



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

|                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>      | 10-05-2024 09:00 CEST      |
| <b>Sluttdato:</b>      | 24-05-2024 14:00 CEST      |
| <b>Eksamensform:</b>   | Masteroppgave              |
| <b>Termin:</b>         | 2024 VÅR                   |
| <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Flowkode:</b>       | 203 MKS591 1 O 2024 VÅR    |
| <b>Intern sensor:</b>  | (Anonymisert)              |

### Deltaker

|                     |     |
|---------------------|-----|
| <b>Kandidatnr.:</b> | 144 |
|---------------------|-----|

### Informasjon fra deltaker

|                      |       |
|----------------------|-------|
| <b>Antall ord *:</b> | 13232 |
|----------------------|-------|

**Egenerklæring \*:**

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

|                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| <b>Gruppenavn:</b>                | (Anonymisert) |
| <b>Gruppenummer:</b>              | 4             |
| <b>Andre medlemmer i gruppen:</b> | 107           |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller of

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

**Intensivsykepleieren sin funksjon i beslutningsprosessen knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling hos den eldre intensivpasienten- en kartleggingsoversikt.**

**The intensive care nurse`s function in the decision-making process related to withhold or withdraw life sustaining treatment in the elderly intensive care patient- a scoping review.**

## Kandidatnummer 107 og 144

Master i intensivsykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder Jorunn Drageset

Antall ord: 13 232

Innleveringsdato 15.05.24

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Eldre, definert som  $\geq 65$  år, er en økende pasientgruppe på intensivavdelinger. De har ofte tilleggsfaktorer som kompliserer intensivbehandling, og gjør at den ikke alltid fører frem. Selv om det er legen som har det endelige beslutningsansvaret, skal pasienten eller pårørende og intensivsykepleieren være med i beslutningsprosessen. Beslutningsprosesser knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling kan være konfliktfylte og etisk utfordrende både for pasient, pårørende og helsepersonell.

**Hensikt:** Hensikten med denne kartleggingsoversikten (scoping review) er å kartlegge intensivsykepleierens funksjon i beslutningsprosessen knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling for den eldre intensivpasienten. Målet er å kartlegge hvordan intensivsykepleieren bidrar i denne prosessen, hvor delaktig hen er og om det finnes hull i forskningen på dette området.

**Metode:** Det er gjort databasesøk i Cinahl, Embase og Medline. Inkluderte artikler er på skandinavisk eller engelsk språk, og fagfellevurdert. Inklusjonskriterier er satt etter PCC (Population, Concept, Context). *Populasjon:* eldre intensivpasienter  $\geq 65$  og/eller deres pårørende, intensivsykepleier/sykepleier, intensivlege/lege. *Konsept:* Beslutningsprosesser knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling. *Kontekst:* intensivavdeling, intensivbehandling. Utvelgelsesprosessen ble utført av to personer, uavhengig av hverandre. Data ble trukket ut og kartlagt ved hjelp av en standardisert tabell og analysert med en enkel kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Totalt 394 artikler ble screenet, 13 ble inkludert, i tillegg ble en artikkel funnet via referanselistesøk. Kildetype er fordelt på seks casestudier, tre fagartikler, en prospektiv studie, en retrospektiv studie, en mixed method, en kvalitativ observasjonsstudie og en kvalitativ studie med semistrukturelle intervju. Følgende fire hovedkategorier knyttet til beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling ble identifisert: Den eldre intensivpasienten, Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpasienten og

pårørende, Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet og Ethiske utfordringer for intensivsykepleieren.

**Konklusjon:** I våre funn blir intensivsykepleieren beskrevet som en viktig bidragsyter i beslutningsprosessen knyttet til behandlingbegrensning for den eldre intensivpasienten. Det er flere anbefalinger på hvilke funksjoner intensivsykepleieren bør ha. De skal bidra til en åpen og tydelig kommunikasjon, hyppige pårørendesamtaler, empatisk omsorg og inkludering av alle i det interdisiplinære teamet. Til tross for dette, viser funnene våre en varierende grad av deltagelse fra intensivsykepleieren i beslutningsprosessen. Det er usikkert om årsaken til dette er at intensivsykepleierens bidrag er underrapportert eller om hen faktisk i liten grad er involvert. Forslag til videre forskning er: A) Hvor delaktig intensivsykepleieren er i beslutningsprosessen for den eldre intensivpasienten og hvilke tiltak kan gjøres for å øke involveringen B) Kan sykepleieren ha en funksjon i kartleggingsarbeidet av skrøpelighet, funksjonsnivå og livskvalitet hos den eldre intensivpasienten? C) Er intensivsykepleieren komfortabel med å ta opp disse diskusjonene med pasient og pårørende, og hva skal eventuelt til for å heve kompetansen deres. D) Hvor stor påvirkning har religion og kultur i sykepleien til eldre intensivpasienter i en beslutningsprosess om livsforlengende behandling.

## Abstract

**Background:** Elderly, people aged  $\geq 65$  years, are an increasing patient population in the intensive care units. They often have additional factors that complicate the treatment, and sometimes it doesn't bring forth results. Even though the decision is the physicians responsibility, the patient, his surrogates and the critical care nurse should be involved during the process. Decision-making processes regarding withholding or withdrawing life-sustaining treatment can be conflicted and ethically challenging for the patient, his surrogates and the health care professionals.

**Aim:** The aim of this scoping review is to map the critical care nurse's function in the decision-making process, regarding withhold or withdraw life-sustaining therapy. How the

critical care nurse can contribute to a proper decision- making process, and how involved they are and whether there are gaps in research to be filled.

**Methods:** Searches have been conducted in Cinahl, Embase and Medline. Included articles are peer-reviewed, and in Scandinavian or English language. Inclusion criteria are set according to PCC (Population, Concept, Context). *Population:* elderly intensive care patients over 65 years, and/or their relatives. Intensive care nurse/nurse, intensivist/physician. *Concept:* Decision- making processes regarding withhold or withdraw life-sustaining treatment. *Context:* Intensive care unit, intensive care. The selection process was carried out by two reviewers, independently of each other. Data were extracted and mapped using a standardized table and analysed with a simple qualitative content analysis.

**Results:** A total of 394 articles were screened, 13 eligible for analysis, and one article included after reference list search. Type of sources are: six case studies, three scientific article one prospective study, one retrospective study, one mixed method study, one qualitative observational study, and one qualitative study with semi structured interviews. The following four main topics were identified: The elderly intensive care patient, the intensive care nurse in the encounter with the elderly intensive care patient and their relatives, the intensive care nurse in the interdisciplinary team and ethical challenges for the intensive care nurse.

**Conclusion:** In our findings, the intensive care nurse is described as an important contributor in the decision-making process related to limiting life- sustaining treatment for the elderly intensive care patient. There are several recommendations on which functions the intensive care nurse should have. They must contribute to an open and clear communication, frequent family conferences, empathic care and inclusion of everyone in the interdisciplinary team. Despite this, our findings indicate scattered participation by the intensive care nurse in the decision- making process. It is uncertain whether the reason for this is an underreporting of the participation by intensive care nurses, or whether they are involved to a small extent. Suggestion for further research is: A) How involved is the intensive care nurse in the decision-making process and what measures can be taken to increase involvement B) Can the

nurse play a role in the mapping of frailty score, functional status, and quality of life in the elderly intensive care patient? C) Is the intensive care nurse comfortable discussing life sustaining therapy with the patient and their surrogates, and what is needed to raise their competence if not. D) How much does religion and culture influence the nursing in care of elderly intensive care patients during a decision-making process about life-sustaining treatment.

# Innholdsliste

|   |      |
|---|------|
| Sammendrag .....  | I    |
| Abstract.....   | II   |
| Innholdsliste .....   | V    |
| Oversikt figurer og tabeller .....  | VII  |
| Begrepsavklaringer .....  | VIII |
| 1. Introduksjon .....   | 1    |
| 2. Hensikt .....  | 2    |
| 3. Bakgrunn.....  | 2    |
| 3.1. Intensivavdeling og intensivbehandling.....                              | 2    |
| 3.2. Intensivsykepleieren .....   | 3    |
| 3.3. Den eldre intensivpasienten .....  | 4    |
| 3.3.1. Aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppen.....                  | 5    |
| 3.3.2. Komorbiditet, multimorbiditet, skrøpelighet og funksjonsnivå .....     | 7    |
| 3.4. Beslutningsprosessen ved begrensning av livsforlengende behandling ..... | 8    |
| 3.5. Sentrale etiske prinsipper for beslutningsprosessen.....                 | 11   |
| 4. Metode.....  | 12   |
| 4.1. Protokoll og registrering.....   | 12   |
| 4.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....                                | 13   |
| 4.2.1. Populasjon (Population).....   | 14   |
| 4.2.2. Konsept (Concept) .....  | 14   |
| 4.2.3. Kontekst (Context).....  | 15   |
| 4.3. Kildetype .....  | 15   |
| 4.4. Søkestrategi .....   | 16   |
| 5. Utvelgelsesprosessen .....   | 17   |
| 5.1. Kartlegging av data.....   | 17   |
| 5.2. Kritisk vurdering.....   | 18   |
| 5.3. Syntese av resultatene .....   | 18   |
| 6. Resultat .....   | 19   |
| 6.1. Karakteristika ved de inkluderte studiene.....                           | 21   |
| 6.1.1. Årstall for publikasjon .....  | 21   |
| 6.1.2. Opprinnelsesland.....  | 22   |



|  |    |
|--|----|
| 6.1.3. Kildetype .....   | 23 |
| 6.2. Kategorisering av resultatene .....   | 24 |
| 6.3. Den eldre intensivpatienten .....   | 25 |
| 6.3.1. utfordringer .....  | 26 |
| 6.3.2. Årsaker til behandlingsbegrensning .....  | 26 |
| 6.3.3. Deltagelse i beslutningsprosessen.....  | 28 |
| 6.4. Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpatienten og pårørende .....                  | 28 |
| 6.4.1. Kartlegge .....   | 29 |
| 6.4.2. Gi informasjon og oversette.....  | 30 |
| 6.4.3. Gi støtte.....  | 31 |
| 6.5. Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet.....   | 32 |
| 6.5.1. Pasienten sin advokat.....  | 33 |
| 6.5.2. Samarbeid og delaktighet .....  | 33 |
| 6.6. Etske utfordringer for intensivsykepleieren .....   | 34 |
| 7. Diskusjon .....   | 36 |
| 7.1. Eldrebølgen og alderisme .....  | 36 |
| 7.2. Aldersrelaterte endringer og behandlingsbegrensning .....                                       | 38 |
| 7.3. Den eldre i beslutningsprosessen .....  | 39 |
| 7.4. Kartlegger funksjonen til intensivsykepleieren .....  | 41 |
| 7.5. Den åpne kommunikasjonen .....  | 42 |
| 7.6. Intensivsykepleieren som kilde til informasjon til pårørende.....                               | 43 |
| 7.7. Konflikter og uoverensstemmelser mellom pasienten, dens pårørende og<br>behandlingsteamet ..... | 43 |
| 7.8. Støttefunksjon .....  | 44 |
| 7.9. Funksjonen som pasienten sin advokat .....  | 45 |
| 7.10. Intensivsykepleieren sin funksjon i det interdisiplinære teamet .....                          | 46 |
| 7.11. Etske utfordringer.....  | 48 |
| 8. Metodologiske styrker og svakheter .....  | 50 |
| 9. Konklusjon .....  | 51 |
| 10. Implikasjoner for praksis og videre forskning .....  | 52 |
| Referanser .....   | 54 |
| 11. Vedlegg.....   | 62 |

|  |    |
|--|----|
| 11.1. Vedlegg 1 Prisma ScR checklist.....                    | 62 |
| 11.2. Vedlegg 2 Søkehistorikk fra Chinal.....                | 65 |
| 11.3. Vedlegg 3 Søkehistorikk fra Medline.....               | 66 |
| 11.4. Vedlegg 4 Søkehistorikk fra Embase .....               | 67 |
| Vedlegg 5 Tabell karakteristika over inkluderte studier..... | 68 |

## Oversikt figurer og tabeller

|   |    |
|---|----|
| Figur 1 Aldersrelaterte fysiologiske endringer.....                                   | 6  |
| Figur 2 Flytskjema .....  | 20 |
| Figur 3 Antall artikler per tidsperiode.....  | 21 |
| Figur 4 Opprinnelsesland .....  | 22 |
| Figur 5 Kildetype .....   | 23 |
| Figur 6 Hovedkategorier resultat .....  | 24 |
| Figur 7 Den eldre intensivpasienten .....   | 25 |
| Figur 8 Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpasienten og pårørende..... | 29 |
| Figur 9 Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet.....                       | 32 |
| Figur 10 Ethiske utfordringer for intensivsykepleieren .....                          | 35 |

