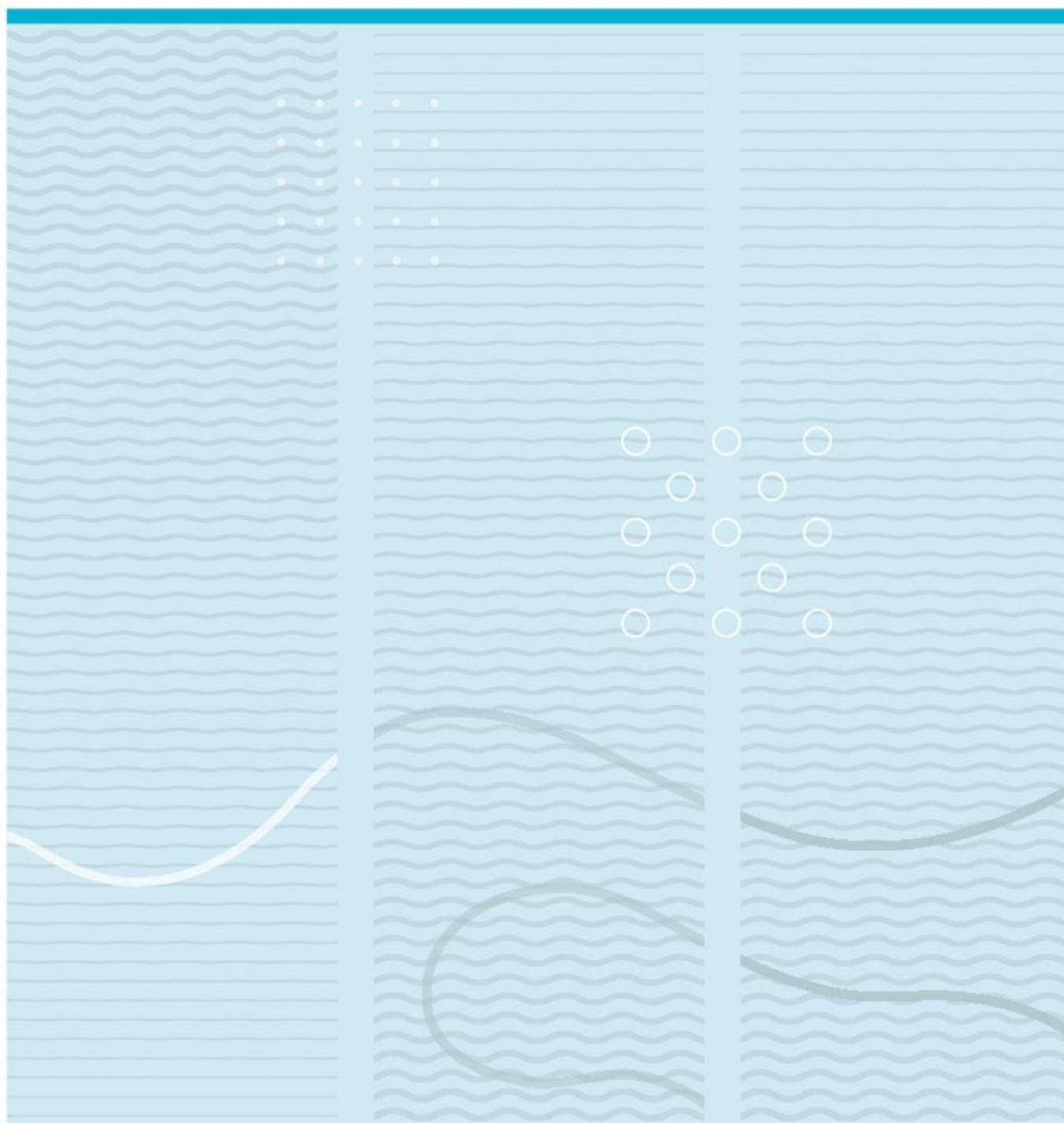


Kristian Stene

# Intensivsykepleierens opplevelser ved begrenning av livsforlengende behandling i en intensivavdeling

En systematisk litteraturstudie



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

<http://www.usn.no>

© 2022 Kristian Stene

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Introduksjon:** Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleiefaget, som jobber i en intensivavdeling som er en høyteknologisk og spesialisert avdeling med spesialutdannet helsepersonell, som overvåker og behandler pasienter som er akutt og/eller kritisk syke som trenger medisinsk eller kirurgisk hjelp med svikt i en eller flere organer. Når behandlingen ikke fører frem går behandlingen over i palliasjon.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å se hvordan intensivsykepleiere opplever begrensning av livsforlengende behandling i en intensivavdeling.

**Metode:** Litteraturstudiet brukte forenklet tematisk analyse etter Helen Aveyards metode. 390 artikler ble screenet før syv artikler ble utvalgt.

**Resultater:** Studiet fremhever syv kvalitative primærstudier. Av disse studiene fremkom tre hovedtemaer som gikk igjen i alle studiene; beslutningsprosessen, etikk og moral, og pasient og pårørende.

**Konklusjon:** Det konkluderes med at intensivsykepleiere opplever begrensningen av livsforlengende behandling i en intensivavdeling som etisk utfordrende. Det etterlyses rutiner for debriefing etter ekstra utfordrende situasjoner. Intensivsykepleiere kan få det tøft mentalt og dette kan påvirke dem både i privat og i arbeidssammenheng. Her er det de med mest erfaring innenfor intensivavdelingen som taklet dette best. Det konkluderes også med at pasienter og nærmeste pårørende som regel inkluderes i beslutningsprosessen, og at dette bidrar til en trygghet for dem og tillit til arbeidet som utføres.

# Abstract

**Introduction:** Intensive care nursing is a specialty within the nursing profession, that works in an intensive care unit, which is a high-tech and specialized department with specially trained health personnel who monitor and treat patients who are acutely and/or critically ill and need medical or surgical help with failure of one or more organs. When the treatment is not successful, the treatment switches to palliation.

**Purpose:** The purpose of this study was to see how intensive care nurses experience the limitation of life-prolonging treatment in an intensive care unit.

**Method:** The literature study used simplified thematic analysis according to Helen Aveyard's method. 390 articles were screened before seven articles were selected.

**Results:** The study highlights seven qualitative primary studies. From these studies, three main themes emerged that were repeated in all the studies: the decision-making process, ethics and morality, and patients and relatives.

**Conclusion:** It is concluded that intensive care nurses experience the limitation of life-prolonging treatment in an intensive care unit as ethically challenging. Routines for debriefing after extra challenging situations are called for. Intensive care nurses can find it tough mentally and this can affect them both privately and in a work context. Here, it is those with the most experience within the intensive care unit who coped best with this. It is also concluded that patients and next of kin are usually included in the decision-making process, and that this contributes to security for them and confidence in the work that is carried out.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>4</b>
<b>Forord</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	8
<b>2 Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
2.1 Intensivsykepleie .....	9
2.1.1 Intensivsykepleieren.....	9
2.1.2 Intensivavdelingen.....	9
2.2 Særskilt om lovgivning.....	10
2.2.1 Helsepersonells krav til forsvarlighet .....	10
2.2.2 Fornyet vurdering av helsetilstand .....	10
2.2.3 Samtykke .....	10
2.2.4 Helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp.....	11
2.2.5 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner .....	12
2.3 Beslutningsprosessen, et tverrfaglig samarbeid .....	12
2.4 Etske perspektiver i helsetjenesten .....	14
2.4.1 Ulike etiske grunnlag for helseutøvelse .....	14
2.4.2 Helsepersonells profesjonsetikk .....	15
2.4.3 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer .....	16
2.5 Moralsk stress og utbrenthet i arbeids- og privatliv .....	17
<b>3 Metode</b> .....	<b>20</b>
3.1 Vitenskapsteori .....	20
3.2 Design.....	20
3.3 Søkestrategi og innsamling av data .....	21
3.4 Kritisk vurdering av artikler .....	24
3.5 Analyse .....	25
3.6 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	26
3.7 Forskningsetiske vurderinger.....	27
<b>4 Resultater</b> .....	<b>28</b>

4.1	De inkluderte artiklene.....	29
4.2	Beslutningsprosessen .....	36
4.3	Etikk og moral .....	37
4.4	Pasient og nærmeste pårørende .....	39
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>41</b>
5.1	Beslutningsprosessen .....	42
5.1.1	Blir intensivsykepleieren hørt i en tverrfaglig sammenheng?.....	42
5.1.2	Faglig forsvarlighet .....	42
5.1.3	Trygghet gjennom tydelig kommunikasjon.....	43
5.2	Etikk og moral .....	44
5.2.1	Delta i beslutningsprosesser .....	44
5.2.2	Erfaring har betydning.....	46
5.3	Pasient og pårørende .....	47
5.3.1	Nytte av behandling – rett til å nekte helsehjelp.....	47
5.3.2	Autonomi og medvirkning.....	49
5.3.3	Kommunikasjon med og inkludering av pårørende.....	50
5.4	Metodediskusjon .....	52
<b>6</b>	<b>Undertegnede refleksjon som forsker .....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>Referanser/litteraturliste .....</b>	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>Vedleggsliste .....</b>	<b>61</b>

# Forord

Denne mastergradsavhandlingen har vært et spennende og lærerikt, men krevende prosjekt som har pågått over en lengere periode. Den skriftlige delen av oppgaven ble påbegynt i starten av 2021, da den verdensomspennende covid-19 pandemien påvirket intensivavdelinger på en særskilt måte. Pandemien førte til stort personalbehov på intensivavdelingen. Det var vanskelig å prioritere denne avhandlingen, ettersom jeg kunne være til hjelp på en overfylt intensivavdeling. Omsider har situasjonen roet seg, og det ble endelig tid til å fullføre studiet «Master i intensivsykepleie».

Med dette vil jeg rette en takk til Universitetet i Sørøst-Norge som har lagt til rette for at jeg fikk utsatt innlevering av mastergradsavhandlingen min slik et jeg fikk fullendt masterforløpet i intensivsykepleie. En takk til kolleger og ledere på min intensivavdeling som har støttet meg og lagt til rette får å fullføre studiet. Jeg vil også rette en stor takk til venner og spesielt familie som har vært til god støtte gjennom denne tiden.

Tønsberg, 07.12.2022

Kristian Stene

# 1 Introduksjon

Etiske utfordringer og dilemmaer er ofte en del av intensivsykepleierens hverdag. Hvordan dette håndteres og bearbeides er individuelt og kan være krevende. Det kan oppleves ubehagelig, utfordrende og stressende å bli «beordret» til å utføre medisinsk hjelp til intensivpasienten hvis dette ikke samsvarer med intensivsykepleierens kunnskap og anbefalte behandlingsprinsipper (Browning, 2013). Intensivsykepleiere jobber med pasientene døgnet rundt og kan opparbeide seg forskjellige meninger vedrørende behandlingsnivå og innsatsen som nedlegges hver dag. Noen ganger er det klare rutiner og dokumentasjon for videre plan for pasienten, andre ganger er det vagt eller lite planlagt for hva som skal skje videre. Skal den medisinske og kirurgiske innsatsen fortsette eller skal det tilføres begrensninger til pasienten hvis planlagt behandling ikke fører frem (Browning, 2013). Tanker om hvor lenge en skal behandle pasienten ut ifra forholdene som er der kan være etisk utfordrende for intensivsykepleiere som dag ut og dag inn er hos pasienten uten noen form for progresjon (Lepidou et al., 2012). Begrensning av livsforlengende behandling kan da bli et aktuelt tema å drøfte tverrfaglig. Å komme til en slik avgjørelse om å begrense livsforlengende behandling er krevende og kan være en møysommelig prosess der flere parter har ulike meninger (Turner, Rushton & Kurtz, 2019). Å være en intensivsykepleier hos en slik pasient kan være slitsomt, frustrerende og føles umoralsk ovenfor pasient og pårørende der intensivsykepleieren blir en slags mellommann mellom leger, pasient og pårørende vedrørende informasjon (Turner, Rushton & Kurtz, 2019).

Det kan fort være mange meninger og utsagn, men lite handling (Lepidou et al., 2012). Å høre og være en del av denne prosessen hvor legene uttrykker en pessimistisk prognose, men avventer pårørende kontakt eller å sette begrensning av livsforlengende behandling kan føles uetisk og lite givende ovenfor intensivsykepleieren, men ikke minst for pasient og pårørende (Lepidou et al., 2012; Turner et al., 2019). Ifølge norsk intensivregister i 2021, døde 10,08% av alle intensivpasienter på landsbasis. Det vil si at intensivsykepleiere kan oppleve i gjennomsnitt i løpet av ett år, at hver tiende pasient intensivsykepleieren overvåker ender med å dø. Dødsfall og tiden før dødsfallet hos intensivpasienter kan derfor være krevende og etisk utfordrende for intensivsykepleiere som til stadighet opplever ulike hendelser i løpet av karrieren (Vanderspank-Wright et al., 2018). Hensikten med denne studien er derfor å avdekke hvordan intensivsykepleiere opplever etiske utfordringer tilknyttet alvorlig kritisk syke pasienter der livsforlengende behandling begrenses og hvordan de etiske utfordringene kan bearbeides.



## 1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Ved å se på tidligere kvalitativ forskning vedrørende intensivsykepleieres opplevelser av å stå i en prosess der livsforlengende behandling begrenses ønskes følgende problemstilling besvart:

Problemstilling:

Hvordan opplever intensivsykepleiere begrensning av livsforlengende behandling i intensivavdelingen?

Forskingsspørsmål 1

Hvordan opplever intensivsykepleiere etiske utfordringer relatert til pasient og pårørende ved begrensning av livsforlengende behandling til intensivpasienten?

Forskingsspørsmål 2

Hvordan opplever intensivsykepleiere den tverrfaglige vurderingen i beslutningsprosessen av intensivpasienten (den tverrfaglige prosessen og dokumentasjonen)?

Forskingsspørsmål 3

Hvordan påvirker begrensning av livsforlengende behandling intensivsykepleieres arbeidsliv og privatliv?

Avgrensninger

Arbeidet er basert på innholdsanalyser av tidligere kvalitativ forskning. Det er derfor ikke utført noen spørreundersøkelse, intervjuer eller undersøkelser i fokusgrupper.

## **2 Bakgrunn**

I dette kapittelet vil definisjoner på hva det innebærer å være en intensivsykepleier på en intensivavdeling er. Det vil bli presentert aktuelt lovverk, tidligere forskning og teori som er relevant for problemstillingen. Deretter vil det presenteres etikk, sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og hvordan intensivsykepleierens moral kan påvirkes i et stresset og hektisk arbeidsliv.

### **2.1 Intensivsykepleie**

#### **2.1.1 Intensivsykepleieren**

Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleiefaget der avansert kunnskap, generell kompetanse og ferdigheter har blitt tilegnet og det er gjennom intensivsykepleierens ansvar- og funksjonsområder det beskrives hva dette går ut på. Til denne studien anses det at det lindrende og palliative ansvarsområdet er vesentlig der intensivsykepleieren har et ansvar for å medvirke i beslutningsprosessen vedrørende begrensning av livsforlengende behandling (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleieren har også medansvar for å bidra til at pasienten får en verdig død (NSFLIS, 2017). Pårørende er også med i helheten og det ligger et ansvar for at intensivsykepleieren skal legge til rette og ivareta pårørendes behov for omsorg i en situasjon ved akutt kritisk sykdom (NSFLIS, 2017).

#### **2.1.2 Intensivavdelingen**

En intensivavdeling er en høyteknologisk og spesialisert avdeling med spesialutdannet helsepersonell som overvåker og behandler pasienter som er akutt og/eller kritisk syke som trenger medisinsk eller kirurgisk hjelp med svikt i en eller flere organer (NSFLIS, 2017). Videre kan en intensivavdeling beskrives som en generell intensivavdeling og en spesialisert intensivavdeling. Den generelle intensivavdelingen behandler pasienter med en eller flere typer organsvikt uavhengig av hvilke moderavdeling pasienten tilhører, mens den spesialiserte intensivavdeling behandler akutt og kritisk syke innenfor et avgrenset område (NSFLIS, 2017).

