere i et PRISMA-flytskjema og er presentert som figur 1 (Aveyard, 2023, s. 94).



Figur 1 - PRISMA flytskjema

Ved siden av vårt endelige litteratursøk har vi gjennomført håndsøk, med bruk av forskjellige metoder. Funnene vi har gjort i denne prosessen har gitt bidrag som treffer våre inklusjonskriterier. Dette bidrar til at vi ytterligere ønsket å inkludere 2 artikler i vår studie med bakgrunn fra våre inklusjon- og eksklusjonskriterier, og ender opp med totalt 8 studier for videre granskning. Med disse 8 artiklene følte vi oss trygge på at søket vårt hadde gitt oss grunnlaget for å kunne besvare forskningsspørsmålet og dermed avslutte søket.

### **5.3 Kvalitetsbedømming**

For å inkludere forskning i en litteraturstudie med systematisk tilnærming må de gjennomgå en kritisk vurdering. I hovedsak omhandler dette om en strukturert vurdering av styrkene og svakhetene til hver forskningsartikkel. Dette vil gi oss muligheten til å vurdere kvaliteten og dermed bedømme om artikkelen er et riktig bidrag for å besvare forskningsspørsmålet vårt (Aveyard, 2023).

Vi har i vår kvalitetsbedømming valgt å benytte oss av Joanna Briggs Institute (JBI) sin sjekklister for kvalitative studier, denne kan ses i vedlegg 2 (Lockwood et al., 2015). Videre har vi valgt å presentere kvalitetsbedømmingen i tabell 4, samtidig kan bedømmingen av hver enkelt artikkel med utdypende kommentarer ses i vedlegg 3.

Tabell 4 - Kvalitetsbedømming av inkluderte artikler gjennom sjekkliste JBI

Første forfatter, år	Brooks, 2017a	Brooks, 2017b	Flannery, 2020	Gallagher, 2015	Gjessing, 2023	Joolae, 2023	McAndrew, 2015	Wubben, 2021
Questions								
Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	NO	NO	YES	NO	UNCLEAR	YES	YES	YES
Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	UNCLEAR	UNCLEAR	YES	NO	YES	YES	YES	YES
Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES

## **5.4 Dataekstraksjon**

Etter vi hadde kvalitetssjekket de ulike artiklene opprettet vi dataekstraksjonstabellene. I tabellene har vi gransket artiklene og sammenfattet relevant innhold. På den måten ble informasjonen i artiklene oversiktlig før vi påbegynte analysen. I vedlegg 4 presenteres de ulike dataekstraksjonstabellene.

## **5.5 Analyse**

Kvalitativ forskning kombinerer resultatene fra forskningen med tolkninger og funn fra andre studier og det er ikke alltid like enkelt å finne funnene i forskningen i følge Polit og Beck (2021). Vi brukte derfor Aveyard (2023) som referanse når vi startet analyseprosessen. Prosessen går ut på og stegvis identifisere hovedtemaer og eventuelle undertemaer ut fra forskningsartiklenes resultater.

### **5.5.1 Analyseprosessen**

En forenklet tilnærming til analyse av data for nybegynnere presenteres i Aveyard (2023) og forfatteren påpeker at analyse av litteratur er en kontinuerlig prosess. Av den grunn startet analyseprosessen allerede når vi avgjorde hvilke forskningsartikler vi skulle inkludere i denne oppgaven. Ved å benytte 8 forskningsartikler som vi anså var av god kvalitet og relevant for problemstillingen ville det vurderes å være tilstrekkelig for denne masteroppgaven (Aveyard, 2023). Vi leste resultatdelen i de inkluderte artiklene og markerte det vi anså som aktuelt for vår studie. Ved neste gjennomgang skrev vi ned kommentarer som representerte innholdet i de markerte avsnittene. Deretter så vi på hvor mange av artiklene som inneholdt tilsvarende funn. Flere av artiklene brukte temaer for å presenterte funnene i resultatdelen og de samme temaene kan benyttes når funnene presenteres i en systematisk litteraturstudie (Aveyard, 2023). Etter å ha sammenfattet kommentarene anså vi det som mest hensiktsmessig å utforme våre egne temaer ettersom det inkluderte flere av funnene i de ulike artiklene. Vi oversatte fra engelsk til norsk når vi utformet de ulike temaene. Deretter laget vi en tabell som presenteres under neste avsnitt (tabell 5). I tabellen benyttet vi avkryssing for å fremheve hvilke artikler som inneholdt de ulike temaene, i samsvar med Aveyards (2023) anbefaling.

En del av tematisk analyse går ut på å sammenligne de identifiserte temaene for å utvikle hovedtemaer og eventuelle undertemaer til oppgaven (Aveyard, 2023). Funnene i de ulike temaene organiserte vi i forskjellige kategorier basert på innhold. På den måten kunne vi bedre se likheter og forskjeller. Vi skrev ned funnene fra artiklene under kategoriene 1)

samhandling i teamet, 2) konflikter og 3) moralske forpliktelser. Disse kategoriene fant vi ut var gjennomgående, favnet om de fleste funn og vi valgte derfor å benytte dem som hovedtemaer. Når det var temaer vi var usikre på kategoritilhørighet til gikk vi tilbake til originalartikkelen, leste resultatet igjen og diskuterte i plenum. Vi arbeidet dynamisk med artiklene, funnene og reviderte jevnlig temaene før vi fastsatte tre hovedtema og syv undertemaer som presenteres i resultatdelen av denne oppgaven.

Tabell 5 - Oversikt over identifiserte tema

Forfatter, år	Brooks et al., 2017a	Brooks et al., 2017b	Flannery et al., 2020	Gallagher et al., 2015	Gjessing et al., 2023	Joolae et al., 2023	McAndrew & Leske, 2015	Wubben et al., 2020
Tema								
Kommunikasjon	X	X	X	X	X	X	X	X
Tverrfaglig samarbeid	X	X	X	X	X	X	X	X
Profesjonell rolle	X		X	X	X		X	X
Ansvar	X		X	X	X		X	X
Pasientens egne ønsker	X	X	X	X			X	X
Emosjonelle reaksjoner	X			X		X	X	X
Rollekonflikter	X		X	X	X		X	X
Forventninger fra pårørende		X	X					X
Frykt for eutanasi				X				
Emosjonell tilstedeværelse for pårørende		X		X				X
Tverrfaglige møter		X			X		X	
Vanskelige samtaler		X				X	X	X
Omsorgsplaner		X						
Samtaler med pårørende	X	X	X	X	X	X	X	X

Timing av EOL		X						
---------------	--	---	--	--	--	--	--	--

## 5.6 Forforståelse

Forforståelse går ut på at vi forstår andre på bakgrunn av egne erfaringer, følelser og tanker (Garsjø, 2001). En skal være bevisst på ens egen forforståelse, da forutinntatthet kan gi større sjansje for misforståelse og feiltolkning. Derfor vil det være lurt å nullstille seg, sette egne tanker til side og vise åpenhet for det som skal gjennomføres (Pedersen & Nortvedt, 2022).

Våre erfaringer og tanker rundt valg av tema kommer fra ulike praksisperioder gjennom dette masterstudiet, samt tidligere arbeidserfaring og nyere erfaring som intensivsykepleiere. Vi har erfart at tverrfaglig samarbeid tematiseres gjennom ulike studieforløp innenfor helsesektoren, og at det er dokumentert bedre behandlingsforløp for pasienten ved virkningsfull bruk av tverrfaglighet. Samtidig ser vi at det praktiseres ulikt ved ulike avdelinger, og at det enkelte ganger ikke praktiseres i det hele tatt. Oppfatningen vår av tverrfaglig samarbeid er at det åpner opp for en mer behagelig relasjon mellom ulike yrkesgrupper, og at det bidrar til et bedre arbeidsmiljø samtidig som det gir et bedre forløp for pasienten. Derfor ønsket vi å se på andre sykepleiere og legers erfaringer og hvilke faktorer som bidrar til et godt samarbeid, hvilke holdninger andre avdelinger har til tverrfaglig samarbeid og om dette kan være med på å endre vår forståelse av tema.

Vi har under denne masteroppgaven vært to hovedforfattere som har bidratt til studien i sin helhet. De inkluderte studiene er kvalitetssjekk og gjennomgått av begge forfattere, dette gjelder også tekstutformingen i oppgaven. For at arbeidet skal holdes nøytralt og uten la seg styre av vår forforståelse har vi benyttet litteratur og ulik forskning for å underbygge sentrale begreper i vår studie.

## 5.7 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetikk er en sammensetning av etiske hensyn som baserer seg på at forskerne opprettholder faglige, juridiske og sosiale forpliktelser til deltakerne (Grech & Coombs, 2019). I internasjonal sammenheng ble Helsinkideklarasjonen opprettet i 1964 for å sikre forskningsetisk bevissthet blant forskere verden over (Polit & Beck, 2021). Deklarasjonen har blitt revidert ved flere anledninger og det legges spesielt vekt på forskningsetisk varsomhet når det forskes på sårbare grupper. Til tross for samfunnets behov for oppdatert



forskningbasert kunnskap skal ikke sårbare grupper oppleve unødvendig ubehag eller risiko (Førde, 2014).

I Norge stadfester Forskningsetikkloven (2017) at all forskning utføres i samsvar med etablerte forskningsetiske normer. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2010) (NEM) anses å være en anerkjent kilde til forskningsetiske normer og de har utarbeidet en veileder for hvordan man sikrer samtykke og minimering av skade på deltakerne når det forskes på mennesker. Forskere reguleres også av Helseforskningsloven (2008) for å sikre forsvarlighet og at etiske hensyn tas i medisinsk og helsefaglig forskning. Det er opprettet regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som skal forhåndsgodkjenne forskningsprosjekter som beskrevet i helseforskningsloven (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Siden vi gjennomfører en litteraturstudie med systematisk tilnærming, vil vi ikke trenge godkjenning fra REK. Vi sikrer derfor at det er tatt etiske hensyn ovenfor forskningsdeltakerne og gjort rede for i våre primærkilder. På den måten kan forskning der dette ikke fremkommer ekskluderes, samtidig kan det antas at de kvalitative studiene hvor dette ikke fremkommer likevel har fått godkjenning ettersom materialet ikke han hentes uten samtykke fra deltakerne (Polit & Beck, 2021). Vi har også tatt etiske hensyn ved å være redelig med henvisning til andres forskning og unngå plagiat, i tillegg har vi vært oppmerksomme på å ikke fabrikere innhentet data, eller konstruere resultater (Polit & Beck, 2021).

## **5.8 Avsluttende oversiktssøk**

I ferdigstillingen av denne masteroppgaven gjorde vi et nytt litteratursøk før vi begynte skrivingen av diskusjonsdelen for å forsikre oss om at vi hadde oversikt over all tilgjengelig forskning. Vi fant en systematisk litteraturstudie basert på kvalitativ forskning utgitt i 2023 som belyste en problemstilling og et emne likt vårt eget arbeid. Studien utgitt av Heradstveit et al. (2023) i *Journal of Clinical Nursing* oppsummerer kvalitativ evidens vedrørende intensivsykepleieres rolle i beslutningsprosessen om å avslutte livsforlengende behandling hos kritisk syke voksne pasienter. Grunnet bruk av lignende litteratur og forskning har vi vurdert denne opp mot vår egen studie basert på om likhetene ville blitt for store for innlevering. Vi har tillit til at vårt arbeid er tilstrekkelig ulikt den publiserte studien grunnet problemstillingens vinkling og funn.

## 6 Resultat

I denne studien var det åtte artikler som svarte til inklusjonskriteriene. Artiklene er kvalitative og publisert mellom 2013-2023. Alle artiklene var gjennomført i land med lik struktur på helsevesenet som i Norge. Tre av studiene var fra Australia, mens de resterende var fra USA, Canada, Norge og Nederland. En artikkel skilte seg ut ved at den så på forskjellene mellom flere land, henholdsvis Brasil, England, Tyskland, Irland og Palestina. En studie benyttet en blanding av fokusgruppe- og individuelle intervju, fire artikler brukte semistrukturerte intervju og to brukte fokusgruppeintervju. Den siste studien anvendte individuelle intervjuer. Det var kun en av studiene som bare intervjuet sykepleiere, de andre intervjuet sykepleiere og leger eller annet helsepersonell. Det var en studie som intervjuet både sykepleiere, leger og pasienter med pårørende. Ettersom to av artiklene tok utgangspunkt i samme studie vil deltakerne i studiene telles en gang. Dermed var det totalt 163 deltakere; 106 sykepleiere, 32 leger, 8 andre helsepersonell, 9 pasienter og 8 pårørende. Fire av studiene oppgav ikke kjønn på deltakerne. Av studiene som informerte om deltakernes kjønn var det 6 mannlige og 18 kvinnelige sykepleiere, mens av legene deltok 11 menn og 8 kvinner.

Alle studiene var gjennomført på en intensivavdeling, men det var variasjoner fra lokale og sentrale sykehus. Presentasjon over de inkluderte artiklene vises i tabell 6, hentet fra Polit og Beck (2021, s. 101). Samlet oversikt over artiklene finnes i vedlegg 5. Tabellene beskrives som den kritiske broen mellom informasjonen fra forskningsrapportene og syntesen fra anmelderne (Polit & Beck, 2021).