# Begrepsavklaringer

- **Alderisme:** Begrep som handler om stereotypisk tenkning, holdninger og diskriminering knyttet til alder (World Health Organization, 2024)
- **Akkulturasjon:** En type kulturell endring som skjer i møte mellom to kulturer. Gjennom nær og vedvarende kontakt over tid, utveksles og omtolkes språk, ritualer og organisering (Tjora, 2023)
- **APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):** Scoringsverktøy for å vurdere alvorligheten av akutt sykdom (Mumtaz et al., 2023)
- **APACHE II :** Scoringsverktøy for å vurdere alvorlighetsgrad av sykdom hos kritisk syke på intensivavdeling (Mumtaz et al., 2023)
- **Behandlingsbegrensning:** Å ikke starte eller avslutte livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013)
- **Forhåndsdirektiv:** Skriftlig dokument der ønsker om begrensninger i livsforlengende behandling i gitte situasjoner er beskrevet, kan brukes i situasjoner der pasienten selv ikke er i stand til å tilkjenne sin vilje (Skår et al., 2014)
- **Komorbitet:** Forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig (Hem & Johnsgaard, 2023)
- **Livsforlengende behandling:** I denne sammenheng all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død, eksempelvis hjerte- lungeledning, pustehjelp, hjertestimulerende legemidler, ernæring- og væskebehandling (Helsedirektoratet, 2013).
- **Multimorbiditet:** Når en person har to eller flere kroniske sykdommer samtidig. Sykdommene påvirker hverandre i varierende grad, mest vanlig blant eldre (Johnsgaard, 2023)
- **Nytteløs behandling:** I denne oppgaven menes behandling uten effekt, eller når nytten av behandlingen ikke står i forhold til plagsomme bivirkninger eller kostnader (Helsedirektoratet, 2013).
- **Palliativ behandling:** Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Sentralt er lindring av fysiske

smerter og andre plagsomme symptom. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende (Helsedirektoratet, 2018).

- **SAPS (Simplified Acute Physiology Score):** Scoringsverktøy som deler pasienter inn i alvorlighetsgrad av sykdom (Capuzzo et al., 2008)
- **SAPS II:** Scoringsverktøy som bygger videre på SAPS og kalkulerer sannsynlighet for mortalitet for hver kategori (Capuzzo et al., 2008)
- **Skrøpelighet:** Ekstrem sårbarhet for indre og ytre påkjenninger som gir personen en høyere risiko for negative helserelaterte utfall (World Health Organization, 2015)
- **SOFA (Sequential Organ Failure Assessment):** scoringsverktøy brukt på intensivavdelinger for å vurdere alvorlighet av kritisk sykdom (Nordseth, 2024)

# 1. Introduksjon

Moderne medisin og teknologi gjør at grensene for hva som kan behandles og kureres flyttes på, døden kan utsettes ved å ta over vitale fysiologiske funksjoner (Ooi, 2020). På en intensivavdeling gir man avansert behandling når pasienten får svikt i vitale organsystemer og man tenker det er reversibelt (Buanes et al., 2023). Intensivsykepleieren utfører mye av behandlingen, overvåker pasienten, og hvordan pasienten responderer på behandlingen, døgnet rundt (Heradstveit et al., 2023). Selv om moderne medisin gir muligheter til å forlenge livet, kan den også bidra til å forlenge lidelse og vil derfor ikke alltid være til pasientens beste (Helsedirektoratet, 2013). Aktiv behandling kan i noen tilfeller stå i veien for en god død (Helsedirektoratet, 2013). Når en pasient ikke lenger responderer på behandlingen og går inn i en fase med irreversibel svikt i vitale organer, bør man ta stilling til om livsforlengende behandling skal kontinuieres (Gulbrandsen, 2020). Dette innebærer diskusjon om behandlingsbegrensning; det vil si enten å ikke starte eller å avslutte påbegynt livsforlengende behandling.

Eldre står for en økende andel av intensivpasientene (Flaatten et al., 2021). Eldre defineres ofte som de over 65 år (Akinosoglou et al., 2023; Eurostat, 2023). De har en del biologiske faktorer som kan påvirke responsen på intensivbehandling og gjøre den mer utfordrende, men alder alene er ikke grunn for behandlingsbegrensning (Akinosoglou et al., 2023). Faktorer som komorbiditet, skrøpelighet, svært dårlig prognose og pasientens ønske, må tas med i betraktningen (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). For å gi en trygg og god behandling, er det hos den eldre viktig å innhente informasjon om faktorene som kan påvirke behandlingen og samtidig lytte til pasientens ønsker (Akinosoglou et al., 2023).

Behandlingsbegrensning bør vurderes dersom pasienten ber om det, den forlenger en plagsom dødsprosess eller et liv med store plager (Helsedirektoratet, 2013). Selv om det er legen som har det endelige beslutningsansvaret, skal pasienten eller pårørende og intensivsykepleieren

være med i beslutningsprosessen (Helsedirektoratet, 2013). Denne prosessen kan være vanskelig og konfliktfylt, og by på etiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2013).

## 2. Hensikt

Hensikten med denne kartleggingsoversikten er å undersøke hvilken funksjon intensivsykepleierens har i beslutningsprosessen knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling for den eldre intensivpasienten. Dette fordi eldre, definert som personer  $\geq 65$  år, er en økende pasientgruppe på intensivavdelinger, og pasientgruppen har ofte tilleggsfaktorer som kompliserer behandlingen slik at den ikke alltid fører frem. Siden de eldre har et annet utgangspunkt enn yngre pasienter, blir målet for behandling gjerne vurdert med tanke på forventet livskvalitet, funksjonsnivå og mortalitet. Intensivsykepleieren overvåker pasienten kontinuerlig, og kan være en viktig bidragsyter i beslutningsprosessen om behandlingsbegrensninger. Målet er å kartlegge hvordan intensivsykepleieren bidrar i denne prosessen, hvor delaktig hen er og om det finnes hull i forskningen på dette området. Problemstillingen vår er derfor:

- *Hvilken funksjon har intensivsykepleieren i beslutningsprosessen knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling hos den eldre intensivpasienten?*

## 3. Bakgrunn

### 3.1. Intensivavdeling og intensivbehandling

På en intensivavdeling har man teknisk avansert utstyr og spesialutdannet personale, som intensivsykepleiere, til å ivareta kritisk syke pasienter. Det blir gitt organstøtte i form av

respiratorbehandling, dialyse, hjerte- lungemaskin, intra- aortaballongpumpe, impella, potente medikamenter og varmeregulering. Det er en- til- en -pleie, der intensivsykepleieren ved hjelp av monitører og klinisk blikk overvåker pasienten kontinuerlig, samtidig som de administrerer mye av behandlingen (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

## 3.2. Intensivsykepleieren

Intensivsykepleiere har spesialutdanning for å kunne: administrere avansert medisinsk behandling, pleie, overvåke, følge med på trender og vurdere effekten av behandlingen (Stubberud, 2020). De står med pasienten hele døgnet, og ofte skapes det en nær relasjon til pasient og pårørende. Intensivsykepleierne jobber sammen med ansvarlig lege i behandlingsteamet rundt pasienten hele døgnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Fundamentet til intensivsykepleiere ligger i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023), samt funksjons- og ansvarsbeskrivelsene for intensivsykepleiere (Intensivsykepleierne NSF, 2017). All sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, sykepleieren skal ikke la seg påvirke eller begrense av forhold knyttet til alder (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Intensivsykepleieren skal delta aktivt i prosessen med å gjenopprette pasientens helse, men også medvirke i beslutningsprosesser rundt begrenning av livsforlengende behandling og legge til rette for en verdig død (Intensivsykepleierne NSF, 2017; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023) skal de ha respekt for pasientens integritet og autonomi, pleien skal være omsorgsfull og lindrende lidelse. Det er viktig å tilrettelegge for et pasient- og -pårørendesentrert behandlingsmiljø, sørge for at pasient og pårørende mottar tilpasset informasjon og veiledning, samt at denne er forstått (Intensivsykepleierne NSF, 2017; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Intensivsykepleieren skal anerkjenne pårørende som en ressurs for pasienten, og ivareta deres behov for omsorg (Intensivsykepleierne NSF, 2017).

De yrkesetiske retningslinjene sier også at sykepleieren skal fremme åpenhet og godt tverrfaglig samarbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Intensivsykepleieren gjennomfører medisinsk behandling i samråd med eller på ordinasjon fra legen, og har medansvar for at denne er forsvarlig (Intensivsykepleierne NSF, 2017). Ifølge funksjonsbeskrivelsen til Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere (NSFLIS), skal intensivsykepleieren beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade forårsaket av behandling og undersøkelser (Intensivsykepleierne NSF, 2017). De har i tillegg ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Kravet til faglig forsvarlighet er også nedtegnet i helsepersonelloven §4, i tillegg er helsepersonell pliktet til å gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1997). I møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen skal sykepleieren ivareta pasientens rettigheter, verdighet og sikkerhet (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Ifølge de internasjonale retningslinjene til sykepleiere (2021) skal sykepleieren sikre at pasienten samtykker til pleie og behandling. Derunder også retten til å velge eller nekte behandling. Disse retningslinjene hevder at sykepleieren er pasientens advokat, og opprettholder en praksiskultur som fremmer etisk atferd og åpen dialog.

### 3.3. Den eldre intensivpasienten

I folkehelse rapporten (Strand et al., 2023) blir eldre definert som de over 65 år. Ifølge SSBs befolkningsframskrivinger (2022), vil både antallet og andelen av eldre i befolkningen øke. Antallet personer over 70 år vil trolig være doblet innen 2065, og utgjøre mer enn 25% av befolkningen innen 2075 (Tømmerås & Thomas, 2022, s. 14). Årsrapporten fra Norsk intensivregister for 2022 viser at medianalder for innleggelse på norske intensivavdelinger er



68,4 år, og pasienter som er  $\geq 80$  år utgjør 16,9 % av alle intensivopphold (Buanes et al., 2023, s. 35). I følge Flaatten et al. (2021) kan eldre  $\geq 80$  år utgjøre så mye som 30-40 % av alle innleggelser på intensivavdelinger i fremtiden. Studien til Galzerano et al. (2009) fant at det var større sannsynlighet for komorbiditeter jo eldre man var, og den hyppigste innleggelsesårsaken på intensivavdeling for eldre var residiverende lungesykdommer.

Aldersrelaterte tilleggsfaktorer kan gjøre intensivbehandling av den eldre utfordrende, og det kreves høy kompetanse fra helsepersonellet (Brunker et al., 2023; Flaatten et al., 2021; Mattison, 2024; Stubberud, 2020). De ulike tilleggsfaktorene vil bli gjort rede for i kapitlene under.

### 3.3.1. Aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppen


Aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppens vitale organer, funksjoner og celler, reduserer kroppens reservekapasitet og reguleringsmekanismer, og gjør den eldre mer utsatt for komplikasjoner ved akutt sykdom (Brunker et al., 2023; Flaatten et al., 2021; Mattison, 2024; Resnick, 2018, s. 117; Stubberud, 2020, s. 32). Endringene påvirker responsen og varigheten av behandlingen, samt gir økt risiko for komplikasjoner, organsvikt og død (Brunker et al., 2023; Flaatten et al., 2021). Aldersrelaterte endringer i kroppens organer er godt beskrevet i faglitteratur og forskning (Brunker et al., 2023; Flaatten et al., 2021; Resnick, 2018; Stubberud, 2020), og er kort oppsummert i Figur 1 *Aldersrelaterte fysiologiske endringer*.

## Aldersrelaterte fysiologiske endringer



### HJERTE

Endringer i det kardiovaskulære systemet, som stivere hjertemuskulatur, klaffer og blodårer, gjør den eldre sensitiv for endringer i volumstatus. Eldre pasienter har større risiko for å utvikle hjerteinfarkt, hjertesvikt og arytmier ved kritisk sykdom.




### LUNGER

Større risiko for lungebetennelse og respirasjonssvikt på grunn av nedsatt elastisitet i lunger og brystvegg, dårligere hosterefleks, reduksjon i antall alveoler, samt svekkelse av respirasjonsmuskulaturen. Ved respiratorbehandling større risiko for komplikasjoner, forlenget respiratortid, og død.



### NYRER

Nyrefunksjonen reduseres med aldring, noe som kan føre til forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen, samt gi nedsatt evne til å skille ut medikamenter. Aldring gir også økt risiko for å utvikle akutt nyresvikt.