## 2.2 Særskilt om lovgivning

### 2.2.1 Helsepersonells krav til forsvarlighet

Helsepersonell er bundet av helsepersonelloven og har flere plikter ifølge denne. Et sentralt moment er helsepersonelloven (hpl) § 4 om forsvarlighet. Som helsepersonell skal man utføre sine arbeidsoppgaver med faglig forsvarlighet og gi omsorgsfull hjelp. Dette skal gjøres utfra hva som kan forventes av den enkelte helsepersonells «kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» jf. hpl § 4 første ledd. Basert på dette stilles det blant annet høyere krav til en erfaren intensivsykepleier, enn sykepleiere uten videreutdanning innen intensivsykepleie, eller nyutdannede intensivsykepleiere. Videre plikter helsepersonell å «innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner» jf. Hpl § 4 annet ledd. Dersom det er noen arbeidsoppgaver man er usikker på eller ikke mestrer, skal man innhente bistand eller henvise pasienter videre dersom dette er mulig og nødvendig. Det kan også være nødvendig å samarbeide med annet kvalifisert personell, og da gjelder det å kunne se sine ressurser og begrensninger og innrette seg slik at man utfører yrket sitt forsvarlig. Det er også legen sitt ansvar å ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient jf. Hpl § 4 tredje ledd. Igjen kommer forsvarlighetskravet inn. Det skal ikke tas beslutninger som intensivsykepleier, selv om man skulle mene seg kvalifisert til dette, dersom dette er en beslutning for leger etter helsepersonelloven.

### 2.2.2 Fornyet vurdering av helsetilstand

Hvis det konkluderes med at avsluttende behandling skal inntre, har pasienter rett til en fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 2-3. Det er da en allmennlege som må henvise pasienten til en «second opinion». Man har kun rett til en fornyet vurdering én gang for samme tilstand.

### 2.2.3 Samtykke

Som hovedregel kan helsehjelp kun gis dersom pasienten samtykker til det jf. pbrl § 4-1 første ledd, men det finnes noen få unntak. Et gyldig samtykke krever at pasienten har fått informasjon om sin helsetilstand og innholdet i denne. Et annet viktig moment er at pasienten når som helst kan trekke tilbake samtykket sitt jf. pbrl § 4-1 annet ledd. Dersom dette blir tilfelle, skal helsepersonellet som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om hvilke konsekvenser det medfører at helsehjelpen ikke gis.

## 2.2.4 Helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp

Når det antas at helsehjelpen er «påtrengende nødvendig», skal helsepersonell «straks gi den helsehjelp de evner» jf. Hpl § 7. Sentralt her er hva de evner. En intensivsykepleier har visse arbeidsoppgaver og krav til yrkesutøvelsen, men har ikke plikt til å gi øyeblikkelig hjelp som går utover en persons kvalifikasjoner – dette er altså subjektivt jf. Ot.prp.nr.13 (1998-199 s. 219). Lovforarbeidene definerer også hva som ligger i «påtrengende nødvendig». Det innebærer et visst skjønn, men det legges vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av helsetilstand. «At hjelpen må være «påtrengende nødvendig» tilsier at det skal ganske mye til for at plikten skal inntre». Det omfatter blant annet situasjoner hvor det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling.

Hpl § 7 inneholder en spesiell og skjerpet hjelpeplikt for helsepersonell. Formålet til den særskilte profesjonsplikten er først og fremst å sikre at personer som er i akutt fare skal få adekvat behandling så raskt som mulig jf. Ot.prp.nr.13 (1998-199).

Ved mottak av pasient med behov for øyeblikkelig hjelp er helsepersonellet som regel bundet til regler om helseplikt som følger av arbeidsavtalen med arbeidssted. Plikten til å gi øyeblikkelig hjelp oppstår uavhengig om helsepersonellet har blitt bedt om å hjelpe. Nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten ikke skulle klare å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelp jf hpl § 7. Unntak er dersom man grunnet overbevisning nekter å motta blod eller blodprodukter, og døende pasienter kan motsette seg livsforlengende behandling.

Hpl § 7 annet ledd sier at helsepersonell skal foreta nødvendige undersøkelser ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Undersøkelsene skal da avdekke om det er påtrengende nødvendig at øyeblikkelig hjelp gis jf. Ot.prp.nr. 13 (1998-1999) s. 220. Det er altså lavere terskel for denne undersøkelsesplikten, enn det er for plikten til å gi øyeblikkelig hjelp. Plikten til å gi øyeblikkelig hjelp faller bort dersom annet kvalifisert helsepersonell tar ansvar for å gi helsehjelpen jf. hpl § 7 tredje ledd. Helsepersonellet som overtar ansvaret for å gi videre helsehjelp «kan ha lavere kompetanse eller ha mindre relevant spesialkompetanse enn annet tilgjengelig helsepersonell», så lenge vedkommende er kvalifisert for de oppgavene som inngår i den øyeblikkelige hjelpen. Dette skal igjen samsvare med hpl § 4 om forsvarlighet.

### 2.2.5 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

På den ene siden har helsepersonell plikt til å gi nødvendig helsehjelp jf hpl § 7. Samtidig har pasienter rett til å nekte helsehjelp i særskilte situasjoner jf pbrl § 4-9, og det forutsettes av man respekterer pasientens selvbestemmelsesrett jf. Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 135. Paragrafen oppgir tre ulike situasjoner hvor hjelpeplikten etter hpl § 7 opphører, og det er ved sultestreik, blodoverføring og når pasienten er døende. Videre har en døende pasient «rett til å motsette seg livsforlengende behandling» jf. pbrl § 4-9 annet ledd. Dette forutsetter visse vilkår, blant annet at det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, og der livsforlengelse i realiteten er en «forlengelse av en pågående dødsprosess» jf. Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 135. Dersom den døende pasienten ikke er i stand til å formidle et behandlingsønske, kan man unngå å gi livsforlengende behandling dersom nærmeste pårørende «tilkjennegir tilsvarende ønsker» og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering kommer til at dette også er pasientens ønske. I disse tilfellene bør ønsket respekteres og man unngår livsforlengende behandling. Det forutsettes at pasienten er over 18 år, ikke er fratatt rettslig handleevne på det personlige området og vedkommende må ha fått tilfredsstillende informasjon og forstått konsekvensene av behandlingsnektelsen jf. pbrl § 4-9 tredje ledd.

## 2.3 Beslutningsprosessen, et tverrfaglig samarbeid

All helsehjelp skal være basert på gode medisinske beslutninger som er basert på helsefaglig og etiske vurderinger der også pasientens rettigheter respekteres og ivaretas. Beslutningene skal være faglig forsvarlig og vise omsorg (Helsedirektoratet, 2013). Dagens moderne medikamenter og utstyr gir en større mulighet for å forlenge livet i en kritisk fase, men en forlengelse vil ikke være gunstig for pasienten hvis en forlengelse kun fører til lidelse. Beslutningsprosessen kan derfor være utfordrende og konfliktfylte (Helsedirektoratet, 2013). En studie fra Canada viser til hvor utfordrende en intensivsykepleiers hverdag kan være og det ble implementert månedlige samlinger og ekstra samlinger ved behov. Samlingene varte over to år der intensivsykepleiere fikk uttrykt sine etiske utfordringer vedrørende intensivpasienter der livsforlengende behandling ble begrenset og pasienten gikk over i en palliativ fase. Konklusjonen på studiet var at flere intensivsykepleiere deltok på disse samlingene og at det totalt sett førte til en mer profesjonell tilnærming til etiske utfordringer og selvfølelsen intensivsykepleierne hadde ble bedre (Santiago & Abdool, 2011; Hancock et al., 2020).

Et tverrfaglig samarbeid er et samspill på tvers av profesjoner slik som leger, sykepleiere, bioingenjører og radiografer (Helsedirektoratet, 2022). I denne studien vil det kun fokuseres på samhandlingen mellom anesthesi/intensivlege og intensivsykepleieren i forbindelse med beslutningsprosessen og begrensning av livsforlengende behandling. For at et tverrfaglig samarbeid skal fungere optimalt er det viktig med god kommunikasjon, åpenhet og arbeide mot et felles mål (Rose, 2011; Hancock et al., 2020). Tidlig og hyppig kommunikasjon med pasient og pårørende er en del av sykepleieprosessen og er viktig for å opprettholde pasientsikkerheten og fører til bedre pasientpleie (Rose, 2011; Forozeiya et al., 2019). Dialogen med pårørende bør i tillegg være ærlig for å unngå moralsk stress (Forozeiya et al., 2019). Blir dette realisert vil dette medføre til en tryggere pasientbehandling der det tverrfaglige teamet kan unngå stress eller dårlig samvittighet (Rose, 2011; Vanderspank-Wright et al., 2018). Pårørende vil som regel føle en trygghet over arbeidet som blir utført der en tydelig og enstemmig informasjonsflyt er på plass. Dette kan bidra til at beslutningsprosessen ved begrensning av livsforlengende behandling føles etisk riktig ved at alle parter er enige om begrensning av behandling (Magelssen & Førde, 2020).

Hvis det besluttes at den livsforlengende behandling skal avsluttes og det tverrfaglige samarbeidet fungerer dårlig og samhandling og kommunikasjon med pasient og pårørende er mangelfull, kan dette være en komponent for en stresset og ubehagelig situasjon å stå i (Forozeiya et al., 2019; Vanderspank-Wright et al., 2018). Intensivsykepleiere kan føle at de ikke blir sett eller hørt og at de ikke har noe med beslutningsprosessen å gjøre, men at det er de som må utføre de begrensende tiltakene som intensivlegen har bestemt. Dette viser seg i flere studier sett på av Vanderspank-Wright et al. (2018) at mange intensivsykepleiere følte at det var umoralsk og at det gikk utover ens samvittighet og var en stressende faktor i hverdagen. Selv om intensivsykepleiere jobbet dag og natt med pasienten og hadde mye kommunikasjon med pårørende, var det ofte innspill til intensivlegen som ble ignorert eller ikke vurdert. Ved å implementere gode rutiner og ha et godt tverrfaglig samarbeid kan en unngå slike konflikter (Hancock et al., 2020; Rose, 2011; Vanderspank-Wright et al., 2018). Det er derfor vesentlig at intensivlegen dokumenterer og journalfører videre behandling (Magelssen & Førde, 2020; Vanderspank-Wright et al., 2018).

Ved behandlingsbegrensning er det viktig at det er godt journalført av intensivleger slik at videre leger og intensivsykepleiere er innforstått med hvilken behandling som er tenkt videre og hvilke begrensninger som er satt. Det kan bidra til å forhindre stressende situasjoner ved for eksempel en

uventet hjertestans der intensivlegen har journalført hjerte-lungeredning minus (HLR -) slik at intensivsykepleieren vet de begrensingene som er satt ved slike hendelser (Magelssen & Førde, 2020; Vanderspank-Wright et al., 2018).

## **2.4 Ethiske perspektiver i helsetjenesten**

### **2.4.1 Ulike etiske grunnlag for helseutøvelse**

Utviklingen av pasienters selvbestemmelse har de siste tiårene etablert seg i helsetjenesten som en viktig verdi. Det ses en nær relasjon til at vi i det moderne samfunnet har fokus på allmenne borgerrettigheter og menneskerettigheter (Pedersen, 2020). Pasientautonomi er sentralt innenfor fireprinsippetikken, som det ene av fire prinsipper. Dette står i kontrast til hvordan det var på midten av 1900-tallet og tidligere, hvor fagfolk visste best og pasienten fikk begrenset med informasjon (Pedersen, 2020). Magelssen & Førde (2020) viser til at det oppleves en trygghet over arbeidet som utføres av helsepersonell der en enstemmig informasjonsflyt er på plass. Det er altså positivt for pasient og pårørende at vi er på vei i en retning hvor informasjon og selvbestemmelse blir integrert i den profesjonelle yrkesutøvelsen av helsepersonell.

Pliktetikken gjør seg gjeldende når det kommer til å respektere andre menneskers autonomi. Den franske filosofen Immanuel Kant kan sies å være pliktetikken grunnlegger, idet han ønsket å finne et allmenngyldig grunnlag for etikken (Kant, 2021 s.373). Han kom til at handlinger som gir lykke, ikke alltid er de rette handlingene. Han hevder at du handler av plikt, når du handler etter fornuften. Fornuften sier hva vi skal gjøre på en bindende måte, og dermed blir det en plikt for oss (Kant, 2021, s. 373). Motsatt er det egoistisk om man handler kun etter sine lyster og hva man selv ønsker (Pedersen, 2020). Sentralt i pliktetikken er å ikke bruke mennesker kun som et middel for andres mål, men at mennesket blir et mål i seg selv. I dette kan man trekke ut at alle berørte parter må inkluderes og involveres når viktige beslutninger skal tas (Pedersen, 2020). For eksempel bør pasientens synspunkter om hva som er hovedproblemet og hvilke løsninger som er gode, bli belyst og tillegges betydning. Pliktetikken er en normativ etikk, det betyr at den gir retningslinjer for hvordan vi bør leve. Etikken undersøker regler og prinsipper om hvordan vi bør handle. På en annen side er helsepersonell underlagt helsepersonelloven og plikter å følge det som fremgår av denne loven, selv om dette kan stride mot hva du selv tenker er fornuftig (Torsen, 2021, s. 370).

Autonomien er også sentral innenfor konsekvensetikken. Her tilstrebes det å gjøre det som gir best mulige konsekvenser for alle berørte parter. Det hevdes videre at autonomi og det å kunne tilstrebe å oppnå egne mål er mer nyttig enn makt og kontroll (Pedersen, 2020). Friheten til den enkelte vektlegges, samtidig som denne friheten ikke skal skje på bekostning av andres frihet. Alle berørte parter skal bli hørt, for å kunne avgjøre hva som er rett beslutning og hva som er godt å velge (Pedersen, 2020). I praksis ser man at det trekkes paralleller blant annet til helselovgivning om informasjon og medvirkning (Pedersen, 2020). Utilitarisme er en av de mest kjente formene for konsekvensetikk, som sier at en handling er moralsk riktig hvis – og bare hvis – den maksimerer nytte (Mill, 2021, s. 423). Dette overlapper litt med profesjonsetikken om at nytten skal overgå ulempen av behandling (Magelssen & Pedersen, 2020). I en behandlingssituasjon må det gjøres vurderinger fortløpende. Det ene alternativet kan gi mest nytte i det ene øyeblikket, og i neste øyeblikk må man revurdere situasjonen og videre behandling, og endre på tiltak i tråd med pasientens utvikling (Mill, 2021, s.423).

## 2.4.2 Helsepersonells profesjonsetikk

Velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade-prinsippet, som inngår i de fire helseetiske prinsipper, faller under begrensning av livsforlengende behandling som anmoder at nytten skal overgå ulempen av behandlingen (Magelssen & Pedersen, 2020). En slik tilnærming eller avgjørelse er etisk utfordrende i seg selv når intensivpasienten er alvorlig syk og er i fare for å dø (Magelssen & Pedersen, 2020). Helsedirektoratet (2013) har utarbeidet en nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. De definerer livsforlengende behandling der behandlingen eller tiltakene som iverksettes kan utsette pasientens død. Dette kan være hjertelungeredning, annen pustehjelp, vasoaktive medikamenter, dialyse, kunstig ernæring og væsketilførsel, antibiotika og kjemoterapi (Helsedirektoratet, 2013). Pasientene har sin autonomi ved beslutningstaking der dette er mulig. Dette kan være via et livstestament, tidligere utsagn til pårørende eller avverging av behandlingen som gis. Pasienten kan ha byttet mening og tenker at hvis en overlever intensivoppholdet, vil en forsone seg med å leve med en eventuell funksjonshemming (Magelssen & Førde, 2020).

Nærmeste pårørende har en viktig rolle hvis pasienten ikke er våken eller samtykkekompetent. De kan formidle hva pasienten har ønsket tidligere og kan bidra til at beslutningsprosessen kan bli enklere å gå igjennom, selv om det er intensivlegen sammen med primærlegen som har det siste



ordet (Magelssen & Førde, 2020) Det er altså flere individer som blir berørt når den livsforlengende behandlingen begrenses hos den alvorlig kritisk syke pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020). Jezuit (2000) hevder at intensivsykepleiere ønsker å opprettholde pasientens autonomi ved ansvarliggjøring av deres behandling. Siden pasienten var i en så kritisk og ustabil fase i livet, ble ofte pasientens tidligere ønsker ikke vurdert som deres nåværende ønske. Dermed ble ikke pasientens autonomi etterlevd. Slike situasjoner var med på å påvirke intensivsykepleiere negativt (Jezuit, 2000). Etikken og lovverket vedrørende behandling og beslutningstaking står derfor sterkt og vil være helt vesentlig og avgjørende for å definere behandlingsnivået til den alvorlig kritisk syke pasienten (Helsedirektoratet, 2013).

### 2.4.3 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer består av mange viktige faktorer en sykepleier bør følge. I dette tilfelle utpekes yrkesetiske retningslinjer (2019) 1.3: «*Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.*» Dette er helt vesentlig for å kunne utføre en pasientsikker og forsvarlig behandling.