Tabell 6 - Presentasjon av de inkluderte artiklene

Forfatter, år, land	Tittel	Hensikt	Metode, datainnsamling og deltakere	Hovedfunn
L. A. Brooks, E. Manias, P. Nicholson, 2017, Australia	Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context	Hensikten med studien var å utforske legenes og sykepleiernes perspektiver og erfaringer med EOL <sup>1</sup> avgjørelser. Spesielt studerte de på helsepersonellens opplevelse av hindringer, muliggjørende faktorer og utfordringer knyttet til EOL	Kvalitativ metode Fokusgruppeintervju 28 deltakere, 17 sykepleiere og 11 leger	Sykepleierne oppgav mangelen av en erfaren lege som tidlig kan innledet til EOL samtaler som bidrag til at samarbeidet mellom profesjonene tidvis var vanskelig. Legene var enig i at det var behov for en lege som kunne stå ansvarlig for beslutningen teamet kom fram til. Begge parter viser til mangelfull opplæring og veiledning om EOL under studiene. Samtidig savnet de å lære om hvordan helsepersonell effektivt kan kommunisere med pasient og pårørende om døden. Sykepleierne savnet dette både på grunnutdanning og i videreutdanningen. Både leger og sykepleiere så betydningen av enighet i teamet og samarbeidet i seg selv. I tillegg til mangel på kunnskap om hva slags innvirkning avgjørelsene har for behandlingen av pasienten
L. A. Brooks, E. Manias, P. Nicholson, 2017, Australia	Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive unit	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres og legers erfaringer og perspektiver ved initiativ til avslutning av behandling på en intensivavdeling	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervjuer 28 deltakere, 17 sykepleiere og 11 leger	Sykepleierne og legene erkjente forbedringspotensialet rundt kommunikasjon og beslutningsprosesser for å starte EOL omsorg på intensivavdelingen. For å oppnå best mulig utfall for pasient, pårørende og klinikerne så de tydelig at det var behov for erfaring og effektivt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike profesjonene
L. Flannery, K. Peters, L. M. Ramjan, 2020, Sydney	The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions	Hensikten med studien var å undersøke hvordan leger og sykepleiere anser	Kvalitativt design Semistrukturerte intervju	Resultatet var at sykepleierne hadde uidentifiserte roller i teamet rundt pasienten som tok avgjørelser vedrørende tilbaketrekking og

<sup>1</sup> EOL – End-of-life. Forkortelsen benyttes gjennomgående grunnet mangelen på beskrivende ord på norsk.

	in the intensive care unit: A qualitative study	egne og hverandres involvering og ansvarsfordeling i forbindelse med behandlingsbegrensning av livsforlengende behandling	12 deltakere, 8 sykepleiere og 4 leger	tilbakeholding av livsforlengende behandling. Legene hadde imidlertid en klar og definert rolle som beslutningstaker. Sykepleierne som var delaktige opplevde ikke at deres deltakelse ble verdsatt, noe som sto i kontrast til legenes erfaringer
A. Gallagher, R. S. Bousso, J. McCarthy, H. Kohlen, T. Andrews, M. C. Paganini, N. I. Abu-El-Noor, A. Cox, M. Haas, A. Arber, M. K. Abu-El-Noor, M. F. Baliza, K. G. Padilha, 2015, Brasil, England, Tyskland, Irland og Palestina	Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit	Hensikten med studien var å undersøke de kulturelle forskjellene i sykepleiernes syn på behandlingsbegrensning av livsforlengende behandling. Konteksten innebar kommunikasjon og involvering med og av leger	Kvalitativt design med bruk av Grounded Theory <sup>2</sup>  Semistrukturerte intervju  51 sykepleiere (10 fra Brasil, 9 fra England, 10 fra Tyskland, 10 fra Irland og 12 fra Palestina)	Forskerne utarbeidet hovedtema "negotiated reorienting". Der det fremkommer at intensivsykepleierne deltok i søk etter konsensus og emosjonell støtte. I dette fant forskerne ut at i søk etter konsensus deltar sykepleierne både i å overtale, signalisere et behov for informasjon og gjøre både seg selv, pasienten og pårørende hørt, primært av legene
K. Gjessing, S. A. Steindal, M. E. Kvande, 2023, Norge	Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering ending the life-prolonging treatment of intensive care patients	Hensikten med studien var å undersøke intensivsykepleieres samarbeid med legen når vurderingen om å avslutte livsforlengende behandling til pasienter på	Kvalitativ studie  Semistrukturerte intervju  8 deltakere, 4 sykepleiere og 4 leger	Sykepleieres tilnærming til kommunikasjon må bedres slik at de mer produktivt kan kommunisere sine faglige synspunkter og begrunnelser ovenfor legene

<sup>2</sup> Grounded theory: En metode for å analysere data. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11; International edition. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.

		intensivavdelingen skulle fattes		
S. Joolae, D. Cook, J. Kozak, P. Dodek, 2023, Canada	Intensive care unit professionals' responses to a new moral conflict assessment tool: A qualitative study	Hensikten med denne studien var å karakterisere emosjonelle reaksjoner og utmattelse hos helsepersonell på intensivavdelingen gjennom en moralsk konfliktvurderingsprosess	Kvalitativ studie Fokusgruppe og individuelle intervju  24 deltakere, 14 sykepleiere, 2 leger og 8 andre helserelaterte yrker	Hovedfunnene i studien viste at de viktigste årsakene knyttet til moralsk nød handlet om omsorg, kommunikasjon, teamarbeid, respekt for pasientens preferanser og ledelsessystemet. Studien forslår løsninger som inkluderer kommunikasjonsstrategier og pedagogiske hjelpemidler for helsepersonell, pasienter, pårørende og andre i teamet. Studien fremhever sin modell for moralsk konfliktvurdering som nyttig og deltakerne i studien påpekte at denne hjalp de å reflektere over egne tanker og omgjøre en vanskelig situasjon til en mulighet for læring og forbedring
N. S. McAndrew, J. S. Leske, 2015, USA	A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units	Hensikten med studien var å prøve å forstå sykepleierne og legenes perspektiver og erfaringer med beslutningstaking ved livets slutt	Kvalitativ studie Semistrukturerte individuelle intervjuer  11 deltakere, 7 sykepleiere og 4 leger	Hovedfunnet i studien var bekræftelsen på at det å ta beslutninger ved livets slutt er en balansegang. Forfatterne presenterer undertemaene emosjonell respons, profesjonell rolle og ansvar og bevisst kommunikasjon og samarbeid. Noen faktorer utlignet beslutningsprosessen ved livets slutt og andre faktorer forårsaket ubalanse
N. Wubben, M. van den Boogaard, JG. van der Hoeven, M. Zegers, 2021, Nederland	Shared decision-making in the ICU from the perspective of physician, nurses and patients: a qualitative interview study	Hensikten med studien var å undersøke behovet for samvalg på intensivavdelingen. Basert på erfaringene til intensivsykepleierne, legene, tidligere pasienter og deres pårørende	Kvalitativ studie  19 individuelle intervju  29 deltakere, 5 intensivsykepleiere, 7 intensivmedisinere og 9 tidligere pasienter med 8 familiemedlemmer	På intensivavdelingen anbefales det å gjennomføre samvalg på en måte som er tilfredsstillende for intensivmedisinerne, intensivsykepleierne, pasientene og deres pårørende. Studien finner flere alternativer til hvordan de ulike gruppene vil kunne dra nytte av samvalg. Forskerne foreslår 1) en mer kontinuerlig inkludering av pasient og pårørende i avgjørelsene, 2) mer informasjon om sjansene for overlevelse og forventet livskvalitet dersom pasienten overlever, 3) at det etableres en

				mer betydningsfull rolle for intensivsykepleierne i det tverrfaglige samarbeidet og 4) intervensjoner for å forbedre kommunikasjon mellom de berørte partene for moralske overveielser, tverrprofesjonelt samarbeid og involveringen av allmennpraktiserende lege
--	--	--	--	---

## 6.1 Presentasjon av hovedtema

Basert på temaene identifisert i de inkluderte forskningsartiklene sammenfattet vi og kategoriserte i tre hovedtemaer og syv undertemaer. Videre vil vi presentere funnene fra artiklene under hvert tema.

Tabell 7 - Presentasjon av hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Samhandling i teamet	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kommunikasjon</li><li>- Tverrfaglig samarbeid</li></ul>
Konflikter	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rollekonflikter</li><li>- Ansvar</li></ul>
Moralske forpliktelser	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasientens egne ønsker</li><li>- Emosjonelle reaksjoner</li><li>- Pårørende</li></ul>

### 6.1.1 Samhandling i teamet

Alle inkluderte studier beskriver viktigheten av kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid når avgjørelser om behandlingsmål, livskvalitet og behandlingsbegrensning skal tas. Det fremkommer også utfordringer rundt god kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid.

#### Kommunikasjon

Brooks et al. (2017b) beskriver kommunikasjon og delt beslutningstaking som nøkkelaspekter når en går fra aktiv behandling til avsluttende behandling. I flere av studiene hvor perspektivene og erfaringene til sykepleierne og legene fremkom gav begge parter uttrykk for at det var essensielt med bevisst kommunikasjon og samarbeid. Dette innebar å dele kunnskap, informasjon og bekymringer med både kollegaer, pasient og pårørende (Brooks et al., 2017a, 2017b; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). I en av studiene fremhevet legene behovet for en felles forståelse av at avgjørelsen om å trekke tilbake behandling er en dynamisk prosess som må gjennomgås jevnlig basert på pasientens daglige tilstand (Flannery et al., 2020).

At kommunikasjonen mellom sykepleierne og legene har vært vanskelig påpekes som et historisk problem (Flannery et al., 2020). I tre av studiene erkjente deltakerne behovet for samarbeid mellom alle involverte parter i beslutningsprosesser og la vekt på de positive effektene av samarbeid og lignende mål for pasienten, hvor de også var enige om at

manglende kommunikasjon og samarbeid gir konsekvenser for pasienten, uten at det ble utdypet tydeligere (Brooks et al., 2017a; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015).

Støtte og samhold i teamet var essensielt for flere deltakere i Gjessing et al. (2023). I to andre studier oppgis andre former for støtte og samhold i teamet hvor det å kunne dele usikkerheter angående behandlingen og reflektere over moralsk stress ble fremhevet som støttende og samholdsskapende (Joolae et al., 2023; Wubben et al., 2021). For flere deltakere gav mangelen på støtte og samhold et ytterligere moralsk stress (McAndrew & Leske, 2015), mens støtte fra teamet bidro til økt selvsikkerhet og styrke (Brooks et al., 2017a). En av deltakerne i studien til Brooks et al. (2017a) mente at å ha alle teammedlemmene på samme lag gjorde prosessen enklere.

“I think that the bottom line is, if you have everyone on the same page it is so much easier, and just good communication too, I think that’s really important between the home teams, family and nursing” (Brooks et al., 2017a, s. 164).

Kommunikasjonsverktøy for å bedre kommunikasjonen mellom sykepleierne og legene ble brukt spesielt av sykepleierne. I studien til Gallagher et al. (2015) identifiserte sykepleierne «overtalelse» som et kommunikasjonsverktøy i interaksjon med legene. Det kom frem at sykepleierne uttrykte sine synspunkter direkte og appellerte til legens autoritet eller forklarte detaljert den forverrede tilstanden til pasienten. Hvis sykepleierne føler seg sikre på at videre behandling ikke var hensiktsmessig så det ut til at de overtaler legene til å innse det samme. Ved bruk av åpen og tydelig kommunikasjon med et profesjonelt språk opplevde sykepleierne at det var enklere å bli hørt av legene (Brooks et al., 2017a; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015). En av sykepleierne i studien til McAndrew og Leske (2015) beskriver samarbeidet slik;

“... we try to collaborate with the physicians to ... kind of get them moving forward so we are all going in the same direction. I think as the nurse it’s important to have that communication” (McAndrew & Leske, 2015, s. 364).

I tre av artiklene ble det påpekt at kommunikasjon var avhengig av personlighetstypene til både sykepleierne og legene. For sykepleierne i Wubben et al. (2021) innebar dette at de selvsikre sykepleierne ofte uttalte seg og ble anerkjent og hørt av legene, mens det i Gallagher et al. (2015) var avhengig av legens personlighet om sykepleierne ble inkludert eller ikke. En



av deltakerne i Brooks et al. (2017a) satte ord på hvor viktig støtten av andre var for å bli komfortabel med å kommunisere i det tverrfaglige teamet.

“...you get better and more comfortable with EOL communication with experience, but that can only happen if you feel empowered and are supported by others” (Brooks et al., 2017a, s. 164).

Lignende opplevelser hadde sykepleierne i Gjessing et al. (2023) som sa at de stilte spørsmål til egne faglig begrunnede meninger, erfaringer eller vurderinger når de ikke ble støttet av legene til å si sin mening. Frustrasjonen fra sykepleierens side resulterte i at sykepleierne påtok seg en passiv rolle dersom de ikke ble hørt (Gallagher et al., 2015). Sykepleierne ga også uttrykk for frustrasjon fordi de mente at beslutningen om avslutning av behandling ikke kom så tidlig som den burde (Brooks et al., 2017a; Gjessing et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015).

### **Tverrfaglig samarbeid**

Seks av de inkluderte artiklene tar opp kommunikasjon som nøkkelen til tverrfaglig samarbeid (Brooks et al., 2017a, 2017b; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Åpen og ærlig kommunikasjon var ansett som viktig for å etablere et vellykket tverrfaglig samarbeid (Brooks et al., 2017b), mens deltakerne i studien til Gjessing et al. (2023) fremhevet betydningen av å lytte til hverandre. Deltakerne i studien til Brooks et al. (2017a) mente at legene hadde for lite refleksjon over kommunikasjon på medisinstudiet og at nyutdannede sykepleiere hadde lite erfaring innen kommunikasjon. Dette virket negativt inn på det tverrfaglige samarbeidet og i studien til Joolae et al. (2023) fremhevet deltakerne at det førte til mistillit dersom informasjon ikke ble videreformidlet til familien.