### HJERNE

Endringer i hjernen, i tillegg til nedsatt syn og hørsel, gir mindre kapasitet til å mestre stress og motta informasjon. Den eldre pasient har større risiko for å utvikle delirium under innleggelse.



### IMMUNSYSTEM

Endringer i immunforsvaret reduserer effektiviteten, noe som gjør den eldre mer utsatt for å pådra seg primær-, sekundær- og nosokominale infeksjoner, samtidig ha større risiko for å utvikle sepsis.



### MUSKLER OG HUD

Redusert muskelmasse og funksjon, tynnere hud og underernæring er ikke uvanlig blant eldre, og vil forverres under akutt sykdom, samtidig som det gir fare for trykksår.

Laget i Piktochart

Figur 1 Aldersrelaterte fysiologiske endringer

### 3.3.2. Komorbiditet, multimorbiditet, skrøpelighet og funksjonsnivå

Aldring gir større sannsynlighet for å utvikle komorbiditet og multimorbiditet (Brunker et al., 2023). Komorbiditet er forekomst av flere ulike sykdommer hos samme person (Hem & Johnsgaard, 2023). Multimorbiditet er forekomst av to eller flere kroniske sykdommer hos en person, som i varierende grad påvirker hverandre (Johnsgaard, 2023). Komorbiditet og multimorbiditet er assosiert med økt risiko for mortalitet for alle intensivpasienter, men særlig for eldre (Brunker et al., 2023; Cintra et al., 2019). Det er også assosiert med økt risiko for å utvikle skrøpelighet (Brunker et al., 2023).

Skrøpelighet kan defineres som et flerdimensjonalt syndrom med tap av fysiologiske og kognitive reserver. Dette fører til ekstrem sårbarhet for indre og ytre stress, og gir forhøyet risiko for negative helserelaterede utfall ved for eksempel infeksjon, kirurgi eller traume (De Biasio et al., 2020; Silva-Obregón et al., 2020; World Health Organization, 2015). En skrøpelig pasient har ifølge Montgomery og Bagshaw (2017) større risiko for å utvikle multiorgansvikt under akutt sykdom, sammenlignet med en ikke-skrøpelig pasient i samme aldersgruppe. Selv om utbredelsen av skrøpelighet øker med alder, er det stor variasjon på individnivå (Montgomery & Bagshaw, 2017). Skrøpelighet gir økt risiko for død, lengre intensivopphold, samt nedsatt funksjonsnivå, livskvalitet og behov for sykehjemsopphold i etterkant av intensivbehandling (Bagshaw et al., 2015; Brunker et al., 2023; De Biasio et al., 2020; Flaatten et al., 2017). Selv om vurdering av skrøpeligheidsgrad, anses viktig for å kunne anslå fysiologisk alder og prognose, er det ikke enighet om hvilket verktøy som er det beste å bruke på intensivavdelinger (Flaatten et al., 2017).

Forskning viser at nedsatt funksjonsnivå er signifikant assosiert med dødelighet, både under og etter innleggelse på intensivavdeling (Cintra et al., 2019). Funksjonsnivå defineres som kapasiteten en person har til å utføre de aktivitetene og oppgaver som normalt kan forventes (Kirch, 2008). Hos eldre blir funksjonsevne målt i evne til å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet (ADL), som å stelle seg selv eller ha omsorg for andre (Kirch, 2008). Noen ser

også på instrumentelle aktiviteter i hverdagen (IADL), dette er mer komplekse ting som husarbeid, økonomi, matlaging (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.).

Selv om høyere alder er assosiert med dårligere prognose og mortalitet under eller i etterkant av intensivbehandling, viser forskning at skrøpelighet, funksjonsnivå, komorbiditet og dens alvorlighetsgrad er de viktigste prognostiske faktorene. Høy alder alene er ikke avgjørende (Bagshaw et al., 2015; Cintra et al., 2019; Flaatten et al., 2017; Galzerano et al., 2009). Fremtidig livskvalitet og morbiditet er gjerne viktigere enn overlevelse (Brunker et al., 2023; Cintra et al., 2019).

### 3.4. Beslutningsprosessen ved begrensning av livsforlengende behandling

Dødsfall for den eldre intensivpatienten skjer ofte etter en beslutning om å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling (Dillworth et al., 2016).

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013). I veilederen anbefales det å vurdere behandlingsbegrensning dersom:

- Pasienten ber om det
- Behandling forlenger en plagsom dødsprosess eller et liv med store plager
- Det er opphør av høyere mentale funksjoner eller pasienten er i koma.

Veilederen til Helsedirektoratet (2013) skal støtte pasient, pårørende og helsepersonell i slike beslutningsprosesser, samt gi rammer for å gjennomføre disse best mulig. Beslutninger bør bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet om hva som er til pasientens beste (Helsedirektoratet, 2013). Det er behandlende lege som tar den endelige avgjørelsen, men

sykepleiere bidrar med observasjoner og vurderinger som er nødvendige for å kunne ta en god beslutning (Heggstad, 2023). Hva pasienten selv ønsker, skal tas med i diskusjonen. Ved usikkerhet skal man alltid starte behandling og ta ny vurdering senere (Helsedirektoratet, 2013). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-1) står det at:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Lovverket presiserer pasientens rett til medvirkning, og der det er mulig skal behandlingsplan utformes sammen med pasient. Pårørende har rett til å medvirke dersom pasienten ikke er samtykkekompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Både den nasjonale veilederen og det norske lovverket fremhever at pasient og pårørende skal være med på beslutninger om valg og nivå av behandling. I følge LeGuen (2016) og Lesieur et al. (2015) er den eldre pasientens ønske om behandlingsnivå og innleggelse på intensivavdeling sjelden kjent. I en undersøkelse gjort på Sørlandet sykehus kom det frem at geriatriske pasienter var overveiende positive til forhåndssamtaler ved innleggelse på sykehus (Friis & Førde, 2015). Der kunne de uttrykke ønsker om behandlingsintensitet i livets slutfase og familiens involvering. Dette støttes i en systematisk oversiktsartikkel av Sharp et al. (2013), men slike samtaler blir sjeldent gjennomført. Leger ser på dette som en viktig del av arbeidet, men arbeidsmengde, tidspress og usikkerhet om prognose gjør at en diskusjon om avansert behandling ikke blir initiert (Sharp et al., 2013).

Ifølge en studie gjort av Frivold et al. (2015) tilbringer sykepleiere mer tid sammen med pårørende enn leger, og blir derfor oppfattet som mer omsorgsfulle og støttende. Siden intensivsykepleiere tilbringer mye tid sammen med pasient og pårørende, hevder Olmstead og

Dahnke (2016) at de bør ha en stemme i beslutningsprosessen om behandlingsbegrensning, dette støttes også av veilederen fra Helsedirektoratet (2013).

En studie gjort av Dillworth et al. (2015) viste at sykepleiere/intensivsykepleiere var bekymret for unødig smerte og lidelse forårsaket av undersøkelser og aggressiv livsforlengende behandling. Sykepleierne mente at det var svikt i kommunikasjonen, prognose og belastning av behandlingen ble ikke tydelig formidlet til pasient og pårørende, og derfor hadde de urealistiske forhåpninger (Dillworth et al., 2015). Flaatten et al. (2017) påpeker at de fleste eldre og deres familier trolig ikke har en realistisk forståelse for hva intensivbehandling faktisk innebærer. I studien til Flannery et al. (2020) kom det frem at i en beslutningsprosess møtte legene oftest familiens ønsker, mens sykepleierne argumenterte på vegne av pasienten og det de mente var til det beste for pasienten.

Sprung et al. (2007) så på kulturelle og religiøse forskjeller hos leger i Europa når det gjaldt livsforlengende behandling, og fant at religion har en viktig påvirkning på behandlingsbeslutninger, men at det blekner ved akkulturasjon. Coombs et al. (2015) fant at sykepleiere ikke trodde at deres religion påvirket synet deres på behandlingsbegrensning, men undersøkelsen tyder på en sammenheng. I enkelte religioner er det å avslutte behandling sett på som drap (Sprung et al., 2007). Vi lever i et multikulturelt samfunn, både intensivsykepleiere og pasienter har ulik kulturell og religiøs bagasje som preger valgene de tar.

Den eldre intensivpasienten er en økende gruppe som er kompleks, behandlingen kan være utfordrende, noe som vil føre til flere diskusjoner om behandlingsbegrensninger i fremtiden (Flannery et al., 2020).

### 3.5. Sentrale etiske prinsipper for beslutningsprosessen

Beauchamp og Childress (2019) medisinsk-etiske prinsipper om autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet, er sentrale for beslutningsprosessen knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling.

Autonomi betyr selvbestemmelse (Beauchamp & Childress, 2019, s. 99). For å ivareta pasientens autonomi må helsepersonell informere pasient og/eller pårørende på en tilpasset og hensynsfull måte om helsetilstand og prognose (Helsedirektoratet, 2013). Dette gir pasienten og/eller pårørende mulighet til å medvirke i beslutningsprosessen. Dersom pasient eller pårørende ikke ønsker å delta i denne prosessen, skal det respekteres (Heggestad, 2023; Helsedirektoratet, 2013). Autonomiprinsippet betyr allikevel ikke at pasienten kan kreve behandling som er nytteløs eller faglig uforsvarlig (Helsedirektoratet, 2013).

Ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet betyr at man ikke skal skade eller påføre pasienten unødig lidelse og gjøre vel (Heggestad, 2023). I denne sammenhengen betyr det at nytten av behandlingen skal oppveie ulempene (Heggestad, 2023; Helsedirektoratet, 2013). Dersom behandlingen forlenger lidelse og hindrer en god avslutning på livet, bør man vurdere å avslutte behandlingen (Heggestad, 2023).

Rettferdighetsprinsippet handler om likeverdig behandling og ansvarlig fordeling av ressurser (Beauchamp & Childress, 2019, s. 267–268). Veilederen til Helsedirektoratet (2013) påpeker at dersom behandlingen vurderes som nytteløs, kan det være nødvendig å trekke inn rettferdighetsprinsippet. Helsevesenet er pliktet til forsvarlig fordeling av ressurser, og det er dessverre slik at ressurser brukt på et område, kan gå på bekostning av andre (Helsedirektoratet, 2013). I Norge er intensivkapasiteten begrenset, grunnet mangel på intensivsykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Ved presset intensivkapasitet, kan en pasient med behov for behandling bli avvist på grunn av mangel på sengeplass.

Samtidig presiseres det at kostnadsvurderinger alene aldri skal avgjøre behandlingsbegrensning for det enkelte tilfellet (Helsedirektoratet, 2013).

## 4. Metode

Joanna Briggs Institute (JBI) sin manual for kartleggingsoversikt er rammeverket for denne oppgaven (Peters et al., 2024). Kartleggingsoversikt er valgt for å kunne gå bredt ut og kartlegge tilgjengelig kunnskap og eventuelle mangler med tanke på forskningsspørsmålet vårt. PRISMA ScR checklist sikrer at all nødvendig informasjon om fremgangsmåte og funn blir presentert på en oversiktlig måte (Tricco et al., 2018). Se vedlegg 1: PRISMA ScR checklist.

### 4.1. Protokoll og registrering

Ifølge JBI bør en protokoll utvikles og registreres før man utfører en kartleggingsoversikt (Peters et al., 2024). I forkant av masteroppgaven ble en prosjektplan utviklet med mål, metode og plan for rapportering, og godkjent av Høgskulen på Vestlandet. Vi kunne registrert at vi planla denne kartleggingsoversikten gjennom Open Science Framework eller Figshare, men har valgt å ikke gjøre det siden dette er en monografi og ikke artikkel.



## 4.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er satt ut ifra problemstillingen som anbefalt av JBI, og begrunnelsen for disse er forklart etter populasjon, kontekst og konsept (PCC: population, concept, context) (Peters et al., 2024). Se tabell 1 *Inklusjonskriterier* og tabell 2 *Eksklusjonskriterier* for oversikt.

| <b>Inklusjonskriterier</b>   |
|--|
| Eldre intensivpasienter > 65 år og/eller deres pårørende                                   |
| Intensivsykepleier /sykepleier og intensivleger/leger                                      |
| Beslutningsprosesser knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling |
| Intensivbehandling eller intensivavdeling  |
| Skandinavisk eller engelsk språklig  |
| Fagfellevurdert  |

Tabell 1 *Inklusjonskriterier*

| <b>Eksklusjonskriterier</b>   |
|---|
| Ikke omhandler intensivpasienter over 65 år, eventuelt deres pårørende                                    |
| Ikke omhandler intensivsykepleier/sykepleier  |
| Ikke omhandler beslutningsprosesser knyttet til å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling |
| Ikke omhandler intensivbehandling/ intensivavdeling   |
| Ikke tilgjengelig i fulltekst eller på Skandinavisk eller engelsk språk                                   |
| Ikke fagfellevurdert  |

Tabell 2 *Eksklusjonskriterier*

### 4.2.1. Populasjon (Population)

Den eldre intensivpatienten og intensivsykepleieren er sentrale for problemstillingen, og er derfor inklusjonskriterier.