Yrkesetiske retningslinjer (2019) 2.10: «*Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.*» Anses som svært viktig spesielt til pasienten, men også å ivareta pårørende når det velges å avslutte behandlingen. Her er det vesentlig med god dialog med intensivlegen slik at pasienten ikke opplever smerter eller ubehag ved livets slutfase.

Yrkesetiske retningslinjer (2019) 2.12: «*Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.*» God kommunikasjon tverrfaglig og med pårørende er essensielt ved slike forhold slik at pasienten får lov til å dø med sine nærmeste rundt seg og at pasienten ikke opplever ubehag (Magelssen & Førde, 2020).

Yrkesetiske retningslinjer (2019) 4.1: «*Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.*» Som beskrevet tidligere så er det påvist at et godt tverrfaglig samarbeid bidrar til et bedre arbeidsmiljø og mindre stress (Vanderspank-Wright et al., 2018).

## 2.5 Moralsk stress og utbrenthet i arbeids- og privatliv

Hancock et. al. (2020) undersøkte utbrenthet og moralsk stress hos helsearbeidere. Det fremkom av studien at tre hovedtemaer var gjengangere; organisatoriske problemer, det å bli utsatt for høy-intensitetssituasjoner og dårlige opplevelser i teamet sitt. I organisatoriske problemer ligger mangel på adekvate fysiske resurser, mangel på kompetent personale og ineffektive organisatoriske retningslinjer (Hancock et. al., 2020).

Det å bli utsatt for høy-intensitetssituasjoner kunne føre til både moralsk stress og utbrenthet hos helsepersonellet (Hancock et.al., 2020). Spesielt ble det å gi såkalt «meningsløs omsorg», gi palliativ pleie, det å argumentere for passende pasientbehandling, forholdet mellom pleier og pasient/pårørende, samt vold på arbeidsplassen ble oppgitt som hovedgrunnene til moralsk stress og utbrenthet (Hancock et.al., 2020; Forozeiya et al., 2019). Det å gi «meningsløs omsorg» ble trukket frem som den situasjonen som i flest tilfeller førte til utbrenthet og moralsk stress ifølge Hancock et.al. (2020), sammenlignet med de ovenfornevnte høy-intensitetssituasjonene. Det å gå imot hva man tenker er best kan sammenlignes med meningsløs omsorg, og kan også føre til moralsk stress (Forozeiya et.al., 2019).

Helsepersonell eller pårørende som ikke var forberedt på å stoppe behandling, kunne oppleve nytteløs omsorg (Hancock et.al., 2020). Når tverrfaglige teammedlemmer, for eksempel lege og intensivsykepleier på en intensivavdeling, har ulike meninger om hvilken behandling som skal tilbys, ble det rapportert om at dette gav negativ innvirkning på det individuelle helsepersonellet og på teamdynamikken (Hancock et.al., 2020; Condon et al., 2021). Det tredje punktet for moralsk stress og utbrenthet var dårlige opplevelser i teamet (Hancock et.al., 2020), noe som kunne innebære mangel på kontroll på arbeidsplassen, mangel på verdsettelse fra teammedlemmer, fragmentert pasientpleie og dårlig teamdynamikk. Med negativ teamdynamikk mente Hancock et.al. (2020) dårlig kommunikasjon, mangel på tillit og respekt, mobbing og mangel på inkludering. Studien til Hancock et.al. (2020) fant også at det var en signifikant overlapp mellom de ulike situasjonene som kunne føre til moralsk stress og utbrenthet.

Hancock et.al. (2020) sine resultater viser at det å stå overfor utbrenthet og moralsk stress får konsekvenser. Jobb og personlig liv påvirker hverandre (Mahvar et.al., 2021). Helsepersonell ble påvirket både fysisk og psykisk, det påvirket familie- og hjemmeliv og pasientbehandlingen ble gitt

med mindre empati (Hancock et.al., 2020; Forozeiya et.al., 2019; Mahvar et.al., 2021; Page et al., 2018). Mange av disse opplevelsene førte igjen til sterke følelser som sinne, frustrasjon, angst, frykt, nederlag og demoralisering hos helsepersonellet (Hancock et.al., 2020; Forozeiya et.al., 2019). Disse emosjonelle opplevelsene kunne ofte sette seg i kroppen som en overveldende utmattelse (Hancock et.al., 2020). Intensivsykepleierne beskrev en «konflikt på innsiden» (Forozeiya et.al. 2019; Page et al., 2018). Denne fysiske utmattelsen sammen med den følelsesmessige belastningen det er å jobbe på en intensivavdeling, har en signifikant påvirkning på helsepersonellet (Hancock et.al., 2020 og Forozeiya et.al., 2019; Mahvar et.al., 2021). Dette påvirker igjen pleierens evne til å ta vare på seg selv (Mahvar et.al., 2021). Pleiere som ble inkludert og som opplevde empowerment og myndiggjøring på jobben opplevde færre episoder med moralsk stress (Condon et al., 2021).

Avslutningsvis var det vanlig for mange av sykepleierne at de ikke klarte å legge jobben bak seg etter endt skift (Hancock et.al., 2020). Dette påvirket ofte pleierne negativt ved at de isolerte seg fra personene de var glad i, eller de hadde behov for kontakt med andre i frykt for at noe fælt kom til å skje (Hancock et.al., 2020 og Forozeiya et.al., 2019). Totalt sett førte disse negative erfaringene til en redusert kvalitet på helsehjelpen som ble gitt, ettersom den inneholdt mindre empati og medfølelse (Hancock et.al., 2020). Intensivsykepleiere gruet seg ofte til å gå på jobb, de kunne slite med insomnia eller utmattelse (Forozeiya et.al., 2019). Her spilte også erfaring en rolle, og de som hadde jobbet under tre år på en intensivavdeling opplevde ofte det moralske stresset som mer plagsomt (Forozeiya et.al., 2019). Det å ha gode relasjoner, gjerne til noen som hadde kjennskap til eller jobbet på en intensivavdeling, og kunne diskutere og snakke om det moralske stresset med disse, var viktig (Forozeiya et.al., 2019). Da var det flere intensivsykepleiere som forstod at det moralske stresset var en del opplevelse, og noe man opplever *fordi* man jobber på en intensivavdeling, og ikke fordi man kommer til kort som helsepersonell eller person (Forozeiya et.al., 2019).

Helsepersonellet så at det var behov for nye strategier, blant annet bedre organisering av avdelingen og personalet, regelmessig debriefing etter høy-intensitets situasjoner, mer fokus på mental helse, fokus på teambuilding og en respektfull kommunikasjon og oppførsel (Hancock et.al., 2020). Forozeiya et.al. (2019) la spesielt vekt på betydningen av informasjon. En klar og tydelig

informasjon fra lege til pasient, og en god og ærlig dialog med pårørende om pasientens videre behandling og prognose var viktig for å redusere det moralske stresset.

## 3 Metode

I dette kapittelet vil vitenskapsteoretiske metoder og verktøy benyttet i denne studie beskrives, samt hvordan designet på studien er lagt opp. Det vil også gjøres rede for hvordan innsamling av empiri og søkestrategier er utført, samt hvordan disse dataene er kritisk vurdert og analysert. Deretter presenteres metodisk fremgangsmåte for å sikre pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Til sist forklares de forskningsetiske vurderingene som ligger til grunn for studiens arbeid.

### 3.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteoriens prinsipper er sentralt i vitenskapelige forskningsmetoder, uavhengig av valgt metode. Alle mennesker tolker og fortolker informasjon vi mottar på forskjellig måte, da man ser informasjonen fra sitt ståsted og sin situasjon. Det er, for et menneske, umulig å være 100% objektiv. Dette spenner fra valg av tema, innsamling av empiri, valg av medtatt teori, analyse, diskusjon og konklusjon. Derfor er det spesielt viktig å arbeide ut fra vitenskapelige metoder som hjelper å gjøre de ulike deler i en studie mindre subjektivt (Nyeng, 2012).

Det er i hovedsak tre retninger innenfor vitenskapelige forskningsmetoder:

1. Naturvitenskapelig
  - a. Har til hensikt å forklare fakta om «hva», ved hjelp av kvantitativ og objektiv forskning (Nyeng, 2012).
2. Humanistisk
  - a. Har til hensikt å forklare «hvorfor eller hvordan» noe er eller oppfattes, gjennom kvalitativ og subjektiv (objektens subjektivitet) forskning (Nyeng, 2012).
3. Samfunnsvitenskapelig
  - a. En blanding av naturvitenskapelig og humanistisk metode, hvor det både undersøkes fakta om hva, men også hvorfor eller hvordan noe er eller oppfattes (Nyeng, 2012).

### 3.2 Design

For å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene var hensikten å utforske hvordan andre intensivsykepleiere tenker og mener rundt emnet. En metode for dette hadde vært å velge et kvalitativt design og sett på de regionale og lokale forholdene. I dette tilfellet var det ønskelig å få et større bilde på hvordan intensivsykepleiere opplevde det å gå fra behandling til palliasjon i en

intensivavdeling. Derfor var det hensiktsmessig å velge litteraturstudie som metode med fokus på kvalitative enkeltstudier. Denne studien falt dermed inn under den humanistiske forskningsmetoden, mer spesifikt tematisk analyse etter Aveyards (2019) metode. Litteraturstudier har en spesifikk fremgangsmåte og følger anerkjente stadier av forskningsprosessen (Graneheim & Lundman, 2004, Moule et. al, 2016). Dette innebar å ha en klar og definert problemstilling og forskningsspørsmål. Søk av relevant litteratur ble deretter utført, vurdert og evaluert for deres gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Aveyard, 2019). Det publiseres stadig ny forskning og for å kunne klare å fange alle studier på et emne en er interessert i vil som regel være umulig. Derfor ville muligheten for å lese litteraturstudier som bidro til å samle, presentere og analysere allerede tilgjengelig litteratur, gjøre det lettere å få tilegnet seg kunnskap på området (Aveyard, 2019).

### **3.3 Søkestrategi og innsamling av data**

For at en litteraturstudie skal være troverdig er det viktig å ha en klar systematisk søkeprosess som kan testes for å se om det faktiske søket kan utføres på nytt av noen andre. Ved å vise til og utføre en systematisk søkeprosess vil leseren av studiet kunne anta at artiklene som har blitt brukt, ikke er håndplukket av det forfatteren selv ønsker eller gagnar i forhold til problemstillingen til studiet (Aveyard, 2019). Før litteratursøket ble utført var det nødvendig å legge en plan på utførelsen av søkestrategien. Etter Aveyard's (2019) metode ble søkene utført i passende og anerkjente databaser. Det ble utarbeidet et PICO- skjema (Problem, Intervention eller issues, Comparison eller context og Outcome) i forkant med relevante nøkkelord som gjorde søkene lettere i de forskjellige databasene. Aveyard (2019) utdyper viktigheten av inklusjons- og eksklusjonskriterier og å bearbeide eller forandre kriteriene fortløpende for og ikke havne på et sidespor av funn en egentlig ikke trenger. Det ble da enklere å holde fokus på problemstillingen og forskningsspørsmålene i det screeningen av funnene ble utført i de forskjellige søkene.

**Tabell 1 PICO-skjema**

<p>Hva er formålet med søket?</p> <p>Litteraturstudie med tematisk analyse</p>			
<p><b>Problemstilling formulert som et presist spørsmål:</b></p> <p>Hvordan opplever intensivsykepleiere begrensning av livsforlengende behandling i intensivavdelingen?</p>			
<p><b>Pasientgruppe, populasjon el. problem:</b></p>	<p><b>Intervensjon, tiltak el. eksponering:</b></p>	<p><b>Sammenligning el. alternative tiltak:</b></p>	<p><b>Utfall, endepunkter:</b></p>
<i>Intensivsykepleier</i>	<i>Begrensning av behandling</i>		<i>Etiske utfordringer</i>
<i>Critical illness</i>	<i>Decision making</i>		<i>Ethics</i>
<i>Critical care</i>	<i>Withdraw</i>		<i>Conflict</i>
<i>Nurs*</i>	<i>Withhold</i>		<i>Dilemma</i>
<i>Intensiv care</i>	<i>Communication</i>		<i>End of life</i>
			<i>Death</i>
			<i>Dying</i>
<p><b>Hvilken type litteratur er av interesse (sett eventuelt flere kryss):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Systematiske oversikter <input checked="" type="checkbox"/> Primærstudier</p>			
<p><b>Eventuelle begrensninger:</b></p> <p><i>Kun pasienter &gt;18 år, Artikler som ikke eldre enn fra år 2010, kun kvalitative primærstudier.</i></p>			
<p> </p>			

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Voksne ≥ 18 år	Barn og ungdom < 18 år
Engelske og/eller skandinaviske artikler	Artikler uten fulltekst på engelsk eller skandinavisk språk
Fagfelleverderte artikler	Artikler med kvantitativ eller mikset metode
Artikler med et rent kvalitativt design	Artikler publisert før 2010
Etisk beslutningstaking ved å tilbaketrekke/tilbakeholde behandling	Ikke fagfelleverdert
Artikler publisert fra 2010 til 2022	
Fagfelleverdert	

Keywords er nøkkelord som artiklene enten har i tittel eller i abstract. Etter Aveyard's (2019) metode ble åpne søk utført i starten for å få et overblikk over antall treff. Deretter ble flere nøkkelord satt sammen i ulike kombinasjoner for å unngå at eventuelle artikler gikk tapt. For å kombinere nøkkelordene ble det brukt AND imellom. Videre ble OR brukt imellom nøkkelordene for å søke på for eksempel «withhold» OR «withdraw» for å øke omfanget av artikler der nøkkelordene var synonyme. Det siste ordet i søkestrategien mellom nøkkelord var NOT for å ekskludere for eksempel barn i søket.

PICO-skjema, inklusjons- og eksklusjonskriterier sammen med en beskrivelse av hva litteraturstudiet etterlyser ble sendt til sykehusets bibliotekar. En avtale med en sykehusbibliotekar ble utført og en samtale vedrørende søkets struktur, utførelse og databaser ble diskutert. I samråd med veiledere var det ønskelig med søk i fire databaser. Det ble derfor utført søk i Ovid Medline, en database som innehar omfattende medisinsk- og sykepleierelaterte artikler. Søk i Cinahl ble utført som er en database som inneholder sykepleierelaterte artikler fra Nord Amerika og Europa. Videre ble det



gjort søk i databasen PsycINFO som har artikler som omfatter psykologi, psykiatri, psykisk omsorg og barneutvikling. Sykehusets bibliotek hadde kun tilgang til de tre databasene. Det fjerde søket ble utført av undertegnede i databasen Web of Science som er en database som omfatter et vitenskapelig- og samfunnsvitenskapelig register av artikler. Etter utførelsen av de forskjellige søkene ble funnene importert inn i programmet EndNote der duplikater av artikler funnet i de forskjellige databasene ble fjernet. I alt ble det funnet 743 artikler. Etter at duplikasjonene ble fjernet var det 390 artikler igjen. Dersom innsamlet empiri ikke svarte på problemstilling eller forskningsspørsmål, verken direkte eller indirekte, mistet studien sin validitet. Disse artiklene ble derfor screenet med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved å lese tittel og abstract. Hvis det var usikkerhet om tittel og abstract svarte på problemstillingen ble fulltekst lest. Dette førte frem til eksklusjon av 376 artikler slik at det var 14 stykker som ble lest i fulltekst. Etter å ha lest artiklene i fulltekst ble syv artikler ekskludert. Av de ekskluderte artiklene var det artikler som ikke var fagfellevurdert, selv om dette var et av kriteriene i søket. Det ble også ekskludert artikler som beskrev etiske utfordringer vedrørende behandling, men som ikke inkluderte beslutningstakingen eller opphør av behandling slik at relevansen knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålene ikke samsvarte. Derfor var det syv artikler som ble analysert for videre gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i forhold til denne oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Søkelogg er vedlagt (Vedlegg nr 1-4). Et avsluttende søk ble utført 5.11.22 uten funn av nye relevante artikler.

### **3.4 Kritisk vurdering av artikler**

Å kritisk vurdere artikler vil ifølge Aveyard (2019) bidra til å øke forståelsen for de forskjellige artiklene og hvilke styrker og svakheter artiklene besitter. Aveyard (2019) og veiledere anbefalte å bruke CASP-skjema (Critical Appraisal Skills Programme) som har et spesifikt skjema til å kvalitetsvurdere hver enkelt studie. Det ble derfor lagt vekt på flere punkter for å se på kvaliteten til artiklene. CASP-skjemaene til hver enkelt artikkel er vedlagt (Vedlegg 5-11).