Flere av studiene har tatt opp tilnærmingen helsepersonellet har til selve samarbeidet som essensielt for det tverrfaglige samarbeidet (Brooks et al., 2017a; Flannery et al., 2020; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). For deltakerne i McAndrew og Leske (2015) innebærer det et felles mål, forståelse av perspektivene til alle involverte parter og å være bevisst på ens egne faglige oppfatninger og verdier. Deltakerne i Brooks et al. (2017a) prioriterte konsensus i teamet, mens legene i studien til Flannery et al. (2020) så på bidrag fra andre i teamet som en tilnærming hvor utfallet var et styrket samarbeid. I Wubben et al. (2021) ytret sykepleierne at de ikke følte de ble tatt seriøst og følte seg overrumplet ettersom

de tverrfaglige møtene ofte var dominert av legene. Noen sykepleiere uttrykte bekymring for at teamarbeidet var dysfunksjonelt og opplevde at deres arbeid ikke var i samsvar med forventningene fra leger og fra ledelsen (Joolae et al., 2023).

Brooks et al. (2017b) beskriver vanskelighetene med å oppnå en felles aksept på tvers av fagområder angående beslutninger om å endre fra livreddende intensivbehandling til palliasjon ved livets slutt. Legene i Gjessing et al. (2023) påpekte betydningen av å ha støtte i teamet og rapporterte at det i utfordrende situasjoner var essensielt med samhold for å forme en forent front ovenfor pasient og pårørende. Sykepleierne oppgav at de mente det var godt samarbeid i mottakelsen av nye pasienter, men at samarbeidet forsvant når behandlingen gikk mot avslutning. En sykepleier beskrev det slik;

We work so well together as a team in the reception of a patient when the focus is to save lives. However, to maintain this when you choose to change focus to end treatment ... It doesn't mean that communication and cooperation should stop.  
(Gjessing et al., 2023, s. 309)

Årsaken til at samarbeidet kunne bli vanskelig var blant annet usikkerhet om en pasients prognose, mangel på klar dokumentasjon av behandlingsmål for å forstå beslutningsprosessen, og sykepleiere og legers inkonsekvente meldinger til pårørende (Brooks et al., 2017a, 2017b; Flannery et al., 2016; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Sykepleiere følte seg oversett av leger eller følte behov for å "jage etter" leger for å få de til å engasjere seg i diskusjoner om konkrete omsorgsplaner (McAndrew & Leske, 2015). Selv om det påpekes i flere studier (Brooks et al., 2017b; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015) at det mest ubehagelige for både leger og sykepleiere er når det ikke er utarbeidet en behandlingsplan tidlig under innleggelsen. I Flannery et al. (2020) ble det formidlet et behov for kontinuitet ettersom det med forskjellig lege også fulgte forskjellig behandling. Dette ble også bekreftet av deltakerne i Gjessing et al. (2023), noe de begrunnet i lite tid til tverrfaglige samarbeidsmøter. I studien til (Gallagher et al., 2015) kom det fram at noen leger ønsker sykepleieres synspunkter selv om de er uenige, mens andre ekskluderer dem helt. En sykepleier i studien til Gjessing et al. (2023) beskrev at tidlig utforming av en behandlingsplan gir en sikkerhet til både sykepleiere og leger.

It's a security for both nurse, doctor, and patient that a treatment plan has been discussed in structured and orderly forms. The situation can change, of course, but then a basic idea has been documented and clarified, and that's a security for everyone. (Gjessing et al., 2023, s. 310)

Leger som var kjent i avdelingen kalte mer systematisk inn til samarbeidsmøter for å diskutere prognoser med resten av behandlingsteamet, mens underordnede, ferske leger med arbeidstid på intensivavdelingen unnlot å ta tverrfaglig initiativ. Imidlertid var det ofte disse underordnede legene som var ansvarlige for pasientene (Gjessing et al., 2023). På den andre siden mente legene generelt at det var utfordrende med kontinuitet i beslutningsprosesser fordi sykepleierne rullerte på pasientene. Legene i Wubben et al. (2021) ettersøkte mer forskning på langtidsprognoser og mente dette ville bidra til lettere å kunne opprette behandlingsplaner og mål for den enkelte pasient. Spesielt når det gjaldt pasienter som hadde behov for innleggelse over lengre tid kunne det oppstå konflikter i teamet grunnet uenigheter om målet for pasientbehandlingen (Brooks et al., 2017a; Wubben et al., 2021). Deltakerne i Gjessing et al. (2023) oppgav at det vanligvis kalles inn til tverrfaglige møter to uker etter innleggelse, men at det mangler rutiner for inkludering av sykepleiere, og manglende enighet kan føre til ubehag både for leger og sykepleiere. Den manglende inkluderingen bekreftes av deltakere i studien til Gallagher et al. (2015), i tillegg til at sykepleierne, i Palestina og Brasil, nøler med å utfordre legene og foretrekker å støtte familien når de opplever at legene ikke respekterer deres syn (Gallagher et al., 2015). En sykepleier fortalte om en positiv opplevelse etter avgjørelsen om tilbaketrekking av livsforlengende behandling var tatt.

“[...] And we all went around in a circle and we talked about what it felt like for us to be involved in the care when that happened. So it's usually a real positive thing. No finger pointing [...]” (McAndrew & Leske, 2015, s. 365).

Det fremmes et behov for opplæring, kursing og trening innen kommunikasjon (Brooks et al., 2017a) for samarbeidsbygging, moralske overveielser og det å dele usikkerheter angående behandlingen for å styrke samarbeidet mellom helsepersonellet (Wubben et al., 2021).

### **6.1.2 Konflikter**

Flere av studiene adresserte rollene helsepersonellet bemanner i hverdagen, samt de konfliktene som kan oppstå med de ulike handlingene rollene er forenelige med. Dette i

tillegg til ansvaret dette medfører for den enkelte ansatt ovenfor pasient, pårørende og samarbeidspartnere.

### **Rollekonflikter**

I tre av studiene er det enighet om at det i all hovedsak er legen som tar avgjørelsene, men at sykepleieren er en deltakende part i avgjørelsen (Flannery et al., 2020; Gjessing et al., 2023; Wubben et al., 2021). Rollen for sykepleieren var i Wubben et al. (2021) beskrevet som en medierende rolle hvor de kompenserte for legenes manglende kommunikasjonsferdigheter ved å være en oversetter til pasient og pårørende. Bekreftelse på at sykepleierens rolle var underlagt legens mer autoritære rolle kom frem i Gallagher et al. (2015) hvor sykepleierne ofte bare repeterte det legen hadde informert pasient og pårørende om tidligere. Deltakerne i en studie kom fram til at det var ulikt syn på rollen til sykepleierne i avgjørelsesprosessen. Legene anså sykepleierne som integrert i avgjørelsene, til tross for at sykepleierne ikke følte det slik (Flannery et al., 2020). I et sitat fra en sykepleier kom det frem hvordan rollefordelingen opplevdes.

“... you can't say too much, so that's the thing, it's the consultant's call really, you know what I mean? We are sidelined” (Flannery et al., 2020, s. 313).

I de tverrfaglige teamene som står for avgjørelsene om å trekke tilbake behandling er det en sammensetning av flere profesjoner og konflikter mellom intensivklinikere og det eksterne medisinske teamet ble identifisert som en barriere for samarbeidet (Brooks et al., 2017a; Flannery et al., 2020). Disse konfliktene oppsto primært på grunn av ulike synspunkter innad i det tverrfaglige teamet angående målene for pasientbehandling. I tillegg kunne det oppstå konflikter mellom intensivavdelingens team og eksterne team på sykehuset når det gjaldt pasientbehandling, erkjennelse av død og urealistiske forventninger. Dette førte til forsinkelser i avsluttende behandling for pasienter på grunn av konflikter mellom ulike team (Brooks et al., 2017a). En sykepleier ordla seg slik;

“... unrealistic expectations of prognosis from treating clinicians sometimes delay me in initiating EOL care when I think it's appropriate” (Brooks et al., 2017a, s. 163).

Legenes lederskap var ansett som essensielt i prosessen med å trekke tilbake behandling og det ble verdsatt av teamet når lederen gav klare instruksjoner angående hvordan avslutning av behandling skulle gjennomføres (Brooks et al., 2017a; Flannery et al., 2020; Gjessing et al.,

2023). Imidlertid ble tilfeller der behandling ikke ble avsluttet som planlagt, sett på som negative. Derfor ble det i Brooks et al. (2017a) påpekt at erfarne leger måtte bruke tid på å lære opp nyutdannede leger innen ledelse.

## **Ansvar**

Flere av studiene anerkjenner at legene har det juridiske ansvaret for avgjørelsene som tas på vegne av pasienten (Brooks et al., 2017b; Flannery et al., 2020; Gallagher et al., 2015; Gjessing et al., 2023). Sykepleierne beskrev at deres ansvar rundt avslutning av behandling var å samle alle parter som skulle inkluderes i avslutningen, dele informasjon mellom partene og yte omsorg for pårørende (McAndrew & Leske, 2015). I tillegg opplevde sykepleierne at de var moralsk forpliktet til å handle på vegne av pasienten når de mente behandlingen var uten hensikt eller i strid med det de mente var til pasientens beste (Gallagher et al., 2015).

I McAndrew og Leske (2015) kommer det også frem at sykepleierne følte at deres rolle i beslutningen i all hovedsak var å være pasienten og familiens “advokat”, og en av sykepleierne sa dette:

... Unless you are going to grow this girl a new pair of lungs, you need to talk to the family, she needs to be put on a morphine drip and she will quietly pass away. I am not going to watch her cry and sob and beg me to put her on the ventilator. And the intern then said, well this is what our plan is. And I said, well then go carry out your plan... I am NOT doing this. And they did make her a no code shortly after and she did die. (McAndrew & Leske, 2015, s. 363)

For denne sykepleieren var det viktig å være med å bekjempe unødvendig lidelse, og dermed ikke delta ettersom hun var uenig i behandlingen. Med faglig begrunnelse bidro sykepleieren til å endre legens beslutning om behandlingen (McAndrew & Leske, 2015). Noe av det samme kommer frem i studien til Gjessing et al. (2023) hvor sykepleieperspektivet er essensielt, men kommer fra en mer pasientnær relasjon. I to av studiene oppgav legene at deres ansvar i avslutning av behandling var å innhente informasjon fra pårørende, legge frem ulike behandlingsmuligheter og å være “advokat” for pasienten (Gjessing et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015).

Både sykepleierne og legene fungerte som pasient- og familieforkjempere. Måten de tok til orde for pasient og pårørende var forskjellig slik at deres handlinger vanligvis falt inn under

deres respektive praksisområder. Sykepleierne utførte dette ved å hjelpe pasienter og familier til å føle, lytte og stille spørsmål ved behandlingsbeslutninger som kan bidra til pasientens lidelse. Sykepleierne bruker et arsenal av strategier for å videreformidle pårørendes bekymringer, ønsker og håp til legene. De støtter, observerer og identifiserer pårørendes behov, samtidig som de åpner opp for at pårørende skal få uttrykt sine bekymringer ovenfor legene. Sykepleierne deler sine observasjoner med pårørende slik at de kan delta mer aktivt i diskusjoner som omhandler pasientens behandling (Gallagher et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015). Legene på sin side brukte tid på å hjelpe pårørende til å komme overens med behandlingsbeslutningene. Motivasjonen bak sykepleiere og leger for å fremme atferd var å unngå eller minimere pasientens lidelse (McAndrew & Leske, 2015).

### **6.1.3 Moralske forpliktelser**

De moralske forpliktelsene helsepersonellet kjente på i behandlingen av pasienter på intensivavdelingen bunnset i inkluderingen av pasientens egne ønsker, de ansattes emosjonelle reaksjoner og ivaretagelse og inkludering av pårørende. Moralske forpliktelser innen medisinsk etikk innebærer gjerne de etiske kravene og pliktene helsepersonellet har ovenfor pasientene, samfunnet og seg selv (Magelssen & Pedersen, 2022). Forpliktelsene danner grunnlaget for refleksjoner og avgjørelser i behandlingsøyet.

#### **Pasientens egne ønsker**

Det fremkom fra flere studier at pasientens egne ønsker var essensielt for avgjørelsene omkring behandlingen (Brooks et al., 2017a, 2017b; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Enkelte sykepleiere følte at pasientens ønske ofte var en ettertanke, noe som gjorde at avslutning av behandlingen føltes uopnåelig. Sykepleierne erfarte også maktesløshet da de følte at legene ikke lyttet på hverken de eller pasienten og pårørende (McAndrew & Leske, 2015). Noen deltakere i studien til Joolae et al. (2023) oppfattet at noen intensivbehandler leger ikke var tilbøyelige til å engasjere seg i kommunikasjonsprosesser knyttet til mål for omsorgen og at denne motstanden fremmet tvetydighet. En sykepleier beskrev en situasjon med en yngre pasient som hadde fremtredende komorbiditet og ingen endring i hans situasjon.

“... none of us know where we are headed with this guy, is this what he wants?” (Joolae et al., 2023, s. 1118).

I Brooks et al. (2017b) snakket sykepleiere og leger om utfordringene ved å ta beslutninger om omsorg ved livets slutfase. Noen av de identifiserte utfordringene inkluderte samarbeid om beslutningstaking, vurdering av behandlingsbegrensninger og avgjørelser om å starte opp omsorg ved livets slutt. Det ble understreket av både sykepleiere og leger at pasientenes direkte involvering i beslutningsprosessen om omsorg ved livets slutt var avgjørende. Videre ble det fremhevet at leger som er ansvarlige for pasientbehandlingen, bør være de viktigste beslutningstakerne når pasientens ønsker ikke er kjent (Brooks et al., 2017b).