Inkluderte kilder måtte handle om eldre intensivpasienter over 65 år. Kilder som inneholdt intensivpasienter under 65 år ble inkludert, dersom grupper over 65 ble skilt ut og resultater relatert til denne gruppen ble beskrevet.

Kilder som omtaler ikke bare intensivsykepleiere, men også sykepleiere, ble inkludert dersom konteksten var intensivavdelingen eller behandling. Dette er fordi mange kilder ikke skiller mellom sykepleiere og intensivsykepleiere, og bruker begrepene om hverandre.

Ved å inkludere intensivleger og pårørende kunne man få nyttige perspektiver på hvordan intensivsykepleierens rolle blir opplevd og oppfattet. På en intensivavdeling arbeider også leger med andre spesialiteter og derav ble leger inkludert.

### 4.2.2. Konsept (Concept)

Konseptet vi ønsket å undersøke var intensivsykepleierens funksjon i beslutningsprosessen knyttet å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling til den eldre intensivpatienten. Artiklene måtte derfor omhandle denne prosessen, og aspekter rundt temaet.

### 4.2.3. Kontekst (Context)

Konteksten måtte være intensivavdeling og intensivbehandling for å bli inkludert. En intensivavdeling og behandlingen man gir der, skiller seg fra andre avdelinger grunnet sin avanserte teknologi og behandlingsmuligheter, og kan ikke sammenlignes med sengeposter.

## 4.3. Kildetype

Målet var at søket skulle være så omfattende som mulig, men samtidig spisset for å finne relevant litteratur. Både kvalitativ og kvantitativ forskning med ulike design er inkludert, for å belyse temaet best mulig (Peters et al., 2020). Kartleggingsoversikter åpner for at alle typer kilder kan inkluderes, derfor er også fagartikler inkludert. For å sikre kvaliteten på inkluderte artikler, ble det satt krav om at de måtte være fagfellevurdert. En fagfellevurdert artikkel er vurdert som egnet for publisering av en eller flere andre forskere (Polit & Beck, 2021, s. 796).

Artiklene måtte være tilgjengelige i fulltekst på engelsk eller skandinavisk språk. Dette er valgt som kriterier på grunn av tidsbegrensninger og ressurser. Søket hadde ingen tidsbegrensning, fordi man ønsket et bredt søk. Initialt var det planlagt å avgrense til vestlige land, fordi man tenkte at både helsevesenet og de kulturelle aspektene kunne sammenlignes med Norge. Dette ble vi utfordret på under et masterseminar, siden det også er store forskjeller mellom de vestlige landene, i tillegg til at man kunne miste relevant forskning fra ikke-vestlige land. Søket har derav ingen geografiske begrensninger.

## 4.4. Søkestrategi

Våren 2023, i arbeidet med prosjektplanen for masteroppgaven, ble søkestrategi og valg av databaser utviklet i samråd med bibliotekar ved Høgskulen på Vestlandet. Det ble anbefalt å avgrense søket til databasene Cinahl, Embase, Medline. Som anbefalt av Peters et al. (2022) brukte vi PCC (Population, Concept og Context) som verktøy for å utvikle søkestrategien, med nøkkelord satt i system (se Tabell 3 *PCC*). Emneord ble funnet for hver database.

|            |   |
|------------|---|
| Population | aged or octogenarian or nonagenarian or older old* or oldest old or elderly og septuagenarian, nurse or nurses or nursing             |
| Concept    | life sustaining treatment or life support or treatment withdrawal or futile treatment, decision making or decision-making or decision |
| Context    | icu* or intensive care unit*  |

Tabell 3 *PCC*

Første søket ble gjennomført 15/9 2023. Nytt søk ble gjennomført 9/4 2024 for å undersøke om det var publisert ny forskning på temaet siden første søk.

For å sørge for at søkestrategien er transparent og kan revideres, anbefaler JBI sin manual for kartleggingsoversikter (2024) at søkestrategien for hver database vedlegges som dokumentasjon. For fullstendig oversikt over søkeord og- historikk, se Vedlegg 2 Søkehistorikk fra Cinahl, Vedlegg 3 Søkehistorikk fra Medline, Vedlegg 4 Søkehistorikk fra Embase.

Det ble også søkt i Google Scholar for å finne grå litteratur. Søkeord brukt for dette er: sykepleier behandlingsbegrensning/ intensivsykepleier beslutningsprosess eldre pasienter/ critical care nurse and withholding treatment/ aged end-of life decisions in critical care.

Det ble utført referanseliste søk og citation indexes på de inkluderte artiklene.

## 5. Utvelgelsesprosessen

Resultatene fra søket ble importert til Zotero og duplikater fjernet. Titler og abstrakter ble gjennomgått individuelt, og selektert ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Deretter ble et samrådsmøte holdt hvor artikler det ikke var konsensus om ble diskutert. Man oppnådde enighet om å enten inkludere eller ekskludere artikler, uten å måtte trekke inn veileder. Fulltekstversjonen ble innhentet for de inkluderte artiklene, og samme prosess gjentatt. For å sikre at inklusjons- og eksklusjonskriteriene var presise nok, ble 10 artikler lest uavhengig av hverandre i fulltekst. Det var ikke større uenigheter, og det ble besluttet at inklusjons- og eksklusjonskriteriene skulle bestå. Gjennom høsten 2023 gikk man gjennom de resterende artiklene individuelt med påfølgende samrådsmøter. Referanselistene og citation index på de inkluderte artiklene ble gjennomgått individuelt, ved å lese titler og abstrakt først. Deretter ble inkluderte artikler lest i fulltekst, uavhengig av hverandre, med et påfølgende endelig samrådsmøte.

### 5.1. Kartlegging av data

Som anbefalt av Peters et al. (2020) ble data fra artiklene ble trukket ut ved hjelp av en standardisert tabell i Excel som inneholdt:

- Navn på forfatter og årstall
- Land
- Studiens mål

- Design
- Deltakere
- Metode
- Resultat
- Konklusjon
- Nøkkelfunn

Tabellen sikret at samme data ble trukket ut fra artiklene, samt nøkkelfunn som svarte på problemstillingen. Det gav også en oversikt over materialet. Data ble hentet ut uavhengig av hverandre og sammenlignet underveis, for å redusere faren for feil og bias (Peters et al., 2020). Se Vedlegg 5 Tabell karakteristika over inkluderte studier.

## 5.2. Kritisk vurdering

Det er ikke gjort en kritisk vurdering av artiklene, da dette ifølge Peters et al. (2020) ikke er nødvendig eller vanlig når man gjennomfører en kartleggingsoversikt.

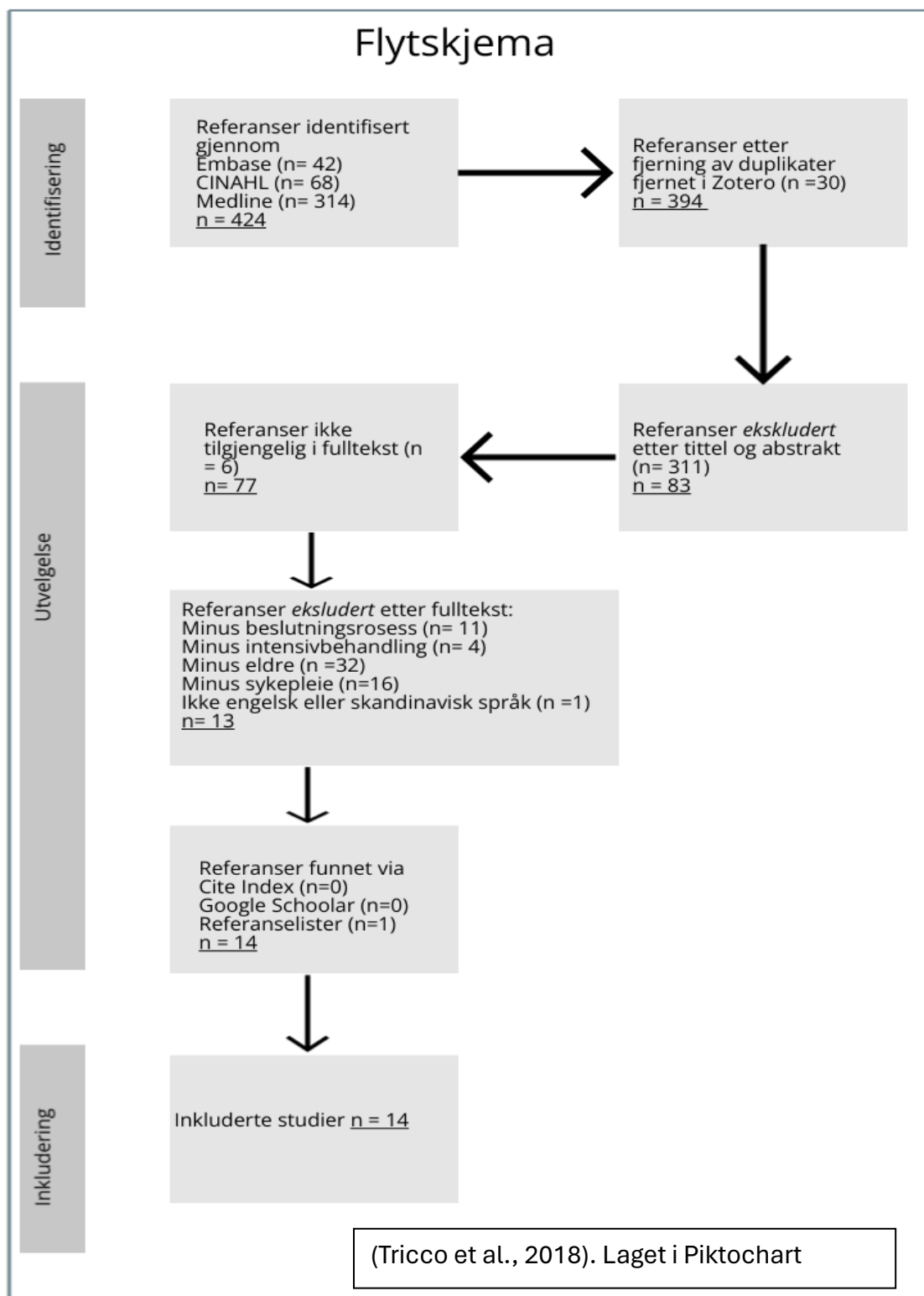
## 5.3. Syntese av resultatene

JBI manual råder også at man viser fordelingen av kildene med tanke på årstall for publisering, opprinnelsesland og metode (Peters et al., 2024). Dette blir presentert under resultatene ved hjelp av diagrammer med en kort forklaring.

Pollock et al. (2023) anbefaler å bruke en enkel kvalitativ innholdsanalyse dersom man har ulike kildetyper og studiedesign, og ønsker å kartlegge aspekter ved et tema. Det er brukt en induktiv tilnærming for å gjøre en kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Pollock et al. (2023). I første fase ble artiklene lest gjentatte ganger og man ble kjent med innholdet. Deretter ble funnene delt inn i åpne hoved- og underkategorier som svarer på problemstillingen. I neste fase ble det fastsatt hvilke hoved- og underkategorier som skulle være rammeverket for å hente ut informasjon for å svare på problemstillingen. Deretter ble alle kildene lest igjen, og informasjon som kunne fordeles i de ulike kategoriene ble hentet ut. Resultatene fra den kvalitative innholdsanalysen blir presentert i kategorier med et narrativt format med visuelle figurer.

## 6. Resultat

Søk i databaser frembrakte 394 treff, etter fjerning av 30 duplikater. Av disse ble 77 lest i fulltekst. Det var diskusjoner om noen av artiklene, men etter drøfting ble man enige om å ekskludere 10 og innlemme 1 av de man i utgangspunktet var uenige om. Resten av artiklene var det konsensus om. Etter sortering ut ifra inklusjon- og eksklusjonskriteriene var 13 artikler aktuelle for denne oppgaven. Søk etter «cited articles» på de inkluderte artiklene, gav ingen treff som møtte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Google scholar gav heller ingen treff som kunne inkluderes. Ved søk i referanselister ble 1 artikkel som var aktuell for oppgaven opp med 14 artikler totalt. Se figur 2 *Flytskjema* for oversikt over identifisering, utvelgelse og endelig inkludering av artikler.