Først ble det lagt vekt på forfatterens bakgrunn og tidligere erfaring for å vurdere om forfatterne hadde de kvalifikasjonene og innsikt i fagfeltet som skal til for å kunne utføre en kvalitativ metode. Deretter ble de utvalgte artiklene sjekket at de hadde blitt publisert i et fagfellevurdert tidsskrift. Videre ble artiklene vurdert etter om det fremkom et klart forskningsspørsmål og om metoden som ble brukt besvarte forskningsspørsmålet på en best mulig måte. I kvalitativ forskning er antall deltakere få og utvalget kan bestå av en hensiktsmessig utvelgelse, teoretisk utvelgelse eller

«snøballmetoden» der deltakere ble invitert underveis (Aveyard, 2019). Hvis utvalget av deltakere var tilfeldig, ble det satt et spørsmålstegn til hvorfor denne studien skulle bli inkludert (Aveyard, 2019). Videre ble det sett på hvordan datainnsamlingen ble utført og om innsamlingen ble utført bestemt og systematisert. Til slutt ble artiklene sjekket om hvordan utførelsen av analysen ble utført og hvordan de kom frem til temaene (Aveyard, 2019).

### **3.5 Analyse**

Etter at artiklene ble kritisk vurdert med hjelp av CASP, ble artiklene analysert for videre innhold. En forenklet tematisk analyse, i tråd med Aveyard (2019), er en simplifisert form for analyse. Denne oppgaven følger Aveyards (2019) fremgangsmåte. Aveyard (2019) beskriver fremgangsmåten i syv deler. I den første delen ble temaene i de forskjellige artiklene identifisert og tabellisert ved å lese artiklene nøye og notere underveis. Da ble det lettere å få en oversikt over hva de forskjellige artiklene hadde som hovedfunn. Flere av temaene i artiklene hadde annerledes ordklang, men ofte samme betydning. Temaene ble derfor satt under hverandre og kategorisert med 1-3 der temaene hadde sammenheng (Tabell 3). Deretter ble alle temaene sortert til passende overordnede temaer ved å diskutere dette med annet helsepersonell da denne avhandlingen kun har en forfatter. Dette førte til tre overordnede temaer som vil bli presentert senere (tabell 4). Styrkene og svakhetene til hver enkelt studie ble identifisert ved bruk av CASP-skjema. De overordnede temaene ble til stadighet utviklet ved å se om det kunne være andre måter å presentere hovedfunnene og få en bedre ordklang og presisjon på hvert enkelt tema. Dette ble utført ved å sammenligne undertemaene i hver hovedgruppe å se om de virkelig passet best under det ene temaet, eller om det burde vært plassert et annet sted. Det var flere av temaene som ved første øyekast ikke hadde virket som ikke hadde noe sammenheng med hverandre, men da temaene ble gjennomgått nøyere viste det seg at for eksempel meningene og tankene til nærmeste pårørende og intensivsykepleierens samarbeid med intensivlegen begge hadde stor innvirkning på intensivsykepleierens hverdag og mentale helse.

**Tabell 3 Identifiserte temaer i de inkluderte artiklene**

Artikler	Jensen et al, 2013	McLeod, 2014	Gallagher et al, 2015	McAndrew & Leske, 2015	Velarde-García et al, 2018	Seidlein et al, 2020	Taylor et al, 2020
Identifiserte temaer							
Tverrfaglig samarbeid	1	1	1	1	1	1	1
Behandlingspotensial	1	1	1	1	1	1	1
Informasjonsflyt og kommunikasjon	1	1	1	1	1	1	1
Pasientens autonomi	3	3	3	3		3	
Nærmeste pårørende		3	3	3	3	3	3
Lidelse av behandling	2	2	2	2	2	2	2
Moralske holdninger	2	2	2	2	2	2	2
Erfaring		2	2	2	2	2	2
Emosjonell respons	2	2	2	2	2	2	2
Profesjonsrolle og ansvar	1	1	1	1	1	1	1
Akseptere den medisinske avgjørelsen		2	2	2	2	2	2
Avslutte behandling	3	3	3	3	3	3	3
Tidspress			2			2	

*Temaene er basert på funnene i de syv inkluderte studiene. De er nummerert etter hvilke tema de kategoriseres under.*

### 3.6 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Denne litteraturstudien bygger på Aveyard's (2019) tolkning av hvordan en skal utføre en litteraturstudie. Hun understøtter sin bok ved å se til Moule et. al (2016) og Polit og Beck (2010) der utførelsen av en litteraturstudie har tydelige rammer og fremgangsmåte. Aveyard (2019) understreker styrkene ved en litteraturstudie der studiet bidrar til å samle forskning på et sted slik at en leser kun leser en litteraturstudie kontra de for eksempel syv forskningsartiklene som er inkludert. Aveyard (2019) påpeker også at det er flere begrensninger ved å utføre en litteraturstudie som ikke klassifiseres som systematisert. Disse begrensningene kan være at søket ikke har fått tak i alle relevante artikler. At det er første gang undertegnende skriver en slik studie

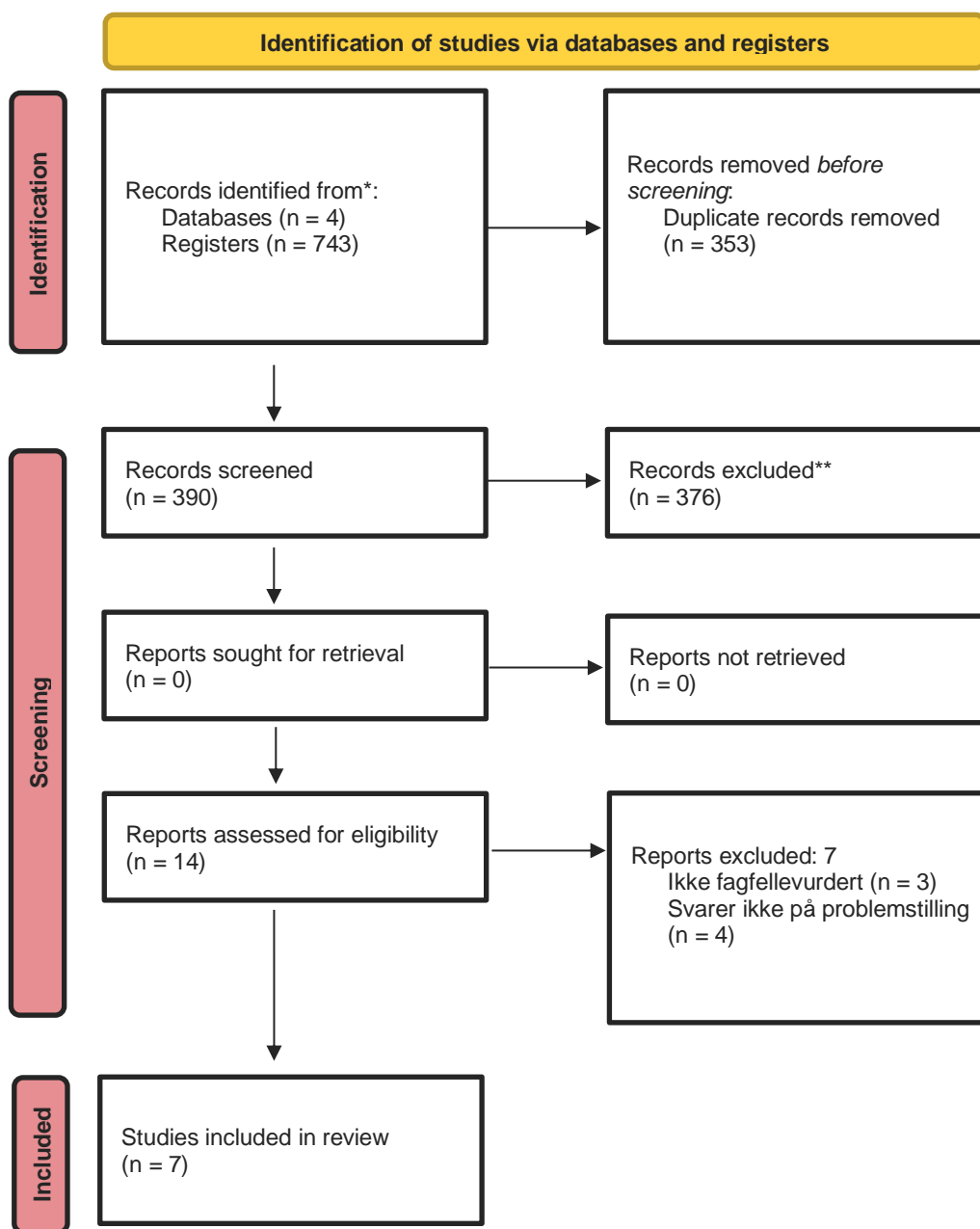
alene bidrar til at vurderingene og analysene som blir utført kan være underkjent eller for unøyaktig utført. I samråd med veiledere ble CASP utført av undertegnede og den ene veilederen for en økt gyldighet og pålitelighet.

### **3.7 Forskningsetiske vurderinger**

Siden en litteraturstudie bruker allerede publisert forskning, er det ikke nødvendig å henvisne seg til norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) eller komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller tilsvarende tjenester i andre land, siden dette skal være gjort av forfatterne av de aktuelle studiene i forkant (Aveyard, 2019). Det er sågar viktig å presisere at denne litteraturstudien kun bruker studier der de forskningsetiske vurderingene og utfordringene er klart skissert og beskrevet slik at deltageres anonymitet og integritet av de forskjellige studiene opprettholdes og ivaretas. Er dette uklart vil studiene bli ekskludert. Det presiseres at henvisning og sitater i denne litteraturstudien vil unngå plagiering av andres publikasjon på en redelig måte.

## 4 Resultater

I dette kapitelet blir de syv utvalgte primærstudiene først vist hvordan de ble utvalgt i henhold til prisma sitt flytskjema. Deretter blir artiklene presentert i en matrise. I matrisen blir artiklene som er utvalgt bli presentert etter tittel, år og forfatter, hvilket formål studien hadde, hvilken form for kvalitativ forskningsmetode som ble utført, hvilke resultater hver enkelt studie har lagt frem og en kritisk vurdering lagt til. Deretter fremkommer en tabell som viser hovedtemaene som ble funnet etter analysen som ble utført. Funnene blir deretter fremstilt temavis.



Figur 1 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

## 4.1 De inkluderte artiklene

Forfatter (år) Land	Tittel	Formål	Metode	Resultat	Kritisk vurdering
Hanne Irene Jensen, Jette Ammentorp, Helle Johanne Ssen & Helle Ørding (2013) Danmark	Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective	Å se på etiske utfordringer i et tverrfaglig team på to forskjellige danske sykehus for å forbedre beslutningsprosessen.	fokusgruppeintervjuer med en semistrukturert intervjuguide.	Resultatet av intervjuene monnet ned til to hovedkategorier. Det tverrfaglige samarbeidet mellom legene og intensivsykepleiere og hvilke fremtidsperspektiver pasientene hadde.	Intensivsykepleiere, intensivleger og primærleger. Totalt elleve intensivsykepleiere og ti leger.
Anne McLeod (2014) England	Nurses' views of the causes of ethical dilemmas during treatment cessation in the ICU: a qualitative study	Utforske intensivsykepleieres oppfatning av etikken knyttet til å holde tilbake og avslutte behandling.	En kvalitativ eksplorativ metode med semistrukturerte intervjuer	Deltakerne identifiserte tre hovedtemaer som danner det etiske grunnlaget ved begrenning av livsforlengende behandling: deres personlige sett av moralske overbevisninger, deres erfaring og beslutningsprose	En kvalitativ eksplorativ metode ble brukt der seks intensivsykepleiere med minimum to års erfaring fra England ble utvalgt og intervjuet en og en etter en semistrukturert

				ssen. Et etisk dilemma dukker opp når forholdet mellom disse bryter sammen.	rt intervjuguide.
Gallagher, A. Bousso, 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) Brazil, England, Tyskland, Irland og Palestina	Negotiate and reorienting a grounded theory of nurses' end-of-life decision making in the intensive care unit	Å forstå intensivsykepleieres beslutningspraksis ved livets slutt på intensivavdelinger i ulike kulturelle kontekster	Grounded theory (databasert teoriutvikling). Semistrukturerte intervjuer.	Hovedkategorien som dukket opp var 'forhandlet reorientering'. Selv om intensivsykepleiere ikke tar de ultimate avgjørelsene ved livets slutt, engasjerer de seg i to kjernepraksiser: konsensussøking (involverer informasjonsoppfordring og kommunikasjon); og emosjonell holding (skaper tid og rom og gir komfort)	grounded theory (databasert teoriutvikling) med en semistrukturert intervjuguide. Deltakerne var 51 intensivsykepleiere med minimum seks måneders erfaring som intensivavdeling. Deltakerne ble plukket ut for å sikre et best mulig mangfold. Intervjuene ble

					henholdsvis holdt i de respektive landene Brasil (ti stykker), England (ni stykker), Tyskland (ti stykker), Irland (ti stykker) og Palestina (tolv stykker).
McAndrew , Natalie S. & Leske, Jane S. (2015) USA	A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units	Hensikten med denne kvalitative, beskrivende studien var å beskrive opplevelser ved begrensning av livsforlengende behandling slik de er oppfattet av intensivsykepleiere og leger	Et deskriptivt kvalitativt design basert på Strauss og Corbins (1998) grounded theory	Det overordnede temaet som ble funnet var at beslutninger om livets slutt er en balansegang. Tre undertemaer dukket opp: emosjonell respons, yrkesrolle og ansvar, og bevisst kommunikasjon og samarbeid.	Studien ble utført i USA der syv intensivsykepleiere med minimums ett års erfaring fra en intensivavdeling og fire leger med intensiv erfaring ble intervjuet en og en.
Juan Francisco Velarde-	Limitation of therapeutic effort	Å beskrive opplevelsen av intensivsykepleiere som praktiserer	En fenomenologisk kvalitativ metode med	Tre temaer ble identifisert angående intensivsykepleie	En fenomenologisk kvalitativ metode ble



García, Raquel Luengo-González and Raquel González-Hervías, César Cardente-Reyes, Beatriz Álvarez-Embarba & Domingo Palacios-Ceña (2018) Spania	experience by intensive care nurses	begrensning av livsforlengende behandling	semistrukturerte og ustrukturerte intervjuer	<p>nes erfaringer når de ble møtt med begrensning av livsforlengende behandling: (a) oppleve lettelse etter beslutningen med å avslutte, (b) akseptere den medisinske avgjørelsen og (c) Intensivsykepleieres opplevelse ved begrensning av livsforlengende behandling og hvordan det er etisk vanskelig å avslutte behandling</p>	<p>brukt der totalt 22 intensivsykepleiere med minimums ett års erfaring fra en intensivavdeling fra Spania ble intervjuet en og en. Intervjuene bestod av to faser, der fase en bestod av en ustrukturert intervjuguide, mens i fase to ble det brukt en semistrukturert intervjuguide på bakgrunn av intervjuene i fase to. Totalt fem intensivsykepleiere deltok i fase en. I fase to var det 17</p>
---	-------------------------------------	---	--	--	---

					intensivsykepl eiere som ble intervjuet.
Anna- Henrikje Seidlein , Arne Hannich, Andre Nowak, Matthias Gründling, Sabine Salloch (2020) Tyskland	Ethical aspects of time in intensive care decision making	Studien utforsker mønstre for beslutningstaking angående fortsettelse, tilbaketrekking og tilbakeholdelse av behandling i en intensivkontekst	Observasjon i praksis og semistrukturert intervju	Tre temaer relatert til tid dukket opp angående eskalering eller deeskalering av terapier: tidens innflytelse på prognose, tid som en knapp ressurs og timing i forhold til beslutningstaking . Studien avslører også ambivalensen til tid som en norm for beslutningstaking . Utfordringen med å håndtere tidsrelatert innsats i intensivavdelinge n skyldes spenningen mellom behovet for å vente med å optimalisere	En tredelt innhenting av kvalitative data ble utført. Først observerte forskerne en intensivavdeli ng i Tyskland uten deltagelse i praksis. Deretter ble fem intensivsykepl eiere og fem intensivleger med minimums ett års erfaring fra en intensivavdeli ng intervjuet etter en semistrukture rt intervjuguide laget på bakgrunn av

				pasientbehandlingen, som må balanseres mot det betydelige tidspresset som er karakteristisk for intensivavdelingene.	deres tidligere observasjoner. I intervjuet ble faktorer ansett som etisk utfordrende vektlagt.
Ine Henriette Fossum Taylor, Alfhild Dihle, Kristin Hofsø, Simen Alexander Steindal (2020) Norge	Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care patients: A qualitative study	Å utforske erfaringene til intensivsykepleiere når de deltar i tilbaketrekking av livsoppretholdende behandlinger fra intensivavdelingspasienter	En kvalitativ metode med et beskrivende og utforskende design. Semistrukturert intervjuguide	Tre kategorier dukket opp fra dataanalysen: Intensivsykepleieres opplevelser av stress i prosessen ved avslutning av behandling; et krav om tverrfaglig støtte og samarbeid; og elementer for å oppnå en verdig avslutning i livets slutfase	. En kvalitativ metode med et beskrivende og utforskende design ble utført på fire forskjellige intensivavdelinger på et universitetssykehus og en intensivavdeling på et lokalsykehus i Norge. Totalt var det ni intensivsykepleiere som ble intervjuet ved hjelp av en semistrukturert

						rt intervjuguide. Det var krav om at intensivsykepl eierne måtte ha minimum to års erfaring fra en intensivavdeli ng som i tillegg hadde deltatt i to eller flere prosesser der det ble besluttet å avslutte livsforlengend e behandling.
--	--	--	--	--	--	--