### **Emosjonelle reaksjoner**

McAndrew og Leske (2015) belyser i sin studie at det var viktig for sykepleierne og legene å holde sine følelsesmessige reaksjoner separat fra sitt profesjonelle liv, dette spesielt rundt behandling på intensivavdelingen. Spesielt omhandler det personlige tanker og følelser rundt livskvalitet og avsluttende behandling. Deltakere i studien til Gjessing et al. (2023) beskrev sykepleierens nærhet til pasienten over tid som slitsomt både psykisk og mentalt, noe som kompliserte deres evne til å ta objektive avgjørelser når det kom til behandlingsbegrensning. En sykepleier i studien til Flannery et al. (2020) fortalte hvordan det å stå i slike situasjoner over tid opplevdes traumatisk.

“There comes a time when you cannot witness suffering any longer ... it’s traumatic, and you need to leave” (Flannery et al., 2020, s. 314).

Til tross for sykepleieres og legers intensjoner om å holde følelser og meninger utenfor beslutningstaking, var begrepet emosjonell respons et viktig aspekt for flere av deltakerne i studien til McAndrew og Leske (2015). Emosjonell respons var relatert til å forstå og reagere på den menneskelige tilstanden. Innflytelsesrike faktorer om livskvalitet, følelse av tilknytning til pasienter og familier, og personlige og profesjonelle erfaringer med beslutningstaking ved livets slutt og døden (McAndrew & Leske, 2015).

Frustrasjon over behandling som sykepleierne anså som uten hensikt eller ikke gagnet pasienten var gjentakende i to av studiene (Flannery et al., 2020; Gallagher et al., 2015), men også frykten for å bistå i aktiv dødshjelp sto sterkt hos sykepleierne i studien til Gallagher et al. (2015). En sykepleier fra Brasil forklarte hvordan det var å skulle føle at man bidro til aktiv dødshjelp.

... we have the impression that when we take a patient without any prognosis off ventilation, intubation and feeding we're killing him, shortening his life even more. So I don't feel very well in this situation. I wouldn't feel good. I have the impression that I'm shortening the patient's life. (Gallagher et al., 2015, s. 799)

Sykepleiere og leger ønsket ikke å bli emosjonelt involvert i pasientomsorgssituasjoner og jobbet hardt for å utføre sin profesjonelle rolle og sitt ansvar (McAndrew & Leske, 2015). Til tross for disse anstrengelsene var ikke dette alltid mulig og en sykepleier reflekterte over dette i en pasientsituasjon.

... and I just think that's kind of negative when I'm like doing CPR (cardiopulmonary resuscitation) on somebody that I know is not going to come back ... I mean I'll do it but I just get really sad and feel like ... I just get emotionally ... it kind of affects you. You get emotionally distressed about that. So ... doing something that you know. CPR on a 90 year old and all you hear is cracking their ribs and you are just like why am I doing this?. (McAndrew & Leske, 2015, s. 366)

## **Pårørende**

Flere av studiene identifiserte ulike problemstillinger ved å involvere pårørende i avgjørelsene om behandling (Brooks et al., 2017a, 2017b; Flannery et al., 2020; Gallagher et al., 2015; Wubben et al., 2021). Deltakere i Brooks et al. (2017a) rapporterte at det var komplekst å skulle snakke åpent om døden med pårørende og dermed utfordrende å inkludere dem i avgjørelsene. To andre studier tok opp utformingen av intensivavdelingene som en utfordring til å inkludere pårørende. Både fordi enerom var forbeholdt isolerte pasienter og fordi settingen var akutt med mye støy i avdelingen når pasientene lå i åpne områder (Brooks et al., 2017a; Wubben et al., 2021). Av den grunn ble det ugunstig å ta opp behandlingsalternativer og ønsker for behandlingsnivået med pårørende.

Deltakerne i Brooks et al. (2017a) identifiserte de urealistiske familieforventningene som en utfordring for å kunne gi tilfredsstillende omsorg ved livets slutt. De oppfattet at familiene strevde med å akseptere pasientens prognose, hadde vanskeligheter med å få tak i om det fantes behandlingsalternativer, og de fryktet det ukjente. I to av de andre studiene kom det frem at mye av jobben sykepleierne og legene gjorde var å forberede pårørende i prosessen om å akseptere at pasienten kom til å dø (Flannery et al., 2020; Gallagher et al., 2015). Det var deltakere i Wubben et al. (2021) som hadde møtt pårørende som ikke ønsket å delta i de



medisinske avgjørelsene. Noe en sykepleier i Brooks et al. (2017b) mente det ikke var meningen at de skulle gjøre.

“... clearly the family should not be the big decision maker, you take their input and, really, I think the consultant should be the decision maker” (Brooks et al., 2017b, s. 340).

Pårørende står i et møte med akutt og kritisk sykdom i tillegg til å skulle delta i tverrfaglige møter om behandlingsmål, livskvalitet, plan og alternativer. På grunn av det var det deltakere i Brooks et al. (2017b) og Flannery et al. (2020) som mente pårørende ikke var mottakelige for tilstrekkelig informasjon til å delta i avgjørelsene om behandlingsbegrensning.

## 7 Diskusjon

I denne delen av oppgaven utforsker og diskuterer vi resultatene av vår analyse med implikasjoner. Vi oppsummerer først de viktigste funnene fra studien om intensivsykepleierens inkludering i tverrfaglige diskusjoner angående behandlingsbegrensning på intensivavdelingen. Deretter tolker vi disse funnene i lys av vårt forskningsspørsmål og relevant teori. Vi sammenligner våre funn med tidligere forskning på området og identifiserer mønstre, likheter eller forskjeller. Videre diskuterer vi begrensninger ved studien og utfordringer vi møtte underveis. Til slutt foreslår vi veier for fremtidig forskning basert på studiens funn og reflekterer over vår egen innsats i prosessen. Tilleggssøk og gjennomgang av teori gav resultater som vi benytter i diskusjonsdelen.

### 7.1 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

#### Kommunikasjon

I resultatdelen av denne litteraturstudien fremkommer det at bevisst kommunikasjon og samarbeid styrket det tverrfaglige samarbeidet, dette innebar å dele kunnskap, informasjon og bekymringer med både kollegaer, pasient og pårørende (Brooks et al., 2017a, 2017b; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Sykepleierne opplevde også at ved bruk av åpen og tydelig kommunikasjon med et profesjonelt språk var det enklere å bli hørt av legene (Brooks et al., 2017a; Gjessing et al., 2023; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015). Tidligere forskning avdekker at det i liten grad var innspill som kom fra intensivsykepleieren i avgjørelsen om behandlingsbegrensning, og at bare 10 % av diskusjonene inkluderte intensivsykepleieren. Dette medførte at intensivsykepleieren opplevde stress av å ekskluderes, spesielt dersom avgjørelsen var i strid med sykepleierens syn på tilstanden (Coombs, 2003; Flannery et al., 2016; Ozga et al., 2020). Likevel beskriver Latour et al. (2009) at intensivsykepleieren er en nøkkelperson for effektiv kommunikasjon innad i teamet, siden de har muligheten til å bli godt kjent med pasient og pårørende og med det kan bidra med sin kunnskap og forståelse i diskusjoner og beslutningstaking ved avslutning av behandling. Dette støttes av studien til Carlet et al. (2004) som påpeker at intensivsykepleieren ikke skal ta beslutningen, men være en viktig samarbeidskilde i teamet grunnet sin kompetanse og innsikt i pasient og pårørendes situasjon. Intensivsykepleieren skal ved fullført studium kunne analysere pasient- og pårørendes helsekompetanse, videre skal dette brukes som virkemiddel i kommunikasjonen

for å fremme brukermedvirkning (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). Med teorien vi har funnet ser vi at ulike maler og standarder er presentert for å bedre kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet. Denne malen skal bidra til at et hvert medlem av teamet skal sette pris på innspill fra andre deltakere, anerkjenne deres og egne følelser, lytte til hverandre og ha en forståelse for at alle medlemmene i temaet er vesentlig (Michalsen et al., 2019).

Funnene i vår studie viser at det bør foreligge en felles forståelse av at å begrense behandling er en dynamisk prosess som må gjennomgås jevnlig basert på pasientens daglige tilstand (Flannery et al., 2020). En tidligere studie avdekket at det ofte manglet kunnskap i teamet om delaspekt av betydningen for beslutningsprosessen ved avslutning av livsforlengende behandling (Ribeiro e Souza et al., 2017). Det vises også til at intensivsykepleieren påtar seg en passiv rolle dersom de ikke blir hørt, og stiller derved kritiske spørsmål ved egne meninger, erfaringer og vurderinger når støtte ikke oppnås av teamet (Gallagher et al., 2015; Gjessing et al., 2023). Det var ofte at de selvsikre intensivsykepleierne uttalte seg og ble anerkjent, og at det gjerne var avhengig av legens personlighet om sykepleierne ble inkludert eller ikke (Gallagher et al., 2015; Wubben et al., 2021). Våre resultater etablerer at støtte og samhold er essensielt for et velfungerende team, hvor en kan dele usikkerheter og reflektere over moralsk stress. Dette var til slutt viktig for å bli komfortabel med å kommunisere i det tverrfaglige teamet (Brooks et al., 2017a; Joolae et al., 2023; Wubben et al., 2021). Gjennom tidligere forskning og teori ser vi at det anbefales ulike verktøy for å lette kommunikasjonen blant helsepersonellet. Her er det viktig at alle har tilgang til og kan etablere forståelse for samme informasjon. Det anbefales også debrief i teamet etter å ha tatt avgjørelser på intensivavdelingen (Downar et al., 2016).

Resultatene våre skildrer at støtte fra teamet bidro til økt selvsikkerhet og styrke, det å ha alle teammedlemmene på samme lag gjorde prosessen enklere (Brooks et al., 2017a). Flere var enige om at manglende kommunikasjon og samarbeid gir konsekvenser for pasienten (Brooks et al., 2017a; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015). Dette gjenspeiler seg gjennom tidligere forskning hvor Coombs (2003) påpeker at det gir positivt utfall i pasientbehandlingen når kommunikasjonen i teamet optimaliseres. Samlet sett viser teorien at effektiv kommunikasjon, inkludering av teammedlemmer og fokus på pasientens verdier og mål er avgjørende for å oppnå optimale resultater i intensivbehandling. Ved å benytte slike verktøy og tilnærminger kan det tverrfaglige teamet bedre samarbeidet, øke kvaliteten på

beslutninger og sikre at pasientens behov og ønsker blir ivaretatt på best mulig måte (Ganz et al., 2016).

### **Tverrfaglig team**

Denne litteraturstudiens resultater løfter frem at sykepleierne kunne oppleve at de ikke ble tatt seriøst og ble overrumplet da de tverrfaglige møtene ofte var dominert av leger (Wubben et al., 2021). De følte seg oversett av leger og hadde behov for å «jage etter» legene for å få dem til å engasjere seg i diskusjoner (McAndrew & Leske, 2015). En tidligere studie trekker frem at intensivsykepleieren spiller en viktig rolle i beslutningstakingen, men allikevel ofte er ekskludert fra teamet (Long-Sutehall et al., 2011). Annen forskning avdekker også at intensivsykepleierne oppleves som verdifulle, men at kunnskapen de innehar ikke nyttiggjøres i beslutninger. Dette bidrar til et inntrykk av at deres eget yrke har mindre autoritet enn andre profesjoner (Coombs & Ersser, 2004). Intensivsykepleierne i studien til Coombs (2003) opplevde sjeldent å bli inkludert, dermed fortsetter kunnskapen legen innehar å være større og anses som viktigere enn intensivsykepleierens og resultatet er et hierarki hos de involverte ved avgjørelser som tas i pasientbehandlingen. En annen studie har også beskrevet flere tilfeller med manglende tverrfaglig samarbeid mellom legene og sykepleierne, der legene ble beskrevet som svært autoritære (Vanderspank-Wright et al., 2018). Våre funn viser til at noen leger ønsket sykepleierens synspunkter selv om de var uenige, mens andre ekskluderte dem helt (Gjessing et al., 2023). En annen studie fremhever betydningen av diskusjon i teamet hvor alle parter involveres likeverdig og får gitt uttrykk for sine faglige synspunkter (Downar et al., 2016). Dette støttes av teorien som beskriver at det underliggende målet med tverrfaglig beslutningstaking er å transformere den enkelte kliniker til et aktivt medlem av et team, og som deretter vil bidra til å få ned belastningen på enkeltindivider som kunne blitt stående med ansvaret alene (Michalsen & Jensen, 2020). Carlet et al. (2004) støtter dette og sier at en delt beslutningstaking lykkes når deltakerne i teamet også ønsker og ser behovet for å diskutere i team og at både helsepersonell og pårørende bør få muligheten til å delta.