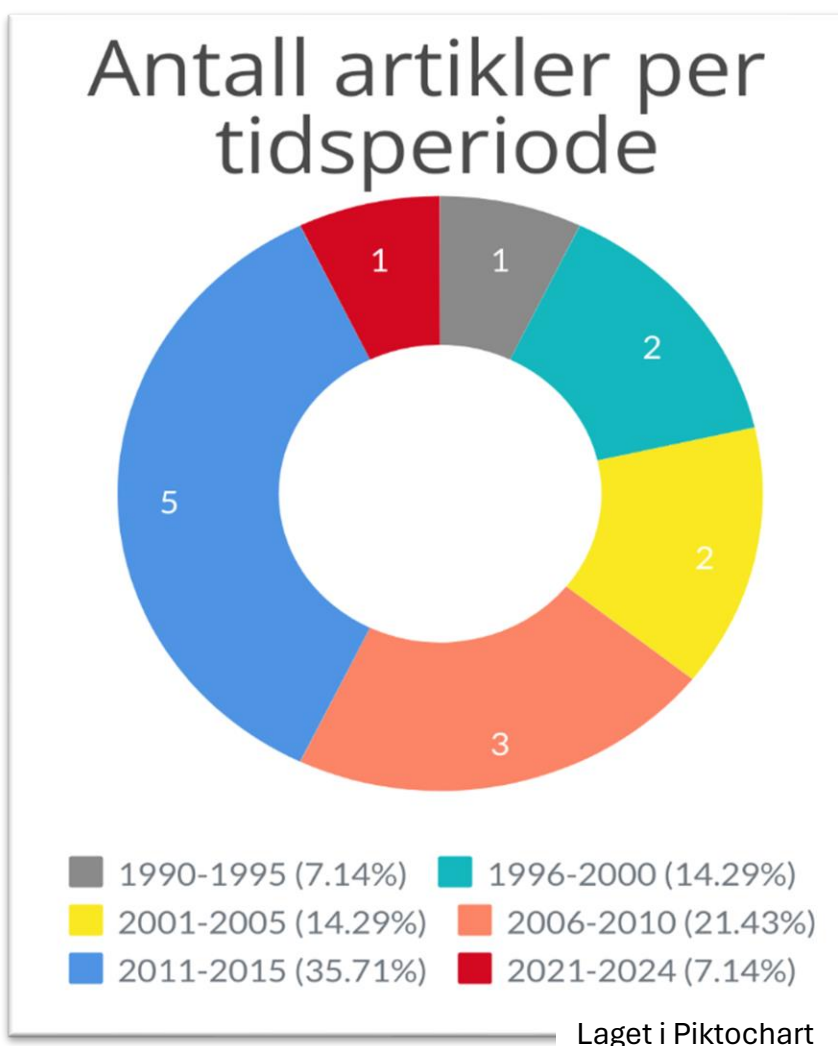
Figur 2 Flytskjema



## 6.1. Karakteristika ved de inkluderte studiene

### 6.1.1. Årstall for publikasjon

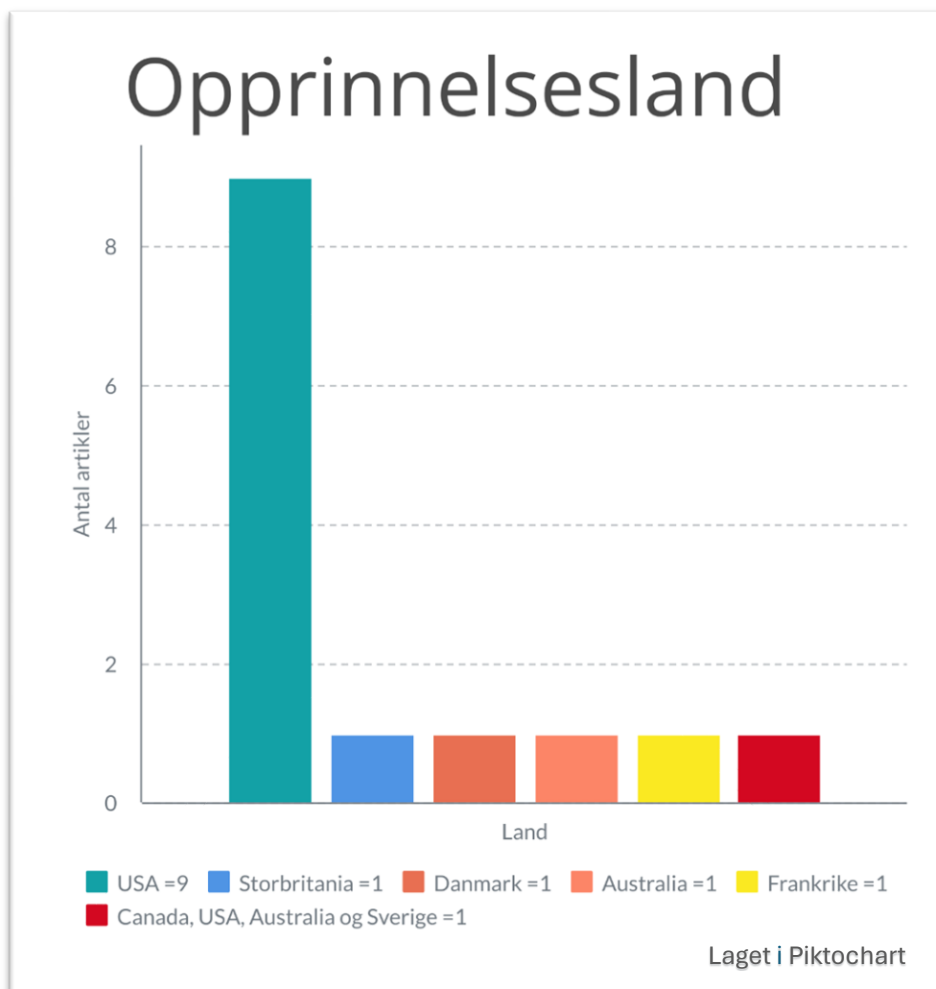
Publiserings årstall for de inkluderte artiklene varierte fra 1990 til 2021. Majoriteten av artiklene ble publisert i tidsperioden 2011-2015 (38,46 %). For oversikt over fordelingen av artiklene per tidsperiode, se Figur 3 *Antall artikler per tidsperiode*.



Figur 3 *Antall artikler per tidsperiode*

## 6.1.2. Opprinnelsesland

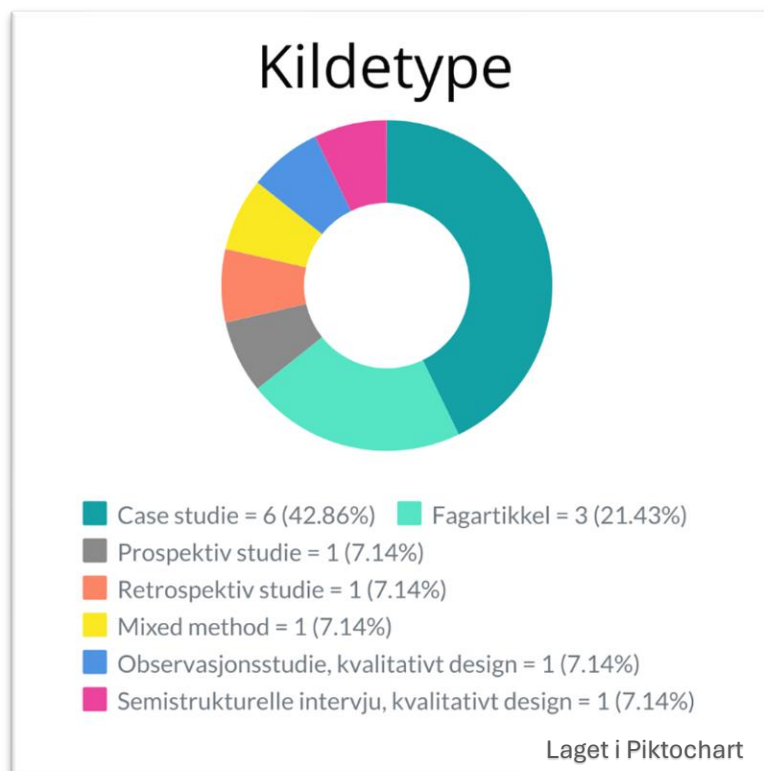
Artiklene inkludert i denne kartleggingsoversikten kommer fra 8 ulike land, der den ene artikkelen er et samarbeid mellom fire ulike land. Ni av artiklene kom fra USA (Baggs & Mick, 2000; Barnato et al., 2012; Buehler, 1990; Cogliano, 1999; Martin & Koesel, 2010; Quill et al., 2015; Thelen, 2005; Wiegand & Grant, 2014; Wingate & Wiegand, 2008), en fra Storbritania (Mc Leron et al., 2021), en fra Danmark (Jensen et al., 2011), en fra Australia (Scanlon & Murphy, 2014), en fra Frankrike (Ferrand et al., 2001), en var fra flere land (Canada, USA, Australia og Sverige (Cook et al., 2006). For oversikt over opprinnelsesland, se Figur 4 *Opprinnelsesland*.



Figur 4 *Opprinnelsesland*

### 6.1.3. Kildetype

Inkluderte artikler er av syv ulike kildetyper, alle er fagfellevurdert. Det er seks Case studier (Martin & Koesel, 2010; Quill et al., 2015; Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005; Wiegand & Grant, 2014; Wingate & Wiegand, 2008), tre fagartikler (Baggs & Mick, 2000; Buehler, 1990; Cogliano, 1999), en prospektiv studie (Ferrand et al., 2001), en retrospektiv studie (Jensen et al., 2011), en mixed method (Barnato et al., 2012), en kvalitativ observasjonsstudie (Cook et al., 2006), en med semistrukturerte intervju, kvalitativt design (Mc Leron et al., 2021). For oversikt se Figur 5 *Kildetype*.



Figur 5 *Kildetype*

## 6.2. Kategorisering av resultatene

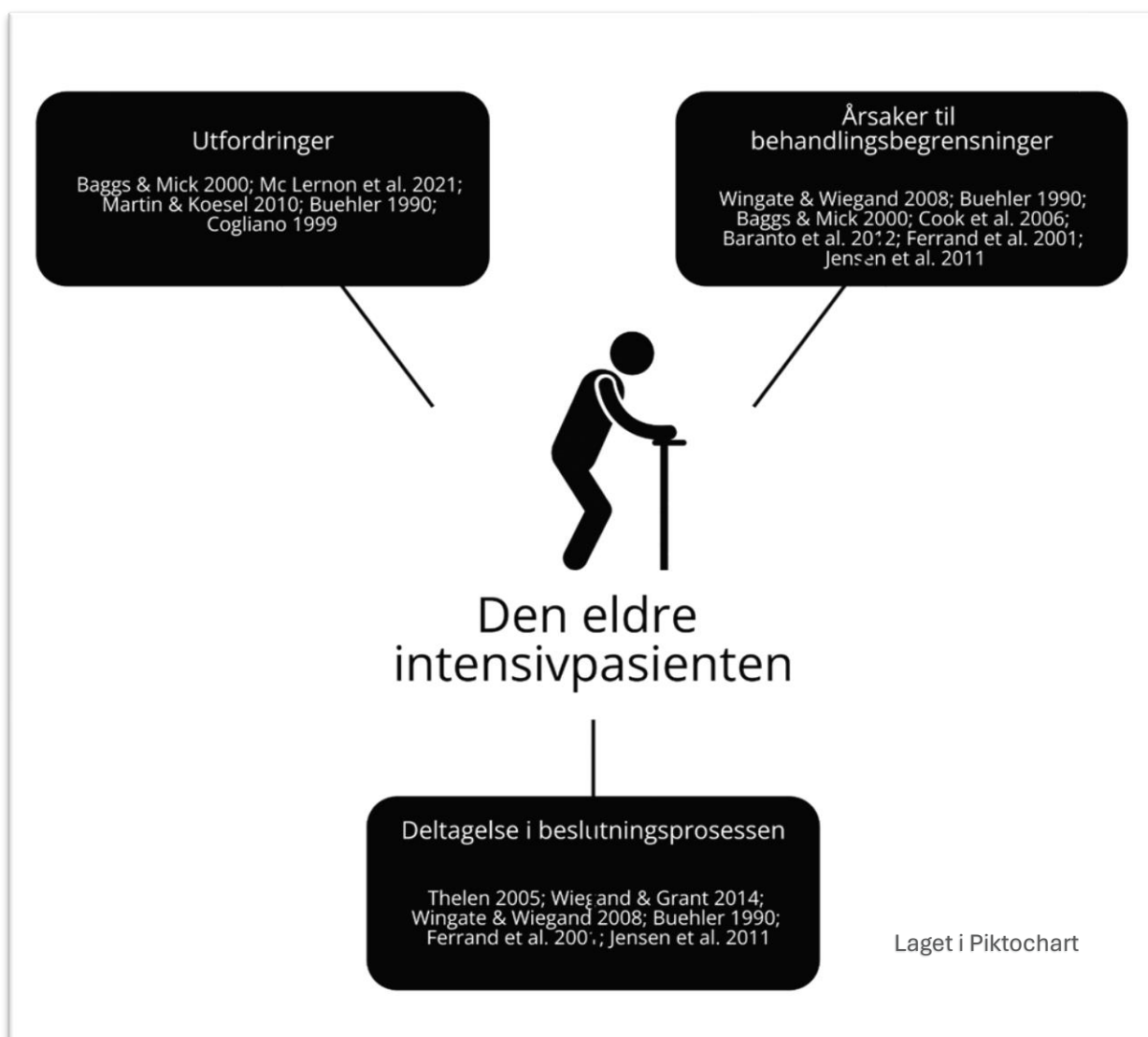
Etter å ha trukket ut data fra de inkluderte artiklene og satt dataene inn i tabell, kategoriserte vi materialet i hovedkategorier under nøkkelfunn. Vi laget så underkategorier der det var nødvendig for å belyse vår problemstilling. Se Figur 6 *Hovedkategorier resultat* for de 4 kategoriene.