Inkluderte artikler	Jensen et al, 2013	McLeod, 2014	Gallagher et al, 2015	McAndrew & Leske, 2015	Velarde- García et al, 2018	Seidlein et al, 2020	Taylor et al, 2020
Hovedtemaer							
Beslutningsprosessen (1)	X	X	X	X	X	X	X
Etikk og moral (2)	X	X	X	X	X	X	X
Pasient og nærmeste pårørende (3)	X	X	X	X	X	X	X

## 4.2 Beslutningsprosessen

Intensivlege må tydeliggjøre i journal behandlingsnivå og eventuelle begrensninger i behandling (Jensen et al., 2013). For at en intensivavdeling skal kunne drives på en god måte er det vesentlig med et godt tverrfaglig samarbeid. Dette påpeker Gallagher et al., (2015), McAndrew og Leske (2015), McLeod (2014) Jensen et al., (2013), Seidlein et al., (2020), Taylor et al. (2020) og Velarde-García et al., (2018) er spesielt viktig vedrørende beslutningsprosessen. God og tidlig kommunikasjon på det tverrfaglige nivået, men også med pårørende og eventuelt pasient hvis dette lar seg gjøre, bidrar til et helhetlig samarbeid. Profesjonene føler seg sett og ivaretatt som også er med på å bidra til en mindre stresset hverdag. Pasient og pårørende vil også føle seg sett og hørt ved god kommunikasjon. Selv om dette er en god standard for et tverrfaglig samarbeid rundt beslutningsprosessen, påpeker McLeod (2014) og McAndrew og Leske (2015) at det ofte kan være vanskelig å utføre dette. Grunner til dette kan være usikkerhet vedrørende pasientens tilstand, uerfarne leger og intensivsykepleiere eller uklare beskjeder til pasient og pårørende angående videre behandling. Når det gjelder den endelige beslutningen så er dette intensivlegens ansvar og i enkelte studier fremkommer det at sykepleierne er med på påvirke beslutningsprosessen, men at de ikke har noe bestemmelsesrett (Jensen et al., 2013; McAndrew & Leske, 2015; McLeod, 2014; Taylor et al., 2020).

Videre kommer det frem i studien til Velarde-Garcia et al. (2018) at intensivsykepleierne ikke deltar i beslutningsprosessen. De kan gi kommentarer og si hva de mener, men de føler at de ikke får noen gjennomslagskraft noe som utløper i frustrasjon. Det påpekes også at intensivsykepleierne er tilstede hos pasienten døgnet rundt og ser pasienten helhetlig og må ta mange tunge og vanskelige samtaler med pårørende. Likevel anses ikke denne kunnskapen seg som nyttig da det ikke finnes noen retningslinje eller protokoll for dette (Velarde-Garcia et al., 2018). Ønsket om en større deltagelse i en beslutningsprosess var viktig for alle intensivsykepleierne i studiene selv om det inngår at det er legene ene og alene som står ansvarlig for beslutningen Gallagher et al., (2015), McAndrew og Leske (2015), McLeod (2014) Jensen et al., (2013), Seidlein et al., (2020), Taylor et al. (2020) og Velarde-García et al., (2018). Det fremkommer også av studiene at intensivsykepleierne ofte var mer pessimistisk i prognosen av intensivpasienten enn legene og de følte på etiske utfordringer da de selv mente behandlingen som ble gitt var nytteløs og unødvendig stressende for pasienten (Gallagher et al., 2015; McAndrew og Leske, 2015; McLeod, 2014; Jensen et al., 2013; Seidlein et al., 2020; Taylor et al., 2020; & Velarde-García et al., 2018).

### 4.3 Etikk og moral

Mange intensivsykepleiere er mer pessimistisk til utfallet av et intensivopphold enn legene og kommer tidligere på banen med spørsmålet om begrensning av livsforlengende behandling (Jensen et al., 2013; Velarde-Garcia et al., 2018). Mange leger vegrer seg eller synes det er utfordrende å ta en avgjørelse. Kontinuitet nevnes også som en faktor for å kunne ta en tydelig og tidligere stilling til pasientbehandlingen kontra mindre kontinuitet. Moralsk stress sees også hos intensivsykepleiere når en avgjørelse ikke blir tatt eller utsatt (Gallagher et al., 2015; McAndrew og Leske, 2015; McLeod, 2014; Jensen et al., 2013; Seidlein et al., 2020; Taylor et al., 2020; & Velarde-García et al., 2018). Intensivsykepleiere må ofte være helt nøytral til pårørende og hverken uttale en god prognose eller en dårlig prognose til tross for at mange intensivsykepleiere har en intuisjon om at prognosen er dårlig og at pasienten ikke vil overleve (Jensen et al., 2013).

I studien til Velarde-Garcia et al. (2018) er det flere intensivsykepleiere som forteller om etiske utfordringer og moral stress vedrørende behandlingen som gis til pasienten. De forteller at de ofte ser at behandlingen ikke fører noen vei, men kun holder pasienten i livet. Videre forteller de at de føler på pasientens og pårørendes smerte og at dette gjør dem utslitte. Intensivsykepleierne forteller videre at tanken om «hvorfør i all verden driver vi med dette?» ofte dukker opp ved pasientsituasjoner der det menes at pasienten blir overbehandlet og at behandlingen burde avsluttes for pasientens beste (Taylor et al., 2020; Velarde-Garcia et al., 2018). Etter at beslutningsprosessen er tatt og det bestemmes at all livsforlengende behandling skal avsluttes er det intensivsykepleieren som avslutter behandlingen. Intravenøs behandling kobles vekk, endotrachealtube fjernes og ellers annet utstyr som er livsforlengende stoppes. Dette opplever intensivsykepleierne som ubehagelig og de føler seg som en bøddel både fremfor pasienten, men også pårørende som kanskje er til stede. En slik fremtoning av det tverrfaglige samarbeidet har ført til at flere intensivsykepleiere opplever en umoralsk og ubehagelig opplevelse der flere ikke ønsker å være den som avslutter behandlingen (Taylor et al., 2020; Velarde-Garcia et al., 2018). Ved andre anledninger opplever intensivsykepleieren det som en lettelse når livsforlengende behandling begrenses ettersom opplevelsen av overbehandling og at pasienten blir pinet unødvendig endelig tar slutt (Taylor et al., 2020; Velarde-Garcia et al., 2018).

Det fremkommer fra (Taylor et al., 2020) at intensivsykepleieren ofte kunne føle seg alene og ansvarlig for pasient, pårørende og den avsluttende behandlingen som var stressende og

ubehagelig. Videre sees det en sammenheng mellom stress og emosjonell påvirkning av intensivsykepleieren desto mindre erfaring intensivsykepleieren har. Å avslutte behandling av en intensivpasient har for noen vært utfordrende på den måten at de tar med seg «jobben hjem» og tenker mye på hva en kunne gjort annerledes for pasient og pårørende (Seidlein et al., 2020; Taylor et al., 2020).

Seidlein et al., (2020) tar frem utfordringene en intensivsykepleier stadig kan møte på. Behandling som «fryses», altså at en fortsetter med samme behandling, men man legger ikke til eller fjerner noen form for behandling, eller at intensivlegen setter hjerte-lungeredning minus i journalen, men at det ikke alltid blir tilfellet ved en hjertestans. Dette frustrerer og kan ofte være problematisk for intensivsykepleieren som i utgangspunktet tenker at denne pasienten ikke vil overleve uansett. Det er derfor viktig med tydelig journalføring for videre behandling (Seidlein et al., 2020).

For å få en verdig avslutning i livets slutfase uttrykkes det flere ganger at en tydelig og god plan vedrørende beslutningsprosessen og kommunikasjon tverrfaglig samt med pårørende er helt essensielt for at det tverrfaglige teamet og pårørende føler at pasienten har fått all den behandlingen som kan tilbys, men at det ikke alltid strekker til (Gallagher et al., 2015; McAndrew og Leske, 2015; McLeod, 2014; Jensen et al., 2013; Seidlein et al., 2020; Taylor et al., 2020; & Velarde-García et al., 2018). Dette kan føre til en verdig avslutning av pasientens liv og konflikter kan unngås (McAndrew & Leske, 2015). Det er viktig å se den enkelte pasient og utarbeide en skreddersydd behandlingsplan for det konkrete tilfellet (McLeod, 2014). På denne måten unngår man at pasienten blir en del av et samlebånd, men man ivaretar pasienten og bidrar til at vedkommende får en verdig avslutning på livet sitt. Tidlig og god kommunikasjon mellom helsepersonellet når det kommer til behandlingsnivå kan bidra til dette (McLeod, 2014).

Intensivsykepleiere skal være profesjonelle i sitt arbeid, men noen ganger kan følelsene ta overhånd ved dødsfall. Ved andre anledninger kan pårørende være uenige i beslutningstagningen om å avslutte behandling enten med det medisinske teamet eller innad i familien (McAndrew & Leske, 2015; Taylor et al., 2020). Det kommer da frem fra en intensivsykepleier at det er like viktig å være profesjonell og objektiv selv om pårørende er uenig i avgjørelsen for å unngå videre eskalering og en uverdigg død for pasient og pårørende (McAndrew & Leske, 2015). Videre kommer det frem at intensivsykepleiere fra studien til McAndrew og Leske (2015) og Velarde-Garcia et al. (2018) at

intensivsykepleierne tar et klart standpunkt at de skal være pasientens og pårørendes advokat og en intensivsykepleier fra studien til McAndrew og Leske (2015) tar frem et eksempel der legen ikke ville forordne morfin til den dødende pasienten. Intensivsykepleieren fikk viljen sin til slutt og påpeker viktigheten av å stå opp for pasienten selv om en møter motstand slik at pasienten kan få en verdig avslutning på livet.

Etiske utfordringer oppstår når begrensninger i behandlingen settes og den kurative behandlingen omgjøres til ren palliasjon (Gallagher et al., 2015). Slike utfordringer er spesielt krevende for intensivsykepleiere å stå i der det i varierende grad er uvisshet om hvilken prognose intensivpasienten har. Kjernetemaet som ble lagt frem i studiet til Gallagher et al. (2015) var «forhandle og reorienterte». Dette baserte seg på intensivsykepleierens ansvar for at pasienten skulle få en så verdig og smertefri død som mulig. Det var i intensivsykepleierens interesser å kunne fremforhandle en god palliativ strategi sammen med legen for å lette ubehag intensivpasienten kan ha og være en støttespiller for pårørende. Pårørende kan få mye informasjon av legene og studien legger vekt på at det er viktig at intensivsykepleieren som ofte er mye med pasient og pårørende reorienterer disse om informasjon som tidligere har blitt gitt om behandlingssituasjonen videre der dette er mulig (Gallagher et al., 2015). Hvis legen var erfaren og rolig hjalp dette på stressnivået til intensivsykepleierne og følte at pårørende ble ivaretatt og at pasienten fikk en verdig død (Taylor et al., 2020). Elementer for å oppnå en verdig avslutning i livets slutfase vektlegges det hovedsakelig på god kommunikasjon med pårørende (og til pasient hvis mulig), og det å kunne gi pasienten god lindring og en estetisk død (Taylor et al., 2020).

#### **4.4 Pasient og nærmeste pårørende**

Det har blitt større fokus på pasientenes autonomi og hva de ønsker av behandling. Likevel er det et etisk dilemma der i de tilfellene pasienten er våken og klar og orientert at et spørsmål om behandlingsnivå og pasientens ønsker kan være utfordrende å tolke (Gallagher et al., 2015; McAndrew og Leske, 2015; McLeod, 2014; Jensen et al., 2013; Seidlein et al., 2020; Taylor et al., 2020; & Velarde-García et al., 2018). Pasientens nåværende situasjon kontra pasientens ønsker før innleggelsen på en intensivavdeling kan være to vidt forskjellige ønsker. Pårørende stiller her også en rolle hvis pasienten ikke er våken og pasienten har uttrykket hvilke ønsker pasienten har hatt før en innleggelse. Selv om pasienten har uttrykt et ønske eller for eksempel har det skriftlig i en



kjernejournal eller et testament at de ikke ønsker livsforlengende behandling hvis de blir kritisk syke, så er det mange intensivleger som synes det er etisk vanskelig å forholde seg til dette ønske da det i den nåværende intensivsituasjonen kan ha endret mening (Seidlein et al., 2020). Det tas også opp i studien til Gallagher et al. (2015) at det hadde vært hensiktsmessig og fornuftig at primærlegen på sengeposten spør det vanskelige spørsmålet om hvis du får hjertestans eller blir alvorlig kritisk syk, vil du da bli ressuscitert og hvilke behandlingsnivå ønsker du? Dette uttrykker primærlegene i studien som svært vanskelig da de ved innleggelse plutselig får spørsmålet om hva sykehuset skal gjøre ved pasientens død eller ved alvorlig sykdom. Av studien til Gallagher et al. (2015) viser til at intensivsykepleierne i de forskjellige landene forsøker å forlenge den livsforlengende behandlingen slik at familiemedlemmer rekker å se pasienten og ta farvel, selv om dette avviker fra praksisen på de forskjellige sykehusene. Det blir også fremstilt viktigheten til å ta hensyn til religiøse seremonier ved livets slutfase slik at deres tro og verdighet blir opprettholdt (Gallagher et al., 2015).

I studiet til McAndrew & Leske (2015) ble et overordnet tema identifisert; «beslutningstaking ved livets slutt er en balansegang». Ut ifra dette temaet ble tre undergrupper dannet. Emosjonell respons, faglig rolle og ansvar og bevisst kommunikasjon og samarbeid. Den emosjonelle responsen ble definert som å forstå og handle ut ifra ens egen og pasientens og pårørendes oppfatning av livskvalitet. Intensivsykepleiere beskriver i studiet at det kan oppstå vonde følelser i pasientsituasjoner, men at de ønsker å være profesjonelle slik at deres emosjonelle påvirkning ved avsluttende behandling på en pasient skal foregå så verdig som mulig. Den faglige rollen og ansvaret intensivsykepleieren har beskrives som å opptre som pasientens advokat, mens en lege beskriver sin rolle å få et større overblikk over hvem pasienten er i samråd med pårørende og hva som kan være eventuelle behandlingsalternativer (McAndrew & Leske, 2015). Ved god kommunikasjon og samarbeid på tvers av profesjoner og med pasient og pårørende, kommer det frem at helhetsopplevelsen av behandlingsprosessen aksepteres og føles riktig hos alle parter. Der kommunikasjon og samarbeid er redusert eller delvis, kan dette bidra til uetiske hendelser og moralsk stress.

## 5 Diskusjon

Denne studien har sett nærmere på tidligere kvalitativ forskning vedrørende intensivsykepleieres opplevelser av å stå i en prosess der livsforlengende behandling begrenses er det ønskelig å se på hvilke opplevelser og subjektive meninger intensivsykepleiere har om emnet samt hvordan dette påvirker intensivsykepleieren individuelt og profesjonelt.

Dette er forsøkt belyst ved problemstillingen: «Hvordan opplever intensivsykepleiere begrensning av livsforlengende behandling i intensivavdelingen?»

Det er også utarbeidet forskningsspørsmål som skal støtte oppunder, og gre ut om problemstillingen.