Teorien til denne litteraturstudien fremholder at tverrprofesjonell- og tverrfaglig samarbeid innebærer at flere profesjoner og disipliner arbeider sammen for samme pasient for å komme frem til og gjennomføre en felles plan. Det er med dette en samarbeidsprosess mellom klinikere som gir mulighet for teaminvolvering i viktige kliniske beslutninger (Michalsen & Jensen, 2020; Michalsen et al., 2019). Våre resultater viser at tilnærmingen helsepersonellet

har til selve samarbeidet er essensielt for det tverrfaglige samarbeidet, der det arbeides mot et felles mål, man er bevisst på egen faglig oppfatning og verdier og har forståelse av alle involvertes perspektiver (Brooks et al., 2017a; Flannery et al., 2020; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Dette støttes av tidligere forskning hvor Ribeiro e Souza et al. (2017) beskriver betydningen av at det tverrfaglige teamet er kjent med pasientens utfordringer i sin helhet, for bedre å kunne optimalisere hjelpen til å øke pasientens komfort og lindre eventuelle plager. Likevel viser tidligere forskning at nivået av involvering i tverrfaglig beslutningstaking påvirkes av flere faktorer. Dette kan være helsepersonellens individuelle vurdering om pasientens prognose, deres erfaring og ekspertise, hierarkiske status på intensivavdelingen, personlige og kulturelle verdier og arbeidsmiljøet (Frost et al., 2011). Her igjen ser vi gjennom våre resultater at sykepleierne oppgav at de mente det var godt samarbeid i mottakelsen av nye pasienter, men at samarbeidet forsvant når behandlingen gikk mot avslutning (Gjessing et al., 2023). Dette gjenspeiles i tidligere forskning som viser at det ofte manglet retningslinjer som hele teamet kunne følge ved avslutning av behandling, noe som igjen bidro til at uønskede situasjoner oppstod. To andre studier viser at i slike situasjoner burde man inkludert intensivsykepleierne, med deres kompetanse, i en grundig gjennomgang i det tverrfaglige teamet (Ribeiro e Souza et al., 2017; Taylor et al., 2020).

Intensivsykepleierens avgjørende rolle i det tverrfaglige teamet som behandler pasienter på intensivavdelingen er regulert av lovverk, retningslinjer og etikk (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). Samtidig avdekker tidligere forskning at intensivsykepleierne etterspurte opplæring i å delta i tverrfaglige møter og avgjørelser om behandlingsbegrensning (Ozga et al., 2020). Resultatet fra vår litteraturstudie viser også til et behov for opplæring, kursing og trening innen kommunikasjon for samarbeidsbygging, moralske overveielser og det å kunne dele usikkerheter angående behandlingen for å styrke samarbeidet mellom helsepersonellet (Brooks et al., 2017a; Wubben et al., 2021).

### **Rollekonflikter og ansvar**

Resultatene i denne litteraturstudien avdekker at sykepleierne opplevde at de var moralsk forpliktet til å handle på vegne av pasienten når de mente behandlingen var uten hensikt eller i strid med det de mente var til pasientens beste (Gallagher et al., 2015). I tillegg bidro sykepleierne til å endre legens beslutning om behandling med faglig begrunnelse, hvor sykepleieperspektivet var essensielt, men kom fra et mer pasientnært perspektiv (Gjessing et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015). Latour et al. (2009) tar for seg at flere sykepleiere ikke

var enig i når beslutningen om å trekke tilbake behandling ble tatt, og de fleste erfarte at beslutninger ble tatt for sent. Samtidig nevner Carlet et al. (2004) at det er legene som skal ta initiativ til å begrense behandling, men at sykepleierne skal være inkludert i prosessen. De mener også at det er viktig at sykepleieren tar ansvar for pårørende i prosessen med behandlingsbegrensning (Carlet et al., 2004). I denne litteraturstudiens resultater fremkommer det at sykepleierne deler sine observasjoner med pårørende slik at de kan delta mer aktivt i diskusjoner som omhandler pasientens behandling og at sykepleierne beskrev deres ansvar som å samle alle parter og dele informasjon (Gallagher et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015). Likevel ser vi i studien til Lind et al. (2012) at pårørende ofte følte at sykepleierne var selektive med ordene og tilbakeholdt informasjon ovenfor dem. Samtidig forstod de at sykepleierne kanskje sparte dem for informasjon for å kunne bidra til å bevare håp, men allikevel beskrev studien dette som manglende åpenhet og en tilslørende kommunikasjonsmetode (Lind et al., 2012).

Gjennom resultatene våre ser vi en enighet om at det i all hovedsak er legen som tar avgjørelsene, men at sykepleieren er deltakende part i avgjørelsen om behandlingsbegrensninger (Flannery et al., 2020; Gjessing et al., 2023; Wubben et al., 2021). Rollen for sykepleiere er videre beskrevet som en medierende rolle hvor de kompenserer for noen legers manglende kommunikasjonsferdigheter ved å fungere som oversetter til pasient og pårørende (Wubben et al., 2021). Teorien vi støtter oss til fremhever at intensivsykepleierne ble informasjonsmeglere i situasjoner der legen er ansvarlig for å ta beslutninger, og der sykepleieren i etterkant må leve med denne beslutningen (Oberle & Hughes, 2001). Tidligere forskning benytter begrepet medisinsk dominans og med dette ser vi betydningen av å forstå lokale, profesjonelle og sosiokulturelle praksiser innad i det tverrfaglige teamet og hvordan disse kan forme muligheten for samarbeid (Olding et al., 2016). Selv om det flere steder defineres ulike roller og ansvar innenfor det tverrfaglige teamet viser våre resultater at legene ofte anså sykepleierne som integrert i avgjørelsen, til tross for at sykepleierne ikke følte det slik (Flannery et al., 2020).

## **7.2 Pasientens egne ønsker, emosjonelle reaksjoner og pårørende**

Resultatene fra denne studien viser at pasientens egne ønsker spiller en viktig rolle i avgjørelsene om egen behandling (Brooks et al., 2017a, 2017b; Joolae et al., 2023; McAndrew & Leske, 2015; Wubben et al., 2021). Dette er i tråd med tidligere forskning, lovverk og teori som poengterer den avgjørende rollen intensivsykepleieren har for å fremme

pasientens stemme og sikre at deres ønsker blir hørt i beslutningsprosesser (Helsepersonelloven, 1999; NSFLIS, 2017; Vanderspank-Wright et al., 2018). Samtidig har det kommet fram at utfordringene kan oppstå når helsepersonell opplever at pasientens ønsker blir nedprioritert. Dette kan føre til følelser av maktesløshet, og beskrivelser av at det føltes uoppnåelig å avslutte behandlingen (McAndrew & Leske, 2015). Motstanden intensivsykepleiere opplevde fra intensivbehandlingende leger om å engasjere seg i kommunikasjonsprosesser knyttet til omsorgsmål, medførte studie-tvetydighet (Joolae et al., 2023). En etisk forsvarlig tilnærming til beslutningsprosessene ved behandlingsbegrensninger poengteres i teorien (Grech & Coombs, 2019), og samlet sett viser våre resultater, tidligere forskning og teori et behov for å fremheve intensivsykepleierens rolle i å formidle pasientens ønsker og behov, og sikre pasientens synspunkter i beslutningsprosessene ved behandlingsbegrensninger.

Intensivsykepleierens nærhet til pasienten over tid viser seg i denne litteraturstudiens funn å være en kilde til psykisk og emosjonell utmattelse. Dette kan komplisere deres evne til å ta objektive avgjørelser når det gjelder behandlingsbegrensninger (Gjessing et al., 2023). Resultatene i McAndrew og Leske (2015) viser at emosjonell respons spiller en betydelig rolle, til tross for intensjonene om å holde følelser og meninger utenfor beslutningsvurderingene. De emosjonelle investeringene helsepersonellet legger i pasientomsorgssituasjonen tilsier at det er utfordrende å opprettholde en profesjonell rolle. Det er ikke alltid mulig å unngå å bli berørt av de emosjonelle aspektene ved pasientpleien til tross for at det arbeides konsekvent for å opprettholde en profesjonell distanse (McAndrew & Leske, 2015). Konflikten som oppstår mellom det profesjonelle ansvaret og de personlige etiske overveielserne kommer frem i at intensivsykepleierne gjennomfører behandling som oppleves uten hensikt eller som ikke gagnar pasienten, i tillegg til ubehaget assosiert med å føle på bistannd til aktiv dødshjelp (Flannery et al., 2020; Gallagher et al., 2015). Dette kan bidra til å påvirke intensivsykepleierens evne til å opptre objektivt i samtalen rundt behandlingsbegrensninger. Det fremkommer et behov for å anerkjenne og adressere de emosjonelle og psykiske belastningene intensivsykepleierne opplever i samtalen om behandlingsbegrensning.

Gjennomgangen av tidligere forskning, teori og resultatene fra denne studien indikerer at det eksisterer kompleksitet og utfordringer knyttet til kommunikasjon og inkludering av pårørende i beslutninger om behandlingsbegrensning (Brooks et al., 2017a, 2017b; Flannery

et al., 2020). Dette samsvarer med funn fra annen forskning som viser at pårørende erfarer prosessen med behandlingsbegrensning som stressende, samtidig med følelsen av mangel på psykologisk støtte (Ozga et al., 2020; Taylor et al., 2020). Lind (2017) skriver at det mangler konsensus om hva pårørendes medvirkning egentlig innebærer for sykepleiere og leger. Dette kan være grunnet i en usikkerhet om hvordan lovgivningen skal tolkes og hvordan handlingsrommet for helsepersonell kan avgrenses og utvides av etikken. Selv om retningslinjene og lovverket understreker hvor essensiell pårørendes involvering er, viser det seg at det er varierende grad av deltakelse og mottakelighet blant pårørende (Kentish-Barnes et al., 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 4-6; White et al., 2007). Behovet for å respektere pårørendes preferanser og ønsker er fremtredende, samtidig som det utfordrer helsepersonellet til å tilpasse kommunikasjon og involvering til den enkeltes situasjon.

Ved å tilpasse kommunikasjonen til pårørende, viser tidligere forskning at deres opplevelse av manglende forståelse og kommunikasjon fra helsepersonell unngås (Lind et al., 2012). Det er et behov for fleksibilitet og bedre planlegging i kommunikasjonen med pårørende (Long-Sutehall et al., 2011), mye grunnet frustrasjonen pårørende opplever over manglende informasjon og følelsen av at intensivsykepleierne holder tilbake informasjon (Lind et al., 2012). Effektiv kommunikasjon og involvering av pårørende er avgjørende for å sikre pasient- og familiesentrert omsorg (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). Samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende fremmes ved å legge til rette for en kultur og praksis som tilrettelegger for åpenhet, tillit og respekt.

Wood et al. (2021) har utarbeidet en samtaleguide for helsepersonell som er ment for å benyttes i samtale med voksne pårørende til pasienter innlagt på intensivavdelingen. Samtaleguiden har som mål å få gjennomført første samtale med pårørende innen 24 timer etter innleggelse, inkludere leger og sykepleiere og at det skal utføres en forberedende samtale mellom leger og sykepleiere i forkant. Forslagene guiden kommer med inneholder spørsmål til den forberedende samtalen og tips til samtalen med pårørende. Rådene i samtaleguiden er ment for at helsepersonellet skal få frem budskapet samtidig som de danner et bilde av pårørendes forståelse (Wood et al., 2021). Ved å benytte en slik guide kan kommunikasjonen tilpasses pårørende og kanskje bidra til å redusere frustrasjonen pårørende opplever.



## **7.3 Konklusjon**

Avslutningsvis fremstår det relativt tydelig, etter gjennomgangen av tidligere forskning, teori og funnene fra denne studien, at intensivsykepleierens inkludering i de tverrfaglige diskusjonene om behandlingsbegrensning er kompleks og utfordrende. De avgjørende faktorene har vist seg å være kommunikasjon og samarbeid. Effektiv kommunikasjon, inklusjon av relevante fagpersoner i teamet og fokus på pasientens verdier og mål er av stor betydning. Pårørendes aktive deltakelse sikres ved å tilpasse kommunikasjonen og denne prosessen har behov for økt oppmerksomhet. Behovet for opplæring og støtte til å håndtere utfordringer knyttet til diskusjoner om behandlingsbegrensning er fremtredende, slik at intensivsykepleierens emosjonelle og psykiske belastninger kan adresseres. Fokuset er å samle alle relevante aktører, forbedre kommunikasjonen og respektere pasientens autonomi og verdighet. Målet vil være en mer helhetlig og pasientsentrert fremgangsmåte for å nå beslutninger om behandlingsbegrensning på intensivavdelinger.

## **7.4 Metodediskusjon**

### **7.4.1 Valg av metode**

For å besvare forskningsspørsmålet ble det benyttet en litteraturstudie med systematisk tilnærming for denne masteroppgaven. Med denne metoden har vi gransket, analysert og sammenfattet allerede eksisterende forskning for å belyse tematikken. Oppbyggingen av forskningsspørsmålet gjorde at det var ønskelig å benytte kvalitativ forskning eksplisitt i denne studien. Vi er innforstått med at kvalitativ metode med individuelle intervju eller fokusgruppeintervju også kunne svart på forskningsspørsmålet vårt, men grunnet tidsbegrensninger med oppgaven ble dette et for omfattende arbeid.

### **7.4.2 Styrker og svakheter**

Samarbeidet vårt gjennom arbeidet med denne oppgaven anser vi som en styrke etter som vi har hjulpet hverandre med forståelsen og systematikken gjennom hele prosessen. Arbeidet med sjekklistene ble først gjennomgått hver for oss, hvor vi i ettertid gikk gjennom disse sammen. Underveis i oppgaven har vi hatt faglige diskusjoner angående innhold og oppbyggingen, noe vi ser på som en styrke for denne masteroppgaven. Den videre rollefordelingen har fordelt seg ved at begge forfatterne har gjennomgått og godkjent arbeidet. Ved å være to forfattere har det vært fordelaktig å fremme hverandres styrker og motivasjon.