Figur 6 Hovedkategorier resultat

### 6.3. Den eldre intensivpatienten

I kategorien Den eldre intensivpatienten kom det frem tre underkategorier som er viktige å belyse i vår oppgave: utfordringer, årsaker til behandlingsbegrensninger og deltagelse i beslutningsprosessen (se Figur 7 *Den eldre intensivpatienten*).



Figur 7 *Den eldre intensivpatienten*

### 6.3.1. utfordringer

På grunn av faktorer som komorbiditet, høy alder og skrøpeligheit kan intensivbehandling av eldre være utfordrende, og det er større sannsynlighet for et negativt resultat (Baggs & Mick, 2000; Mc Leron et al., 2021). I casestudien til Martin og Koesel (2010) blir det påpekt at det stadig blir flere eldre pasienter med kroniske sykdommer på intensivavdelingene, og dette fører til at behandling må diskuteres. I fagartikkelen til Baggs & Mick (2000) hevdes det at helsepersonell har manglende kompetanse til å ivareta kritisk syke eldre. Mange opplever en form for kognitiv svikt ved innleggelse, men det blir ofte underdiagnostisert da helsepersonell tar det som en naturlig del av aldringen, ifølge fagartikkelen til Buehler (1990). Den eldre med kognitiv svikt kan være i stand til å gjøre moralske vurderinger i en beslutningsprosess, men blir gjerne undervurdert av pårørende og helsepersonell (Buehler, 1990). Cogliano (1999) peker på eldre som en sårbar gruppe på grunn av misoppfatninger. I denne fagartikkelen mener man at det eksisterer myter om at det er «vanlig for den eldre å få invasiv, avansert behandling på slutten av livet», at «aggressiv behandling for eldre er nytteløs og at det å sette aldersgrenser for behandling på slutten av livet vil spare helseforetakene for mye penger». Mc Leron et al. (2021) utførte 21 kvalitative semistrukturerte intervju av intensivsykepleiere og leger på en nevrointensivavdeling. I intervjuene blir eldre, skrøpelige, komorbide beskrevet som en gruppe pasienter med dårlig prognose ved intrakraniell blødning og det gir utfordringer i behandlingen.

### 6.3.2. Årsaker til behandlingsbegrensning

I casestudien til Wingate og Wiegand (2008) sies det at behandlingsbegrensning, og tidspunkt for når dette skal skje, bør diskuteres dersom pasienten ikke responderer på maksimal medisinsk behandling og teknologiske intervensjoner. Buehler (1990) beskriver i sin fagartikkel nytteløs behandling som at pasienten ikke responderer på behandlingen, og viser tegn til smerte og ubehag.

Eldre har større sannsynlighet for å få satt HLR – og motta behandling på et lavere nivå ifølge Baggs & Mick (2000). Dette blir også rapportert i Cook et al. (2006) sin observasjonsstudie

fra 15 intensivavdelinger i 4 ulike land, men at alder ikke påvirker beslutning om å avslutte livsforlengende behandling. I studien av Barnato et al. (2012) observerte de og intervjuet personale, pårørende og pasienter på 2 ulike typer intensivavdelinger. Der kom det frem at man behandlet eldre mer aggressivt på en avansert intensivavdeling (omtales høyintensiv) med mange behandlingsmetoder tilgjengelig, kontra på en mindre avansert intensivavdeling (omtales som lavintensiv). På lavintensiv-avdelingen var livskvalitet en viktig parameter, og man var opptatt av at behandlingen ikke skulle skade pasienten. På høyintensiv-avdelingen var det å unngå død et mål i seg selv. Det ble også beskrevet en forventning fra befolkningen om aggressiv behandling på høy- intensiv, fordi sykehuset var kjent for å tilby avanserte medisinske og teknologiske muligheter. I Ferrand et al. (2001) sin prospektive studie fra 148 intensivavdelinger i Frankrike var de vanligste årsakene til behandlingsbegrensning nytteløs behandling 58%, fremtidig livskvalitet 56%, alder 42% og tidligere livskvalitet 28%, og at det oftest er en kombinasjon av disse. I denne studien var alle pasienter der man valgte å avstå fra livsforlengende behandling over 65 år. I situasjoner der man avsluttet behandling var aldersspennet 62-78 år. Generelt ved behandlingsbegrensning så man at pasientene var eldre og hadde høyere SAPS score.

Jensen et al. (2011) så på innleggelser på en intensivavdeling i Danmark over et år, der kom det frem at de som ble utskrevet i live fra intensiv med behandlingsbegrensning var i alderen 69-74,4 år. De som døde på intensiv med behandlingsbegrensning var i alderen 68,4-72,2 år. Det var mer vanlig å avslutte behandling, enn å ikke starte behandling. De med behandlingsbegrensning var signifikant eldre enn andre pasienter, hadde i snitt 2 kroniske sykdommer, høyere APACHE II-, SAPS II- og SOFA score enn de som fikk full behandling. Beslutningen ble ikke tatt på grunn av alder alene, pasientens tidligere fysiske og mentale helse ble vurdert. Avgjørelsen ble tatt grunnet dårlig prognose av den akutte sykdommen, nytteløs behandling og dårlig prognose av den kroniske sykdommen.

Ifølge Cook et al. (2006) har tidligere nedsatt funksjonsevne noe å si for bestemmelsen om avgrensning av livsforlengende behandling, spesielt dersom pasienten ikke er i stand til å delta i beslutningen. Ifølge studien er det legens prognostiske vurdering av dårlig prognose som er utslagsgivende, samt legens subjektive antagelse om pasienten ønsker å motta behandling.

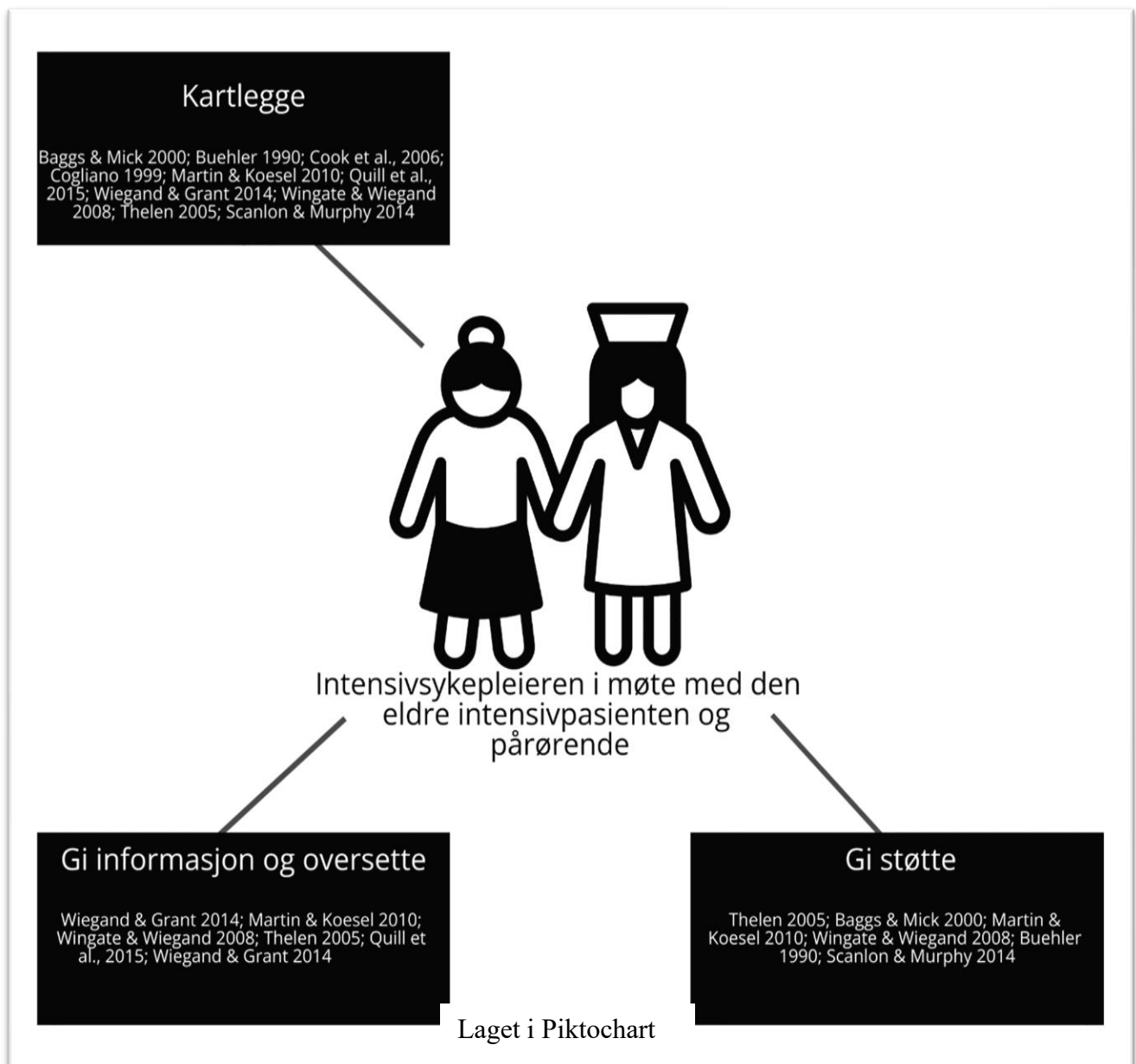
### 6.3.3. Deltagelse i beslutningsprosessen

Thelen (2005) sier i sin casestudie at de fleste helsepersonell mener at pasienten har rett til å være med i beslutningsprosessen. To casestudier sier at pasientens ønske skal styre avgjørelsen om å fortsette, begrense eller avslutte livsforlengende behandling, begge disse er fra USA, (Wiegand & Grant, 2014; Wingate & Wiegand, 2008). Dersom pasienten ikke er i stand til å delta i en beslutning kan forhåndsdirektiv gi helsepersonell og pårørende informasjon om pasientens ønsker (Buehler, 1990). I Ferrand et al. (2001) sin studie kom det fram at verken pasienten eller pårørende var involvert i 17 % av tilfellene om å avstå fra behandling. I Jensen et al., (2011) sin studie var beslutningen diskutert med pasienten i 20 % av tilfellene, og med pårørende i 79,1 % av tilfellene.

## 6.4. Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpasienten og pårørende

I møte med den eldre intensivpasienten og dens pårørende har intensivsykepleieren flere funksjoner. I beslutningsprosessen rundt avslutning av behandling har vi valgt å dele dem opp i følgende underkategorier; kartlegge, gi informasjon og oversette, og gi støtte. Se Figur 8 *Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpasienten og pårørende* for oversikt over artikler.