### Forskningsspørsmål 1

Hvordan opplever intensivsykepleiere etiske utfordringer relatert til pasient og pårørende ved begrensning av livsforlengende behandling til intensivpasienten?

### Forskningsspørsmål 2

Hvordan opplever intensivsykepleiere den tverrfaglige vurderingen i beslutningsprosessen av intensivpasienten (den tverrfaglige prosessen og dokumentasjonen)?

### Forskningsspørsmål 3

Hvordan påvirker begrensning av livsforlengende behandling intensivsykepleieres arbeidsliv og privatliv?

Gjennom diskusjonen sees det nærmere på hvordan resultatene belyser problemstillingen, samt forskningsspørsmål. Studiene som er inkludert i denne studien er hentet fra flere ulike land og kontinenter. Resultatene fra disse er strukturert i tabellform etter Aveyard (2019), hvor de viktigste funnene er trukket frem. De sentrale temaene som ble belyst i studiene var for det meste relevante også for norske intensivavdelinger. Det viser seg altså at intensivsykepleiere står i mange lignende, krevende og etisk utfordrende situasjoner på verdensbasis. I dette kapittelet diskuteres funnene i resultatdelen opp mot tidligere forskning, lovgivning, litteratur og egne erfaringer.

Gjennom arbeidet med datainnsamling og analyse er det noen tydelige temaer som stikker seg ut. Beslutningsprosessen, hvor det tverrfaglige samarbeidet er sentralt, og går igjen i de fleste studier medtatt i resultatdelen. Etikk og moral, hvor fornuften og plikter settes opp mot lovverk, samt hvordan dette påvirker intensivsykepleiernes mentale helse grunnet moralsk stress. Verdig avslutning, hvor pasientens autonomi og selvbestemmelse er i fokus. Pasient og nærmeste pårørende, hvor kommunikasjon, informasjon og medvirkning i behandlingsforløpet står sentralt. Metoden, fra datainnsamling til konklusjon, diskuteres til slutt.

## **5.1 Beslutningsprosessen**

### **5.1.1 Blir intensivsykepleieren hørt i en tverrfaglig sammenheng?**

Loven sier altså at det er legenes ansvar å bestemme behandlingsnivå til pasienten jf hpl § 4 tredje ledd. Intensivsykepleieren er hos pasienten døgnet rundt og føler på et ansvar om å være pasientens advokat, og på denne måten sikre at pasienten får den behandlingen som er hensiktsmessig. Dersom intensivsykepleieren oppfatter pasienten, basert på tidligere erfaringer med andre pasienter, å være preterminal og at videre behandling kun vil føre til lidelse, er det vesentlig å kunne videreformidle dette til ansvarlig lege slik at god lindring kan gis.

Resultatene viser til utfordringer knyttet til nettopp dette. I tilfeller med dårlig kommunikasjon og/eller dokumentasjon fra legenes side i forhold til videre anbefalt plan og behandling, møtte ofte intensivsykepleierne på etiske utfordringer knyttet til pasientbehandling. Ofte var intensivsykepleierne tidligere ute enn legene med å fastslå at videre behandling var nytteløst, og de kjente derfor på at det var umoralsk for pasienten å forlenge den «pågående dødsprosessen». Resultatene viser også til at uvisshet om pasientens prognose bidro til å sette intensivsykepleierne i spesielt krevende situasjoner. Det å få ta del i beslutningsprosessen og bli hørt, er derfor et poeng som bør løftes frem, da dette også bidrar til en bedre helhetsopplevelse og aksept for hele prosessen også for pasient og pårørende.

### **5.1.2 Faglig forsvarlighet**

All helsehjelp være basert på gode medisinske beslutninger som igjen bygger på helsefaglige og etiske vurderinger der pasientens rettigheter respekteres og ivaretas. Beslutningene skal være

faglig forsvarlige og man skal gi omsorgsfull hjelp jf hpl § 4 (Helsedirektoratet, 2013). Denne paragrafen gjelder for helsepersonell, hvor både leger og sykepleiere er omfattet. Dersom en lege tenker det er forsvarlig å ta beslutninger på egenhånd uten å inkludere intensivsykepleieren i beslutningsprosessen, så har legen sitt på det rene. Det er ikke i strid med loven, og det kan tenkes at det er forsvarlig og i tråd med de etiske retningslinjene som legen har å forholde seg til.

### 5.1.3 Trygghet gjennom tydelig kommunikasjon

På den annen side er det mye forskning og mange studier som viser til at samspill og kommunikasjon mellom profesjoner er vesentlig for å få til et godt samarbeid. Åpenhet og det å jobbe mot et felles mål er også styrkende for avdelingen (Vanderspank-Wright et al., 2018). Å gi informasjon tidlig og hyppig nok er videre sentralt for en trygg pasientbehandling. I tillegg opplever pasienter og pårørende hele prosessen bedre ved en tverrfaglig enighet og et godt samarbeid. Alt i alt bidrar dette til at avdelingen med alle dets profesjoner kan unngå stress eller dårlig samvittighet og man kan forebygge etiske utfordringer (Vanderspank-Wright et al., 2018). Dersom intensivlegen eksempelvis har journalført HLR- på en pasient, er det mindre stressende å forholde seg til en uventet hjertestans. Det at intensivsykepleieren vet hvilke begrensninger som gjelder for den enkelte pasient, kan man forhindre mange stressende situasjoner (Magelssen & Førde, 2020; Vanderspank-Wright et al., 2018).

Når det er så mange punkter som taler for å jobbe for et godt tverrfaglig samarbeid på en intensivavdeling, er det synd at mange intensivsykepleiere opplever noe annet i praksis. Til tross for tett pasientoppfølging dag og natt, opplevde intensivsykepleiere ofte at innspill til intensivlegen ble ignorert eller ikke vurdert i det hele tatt (Magelssen & Førde, 2020; Vanderspank-Wright et al., 2018). Resultatene fant at legen ofte kunne inkludere pårørende når det skulle avgjøres behandling for pasienten. Intensivsykepleierne ble sjeldent inkludert i denne studien, og var derfor frustrerte over at deres tanker og meninger ikke ble overveid.

Resultatene viser at det er en viss forskjell på opplevelsen av å jobbe på en intensivavdeling internasjonalt sammenlignet med i Norge. De norske intensivsykepleierne opplevde gode rutiner for et tverrfaglig samarbeid omkring pasientens videre behandlingsstrategi. Kanskje viser dette at norske sykehus har tatt noen steg i riktig retning. Intensivsykepleierne savnet likevel en bedre

rutine for å gå igjennom vanskelige pasientsituasjoner i etterkant av at behandlingsbegrensning var gjennomført. Dersom en slik debrifing hadde blitt implementert i norske intensivavdelinger, ville det trolig bidratt til at sykepleieren kunne fremmet åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (2019) 4.1. Dette igjen kan bidra til et bedre arbeidsmiljø og mindre stress (Vanderspank-Wright et al., 2018). I videre yrkesutøvelse på intensivavdelinger vil det derfor være viktig å forebygge der man kan ved å sette fokus på behovet for økt tverrfaglighet og tydelig kommunikasjon mellom de ulike profesjonene og pasient og pårørende.

All helsehjelp skal være basert på gode medisinske beslutninger som er basert på helsefaglig og etiske vurderinger der også pasientens rettigheter respekteres og ivaretas. Beslutningene skal være faglig forsvarlig og vise omsorg. Dagens moderne medikamenter og utstyr gir en større mulighet for å forlenge livet i en kritisk fase, men en forlengelse vil ikke være gunstig for pasienten hvis en forlengelse kun fører til lidelse. Beslutningsprosessen kan derfor være utfordrende og konfliktfylte (Helsedirektoratet, 2013).

## **5.2 Etikk og moral**

### **5.2.1 Delta i beslutningsprosesser**

En intensivsykepleiers hverdag består ofte av etiske utfordringer og dilemmaer. Pasienter skal følges nøye, de er alvorlig syke, progresjonen kan gå sakte eller reversere, pårørende skal også ivaretas for å nevne noe. I tillegg opplever man i gjennomsnitt at hver tiende pasient man overvåker dør (Norsk intensivregister, 2021). Det er mye som må bearbeides og håndteres som følger at yrkesutøvelsen. Hvordan dette gjøres er selvfølgelig individuelt, og det kan være krevende (Browning, 2013; Vanderspank-Wright et al., 2018). En faktor som intensivsykepleierne i de inkluderte studiene spesielt trekker frem er beslutningsprosessen. Resultatene viser altså at intensivsykepleiere som får anerkjennelse fra leger, og som opplever at deres meninger og observasjoner blir hørt og betraktet i en beslutningsprosess, har det bedre. Det oppstår færre utfordringer både på det profesjonelle og personlige plan.

Det kan tenkes at det å ha en stemme når beslutninger skal tas er ekstra viktig når det er spørsmål om å iverksette begrensning av livsforlengende behandling. Intensivsykepleiere følger pasienter døgnet rundt og er tett på pasienten. Det er samtaler med pasienten hvis mulig, og det er samtaler

med pårørende. Man knytter bånd, og man gir omsorgsfull hjelp jf hpl § 4 om forsvarlighet. Da er det på det rene ifølge resultatene å si at intensivsykepleieren som ikke blir inkludert i beslutningsprosessen, føler seg som en bøddel overfor både pasient og pårørende, ettersom pasienten man lenge har ivaretatt etter beste evne nå skal få seponert livsforlengende medikamenter og utstyr. Man ender opp med å «bare» følge ordre, i stedet for å få anerkjent sitt arbeid, sin kompetanse og sine betraktninger og vurderinger. Vanderspank-Wright et al. (2018) har sett på flere studier som viser at mange intensivsykepleiere fikk dårlig samvittighet og opplevde stress i hverdagen dersom de ikke deltok i beslutningsprosesser, og likevel ble den som måtte gjennomføre begrensende tiltak. Dette vil sammen med «bøddel-rollen» gi intensivsykepleierne en ubehagelig følelse, og støtter opp om at intensivsykepleiere skal ha en aktiv rolle når beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling skal tas.

Sett fra et annet perspektiv er det legen som skal ta avgjørelser vedrørende undersøkelser og behandling for den enkelte pasient, ved samarbeid med annet helsepersonell jf hpl § 4 tredje ledd. Legen står med ansvaret, og det er ikke hjemlet noe sted at sykepleieres eller andre helsepersonells betraktninger og meninger skal hensyntas. Legen har altså rett til å ta beslutninger på egenhånd. På den annen side har pasient og pårørende rett til informasjon og medvirkning jf pbrl §§ 3-1, 3-2 og 3-3. Samtidig fant resultatene at intensivsykepleiere som faktisk deltok i beslutningsprosesser om å begrense eller avslutte livsforlengende behandling, opplevde dette som emosjonelt vanskelig og krevende situasjoner. Dette kan trekke i retning av det ikke bare er positive sider ved å få delta i beslutningsprosessene, men at det må veies opp mot det å ikke bli sett eller hørt.

Når legen sitter med ansvaret for å ta avgjørelser om videre undersøkelser og behandling, er det litt ironisk at det noen ganger ikke foreligger klare rutiner eller dokumentasjon på videre plan for pasienten (Lepidou et al., 2012). Det kan da være lite planlagt eller uklart hva som skal gjøres videre dersom den planlagte behandlingen viser seg på ikke føre frem. Lepidou et al. (2012) understreker videre at det ofte er etisk utfordrende for intensivsykepleierne å følge en pasient til alle døgnets tider uten å se noen form for progresjon. Dette viser også resultatene, som knytter stress til overbehandling av pasienter, dersom pasienter ikke mottar begrensning i livsforlengende behandling der dette er indikert.

Seidlien et al. (2020) kom til lignende resultater i sin studie. Dersom en pasient har dårlig prognose og man likevel iverksetter tiltak, er det tiden som vil vise om man oppnår ønsket effekt eller ikke. Flere intensivsykepleiere opplever lengre intensivbehandlinger utfordrende personlig, ettersom de eksempelvis har vært i lignende pasientsaker tidligere hvor pasienten ikke overlevde. Nytteetikken bør man her ta i betraktning. Overgår nytten ulempen av behandlingen? Og hvem er det behandlingen skal være nyttig for i første omgang – pasienten selv eller intensivsykepleierens helse? Dersom pasienter lider og behandlingsforløpet trekker unødvendig langt ut, oppleves dette ifølge resultatene nytteløst for intensivsykepleierne. Da oppleves det mer meningsfylt å stoppe behandlingen der det er indikert, og heller sørge for god lindring og en verdig død for pasienten i tråd med de yrkesetiske retningslinjene til sykepleierne (Yrkesetiske retningslinjer, 2019).

### 5.2.2 Erfaring har betydning

Resultatene trekker fram at intensivsykepleiere opplever at det kan oppstå vonde følelser i ulike pasientsituasjoner. Likevel ønsker de å forholde seg profesjonelle, for å sørge for en verdig avsluttende behandling for pasienten. Videre viser resultatene at intensivsykepleiere blir tryggere og at de håndterer etiske og moralske dilemmaer bedre jo mer erfaring man har innenfor yrket. Med kortere erfaring fulgte gjerne mer stress på jobb, det var vanskelig å legge fra seg jobben i private settinger, samt at vanskelige situasjoner fra jobben kunne påvirke dem negativt mentalt både i privat og profesjonell sammenheng. Videre påpeker resultatene at intensivsykepleierne som fikk delta i beslutningsprosessen lettere aksepterte at liv ikke stod til å redde, og tverrfaglig støtte og samarbeid var noe man ønsket seg mer av.

På et vis kan man si at det bør gjøres endringer i praksis, med mer tverrfaglighet. Samtidig viser en studie fra Canada at enkle tiltak kan føre til at intensivsykepleiere forholder seg til etiske utfordringer på en mer profesjonell måte og at deres selvfølelse ble bedre (Santiago & Abdool, 2011). Det var snakk om månedlige samlinger og ekstra samlinger ved behov. Her fikk intensivsykepleierne snakket ut om situasjoner der livsforlengende behandling ble begrenset og man heller gikk over til palliativ behandling. Sentralt her, igjen, er samspill og kommunikasjon mellom profesjoner for å kunne holde på et godt samarbeid dem imellom.

Det har, i de ulike søkene som er utført, vært vanskelig å finne referanser eller data på hvordan intensivsykepleiere påvirkes i privatlivet fra opplevelser på jobb. Det er imidlertid mye informasjon om den generelle påvirkning en intensivsykepleier opplever. Mennesker er ikke maskiner, og det er derfor også rimelig å anta at påvirkningen intensivsykepleieren opplever på arbeid, også påvirker privatlivet slik studiene til McLeod (2014) og Taylor et al. (2020) viser.

## 5.3 Pasient og pårørende

### 5.3.1 Nytte av behandling – rett til å nekte helsehjelp

Resultatene i kapittel 4.1 viser at det er flere pasienter med svært dårlig prognose som likevel får intensivbehandling. Intensivsykepleierne uttrykte at de selv ofte følte at pasientene fikk behandling unødvendig lenge der hvor prognosen var svært dårlig, noe som førte til at pasienten uten grunn måtte lide. Ved å gi behandling som ikke førte frem satt flere intensivsykepleiere igjen med en følelse av å ikke strekke til. Resultatene viser at flere intensivsykepleiere rapporterer å oppleve at det hele følte nytteløst. Dette samsvarer godt med Hancock et.al. (2020), Forozeiya et al (2019).

Intensivsykepleiernes opplevelser av en nytteløs behandling får støtte i etikken. Både velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade-prinsippet er etiske prinsipper som taler for at nytten skal overgå ulempen av behandling (Magelssen & Pedersen, 2020). Etikken trekker i retning av at begrensning av livsforlengende behandling kun skal gjøres dersom nytten er større enn ulempen. Dersom en pasient har større nytte av å få livsforlengende behandling, skal denne altså ikke begrenses. Og i motsatt tilfelle bør man begrense livsforlengende behandling når dette er nytteløst og ikke er velgjørende for pasienten. Det sier seg selv, og resultatene underbygger, at dette byr på etiske utfordringer for intensivsykepleierne, som hver dag jobber med pasienter som er alvorlig syke eller står i fare for å dø (Magelssen & Pedersen, 2020; Hancock et al., 2020). Det må veies for og imot, se på nytteverdien og hva som gir minst skade for pasienten.