I denne masteroppgaven er det brukt to artikler fra samme studie (Brooks et al., 2017a, 2017b), noe som kan anses som en svakhet, men etter nøye vurdering valgte vi å benytte begge artiklene da de belyser ulike sider fra samme studie som begge kom gjennom inklusjonskriteriene for denne studien. De systematiske søkene gjort i denne studien kan vurderes som en svakhet ettersom begge forfatterne er noviser på feltet og de ble gjort under tidspress. I det avsluttende oversiktssøket viser det seg at vi kan ha begrenset søket innledningsvis og kan med det ha gått glipp av relevant litteratur som kunne belyst forskningsspørsmålet ytterligere. Prosessen med masteroppgaven har vært krevende og lærerik og vi har fått god veiledning og oppfølging fra flere eksperter innen forskningsfeltet.

## **8 Betydning for praksis og videre forskning**

Med forskningsspørsmålet har denne masteroppgaven belyst hvordan intensivsykepleierens oppfatninger og praksis påvirkes av å involveres i det tverrfaglige samarbeidet rundt behandlingsbegrensning av pasienter innlagt på intensivavdelingen. Ved å belyse faktorene som påvirker intensivsykepleierens involvering, samt manglende oppbygging av rammeverket rundt det tverrfaglige samarbeidet bør videre forskning se på alternativer for å øke involveringen. Denne litteraturstudien kan bidra til en økt forståelse for kompleksiteten av hvordan involvering påvirker intensivsykepleierens deltakelse i det tverrfaglige teamet.

### **8.1 Videre forskning**

Denne litteraturstudien forsket på intensivsykepleierens oppfatninger ved inkludering i tverrfaglig samarbeid, med hovedfokus på når det ble vurdert behandlingsbegrensninger. Studien tar for seg utfordringer og faktorer som påvirker teamet og belyser viktigheten av likt bidrag fra alle involverte yrkesgrupper i det tverrfaglige samarbeidet.

I arbeidet med denne masteroppgaven har vi ervervet oss ny forståelse for betydningen av å inkludere og involvere intensivsykepleierne i det tverrfaglige samarbeidet på en intensivavdeling. Basert på resultatene i denne litteraturstudien, ser vi at videre forskning må undersøke muligheter for å opparbeide gode løsninger som fungerer for alle deltakere i teamet. Dette fordi det ikke bare er spesifikke yrkesgrupper som må inkluderes, men for å sikre et effektivt samarbeid må alle partene være likeverdige medlemmer av teamet. Våre funn viser veien for videre forskning og praksis ved at det er vist et behov for utvikling av retningslinjer, opplæringstiltak og støttesystemer som bidrar til å styrke alle aktørene i det tverrfaglige samarbeidet.

I slutten av mai 2024 skal en nasjonal veileder utarbeidet av helsedirektoratet ut på ekstern høring (Helsedirektoratet, 2024). Veilederens mål er å bidra til faglig og etisk forsvarlig vurdering av behandlingsbegrensning. Det påpekes i denne at legen med behandlingsansvar skal vurdere hva som er adekvat og omsorgsfull helsehjelp for den enkelte pasient. Samtidig skal helsepersonellet som kjenner pasienten videreformidle pasientens ønsker og verdier. For å oppnå en felles forståelse belyses tverrfaglig drøfting og etisk refleksjon som viktige verktøy. Dersom det oppstår uenigheter oppfordrer veilederen til dialog og fremmer en løsningsorientert tilnærming for å sikre beslutningsprosesser som pasient, pårørende og helsepersonellet kan akseptere og leve videre med. En oppfølging av vår forskning om

teamarbeid ved spørsmål om behandlingsbegrensning vil kunne være aktuelt når de reviderte retningslinjene er etablert.

## Referanseliste

- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (5. utg.). Open University Press/McGraw Hill.
- Brooks, L. A., Manias, E. & Nicholson, P. (2017a). Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Australian Critical Care*, 30(3), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.001>
- Brooks, L. A., Manias, E. & Nicholson, P. (2017b). Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*, 26(4), 336-341. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Buanes, E. A., Kvåle, R., Helland, K. F., Sjursæther, E. & Barratt-Due, A. (2023). *Norsk intensiv- og pandemiregister, Årsrapport for 2022, med plan for forbedringstiltak Versjon 1.1*. <https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv/norsk-intensiv-og-pandemiregister>
- Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., Hinds, C., Pimentel, J. M., Reinhart, K. & Thompson, B. T. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive care medicine*, 30(5), 770-784. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2241-5>
- Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs*, 19(3), 125-135. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(03\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00040-5)
- Coombs, M. & Ersser, S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making - a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *J Adv Nurs*, 46(3), 245-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02984.x>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 7. februar 2024 fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 27. september 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Downar, J., Delaney, J., Hawryluck, L., Kenny, L. & Delaney, J. W. (2016). Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive care medicine*, 42(6), 1003-1017. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4330-7>
- Duvaland, L. (2016). Taushetsplikt. I A. K. Befring, M. Kjelland & A. Syse (Red.), *Sentrale helserettslige emner* (s. 135-166). Gyldendal akademisk.
- Flannery, L., Peters, K. & Ramjan, L. M. (2020). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(4), 311-316. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.004>
- Flannery, L., Ramjan, L. M. & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – A critical literature review. *Australian Critical Care*, 29(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.07.004>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)* (LOV-2017-04-28-23). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2017-04-28-23>

- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning* Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/LTI/forskrift/2021-10-26-3094>
- Frost, D. W., Cook, D. J., Heyland, D. K. & Fowler, R. A. (2011). Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 39(5), 1174-1189. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820eacf2>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 27. september 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Abu-El-Noor, N. I., Cox, A., Haas, M., Arber, A., Abu-El-Noor, M. K., Baliza, M. F. & Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794-803. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Ganz, F. D., Engelberg, R., Torres, N. & Curtis, J. R. (2016). Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. *Crit Care Med*, 44(4), 680-689. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001467>
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte : en introduksjon for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Gjessing, K., Steindal, S. A. & Kvande, M. E. (2023). Collaboration between nurses and doctors in the decision - making process when considering ending the life - prolonging treatment of intensive care patients. *Nurs Open*, 10(1), 306-315. <https://doi.org/10.1002/nop2.1305>
- Grech, C. & Coombs, M. (2019). Ethical issues in critical care. I L. Aitken, A. Marshall & W. Chaboyer (Red.), *Critical Care Nursing 4E* (s. 76-99). Elsevier.
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
- Helsedirektoratet. (2024). *Begrensning av livsforlengende behandling (HØRINGSUTKAST)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/begrensning-av-livsforlengende-behandling-horingsutkast>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* (LOV-2008-06-20-44). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heradstveit, S. H., Larsen, M. H., Solberg, M. T. & Steindal, S. A. (2023). Critical care nurses' role in the decision-making process of withdrawal of life-sustaining treatment: A qualitative systematic review. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 6012-6027. <https://doi.org/10.1111/jocn.16728>
- Joolae, S., Cook, D., Kozak, J. & Dodek, P. (2023). Intensive care unit professionals' responses to a new moral conflict assessment tool: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 30(7/8), 1114-1124. <https://doi.org/10.1177/09697330231151352>

- Joynt, G. M., Lipman, J., Hartog, C., Guidet, B., Paruk, F., Feldman, C., Kissoon, N. & Sprung, C. L. (2015). The Durban World Congress Ethics Round Table IV: Health care professional end-of-life decision making. *Journal of Critical Care*, 30(2), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.011>
- Kentish-Barnes, N., Danbury, C., Benbenishty, J. & Azoulay, E. (2020). Shared Decision-Making With Patients and Families. I A. Michalsen & N. Sadovnikoff (Red.), *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (s. 65-73). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3_7)
- Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M. & White, D. B. (2016). Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical Care Medicine*, 44(1), 188-201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>
- Latour, J. M., Fulbrook, P. & Albarran, J. W. (2009). EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 110-121. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00328.x>
- Lind, R. (2017). Pårørendes erfaring med ansvar i beslutningsprosesser om begrensning eller avslutning av livsforlengende behandling i intensivavdelinger. I S.-T. D. Fredriksen & K. Halvorsen (Red.), *Fenomener i intensivsykepleie* (s. 212-225). Cappelen Damm akademisk.
- Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P. & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nurs Ethics*, 19(5), 666-676. <https://doi.org/10.1177/0969733011433925>
- Lockwood, C., Munn, Z. & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation., 13(3), 179–187. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Long-Sutehall, T., Willis, H., Palmer, R., Ugboma, D., Addington-Hall, J. & Coombs, M. (2011). Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1466-1474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003>
- Magelssen, M. & Førde, R. (2022). Etikk ved livets slutt. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 117-128). Gyldendal Norsk Forlag.
- Magelssen, M. & Pedersen, R. (2022). Hva er «etikk» i helsetjenesten? . I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 15-27). Gyldendal Norsk Forlag.
- McAndrew, N. S. & Leske, J. S. (2015). A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 357-374. <https://doi.org/10.1177/1054773814533791>
- Michalsen, A. & Jensen, H. I. (2020). Interprofessional Shared Decision-Making. I A. Michalsen & N. Sadovnikoff (Red.), *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (s. 57-64). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3_6)
- Michalsen, A. & Jensen, H. I. (2023). Shared Decision-Making (I): Within the Interprofessional Team. I A. Michalsen, N. Sadovnikoff & J. Kesecioglu (Red.), *Ethics in intensive care medicine* (1. utg.) (Lessons from the ICU Series). Springer International Publishing. [https://link.springer-com.mime.uit.no/chapter/10.1007/978-3-030-43127-3\\_6](https://link.springer-com.mime.uit.no/chapter/10.1007/978-3-030-43127-3_6)
- Michalsen, A., Long, A. C., DeKeyser Ganz, F., White, D. B., Jensen, H. I., Metaxa, V., Hartog, C. S., Latour, J. M., Truog, R. D., Kesecioglu, J., Mahn, A. R. & Curtis, J. R.

- (2019). Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel. *Crit Care Med*, 47(9), 1258-1266. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003870>
- Michalsen, A. & Sadovnikoff, N. (2020). To Treat or Not to Treat: How to Arrive at an Appropriate Decision Under Critical Circumstances. I A. Michalsen & N. Sadovnikoff (Red.), *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (s. 151-154). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3_6)
- Noreika, D. M. & Coyne, P. J. (2015). Implementing Palliative Care Interdisciplinary Teams: Consultative Versus Integrative Models. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 27(3), 297-306. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.006>
- NSFLIS. (2017). *FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 12. februar 2024 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Oberle, K. & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>
- Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K. & Kitto, S. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expect*, 19(6), 1183-1202. <https://doi.org/10.1111/hex.12402>
- Ozga, D., Woźniak, K. & Gurowiec, P. J. (2020). Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Glob Adv Health Med*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2164956120916176>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. (2022). Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 61-71). Gyldendal Norsk Forlag.
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2022). Fag, etikk og juss. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 37-49). Gyldendal Norsk Forlag.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11; International edition. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ribeiro e Souza, H. L., Andrade e Lacerda, L. C. & Grudka Lira, G. (2017). MEANING OF PALLIATIVE CARE BY THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF THE INTENSIVE CARE UNIT. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(10), 3885-3892. <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201724>
- Syse, A. (2016). Helsehjelp ved livets slutt. I A. K. Befring, M. Kjelland & A. Syse (Red.), *Sentrale helserettslige emner* (s. 255-275). Gyldendal akademisk.
- Taylor, I. H. F., Dihle, A., Hofstø, K. & Steindal, S. A. (2020). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 56, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>



- Ursin, L. Ø. (2019). Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethically Equivalent? *Am J Bioeth*, 19(3), 10-20.  
<https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1561961>
- van Dijk, D., Boulanger, C., Joynt, G., Michalsen, A. & Bakker, J. (2020). Limiting Life-Sustaining Therapies. I A. Michalsen & N. Sadovnikoff (Red.), *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (s. 109-118). Springer.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3>
- Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N. & Vandyk, A. D. (2018). Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 15-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012>
- White, D. B., Braddock, C. H., Bereknyei, S. & Curtis, J. R. (2007). Toward Shared Decision Making at the End of Life in Intensive Care Units: Opportunities for Improvement. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 461-467.  
<https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.461>
- Wilkinson, D., Butcherine, E. & Savulescu, J. (2019). Withdrawal Aversion and the Equivalence Test. *Am J Bioeth*, 19(3), 21-28.  
<https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1574465>
- Wilkinson, D. & Savulescu, J. (2014). A Costly Separation Between Withdrawing and Withholding Treatment in Intensive Care. *Bioethics*, 28(3), 127-137.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2012.01981.x>
- Wood, G. J., Chaitin, E. & Arnold, R. M. (2021). *Communication in the ICU: Holding a meeting with families and caregivers*. UpToDate.  
<https://medilib.ir/uptodate/show/1643>
- Wubben, N., van den Boogaard, M., van der Hoeven, J. G. & Zegers, M. (2021). Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134>