Figur 8 Intensivsykepleieren i møte med den eldre intensivpatienten og pårørende

### 6.4.1. Kartlegge

Intensivsykepleieren står kontinuerlig med pasienten, og er den i behandlingsteamet som tilbringer mest tid med pasienten (Buehler, 1990; Cook et al., 2006). Martin & Koesel (2010) og Quill et al. (2015) sier i sine casestudier at intensivsykepleieren danner en god relasjon med pasient og pårørende. Flere artikler hevder at intensivsykepleieren kan kartlegge og ha bedre forståelse av pasientens verdier og ønsker (Baggs & Mick, 2000; Buehler, 1990; Cogliano, 1999; Cook et al., 2006; Martin & Koesel, 2010). Sykepleieren kartlegger også

pasienten sine behov (Buehler, 1990). For å få en pekepinn på prognose anbefaler Martin og Koesel (2010) å score pasienten ut fra funksjonsstatus, det vil si evne til å ta vare på seg selv og delta i daglige aktiviteter. Pasienten og de pårørendes forståelse av behandlingen og konsekvensene er noe intensivsykepleieren bør undersøke (Baggs & Mick, 2000). Buehler (1990) mener at sykepleieren har et ansvar i å vurdere pasienten sin kognitive funksjon og eventuelle endringer. Martin og Koesel (2010) sier at selv om det ikke er sykepleierens rolle å anslå prognose, kan sykepleieren innhente kunnskap om pasientens sykdomsforløp, funksjonsnivå og andre faktorer som vil påvirke prognosen. Ved diskusjon om avslutning av livsforlengende behandling er ikke alltid pasienten og/eller familien enig innad eller med behandlingsteamet, noe sykepleieren kan fange opp (Baggs & Mick, 2000; Scanlon & Murphy, 2014; Wiegand & Grant, 2014). Pasienten og de pårørendes forståelse av behandlingen og konsekvensene er noe intensivsykepleieren bør undersøke (Baggs & Mick, 2000). Buehler (1990) mener at sykepleieren har et ansvar i å vurdere pasienten sin kognitive funksjon og eventuelle endringer.

#### 6.4.2. Gi informasjon og oversette

Intensivsykepleieren må gi klar og konsis informasjon om pasienten sin nåværende tilstand og prognose, og holde kommunikasjonen åpen (Martin & Koesel, 2010; Wingate & Wiegand, 2008). Thelen (2005) påpeker at god kommunikasjon mellom det interdisiplinære teamet og pasient/ pårørende er et nøkkelement for en god beslutningsprosess om behandlingsbegrensning. Wiegand og Grant (2014) sier at sykepleieren både skal informere og diskutere behandlingen med de pårørende. Denne kommunikasjonen må starte tidlig og ofte, samt være klar, direkte og tydelig. Ifølge Quill et al. (2015) vil hyppig og effektiv kommunikasjon mellom behandlingsteam og pårørende, være avgjørende for å forebygge konflikter. Wingate og Wiegand (2008) påpeker at dersom pårørendesamtaler starter tidlig i forløpet, er det større enighet mellom pårørende og behandlingsteamet angående behandlingsmål og tidligere overgang til palliativ pleie. Relasjonen sykepleieren har til de pårørende gjør dem i stand til å tilpasse hva og hvor mye informasjon pårørende er i stand til å motta på en gang (Thelen, 2005). Wingate og Wiegand (2008) sier at sykepleieren må gi familien tid til å fordøye informasjon før man diskuterer behandlingsmål og videre plan.

Dersom behandlingen er nytteløs og plagsom for pasienten kan sykepleieren hjelpe pasient og pårørende til å anerkjenne dette (Wingate & Wiegand, 2008).

Ifølge Thelen (2005) oversetter og forklarer sykepleiere informasjon gitt av legen på en enkel og forståelig måte for pårørende. Noen ganger vil pårørende henvende seg sykepleierne for å få den «sanne informasjonen» angående prognose og fremtidig livskvalitet for pasienten (Thelen, 2005). Det blir også beskrevet at pasienter ønsker ærlighet når det gjelder dårlige nyheter og være involvert i beslutningsprosessen.

### 6.4.3. Gi støtte

Thelen (2005) sier at sykepleieren oppnår tillit, mye på grunn av den raske og nære relasjonen som oppstår. Tillit kan også oppnås ved at pleieren spør om pasientens liv, verdier og interesser, adresserer konflikter og beklager dersom det er nødvendig. I beslutningsprosessen kan sykepleieren bruke personlig erfaring og anerkjenne hva prosessen betyr for familien. Thelen (2005) skriver at familiemedlemmer ønsker at helsepersonellet skal stoppe og lytte til deres bekymringer og ønsker. Dette kan lette byrden og følelse av skyld de pårørende gjerne kjenner på i etterkant av å ha kjempet og snakket for sin kjære, ved diskusjon om behandlingsbegrensning. Ifølge Baggs & Mick (2000) gir intensivsykepleieren emosjonell støtte til pasienten og familien, med fokus på pasienten sine ønsker. Ved å være fleksible i å gi familien tilgang til pasienten, gi rom for sorg og tilstrebe kontinuitet i pleiepersonalet gir de også støtte (Baggs & Mick, 2000). Ved dårlig prognose, må sykepleieren forberede pårørende på mulige utfall (Martin & Koesel, 2010). Ved dårlig respons på behandling og diskusjonen om behandlingsbegrensning starter, skal sykepleieren gi støtte til pasienten og familien i deres valg (Wingate & Wiegand, 2008). De må også gi håp i form av at pasienten vil få god behandling og symptomlindring ved livets slutt (Wingate & Wiegand, 2008). Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne mening og helhet midt i vanskelige valg, siden de gjerne best kjenner pasientens verdier (Buehler, 1990). Gjennom støtte, kunnskap og empati kan sykepleieren styrke pasientens og/eller pårørendes mestringsstrategier og hjelpe dem i å ta valg ifølge casestudien til Scanlon og Murphy (2014).

## 6.5. Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet

Et godt samarbeid mellom pasient, familie og helsepersonell gjør at man har et bedre informasjonsgrunnlag for å ta en beslutning om videre behandling (Baggs & Mick, 2000). Vi har delt funnene følgende i underkategorier: pasienten sin advokat, og samarbeid og delaktighet. Se Figur 9 *Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet* for oversikt over artikler.



Figur 9 *Intensivsykepleieren i det interdisiplinære teamet*

### 6.5.1. Pasienten sin advokat

Flere artikler omtaler sykepleieren som pasienten sin advokat (Cogliano, 1999; Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005). Sykepleieren skal kjempe for verdigheten til pasienten, samtidig som pasienten får kontinuert rimelig behandling, uavhengig av prognose (Scanlon & Murphy, 2014). Martin og Koesel (2010) peker på at sykepleieren skal sørge for at det overordnede behandlingsmålet samsvarer med pasientens ønsker og verdier. Baggs og Mick (2000) anbefaler at sykepleieren tar opp diskusjonen om forhåndsdirrektiver og undersøker pasienten sine behandlings ønsker. Dersom det er uenighet mellom familie og lege, fungerer sykepleieren gjerne som mekler (Thelen, 2005). Sykepleieren spiller en viktig rolle i å fremme tydelig kommunikasjon mellom medlemmene i teamet, pasienten og dens familie (Cogliano, 1999).

### 6.5.2. Samarbeid og delaktighet

Det påpekes av flere at det interdisiplinære samarbeidet er viktig. Det fungerer best dersom fokuset er på pasienten og gi god, adekvat behandling (Baggs & Mick, 2000; Barnato et al., 2012). I studien til Barnato et al. (2012) kom det frem at dersom teamet sammen gjorde etiske vurderinger for hva som ville være det beste for pasienten, og samtidig hadde langsiktige mål for behandlingen som fremtidig livskvalitet og funksjonsnivå, var det større konsensus om å avslutte behandling. Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier gir en mer human og innsiktsfull pleie, ved uenigheter kan sykepleieren kalle inn til et interdisiplinært møte (Cogliano, 1999). Det er viktig at kommunikasjonen fra behandlingsteamet til pasient og pårørende samsvarer (Wingate & Wiegand, 2008). Sykepleieren skal inkludere nøkkelmedlemmer av pleie teamet til pasienten, gjerne fra moder avdelingen dersom det er aktuelt (Wingate & Wiegand, 2008).

Thelen (2005) hevder at det er lite forskning som dokumenterer sykepleierens delaktighet i beslutningsprosessen om å avslutte livsforlengende behandling. I studien til Ferrand et al., (2001) kom det frem at sykepleieren var involvert i 54 % av beslutningsprosessene. I studien til Jensen et al. (2011) var det dokumentert at sykepleieren var med i 0,9 % av beslutningsprosessene, og de stiller spørsmål ved om dette er en underrapportering eller om det indikerer at danske sykepleierne er mindre involvert. Quill et al. (2015) sier at sykepleierne har viktige perspektiver på nytten og byrden pasienten har av behandlingen og hvilke symptomer de opplever, men er ofte ekskludert fra beslutningsprosessen. Det er vanskelig å vurdere hvor mye behandling som skal gis (Mc Leron et al., 2021). I studien til Mc Leron et al. (2021) kom det frem at de var opptatt av å gi pasienten en sjanse, men en deltaker påpekte at de var dårlige til å snakke sammen og få frem de ulike synsvinklene i behandlingsteamet. Cogliano (1999) peker på at det er økende konsensus blant leger om at de ikke alltid skal ta en behandlingsbeslutning alene. Martin og Koesel (2010) stiller spørsmål ved om ikke sykepleieren er den rette til å ta opp en diskusjon om behandling med pasienten eller de pårørende, siden sykepleierne gjerne oppnår en nær relasjon. De mener også at sykepleieren ofte har et mer realistisk inntrykk av pasienten sin evne til å klare seg og ha en vellykket rekonvalesens. Thelen (2005) sier at både leger og sykepleiere føler seg lite forberedt på å ta samtaler om behandlingsbegrensning.

## 6.6. Etske utfordringer for intensivsykepleieren

Det kommer frem i flere artikler at intensivsykepleiere opplever moralsk stress i spørsmål om behandlingsbegrensning. Vi ser på hva som blir beskrevet som årsaker til dette og hva som foreslås at sykepleieren kan foreta seg i slike situasjoner. Se Figur 10 *Etske utfordringer for intensivsykepleieren* for oversikt over artikler.



Figur 10 Etiske utfordringer for intensivsykepleieren

Sykepleieren bruker mest tid sammen med pasienten, og står ofte i situasjoner der de vet hva som er det «rette å gjøre», men ikke kan gjøre noe grunnet institusjonelle strukturer eller situasjonelle krav (Buehler, 1990), noe som gir moralsk stress. Thelen (2005) sier at når sykepleiere opplever at de bidrar til mer lidelse enn nytte for pasienten, fører det til moralsk stress. Både sykepleiere og leger mener at det ofte oppstår etiske utfordringer i beslutningsprosessen om behandlingsbegrensning (Thelen, 2005). Selv om sykepleiere anerkjenner at det er vanskelige valg legen må ta, er de ofte uenige i avgjørelsen, og mener enten behandlingen ble avsluttet for tidlig eller for sent (Thelen, 2005). Flere sier at sykepleiere opplever moralsk stress ved å utføre behandling som oppfattes nytteløs og for aggressiv, og at interdisiplinær dialog om etiske utfordringer er viktig (Cook et al., 2006; Mc Leron et al., 2021; Wiegand & Grant, 2014). På en nevrontensiv avdeling i Storbritannia kom det frem at mange synes at unødvendige innleggelser gav familien et falskt håp (Mc Leron et al., 2021). I samme undersøkelse kom det frem at spesielt sykepleierne ga uttrykk for konflikt og tristhet når pasienter overlevde en tøff behandling, men med alvorlig uførhet. Cook et al. (2006) peker også på at høy alder, høy APACHE score og tidligere nedsatt

funksjonsnivå gir moralsk stress. Spesielt når pårørende overestimerer sjansene for overlevelse eller fremtidig livskvalitet, at behandling forlenger dødsprosessen eller det er feil bruk av ressurser. Martin og Koesel (2010) beskriver sykepleieren som ikke får delta i beslutningsprosessen som den ansvarlige, men maktesløse. Dette fordi de utfører behandlingen uten å ha påvirkningskraft, noe som skaper moralsk stress.

Når sykepleieren står i vanskelige etiske situasjoner, må de ta stilling til sine egne og pasientens verdier, da disse kan påvirke dømmekraften (Scanlon & Murphy, 2014). Samme artikkel anbefaler også at sykepleieren er klar over sin tolkning av sykehuspolitikken når det gjelder nytteløs behandling, og jobber for riktig bruk av politikken også av de andre i det interdisiplinære teamet. Wiegand og Grant (2014) mener det er viktig at sykepleiere og andre fra behandlingsteamet er i stand til å identifisere etiske utfordringer, og adresserer disse ved å ta kontakt med etisk komite tidlig i prosessen. Etisk komité kan gi råd og støtte, både til familie og behandlingsteam i vanskelige saker (Wiegand & Grant, 2014). Når sykepleieren identifiserer etiske utfordringer knyttet til behandlingen kan de også konsultere med for eksempel prest, etisk konsulent, palliativt team eller nærmeste leder for å komme til enighet om beslutningen innad i teamet og med familien (Wiegand & Grant, 2014)

## 7. Diskusjon

### 7.1. Eldrebølgen og alderisme

Andelen eldre i samfunnet er spådd til å øke betraktelig i årene som kommer (Tømmerås & Thomas, 2022). Flaatten et al. (2021) hevder eldre over 80 år kan utgjøre så mye som 30-40 % av alle innleggelser på intensiv i fremtiden og dette vil legge press på intensivkapasiteten. I Norge er intensivkapasiteten under press på grunn av mangel på intensivsykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Cogliano (1999) mener eldre er sårbare, at det eksisterer fordommer som «aggressiv medisinsk behandling av eldre er nytteløs» og «helsevesenet kan spare penger ved å sette aldersgrenser for behandling ved livets slutt». Disse fordommene Cogliano (1999) beskriver er alderisme.