På den annen side er intensivsykepleiere definert som helsepersonell og er underlagt reglene i helsepersonelloven. Ifølge hpl § 7 plikter helsepersonell å gi nødvendig helsehjelp dersom det blir behov for øyeblikkelig hjelp, selv om pasienten ikke klarer å samtykke og selv om pasienten motsetter seg helsehjelp. Dersom man tok utgangspunkt i dette alene, ville man behandlet alle pasienter i alle situasjoner hvor livet stod i fare. Dette ville ikke samsvart med de etiske prinsippene



om velgjørenhet og ikke-skade (Magelssen & Pedersen, 2020). Samtidig ville det bidratt til økt stress for intensivsykepleierne.

Hpl § 7 har likevel noen unntak. En døende pasient kan motsette seg livsforlengende behandling. På den ene siden plikter altså helsepersonell å gi nødvendig helsehjelp jf hpl § 7. Samtidig har pasienten en rettighet til å nekte å motta helsehjelp i enkelte situasjoner, blant annet kan en døende pasient motsette seg livsforlengende behandling jf pbrl § 4-9 annet ledd. Dette er kun mulig dersom pasienten ikke kan helbredes, dersom det ikke er utsikt til bedring og der livsforlengelse i praksis tilsier en forlengelse av den pågående dødsprosessen jf Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 135. Det loven gjør her, er å gi en god beskrivelse av en gjennomsnittlig pasient på norske intensivavdelinger. Pasienten kan sveve mellom liv og død, og i noen tilfeller går livsforlengende behandling over til en palliativ behandling (Vanderspank-Wright et al., 2018).

I en intensivavdeling står samarbeidet mellom intensivsykepleieren og intensivlegen sentralt for en god og sikker pasientbehandling (Hancock et al, 2020; Rose, 2011). Der sykdomssituasjonen til intensivpasienten kommer til det stadiet at videre behandling er nytteløs og ikke forenelig med liv, er prosessen allerede i gang med å tenke på hva som er det beste for pasienten videre (Hancock et al, 2020; Forozeiya et al, 2019). Selv om praksisen i de forskjellige landene som er inkludert i denne studien er forskjellig, beskriver alle hvordan en intensivsykepleier opplever beslutningsprosessen der behandling av pasienten går over til palliasjon og hvordan forholdet mellom intensivsykepleier og lege er.

Loven i Norge jf. hpl § 4 tredje ledd, er tydelig på at det er legens ansvar å bestemme og ta de medisinske beslutningene vedrørende pasienters videre behandlingsnivå. Ved en avgjørelse om å frastå å gi eller avslutte behandling på en intensivpasient, vil derfor være legenes egen beslutning. Bak denne beslutningen har det som regel vært en prosess i forkant av avgjørelsen. Hvis intensivsykepleierens erfaringer, synspunkter og meninger blir tatt i betraktning av den ansvarlige legen som står i denne prosessen, ser vi fra resultatene at stressnivået og moralen hos intensivsykepleierne er bedre kontra de som føler seg utelatt og ikke sett eller hørt.

Samtidig vil intensivsykepleieren som regel beskrive en følelse av lettelse og det oppleves som meningsfullt når pasienten får god lindring fram til døden inntreffer, framfor å fortsette med en

nytteløs livsforlengende behandling. Spesielt dersom en pasient til slutt for lov til å dø etter et lengre tids opphold i intensivavdelingen. Dette understøttes av NSFLIS (2017) som sier at intensivsykepleieren har medansvar for å bidra til at pasienten skal få en verdig død. Inkludert i dette kan være betydningen av å se pasienten og situasjonen, og unngå unødvendige lidelser for pasienten der livsforlengende behandling ikke gir positivt utfall. Funnene i denne studien slutter seg også til dette og peker på at intensivsykepleiere har ansvar for å bidra til en så verdig og smertefri død som mulig for pasienten.

### 5.3.2 Autonomi og medvirkning

Dette leder oss over til et annet viktig etisk tema som er pasientsikkerhet, pasientens autonomi og rett til medvirkning.

Seidlein et al. (2020) påpeker viktigheten av at pasientens autonomi skal etterleves så langt det er mulig. Det kan være pasienten har et testamente eller har uttrykt ønsker til sine nærmeste pårørende. I så tilfelle er det viktig at dette inkluderes når beslutninger skal tas. Dette stemmer godt overens med norsk helselovgivning som peker på pasientens selvbestemmelsesrett når det kommer til å nekte helsehjelp i særskilte situasjoner. Dette forutsetter en respekt for pasientens avgjørelse jf Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 135. Dersom pasienten har uttrykt et klart ønske om å unngå livsforlengende behandling, skal dette altså respekteres. En god dialog med pårørende er også viktig i de tilfeller hvor det ikke er mulig å kommunisere med pasienten. Dette bidrar også til en bedre oppfølging og opplevelse for pasient og pårørende.

På den annen side er det fortsatt en del skepsis blant helsepersonell til pasientens tidligere ønsker som er gitt i et testamente eller til nærmeste pårørende (Seidlein et al., 2020). Det kan tenkes at pasienten har endret mening nå som pasienten står i en ny situasjon som kritisk syk (Seidlein et al., 2020; Magelssen & Førde, 2020). Hva vet vel vi om pasienten nå tenker at han/hun ville forsonet seg å leve med en eventuell funksjonshemming? Dette hadde vært interessant å undersøke videre i en annen studie.

Før endelig avgjørelse tas er det altså flere synspunkter som må innhentes (Seidlien et al., 2020). Resultatene viser at nærmeste pårørende kan formidle hva pasienten tidligere hadde ønsket, og

kan komme med informasjon om hva pasient og pårørende legger i ordet «livskvalitet», som kan peke i retning av om livsforlengende behandling skal avsluttes, igangsettes eller videreføres. Dette kan gjøre beslutningsprosessen enklere å gjennomføre, selv om det er intensivlegen som har det siste ordet, sammen med primærlegen.

Det å trekke inn pårørende i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling skal begrenses er også lovpålagt. I de tilfellene hvor den døende pasienten ikke selv er i stand til å formidle et behandlingsønske, kan man altså unngå å gi livsforlengende behandling dersom nærmeste pårørende anerkjenner (tilkjennegir) at dette er noe pasienten hadde ønsket jf pbrl § 4-9. I tillegg til dette, må også helsepersonellet foreta en selvstendig vurdering på om dette er noe han/hun tenker pasienten hadde ønsket. I de tilfeller hvor både nærmeste pårørende og helsepersonellet kommer frem til at pasienten hadde ønsket å unngå livsforlengende behandling, bør dette ifølge pbrl § 4-9 respekteres. Dette peker også i retning av at kommunikasjon med pårørende er viktig, og kanskje ekstra viktig på en intensivavdeling (Forozeiya et.al., 2019; Magelsson & Førse, 2020).

### 5.3.3 Kommunikasjon med og inkludering av pårørende

Ettersom pårørende også blir berørt når den livsforlengende behandlingen begrenses, er det forsket en del på dette området. Spesielt viktig er pårørendes rolle dersom pasienten ikke er våken eller ikke innehar samtykkekompetanse (Magelsson & Førde, 2020). God kommunikasjon med pårørende, og til pasient hvis dette er mulig å gjennomføre, er også viktig for å gi pasienten en verdig slutfase og avslutning på livet. Pårørende blir påvirket når deres nære er pasienter på en intensivavdeling. Intensivsykepleiere har her et ansvar for å tilrettelegge for pårørendes behov for omsorg og ivareta pårørende i situasjoner hvor akutt alvorlig sykdom har inntruffet (NSFLIS, 2017). Pasienten nærmeste pårørende har også rett til informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, derom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det jf pbrl § 3-3 første ledd. Utfra dette ser vi at det legges et stort ansvar og mange arbeidsoppgaver på intensivsykepleierne som allerede har en hverdag bestående av mange gjøremål til begrenset tid.

En måte å ivareta pårørende på er å inkludere dem, høre på hva de har å si og reorientere pårørende om informasjon som tidligere har blitt gitt om behandlingssituasjonen videre, dersom dette lar seg gjøre. Ved begrensnig av livsforlengende behandling viser resultatene at dette bidrar

til en mer verdig og smertefri død for pasientene. Tidlig og hyppig kommunikasjon bidrar også til å holde pasientsikkerheten i fokus. Pasientbehandlingen blir tryggere, og det fører samtidig til goder for intensivsykepleierne i form av at de kan unngå stress og dårlig samvittighet (Vanderspank-Wright et al., 2018; Forozeiya et al., 2019; Hancock et al., 2020). Alt tyder på at en god informasjonsflyt, hvor helsepersonellet i teamet rundt pasienten er tydelige og samstemte, gjør at pårørende får mer trygghet og tillit til jobben som utføres på intensivavdelingen. Det at alle parter er enige om begrensning av behandling gjør også at intensivsykepleierne føler det mer etisk riktig at begrensning av livsforlengende behandling blir besluttet (Magellsen & Førde, 2020).

Selv om pårørende og pasient blir hørt og inkludert, betyr det ikke automatisk at de får tillit til helsepersonellet og de avgjørelser som blir besluttet. Dersom det er slik at pasienten ønsker en fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten, har man rett til dette jf pbrl § 2-3. Denne retten gjelder én gang for samme tilstand og må skje etter henvisning fra allmennlege. Selv om det foreligger en grundig utredning, og konklusjonene ut fra faglige vurderinger er tilsynelatende utvilsomme, kan pasienten likevel ha vanskelig for å forsone seg med diagnosen eller utfallet. Pasienten kan være uenig i vurderingen av sykdommens alvorlighetsgrad eller behandlingsopplegg jf Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 127.

Pasienter ved en intensivavdeling er allerede under utredning og eventuelt behandling i spesialisthelsetjenesten. I disse tilfellene kan det være aktuelt med en «second opinion» fra en annen behandler i spesialisthelsetjenesten jf retten til medvirkning etter brl § 3-1. Det skilles mellom oppstart i spesialisthelsetjenesten, og de tilfellene hvor pasienten allerede er under utredning og behandling der. Ifølge lovforarbeidene er det altså ikke noe i veien for at en lege i spesialisthelsetjenesten henviser an pasient til vurdering hos en annen spesialist – at man går utenom allmennlege. Legen skal etter hpl § 4 «innhente bistand der dette er nødvendig og mulig, slik at behandlingen blir forsvarlig».

Samtidig kan det stilles spørsmålsteget til hvor ofte pbrl § 2-3 om fornyet vurdering skal komme til anvendelse. Bestemmelsen innebærer nemlig ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjøre slike undersøkelser, dersom det ikke er en nødvendighet for å forestå en forsvarlig ny vurdering. Kravet til forsvarlighet er da utgangspunktet for om pasienten må undersøkes av en ny spesialist

eller om det er tilstrekkelig med en ny vurdering av samme behandler jf Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 127-128.

Ved beslutning av behandling eller begrensning av behandling, står både etikken og loverket sentralt. De vil være avgjørende når det kommer til hvilket behandlingsnivå man skal lande på for den alvorlig syke pasienten (Helsedirektoratet, 2013). Legen skal altså ta beslutninger vedrørende behandling og undersøkelser, samtidig som intensivsykepleieren har et stort ansvar overfor pasient og pårørende blant annet når det kommer til kommunikasjon, omsorg, ivareta en verdig død og lindre lidelser (Yrkesetiske retningslinjer (2019) 2.10 og 2.12).

## 5.4 Metodediskusjon

Diskusjonsavsnittet skal gjøre rede for hvordan resultatene i studien var opp mot eksisterende teori, forskning og egne erfaringer, samt hvordan dette svarte på studiens problemstilling. Det måtte drøftes om resultatene svarte på spørsmålene studien har reist, om det er funnet noe nytt i forbindelse med sammenstilling av flere studier, og også vurdere hvilke svakheter som lå i empirien, datainnsamlingen eller analysen. Det var også viktig å se på om noe burde vært gjort annerledes i forbindelse med studien, og drøfte hva som kunne vært gjort annerledes videre for å skape en større klarhet.

I arbeidet med datainnsamling har det blitt lagt vekt på å innhente mest mulig gyldige og pålitelige data. Det ble derfor utført flere søk i ulike databaser, gjort en kvalitativ analyse av hvilke som er relevante for denne studien, og arbeidet objektivt for å hente ut relevante deler fra disse. Denne studien startet med 390 artikler etter at duplikasjonene ble fjernet. Videre eksklusjon av artikler i henhold til valgt metode for eksklusjon førte frem til syv fagfelleverderte artikler med god gyldighet for denne studien. At disse er fagfelleverderte gjør også at empirien har god pålitelighet. Flere gode kilder gjør at det har vært mulig å ha flere ulike tilgangsvinkler til det samme temaet, og på den måten gjøre den kvalitative analysen sterkere (Aveyard, 2019; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021).

Det er i denne studien valgt en simplifisert tematisk analyse etter Aveyards (2019) metode, uten å innhente egen empiri gjennom eksempelvis spørreundersøkelser, intervjuer eller fokusgrupper. En ren innholdsanalyse av kvalitativ forskning gir både fordeler og ulemper. Fordeler i form av at

empirien er sterkt pålitelig gjennom å være fagfellevurdert, mens undertegnede må sørge for gyldigheten gjennom den kvalitative utvelgelsen av kilder. Ulemper i form av at ny empiri kan gi andre resultater enn hva som kommer frem i de valgte studiene.

Klare styrker ved metoden som ble brukt, er måten Aveyards (2019) metode spesifikt legger rammeverket for hele prosessen. Det er klare kjøreregler for hvordan innsamling av empiri gjøres, hvordan den skal sorteres, hvordan man finner frem til hva som skal inkluderes og ekskluderes. Den tar også for seg arbeidet fra resultat til konklusjon. Spesielt innen kritisk vurdering av artikler har Aveyard (2019) spesifikt anbefalt bruk av CASP-skjemaer (Critical Appraisal Skills Programme), noe som er gjort i denne studien (Aveyard, 2019). Gjennom å analysere forfatterens bakgrunn og tidligere erfaring, samt vurdere om disse har riktige kvalifikasjoner og innsikt i dette fagfeltet, samt studienes benyttede metode. (Graneheim & Lundman, 2004) Det er også vurdert hvordan deltakere i studier er utvalgt, samt hvordan datainnsamlingen ble utført for å sikre at det eksempelvis ikke benyttes sirkelargumentasjon (Aveyard, 2019).

En annen styrke kan også være at datainnsamlingen for de valgte studier ikke er foretatt av undertegnede, og dermed er ikke disse farget av undertegnedes subjektivitet. Mulige svakheter er at dataen som brukes kan være utdatert, eller ikke relevant nok til å gi studien god gyldighet og pålitelighet. Dette kan imidlertid en god, objektiv og strukturert utvelgelse av kilder redusere. Andre svakheter kan være at søk ikke er spisset godt nok og dermed kan data som ville endret resultatene, være utelatt eller satt i et annet lys, eller at undertegnede ikke har hatt en sparringspartner på denne avhandlingen.

Analysen ble utført i tråd med Aveyard (2019), som en simplifisert form for analyse. Mer spesifikt at hovedfunn ble samlet i en matrise, for å se på å kunne dra slutninger av sammenfallende emner, slik som diskutert tidligere.

Totalt sett er det iverksatt tiltak for å motvirke de mulige svakheterne i valgte metode, samt arbeidet strukturert for å sikre resultater med både god gyldighet og pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

## 6 Undertegnede refleksjon som forsker

Denne studien bygger i stor grad på andres forskning, slik metodevalget tilsier at skal gjøres. Det å ta på seg en rolle som forsker for å skrive denne studien har vært både utfordrende og lærerikt. Det er også tydelig at dette ikke er et tema som er ferdig utforsket. Mye informasjon og kunnskap måtte tilegnes på ulike språk.

Datainnsamlingen krevde mye lesing og bearbeidelse, men har samtidig ført til en personlig vekst som helsepersonell. Undertegnede sitter igjen med ny kunnskap og inspirerende refleksjoner omkring intensivsykepleierens yrke og rolle. Det er mye lærdom å ta med seg videre.

Studien viser at norske intensivavdelinger og intensivsykepleiere har det bedre sammenlignet med andre land, blant annet når det kommer til å bli inkludert. Samtidig fanges opp et potensiale for forbedringer og nye implikasjoner blant annet for å ivareta intensivavdelingens arbeidstakers psykiske helse og samhold. Undertegnede har ingen store planer om å bli forsker innenfor helse i fremtiden, men ser at dette er et viktig område av stor betydning, som bidrar til fremgang og videreutvikling av sykepleieryrket.