## Vedlegg

### Vedlegg 1 – Oversikt over litteratursøk

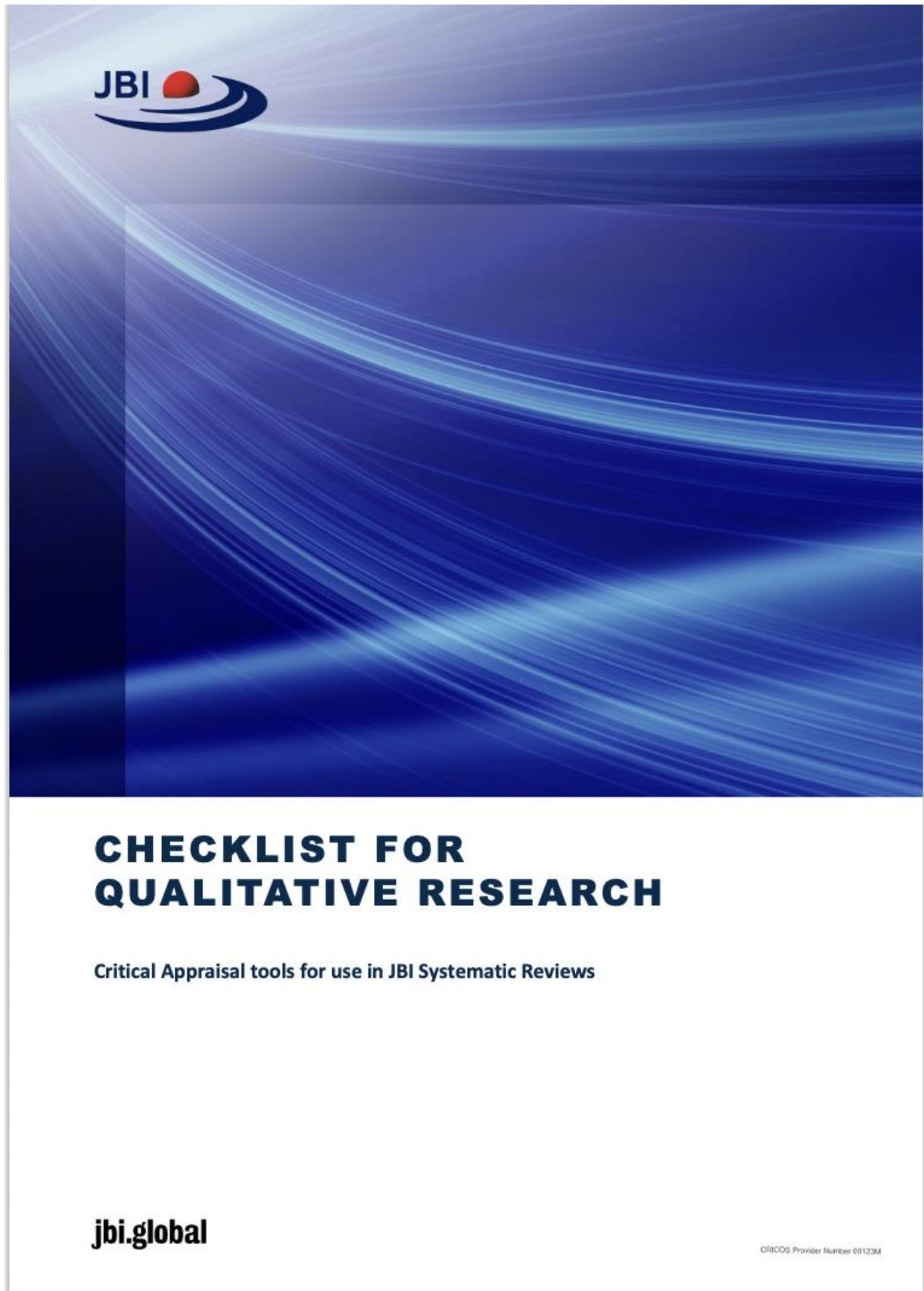
Søk 1, PubMed 5. februar 2024		Antall treff
# 1	ICU OR Intensive Care Unit OR Critical Care	372 022
# 2	Nurse OR Nurses OR Nursing	1 059 499
# 3	Doctors OR Physicians	996 923
# 4	Communication OR Collaboration	1 163 654
# 5	End of life care	106 607
# 6	# 1 AND # 2 AND # 3 AND # 4 AND # 5	430
# 7	# 6 + 10 år	268
# 8	# 7 + Engelsk språk	261

<b>Søk 2, CINAHL 5. februar 2024</b>		<b>Antall treff</b>
# 9	ICU OR Intensive Care Unit OR Critical Care	154 940
# 10	Nurse OR Nurses OR Nursing	956 436
# 11	Doctors OR Physicians	323 191
# 12	Communication OR Collaboration	317 157
# 13	End of life care	16 389
# 14	# 9 AND # 10 AND # 11 AND # 12 AND # 13	194
# 15	# 14 + 10 år	108
# 16	# 15 + Engelsk språk	104

<b>Søk fra PubMed og CINAHL sammen 5. februar 2024</b>		<b>Antall</b>
# 17	# 8 + # 16	365
# 18	# 17 og fjernet duplikater	305

Ekskluderte artikler grunnet tema, overskrift og abstrakt	Antall (n)
Barn under 18 år	n = 38
COVID – 19	n = 18
Ikke vestlige sykehus	n = 15
Utenfor intensivavdelingen	n = 97
Familie og pårørende	n = 68
Alkohol, overforbruk av rusmidler og medisiner	n = 3
Manglende forfatter	n = 3
Flere verk i en samling	n = 2
Leger eller annet helsepersonell	n = 27
Manglende abstrakt	n = 2
Aktiv dødshjelp	n = 1
Totalt	n = 274

## Vedlegg 2 – Sjekkliste JBI



## INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, [education](#) and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

### JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, ~~etiology~~ risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

### JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

# JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---

## DISCUSSION OF CRITICAL APPRAISAL CRITERIA

How to cite: Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179–187.

### 1. Congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology

Does the report clearly state the philosophical or theoretical premises on which the study is based? Does the report clearly state the methodological approach adopted on which the study is based? Is there congruence between the two? For example:

A report may state that the study adopted a critical perspective and participatory action research methodology was followed. Here there is congruence between a critical view (focusing on knowledge arising out of critique, action and reflection) and action research (an approach that focuses on firstly working with groups to reflect on issues or practices, then considering how they could be different; then acting to create a change; and finally identifying new knowledge arising out of the action taken). However, a report may state that the study adopted an interpretive perspective and used survey methodology. Here there is incongruence between an interpretive view (focusing on knowledge arising out of studying what phenomena mean to individuals or groups) and surveys (an approach that focuses on asking standard questions to a defined study population); a report may state that the study was qualitative or used qualitative methodology (such statements do not demonstrate rigour in design) or make no statement on philosophical orientation or methodology.

### 2. Congruity between the research methodology and the research question or objectives

Is the study methodology appropriate for addressing the research question? For example:

A report may state that the research question was to seek understandings of the meaning of pain in a group of people with rheumatoid arthritis and that a phenomenological approach was taken. Here, there is congruity between this question and the methodology. A report may state that the research question was to establish the effects of counselling on the severity of pain experience and that an ethnographic approach was pursued. A question that tries to establish cause-and effect cannot be addressed by using an ethnographic approach (as ethnography sets out to develop understandings of cultural practices) and thus, this would be incongruent.



### 3. Congruity between the research methodology and the methods used to collect data

Are the data collection methods appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through phenomenological interviews. There is congruence between the methodology and data collection; a report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through a postal questionnaire. There is incongruence between the methodology and data collection here as phenomenology seeks to elicit rich descriptions of the experience of a phenomena that cannot be achieved through seeking written responses to standardized questions.

### 4. Congruity between the research methodology and the representation and analysis of data

Are the data analyzed and represented in ways that are congruent with the stated methodological position? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of grief by asking participants to describe their experiences of grief. If the text generated from asking these questions is searched to establish the meaning of grief to participants, and the meanings of all participants are included in the report findings, then this represents congruity; the same report may, however, focus only on those meanings that were common to all participants and discard single reported meanings. This would not be appropriate in phenomenological work.

### 5. There is congruence between the research methodology and the interpretation of results

Are the results interpreted in ways that are appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to inform practitioners about accommodating individual differences in care. There is congruence between the methodology and this approach to interpretation; a report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to generate practice checklists for assessment. There is incongruence between the methodology and this approach to interpretation as phenomenology seeks to understand the meaning of a phenomenon for the study participants and cannot be interpreted to suggest that this can be generalized to total populations to a degree where standardized assessments will have relevance across a population.

**6. Locating the researcher culturally or theoretically**

Are the beliefs and values, and their potential influence on the study declared? For example:

The researcher plays a substantial role in the qualitative research process and it is important, in appraising evidence that is generated in this way, to know the researcher's cultural and theoretical orientation. A high quality report will include a statement that clarifies this.

**7. Influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed**

Is the potential for the researcher to influence the study and for the potential of the research process itself to influence the researcher and her/his interpretations acknowledged and addressed? For example:

Is the relationship between the researcher and the study participants addressed? Does the researcher critically examine her/his own role and potential influence during data collection? Is it reported how the researcher responded to events that arose during the study?

**8. Representation of participants and their voices**

Generally, reports should provide illustrations from the data to show the basis of their conclusions and to ensure that participants are represented in the report.

**9. Ethical approval by an appropriate body**

A statement on the ethical approval process followed should be in the report.

**10. Relationship of conclusions to analysis, or interpretation of the data**

This criterion concerns the relationship between the findings reported and the views or words of study participants. In appraising a paper, appraisers seek to satisfy themselves that the conclusions drawn by the research are based on the data collected; data being the text generated through observation, interviews or other processes.

### Vedlegg 3– Kvalitetsbedømming av inkluderte artikler

Forfattere (år): Brooks et al. (2017a)	Yes/No/Unclear/Not applicable	Kommentar
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	NO	Forfatterne har ikke redegjort for egne verdier og deres potensielle innflytelse på studien.
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	UNCLEAR	Forfatterne kommenterer ikke noen relasjon mellom forsker og deltaker. Det adresseres dermed en svakhet ved innhenting av data.
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

Forfattere (år): Brooks et al. (2017b)	Yes/No/Unclear/Not applicable	Kommentar
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	NO	Forfatterne har ikke redegjort for egne verdier og deres potensielle innflytelse på studien.
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	UNCLEAR	Forfatteren kommenterer ikke noen relasjon mellom forsker og deltaker. Det adresseres dermed en svakhet ved innhenting av data.
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

Forfattere (år): Flannery et al. (2020)	Yes/No/Unclear/Not applicable	Kommentar
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	YES	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	YES	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

<b>Forfattere (år): Gallhager et al. (2014)</b>	<b>Yes/No/Unclear/Not applicable</b>	<b>Kommentar</b>
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	NO	Forfatterne har ikke redegjort for egne verdier og deres potensielle innflytelse på studien
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	NO	Forfatterne kommenterer ikke noen relasjon mellom forsker og deltaker. Det adresseres heller ingen svakheter ved studien
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

Forfattere (år): Gjessing et al. (2023)	Yes/No/Unclear/Not applicable	Kommentar
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	UNCLEAR	Forfatterne belyser kun teoretisk bakgrunn for en av hovedforfatterne, resterende er ikke gjort rede for
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	YES	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

<b>Forfattere (år): Joolae et al. (2023)</b>	<b>Yes/No/Unclear/Not applicable</b>	<b>Kommentar</b>
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	YES	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	YES	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	



<b>Forfattere (år): McAndrew et al. (2015)</b>	<b>Yes/No/Unclear/Not applicable</b>	<b>Kommentar</b>
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	YES	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	YES	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

<b>Forfattere (år): Wubben et al. (2021)</b>	<b>Yes/No/Unclear/Not applicable</b>	<b>Kommentar</b>
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	YES	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	YES	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	YES	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	YES	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	YES	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	YES	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	YES	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	YES	
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	YES	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	YES	

## Vedlegg 4 – Dataekstraksjonstabeller

Dataekstraksjon artikkel 1	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Laura A. Brooks Elizabeth Manias Patricia Nicholson
År, land	2017, Australia
Tittel	Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context
Tidsskrift	Australian Critical Care
Studiens formål	Formålet med studien var å undersøke sykepleierne og legenes forståelse av samarbeidet om EOL avgjørelser
Studiens design	Kvalitativ studiedesign
Datainnsamlingsmetode	Fokusgruppeintervju
Dataanalyse	Tematisk analyse
Kontekst	Intensivavdeling ved et stort sykehus i Melbourne, Australia
Utvalgets størrelse	17 sykepleiere og 11 leger
Utvalgets sammensetning	Ikke oppgitt
Deltakernes alder	20 til 60 år
Arbeidserfaring	0 til 30 år ved intensivavdeling

<b>Dataekstraksjon artikkel 2</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 14.03.2024
Forfattere	Laura A. Brooks Elizabeth Manias Patricia Nicholson
År, land	2017, Australia
Tittel	Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit
Tidsskrift	American Journal of Critical Care
Studiens formål	Formålet med studien var å undersøke erfaringer og perspektiver til både sykepleiere og leger ved beslutning om å avslutte behandling ved en intensivavdeling
Studiens design	Kvalitativ studiedesign
Datainnsamlingsmetode	Fokusgruppeintervju
Dataanalyse	Tematisk analyse
Kontekst	Intensivavdeling ved et stort sykehus i Melbourne, Australia
Utvalgets størrelse	17 sykepleiere og 11 leger
Utvalgets sammensetning	Ikke oppgitt
Deltakernes alder	Median alder sykepleiere 33 år Median alder leger 45 år
Arbeidserfaring	Ikke oppgitt

<b>Dataekstraksjon artikkel 3</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Liz Flannery Kath Peters Lucie M. Ramjan
År, land	2020, Australia
Tittel	The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study
Tidsskrift	Australian Critical Care
Studiens formål	Utforske perspektivet til legene og sykepleierne som er involvert i beslutningsprosessene rundt å avslutte behandling på intensivavdelingen
Studiens design	Kvalitativ studie basert på naturalistisk forskning COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research (COREQ) <sup>3</sup>
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer
Dataanalyse	Manuell tematisk analyse
Kontekst	Intensivavdelingen ved et stort offentlig sykehus i Sydney
Utvalgets størrelse	8 sykepleiere og 4 leger
Utvalgets sammensetning	7 kvinner og 5 menn
Deltakernes alder	34 til 64 år
Arbeidserfaring	7 til 35 års erfaring ved intensivavdelingen

---

<sup>3</sup> COREQ - En 32-punkts sjekkliste for intervjuer og fokusgrupper. Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

<b>Dataekstraksjon artikkel 4</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Ann Gallagher Regina Szylit Bousso Joan McCarthy Helen Kohlen Tom Andrews Maria Cristina Paganini Nasser Ibrahim Abu-El-Noor Anna Cox Margit Haas Anne Arber Mysoon Khalil Abu-El-Noor Michelle Freire Baliza Katia Grillo Padilha
År, land	2014, Brasil, England, Tyskland, Irland, Palestina
Tittel	Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Studiens formål	Forstå sykepleiernes deltakelse i beslutningsprosessen ved avslutning av behandling i en kulturell kontekst
Studiens design	Kvalitativ studie
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer
Dataanalyse	Konstant sammenligning og åpen analyse som samsvarer med Grounded Theory
Kontekst	Intensivavdelinger ved universitetssykehus eller sykehusområder i de fem landene
Utvalgets størrelse	51 sykepleiere (10 i Brasil, 9 i England, 10 i Tyskland, 10 i Irland og 12 i Palestina)
Utvalgets sammensetning	Ikke oppgitt

Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Minimum 6 måneder

<b>Dataekstraksjon artikkel 5</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Kristine Gjessing Simen A. Steindal Monica Evelyn Kvande
År, land	2023, Norge
Tittel	Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering ending the life-prolonging treatment of intensive care patients
Tidsskrift	Nursing Open
Studiens formål	Utforske intensivsykepleierens og legenes erfaringer med samarbeid når det gjaldt å avslutte livsforlengende behandling på intensivavdelingen
Studiens design	Kvalitativ studie Utforskende beskrivende design
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer
Dataanalyse	Systematisk tekstkondensering
Kontekst	2 universitetssykehus og et lokalt sykehus i Norge
Utvalgets størrelse	4 intensivsykepleiere og 4 leger
Utvalgets sammensetning	3 kvinner og 1 mannlig intensivsykepleier Legene utgjorde 2 kvinner og 2 menn
Deltakernes alder	54 år median alder på legene 45 år median alder på intensivsykepleierne
Arbeidserfaring	21 års median intensiv erfaring på legene 17 års median intensiv erfaring på intensivsykepleierne



<b>Dataekstraksjon artikkel 6</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Soodabeh Joolae Deborah Cook Jean Kozak Peter Dodek
År, land	2023, Canada
Tittel	Intensive care unit professionals' responses to a new moral conflict assessment tool: A qualitative study
Tidsskrift	Nursing Ethics
Studiens formål	Formålet med studien var å karakterisere emosjonelle reaksjoner og utmattelse ved personell på intensivavdeling gjennom en moralsk konfliktvurderingsprosess
Studiens design	Kvalitativ studiedesign
Datainnsamlingsmetode	Individuelle intervju og fokusgruppe
Dataanalyse	Kvalitativ innholdsanalyse
Kontekst	Intensivavdelinger ved 3 sykehus i Vancouver
Utvalgets størrelse	14 sykepleiere, 2 leger og 8 helsefagarbeidere
Utvalgets sammensetning	Ikke oppgitt
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Ikke oppgitt

<b>Dataekstraksjon artikkel 7</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 04.03.2024
Forfattere	Natalie S. McAndrew Jane S. Leske
År, land	2015, USA
Tittel	A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units
Tidsskrift	Clinical Nursing Research
Studiens formål	Formålet med studien var å forstå sykepleiere og legers perspektiver og erfaringer med beslutningstaking ved livets slutt.
Studiens design	Kvalitativ studiedesign
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte individuelle intervju
Dataanalyse	Åpen analyse som samsvarer med Grounded Theory
Kontekst	Universitetssykehus i Midtvesten i USA
Utvalgets størrelse	7 Sykepleiere og 4 leger
Utvalgets sammensetning	8 kvinner og 3 menn
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	1 til 33 års arbeidserfaring på intensivavdeling.

<b>Dataekstraksjon artikkel 8</b>	
Utførelse (navn, dato)	Emilie Brandvoll og Elise Cruickshank, 14.03.2024
Forfattere	Nina Wubben Mark van den Boogaard JG van der Hoeven Marieke Zegers
År, land	2021, Nederland
Tittel	Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study
Tidsskrift	BMJ open
Studiens formål	Utforske synspunkter, erfaringer og behovet for samvalg på intensivavdelingen ifølge intensiv leger, sykepleiere og tidligere pasienter og deres pårørende
Studiens design	Kvalitativ studie
Datainnsamlingsmetode	Kvalitative intervjuer COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research (COREQ)
Dataanalyse	Grounded theory
Kontekst	2 sykehus i Nederland
Utvalgets størrelse	5 intensivsykepleiere, 7 intensivleger, 9 tidligere pasienter og 8 familiemedlemmer
Utvalgets sammensetning	Intensivsykepleierne utgjorde 3 kvinner og 2 menn Legene utgjorde 4 menn og 3 kvinner Pasientene utgjorde 5 menn og 4 kvinner Pårørende utgjorde 6 kvinner og 2 menn
Deltakernes alder	47,7 år og 57,4 år
Arbeidserfaring	Intensivsykepleierne 18 års median Legene 12 års median

## Vedlegg 5 - Oversiktsmatrise

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Deltakere og kontekst	Metode og datainnsamling	Dataanalyse	Hovedfunn	Kvalitetsvurdering – JBI sjekkliste
Brooks et al., 2017, Australia  Australian Critical Care	Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context	Hensikten med studien var å utforske legenes og sykepleiernes perspektiver og erfaringer med EOL avgjørelser. Spesielt studerte de på helsepersonellens opplevelse av hindringer, muliggjørende faktorer og utfordringer knyttet til EOL	28 deltakere, 17 sykepleiere og 11 leger på en intensivavdeling i Australia med 24 sengeplasser	Forskerne brukte kvalitativ metode, fokusgruppeintervju.	Tematisk analyse	Sykepleierne oppgav mangelen av en erfaren lege som tidlig kan innledet til EOL samtaler som bidrag til at samarbeidet mellom profesjonene tidvis var vanskelig. Legene var enig i at det var behov for en lege som kunne stå ansvarlig for beslutningen teamet kom fram til. Begge parter viser til mangelfull opplæring og veiledning om EOL under studiene. Samtidig savnet	8/10

						de å lære om hvordan helsepersonell effektivt kan kommunisere med pasient og pårørende om døden. Sykepleierne savnet dette både på grunnutdanning og i videreutdanningen. Både leger og sykepleiere så betydningen av enighet i teamet og samarbeidet i seg selv. I tillegg til mangel på kunnskap om hva slags innvirkning avgjørelsene har for behandlingen av pasienten	
Brooks et al., 2017, Australia	Communication and decision-making about end-of-life care	Hensikten med studien var å undersøke sykepleierne og legenes erfaringer og perspektiver	17 sykepleiere og 11 leger	Kvalitativ metode Fokusgruppeintervju	Tematisk analyse	Sykepleierne og legene erkjente forbedringspotensialet rundt kommunikasjon og	8/10

American Journal of Critical Care	in the intensive care unit	ved initiativ til avslutning av behandling på en intensivavdeling				beslutningsprosesser for å starte EOL omsorg på intensivavdelingen. For å oppnå best mulig utfall for pasient, pårørende og klinikerne så de tydelig at det var behov for erfaring og effektivt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike profesjonene	
Flannery et al., 2020, Sydney  Australian Critical Care	The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study	Hensikten med studien var å undersøke hvordan leger og sykepleiere anser egne og hverandres involvering og ansvarsfordeling i forbindelse med behandlingsbegrensning av livsforlengende behandling	8 intensivsykepleiere og 4 leger. Krav til helsepersonellet var 7 års intensiverfaring og minimum 2 års erfaring fra aktuell avdeling. De ble rekruttert via postere og	Kvalitativt design med én-til-én intervju.	Manuell tematisk analyse	Resultatet var at sykepleierne hadde uidentifiserte roller i teamet rundt pasienten som tok avgjørelser vedrørende tilbaketrekking og tilbakeholding av livsforlengende behandling. Legene hadde imidlertid en klar og	10/10

			<p>Samtykkeskjemaer som ble lagt ut i pauserommet.</p>			<p>definert rolle som beslutningstaker. Sykepleierne som var delaktige opplevde ikke at deres deltakelse ble verdsatt, noe som sto i kontrast til legenes erfaringer</p>	
<p>Gallagher et al., 2015, Brasil, England, Tyskland, Irland og Palestina</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p>	<p>Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke de kulturelle forskjellene i sykepleiernes syn på behandlingsbegrensning av livsforlengende behandling. Konteksten innebar kommunikasjon og involvering med og av leger</p>	<p>51 sykepleiere (10 fra Brasil, 9 fra England, 10 fra Tyskland, 10 fra Irland og 12 fra Palestina).</p>	<p>Med bruk av Grounded Theory analyserte forskerne kvalitative data fra semi-strukturerte intervjuer.</p>	<p>Konstant sammenligning og åpen analyse som samsvarer med Grounded Theory</p>	<p>Forskerne utarbeidet hovedtema "negotiated reorienting". Der det fremkommer at intensivsykepleierne deltok i søk etter konsensus og emosjonell støtte. I dette fant forskerne ut at i søk etter konsensus deltar sykepleierne både i å overtale, signalisere et behov for informasjon og</p>	<p>8/10</p>

						gjøre både seg selv, pasienten og pårørende hørt, primært av legene	
Gjessing et al., 2023, Norge  Nursing Open	Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering ending the life-prolonging treatment of intensive care patients	Hensikten med studien var å undersøke intensivsykepleieres samarbeid med legen når vurderingen om å avslutte livsforlengende behandling til pasienter på intensivavdelingen skulle fattes	4 sykepleiere og 4 leger.  Tre intensivavdelinger på universitetssykehus og en intensivavdeling på et lokalt sykehus i Norge.	Kvalitativ metode.  Semistrukturerte intervju.	Systematisk tekstkondensering	Sykepleieres tilnærming til kommunikasjon må bedres slik at de mer produktivt kan kommunisere sine faglige synspunkter og begrunnelser ovenfor legene	9/10
Joolae et al., 2023, Canada	Intensive care unit professionals' responses to a new moral	Hensikten med denne studien var å karakterisere emosjonelle reaksjoner og utmattelse hos helsepersonell på	24 deltakere hvor 14 var sykepleiere, 2 leger og 8 annet helsepersonell.	Kvalitativ studie.  Intervju ble gjennomført i både fokusgruppe og individuelt over en	Kvalitativ innholdsanalyse	Hovedfunnene i studien viste at de viktigste årsakene knyttet til moralsk nød handlet om omsorg, kommunikasjon,	10/10



<p>Nursing Ethics</p>	<p>conflict assessment tool: A qualitative study</p>	<p>intensivavdelingen gjennom en moralsk konfliktvurderingsprosess</p>		<p>lengre periode med 15 intervjuer totalt.</p>		<p>teamarbeid, respekt for pasientens preferanser og ledelsessystemet. Studien forstår løsninger som inkluderer kommunikasjonsstrategier og pedagogiske hjelpemidler for helsepersonell, pasienter, pårørende og andre i teamet. Studien fremhever sin modell for moralsk konfliktvurdering som nyttig og deltakerne i studien påpekte at denne hjalp de å reflektere over egne tanker og omgjøre en vanskelig situasjon til en mulighet for læring og forbedring</p>	
---------------------------	--	--	--	---	--	---	--

McAndrew & Leske, 2015, USA  Clinical Nursing Research	A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units	Hensikten med studien var å prøve å forstå sykepleierne og legenes perspektiver og erfaringer med beslutningstaking ved livets slutt	11 deltakere i studien, 7 sykepleiere fordelt på 1 mann og 6 kvinner. 4 leger hvor 2 var menn og 2 kvinner.	Kvalitativ metode  Det ble utført semi-strukturerte individuelle intervju over 19-65 minutter.	Åpen analyse som samsvarer med Grounded Theory	Hovedfunnet i studien var bekräftelsen på at det å ta beslutninger ved livets slutt er en balansegang. Forfatterne presenterer undertemaene emosjonell respons, profesjonell rolle og ansvar og bevisst kommunikasjon og samarbeid. Noen faktorer utlignet beslutningsprosessen ved livets slutt og andre faktorer forårsaket ubalanse	10/10
Wubben et al., 2021, Nederland	Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians,	Hensikten med studien var å undersøke behovet for samvalg på intensivavdelingen. Basert på erfaringene til intensivsykepleierne,	5 intensivsykepleiere, 7 intensivmedisinere og 9 tidligere	Kvalitativ studie  19 separate intervju som varte mellom 30-75 minutter.  COnsolidated criteria for	Grounded theory	På intensivavdelingen anbefales det å gjennomføre samvalg på en måte som er tilfredsstillende for intensivmedisinerne,	10/10

BMJ open	nurses and patients: a qualitative interview study	legene, tidligere pasienter og deres pårørende	pasienter med 8 familiemedlemmer.  To sykehus i Nederland.	REporting Qualitative Research (COREQ).		intensivsykepleierne, pasientene og deres pårørende. Studien finner flere alternativer til hvordan de ulike gruppene vil kunne dra nytte av samvalg. Forskerne foreslår 1) en mer kontinuerlig inkludering av pasient og pårørende i avgjørelsene, 2) mer informasjon om sjansene for overlevelse og forventet livskvalitet dersom pasienten overlever, 3) at det etableres en mer betydningsfull rolle for intensivsykepleierne i det tverrfaglige samarbeidet og 4) intervensjoner for å forbedre kommunikasjon	
----------	--	--	--	---	--	---	--

						mellom de berørte partene for moralske overveielser, tverrprofesjonelt samarbeid og involveringen av allmennpraktiserende lege	
--	--	--	--	--	--	---	--