Ved å ta på forskerrollen og utforme denne studien, håper undertegnede på å bidra til økt fokus på intensivsykepleieres viktige rolle på intensivavdelinger blant annet når det kommer til det tverrfaglige samarbeidet, beslutningsprosessen og i forhold til pasient og pårørende. Undertegnede håper også at funnene i denne studien viser at intensivsykepleieres mentale helse ikke er uanfektet av de, til tider, svært belastede sanseinntrykk en blir utsatt for i arbeidssammenheng. At det derfor er viktig å forske mer på hva som kan avhjelpe det moralske stresset, og gjøre både arbeidsliv og privatliv lettere å håndtere. Det er altså flere nye muligheter for videre dypdykk som har pekt seg ut gjennom arbeidet med dataene.

## 7 Konklusjon

Intensivsykepleiere kan ha ulike opplevelser ved begrensning av livsforlengende behandling. Det denne avhandlingen viser er at flere faktorer spiller en stor rolle for hvordan intensivsykepleierne individuelt håndterte og opplevde arbeidet med pasienter der livsforlengende behandling ble begrenset. Samhandling med pasient og pårørende, pasientens autonomi, deltakelse i beslutningsprosessen og intensivsykepleierens mentale helse ble sentrale temaer.

Det er etisk vanskelig å være i en situasjon der det bestemmes om et liv står til å redde. Dersom en intensivsykepleier skal ha gode opplevelser i disse utfordrende situasjonene, bør det foreligge klare retningslinjer for hvordan beslutningsprosessen skal håndteres, og på hvilken måte denne bør gjennomføres i praksis. En annen faktor som kan bidra til å håndtere de utfordringene som følger beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling, er å ha kollegaer som spiller hverandre gode og et godt tverrfaglig samarbeid. McAndrew og Leske (2015) belyser problemstillingen godt hvor de hevder at «beslutningstaking ved livets slutt er en balansegang».

Det konkluderes med at intensivsykepleiere opplever begrensningen av livsforlengende behandling i en intensivavdeling som etisk utfordrende. Det kan være utfordringer på det tverrfaglige plan, samtidig som man ser at det spesielt i Norge sammenlignet med utlandet er forholdsvis godt innarbeidet at intensivsykepleierne blir hørt og har en stemme i beslutningsprosessen. Det etterlyses likevel rutiner for debriefing etter ekstra utfordrende situasjoner. Intensivsykepleiere kan få det tøft mentalt og dette kan påvirke dem både i privat og i arbeidssammenheng. Her er det de med mest erfaring innenfor intensivavdelingen som takler dette best. Det konkluderes også med at pasienter og nærmeste pårørende som regel inkluderes i beslutningsprosessen, og at dette bidrar til en trygghet for dem og tillit til arbeidet som utføres.

På bakgrunn av dette hadde det vært interessant å implementere rutiner og retningslinjer for hvordan intensivsykepleiere skal implementeres i beslutningsprosessen. Da hadde intensivsykepleierens perspektiver blitt inkludert, de hadde blitt sett og hørt. Det hadde vært interessant å se om dette hadde bidratt til en mindre stresset hverdag og økt tilfredshet blant intensivsykepleierne. Et prosjekt med slike rutiner og retningslinjer hadde vært spennende å gjennomføre, men om dette er noe som hadde latt seg manifestere i en allerede hektisk intensivavdeling er en annen sak. Videre hadde det vært meget interessant å se hvilke



ringvirkninger det ville fått, dersom debriefing etter ekstra utfordrende situasjoner hadde blitt en obligatorisk del av det tverrfaglige arbeidet rundt en intensivavdeling.

## 8 Referanser/litteraturliste

- Aveyard H. (2019). Doing a literature review in health and social care. A Practical Guide (4.utgave). London: Open University Press
- Browning, A. M. (2013). MORAL DISTRESS AND PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT IN CRITICAL CARE NURSES CARING FOR ADULTS AT END OF LIFE. American Journal of Critical Care, 22(2), 143-152. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>
- CASP. (2018). Hentet fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Condon K. A. D., Berger J. T. & Shurpin K. M. (2021). Nurses moral distress and perceptions of empowerment. American journal of critical care, Volume 30 No. 6. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021112>
- Forozeiya D., Vanderspank-Wright B., Bourbonnais F. F., Moreau D. & Wright D. K. (2019). Coping with moral distress – The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. Intensive & Critical Care Nursing, (53)23-29. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.002>
- Gallagher, A., Bousoo, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., ... Int Nurses' End-Of-Life Decision, M. (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>
- Graneheim U. H. & Lundman B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. (2):105-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14769454/>
- Hancock J., Witter T., Comber S., Daley P., Thompson K., Candow S., ... Kits O. (2020). Understanding burnout and moral distress to build resilience: a quality study of an interprofessional intensive care unit team. Canadian Anesthesiologists' Society, (67) 1541-1548. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01789-z>
- Helse Bergen Haukeland universitetssjukehus. (2021, 5.oktober). Norsk intensivregister (NIR). Hentet fra <https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2013). Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>

- Helsedirektoratet (2022, 4.november). Tverrfaglig samarbeid. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/tverrfaglig-samarbeid-med-fastlege-tilstede>
- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H. & Ording, H. (2013). Challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit: an ethical perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 93-101. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5>
- Jezuit, D. L. (2000). Advanced practice. Suffering of critical care nurses with end-of-life decisions. *MEDSURG Nursing*, 9(3), 145-152. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107125550&site=ehost-live>
- Kant, I. (2021). Grunnlegging av moralens metafysikk. I H. Cappelen, I. Torsen & S. Watzl (Red.), *Vite. Være, gjøre* (s.372-389). Oslo: Gyldendal.
- Lepidou, M., Kadda, O., Argyriou, G., Nestor, A., Marvaki, K., Hassioti, G. & Nanas, S. (2012). Ethical Dilemmas as a Source of Stress among Doctors and Nurses in the Intensive Care Unit. *Nosileftiki*, 51(2), 187-194. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=77570865&site=ehost-live>
- Magelssen, M. & Førde, R. (2020). Etikk ved livets slutt. I *Etikk i helsetjenesten* (1. utgave. utg., s. 117-128). Oslo: Gyldendal.
- Magelssen, M. & Pedersen, R. (2020). Hva er "etikk" i helsetjenesten? I *Etikk i helsetjenesten* (1. utgave. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal.
- Mahvar, T., Hemmatpour, B., Saiediborojeni H., Mashalchi H., Fallahi M., Eghbali S. & MahdaviKian S. (2021). Culture of Interpersonal Communication in ICU Nurses: An Ethnographic Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, Vol-15 (10): IC01-IC05. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/50552.15491>
- 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/https://dx.doi.org/10.1177/1054773814533791>
- McLeod, A. (2014). Nurses' views of the causes of ethical dilemmas during treatment cessation in the ICU: a qualitative study. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(3), 131-137. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2014.10.3.131>

- Mill, J. S. (2021). Utilitarisme. I H. Cappelen, I. Torsen & S. Watzl (Red.), Vite. Være, gjøre (s.419-439). Oslo: Gyldendal.
- Moule P., Armoogum J., Douglass E. & Taylor J (2016). Evaluation and its importance for nursing practice. Nurse stand. (35):55-63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28443444/>
- NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet fra [https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017\\_1.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf)
- Nyeng F. (2012). Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori (1.utgave). Bergen: Fagbokforlaget
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Page P., Simpson A. & Reynolds L. (2019). Bearing witness and being bounded: The experiences of nurses in adult critical care in relation to the survivorship needs of patients and families. Journal of Clinical Nursing, (28)3210-3221. DOI: 10.1111/jocn.14887
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. (2020). Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. I Magelssen M., Førde R., Lillemoen L. & Pedersen R. (Red.), Etikk. (s. 61-69).Oslo: Gyldendal.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2010) Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 7th Edition. Vol.7 No.3
- Polit, D. F. & Beck C. T. (2021). Nursing research. Appraising evidence for nursing practice (10.utgave). Wolters Kluwer Health.
- Rose L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Nursing in critical care, Vol 16 No 1. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? - PubMed (nih.gov)
- Santiago, C. & Abdool, S. (2011). Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. Dynamics, 22(4), 26-30. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104610235&site=ehost-live>

- Seidlein, A. H., Hannich, A., Nowak, A., Grundling, M. & Salloch, S. (2020). Ethical aspects of time in intensive care decision making. *Journal of Medical Ethics*, 24, 24.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/medethics-2019-105752>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998-1999). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (Ot.prp.nr.12 (1998-1999)). Hentet fra <https://lovdata.no/pro/forarbeid/otprp-12-199899>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998-1999). Om lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven). (Ot.prp.nr.13 (1998-1999)). Hentet fra <https://lovdata.no/pro/forarbeid/otprp-13-199899>
- Sykepleiere, Y. r. f. (2019). ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. Vol.3 No.4
- Taylor, I. H. F., Dihle, A., Hofso, K. & Steindal, S. A. (2020). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 56, 102768.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768>
- Torsen, I. (2021). Hva krever moralen av oss? At vi gjør vår plikt. I H. Cappelen, I. Torsen & S. Watzl (Red.), *Vite. Være, gjøre* (s.367-411). Oslo: Gyldendal.
- Turner, K., Rushton, C. H. & Kurtz, M. (2019). "Why Are We Doing This?" Creating New Narratives to Meet Futility With Integrity. *AACN Advanced Critical Care*, 30(2), 198-203.  
<https://doi.org/10.4037/aacnacc2019597>
- 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/https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012>
- Velarde-Garcia, J. F., Luengo-Gonzalez, R., Gonzalez-Hervias, R., Cardenete-Reyes, C., Alvarez-Embarba, B. & Palacios-Cena, D. (2018). Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 25(7), 867-879.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/0969733016679471>

## 9 Vedleggsliste

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Søkelogg

Vedlegg 3: Søkelogg

Vedlegg 4: Søkelogg

Vedlegg 5: CASPet artikkel

Vedlegg 6: CASPet artikkel

Vedlegg 7: CASPet artikkel

Vedlegg 8: CASPet artikkel

Vedlegg 9: CASPet artikkel

Vedlegg 10: CASPet artikkel

Vedlegg 11: CASPet artikkel

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) ALL** 1946 to April 23, 2021  
 Search Strategy:26.04.2021

#	Searches	Results
1	Critical Care Nursing/	2294
2	Critical Care/	54441
3	Critical illness/	31484
4	Intensive care units/	58478
5	((critical or intensive) adj2 care).tw,kf.	184366
6	Nursing/	51477
7	Nurses/	40158
8	(nurse* or nursing).tw,kf.	478031
9	((or/2-5) and (or/6-8)) or 1	26047
10	exp *Ethics/ or Principle-based ethics/	93327
11	ethic*.ti,kf,fs.	121107
12	((ethic* adj2 (tension* or conflict* or dilemma*)) or (moral adj distress*)).ab.	5144
13	(nurse* adj experience*).ti,ab.	3188
14	or/10-13	167410
15	Physician-Nurse Relations/	2379
16	(nurse* adj5 (physician* or doctor*)).tw,kf.	30506
17	exp Decision Making/	209761
18	(decision* adj2 making).tw,kf.	161976
19	"end of life".tw,kf.	25781
20	exp Withholding Treatment/	15697
21	((withdraw* or withhold*) adj2 (treatment or medicat*)).tw,kf.	6906
22	communication/ and (family/ or caregivers/)	4710
23	(communicat* adj3 (caregiver* or relative* or next of kin or family or families)).tw,kf.	5325
24	or/15-23	399663
25	9 and 14 and 24	629
26	limit 25 to yr="2010 -Current"	330

Cinahl

26.04.2021

#	Query	Results
S21	S6 AND S10 AND S20 Limiters - Published Date: 20100101-20211231	332
S20	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19	225,980
S19	TI ( (communicat* N3 (caregiver* or relative* or next of kin or family or families)) ) OR AB ( (communicat* N3 (caregiver* or relative* or next of kin or family or families)) )	4,914
S18	(MH "Communication") AND (MH "Caregivers")	1,839
S17	TI ( ((withdraw* or withhold* or terminat*) N2 (treatment or medicat*)) ) OR AB ( ((withdraw* or withhold* or terminat*) N2 (treatment or medicat*)) )	3,489
S16	(MH "Treatment Termination") or (MH "Euthanasia, Passive")	6,070
S15	TI ("end of life") or AB ("end of life")	21,068
S14	TI ( decision N2 (make* or making) ) OR AB ( decision N2 (make* or making) )	80,653
S13	(MH "Decision Making+")	132,222
S12	TI ( (nurse* N5 (physician* or doctor*)) ) OR AB ( (nurse* N5 (physician* or doctor*)) )	20,253
S11	(MH "Nurse-Physician Relations")	4,988
S10	S7 OR S8 OR S9	58,224
S9	TI (ethic* OR (nurse* experience*)) or AB ( ((ethic* N2 (tension* or conflict* or dilemma*)) or (moral N1 distress) or (nurse* experience*)) )	38,147
S8	(MH "Ethics, Medical") OR (MH "Ethics, Nursing")	21,528
S7	(MH "Ethics")	12,485
S6	( (S2 OR S3) AND (S4 OR S5) ) OR S1	43,826
S5	TI ( (nurse* or nursing) ) OR AB ( nurse* or nursing )	545,884
S4	(MH "Nurses+")	230,407
S3	TI ( ((critical or intensive) N2 (illness or care)) or icu ) OR AB ( ((critical or intensive) N2 (illness or care)) or icu )	102,815
S2	(MH "Critical Care") OR (MH "Critical Illness") OR (MH "Intensive Care Units+")	87,121
S1	(MH "Critical Care Nursing+")	28,086



Database(s): **APA PsycInfo** 1806 to April Week 3 2021  
 Search Strategy:27.04.2021

#	Searches	Results
1	exp Intensive Care/	6042
2	(((critical or intensive) adj2 care) or icu).tw,id.	11371
3	exp Nursing/	23547
4	exp Nurses/	33118
5	(nurse* or nursing).tw,id.	107364
6	(1 or 2) and (and/3-5)	539
7	professional ethics/ or ethics/	34609
8	(ethic* or moral distress*).tw,id.	83248
9	(nurse* adj4 experience*).tw,id.	4848
10	or/7-9	90643
11	exp Physicians/ and exp Nurses/ and (exp Collaboration/ or exp Cooperation/)	127
12	(nurse* adj5 (physician* or doctor*)).tw,id.	7731
13	exp Decision Making/	126074
14	(decision* adj2 making).tw,id.	109627
15	exp "Death and Dying"/	41298
16	("end of life" and death and dying).tw,id.	1687
17	exp Treatment Withholding/	825
18	((withdraw* or withhold* or terminat*) adj2 (treatment or medicat*)).tw,id.	3718
19	exp communication/	317646
20	(communicat* adj10 (caregiver* or relative* or next of kin or family or families)).tw,id.	14349
21	or/11-20	533188
22	6 and 10 and 21	54

Web of Science – Search strategy: 26.07.2021




History

11

10	<b>(((#4) AND #5) AND #6) AND #7) AND #8 and English (Languages) and 2010 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 (Publication Years)</b>	<a href="#">27</a>
9	<b>(((#4) AND #5) AND #6) AND #7) AND #8 and English (Languages)</b>	<a href="#">48</a>
8	<b>(((#4) AND #5) AND #6) AND #7) AND #8 Edit</b>	<a href="#">50</a>
7	<b>withdraw (All Fields) or withhold (All Fields) or terminal (All Fields)</b>	<a href="#">622,659</a>
6	<b>treatment withholding (All Fields)</b>	<a href="#">5,110</a>
5	<b>Decision making (All Fields)</b>	<a href="#">522,474</a>
4	<b>professional ethics (All Fields) or ethics (All Fields)</b>	<a href="#">198,865</a>
3	<b>((#1) OR #2) AND #3</b>	<a href="#">48,935</a>
2	<b>nurse* (All Fields) or nursing (All Fields)</b>	<a href="#">688,080</a>
1	<b>Critical care (All Fields) or Intensive care (All Fields) or icu (All Fields)</b>	<a href="#">507,286</a>
	<b>Critical care nursing (All Fields)</b>	<a href="#">27,335</a>

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider




- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.



**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
  - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
  - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
    - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?




Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:



6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?




HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:



Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?




HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?




HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)



Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?




HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: **Intensivavdelingen: meningsfullt rom for en god død?**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments: **Det kommer tydelig frem hva studiens mål er, nemlig intensivsykepleierens opplevelse av en god død, og eventuelt hva som står i veien for dette.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **En kvalitativ tilnærming er å anse som korrekt når forskeren ønsker å se på intensivsykepleierens opplevelser av fenomenet.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:



6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
  - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
  - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
  - If sufficient data are presented to support the findings
    - To what extent contradictory data are taken into account
  - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
  - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
  - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
  - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Kan være til hjælp for å fremme en god død i en intensivkontekst.