Flere av funnene våre peker i retning av at eldre kan være utsatt for alderisme. Buehler (1990) hevder blant annet at helsepersonell tar kognitiv svikt som en naturlig del av aldring, og at nyoppstått kognitiv svikt under innleggelse derfor er underdiagnostisert. Samme artikkel mener at helsepersonell og pårørende undervurderer evnen pasienter med kognitiv svikt har til å gjøre moralske vurderinger. Veilederen fra Helsedirektoratet (2013) påpeker at pasienter med demens kan være i stand til å delta aktivt i beslutningsprosessen om behandlingsbegrensning. Annen forskning støtter at eldre er utsatt for alderisme. LeGuen et al. (2016) undersøkte i sin studie hvorvidt eldre pasienter ble spurt om sine ønsker før en innleggelse på intensiv, noe de fleste ikke ble, selv om de var vurdert som kapable. Pasienter med demens eller nedsatt funksjonsnivå ble enda sjeldnere spurt om hva de ville. LeGuen et al. (2016) peker også på at kognitiv svikt og nedsatt funksjonsnivå ikke er synonymt med manglende evne til å ta en beslutning. Dersom man ikke spør pasienter om hva de ønsker, er det større fare for at man over- eller under behandler pasienter (LeGuen et al., 2016). Ser man til Cook et al. (2006) sin studie kom det fram at legene selv vurderte hva pasientene hadde ønsket dersom de kunne ytret sine meninger. Det kan da være risiko for at pasients alder har en påvirkning på legene sin vurdering.

Baggs og Mick (2000) hevder at eldre ofte får behandling på et lavere nivå og har større sannsynlighet for å få HLR-minus-status. En litteraturoversikt av Flaatten et al. (2017), som omhandler eldre pasienter over 80 år og intensivbehandling, bekrefter dette. Den viser at eldre får mindre aggressiv intensivbehandling og har kortere liggetid på intensivavdelingen, sammenlignet med yngre pasienter. Flaatten et al. (2017) hevder at dette har vært akseptert praksis over tid, og at prinsippet om å ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet ligger til grunn. De mener at funnene deres kan tyde på en proaktiv kultur for å avslutte behandling til denne pasientgruppen. Dette fordi redusert fysiologisk reservekapasitet skulle tilsi behov for et høyere behandlingsnivå og lengre liggetid på intensivavdelinger for eldre pasienter. Studien til Cook et al. (2006) rapporterer at høy alder er assosiert med HLR-minus-status. Veilederen fra Helsedirektoratet (2013) fremhever at høy alder alene er ikke indikator for å sette HLR minus, men skal vurderes sammen med faktorer som irreversibel multiorgansvikt eller svært dårlig funksjonsnivå. I studien til Ferrand et al. (2001) kom det fram at i tilfeller hvor man valgte å ikke starte livsforlengende behandling, var alle pasientene over 65 år, og at alder var

oppgitt som en av de vanligste årsakene til at man valgte behandlingsbegrensning. Dette korrelerer med studien til Jensen et al. (2011) som rapporterte at de som døde på intensiv med behandlingsbegrensning, eller de som ble skrevet ut i live med behandlingsbegrensning, alle var over 65 år. Dette kan likevel ikke ses på alderisme, fordi både i Ferrand et al. (2001) og Jensen et al. (2011) kommer det fram at det var flere faktorer enn alder som var grunnlaget for beslutningen.

## 7.2. Aldersrelaterte endringer og behandlingsbegrensning

Forskning vi har kartlagt i bakgrunnen for oppgaven, sier at aldersrelaterte endringer i kroppen, komorbiditet, multimorbiditet, skrøpelighet og nedsatt funksjonsnivå, er faktorer som påvirker responsen på behandlingen og gir økt risiko for negativt utfall for den eldre intensivpatienten (Bagshaw et al., 2015; Bruncker et al., 2023; Cintra et al., 2019; De Biasio et al., 2020; Flaatten et al., 2021; Mattison, 2024; Silva-Obregón et al., 2020). Funnene våre peker også i denne retning. Martin og Koesel (2010) hevder flere pasienter med kroniske, irreversible sykdommer, gjør at behandlingsmål må diskuteres på intensivavdelingen. Både Martin og Koesel (2010) og Baggs og Mick (2000) hevder at faktorer som komorbiditet, høy alder og skrøpelighet påvirker effekten av intensivbehandlingen negativt.

Ferrand et al. (2001) rapporterer at som regel var det en kombinasjon av flere årsaker til behandlingsbegrensning, der nytteløs behandling og vurdering av livskvalitet, i tillegg til alder, var de vanligste. I Jensen et al. (2011) kommer det fram at selv om pasienter med behandlingsbegrensning var betydelig eldre enn pasienter som fikk full behandling, hadde de også kroniske sykdommer og høyere mortalitetsscore. Beslutningen ble aldri tatt på grunn av alder alene, men vurdert sammen med faktorer som tidligere fysisk helse, prognose på akutt eller kronisk sykdom eller at behandlingen ble oppfattet som nytteløs. I Cook et al. (2006) sin studie så de på tidligere nedsatt funksjonsevne, men til sist var det legen sin prognostiske vurdering som var utslagsgivende. Man kan undre seg over funnet i studien til Barnato et al. (2012) er representativt, der de behandlet eldre svært ulikt etter hvilken type intensivavdeling pasienten lå. De behandlet eldre svært aggressivt med målet om å unngå død på høyintensiv, en diskusjon om parametere som forventet livskvalitet kom ikke frem. Derimot var livskvalitet en viktig parameter på lavintensiv, der de også oftere besluttet

behandlingsbegrensning. På høy-intensiv var det en forventning fra pasientene om avansert, aggressiv behandling, fordi sykehuset var kjent for sine medisinske og teknologiske muligheter.

En systematisk oversiktsartikkel av Vallet et al. (2021) har undersøkt faktorer assosiert med mortalitet blant eldre intensivpasienter. Der fant man at faktorer som alvorlighetsgrad av sykdom, innleggelsesårsak og respiratorbehandling var assosiert med korttids mortalitet (død under innleggelse på intensiv). For langtids mortalitet (målt 3- 13 måneder etter innleggelse) var alder, komorbiditet, funksjonsstatus og alvorlighetsgrad av sykdom de viktigste faktorene. Men Vallet et al. (2021) påpeker at det var for stor variasjon i de utvalgte studiene med tanke på rapportert korttids- og langtids mortalitet og hvilke prognostiske faktorer som ble evaluert, til at man kan egentlig kunne konkludere med hvilke pasient- eller systemrelaterte faktorer som fører til høy dødelighet hos eldre intensivpasienter.

Level et al. (2018) har gjennomført en studie der man sett på mortalitet og prognostiske faktorer for eldre på intensiv, samt utfallet med fokus på funksjonsnivå, for de som fremdeles var i live et år etter innleggelse. Mortalitet et år etter innleggelse var 65,5%, men av de overlevende bodde 83 % hjemme med bevart funksjonsnivå. Prediktive faktorer for utfall var SAPS2 score, komorbiditet, funksjonsnivå og respiratorbehandling. Denne enkelte studien tyder på at selv om mortaliteten er høy blant eldre intensivpasienter, kan de som overlever ha god nytte behandlingen. På den andre siden konkluderer Flaatten et al. (2017) i sin litteraturstudie at det er indikasjon for at langtids nytteverdien av intensivbehandling for eldre er lav, spesielt hvis man tar med faktorer som livskvalitet og funksjonsnivå.

### 7.3. Den eldre i beslutningsprosessen

Flere av våre funn støtter at pasienten bør være med i beslutningsprosessen og at man skal ta hensyn til pasientens ønske (Thelen, 2005; Wingate & Wiegand, 2008, 2008). Dette står også i veilederen for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013). Men mens Wiegand og Grant (2014) og Windgate og Wiegand (2008) hevder at pasientens ønske skal styre avgjørelsen om å fortsette, begrense eller å

avslutte livsforlengende behandling, legger veilederen fra Helsedirektoratet (2013) mer vekt på at beslutningen skal være medisinsk og helsefaglig forsvarlig, spesielt i tilfeller der pasientens ønsker er usikre. Dette kan skyldes kulturelle forskjeller i kultur og lovverk. I Norge er det behandlingsansvarlig lege som har det endelige beslutningsansvaret, selv om avgjørelsen skal bygge på drøftinger og innspill fra det tverrfaglige teamet (Helsedirektoratet, 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at pasienten og eventuelt nærmeste pårørende har medbestemmelsesrett, samt krav på tilstrekkelig informasjon. Pasient og pårørende kan allikevel ikke kreve behandling som er faglig uforsvarlig eller nytteløs (Helsedirektoratet, 2013). Ser man til USA har pasient og pårørende mye større bestemmelsesrett (Puntillo & McAdam, 2006; Thelen, 2005; Wiegand & Grant, 2014).

Dessverre er det ofte slik at pasienten ønsker ofte ikke er kjent. Ifølge en studie av Lesieur et al. (2015) var pasientens ønske kjent i 23 % av alle beslutningsprosesser om behandlingsbegrensning. Av disse var kun 9,4 % av ønskene direkte uttrykk fra pasienten, og forhåndsdirektiver bare 1,3 %, mens majoriteten av ønskene kom fram via de nærmeste pårørende. Dersom pasienten ikke er i stand til å gi uttrykk for ønsker, påpeker veilederen til Helsedirektoratet (2013) at helsepersonell skal innhente informasjon om hva pasienten ville ha ønsket fra pasientens pårørende. Det presiseres at det er pasientens ønsker som er sentrale og ikke hva de nærmeste pårørende ønsker (Helsedirektoratet, 2013), noe som kan være utfordrende. I en studie fra Schwarz et al. (2024) ble eldre pasienter og deres nærmeste pårørende spurt om de ønsket innleggelse på intensiv for tre hypotetiske scenarier med kritisk sykdom. De pårørende ble også spurt om å ta valg på vegne av pasienten. Svarene pasienten gav og valgene pårørende tok på vegne av pasienten, samsvarte bare svakt. Mens pårørendes egne svar og valg de tok på vegne av pasienten korrelerte signifikant. Dette viser at det kan være vanskelig for pårørende å skille egne ønsker og verdier, fra pasientens.

## 7.4. Kartlegger funksjonen til intensivsykepleieren

At intensivsykepleieren er den som tilbringer mest tid sammen med pasienten og pårørende synes det å være konsensus om både i våre funn og i andre kilder (Buehler, 1990; Frivold et al., 2015; Helsedirektoratet, 2013; Olmstead & Dahnke, 2016). Thelen (2005) påstår at nettopp fordi sykepleieren tilbringer så mye tid med pasient og pårørende oppnår de større tillit. I kartleggingen av faktorer som kan påvirke prognose, for eksempel funksjonsnivå er det ingen funn som peker på at sykepleieren har en spesifikk rolle. Men fra egen praksis vet man at sykepleieren har en elektronisk dialog med sykepleietjenesten dersom pasienten har en tilknytning der. Der får man varierende grad av informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå og pleiebehovet. Buehler (1990) nevner som eneste i sin artikkel at sykepleieren kan kartlegge kognitiv funksjon og oppdage eventuelle endringer. Baggs og Mick (2000) peker også på at sykepleieren kan undersøke pasienten og de pårørendes forståelse av behandlingen og konsekvensene av denne. Dette beskrives også i de yrkesetiske retningslinjene, sykepleierne plikter å sikre at informasjon er forstått, og at informasjonen er tilpasset kultur, språkferdighet, kognitiv funksjon og psykiske behov (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Flere skriver også at sykepleieren er i posisjon til å forstå og kartlegge ønsker og verdier (Baggs & Mick, 2000; Buehler, 1990; Cogliano, 1999; Cook et al., 2006; Martin & Koesel, 2010). Dette strides av studien til Hartog et al. (2015), der man fant at færre sykepleiere enn leger kjente til pasientens ønsker.

Martin og Koesel (2010) hevder at siden sykepleieren er så tett på pasienten, har de ofte et realistisk bilde av pasienten sin mulighet til å komme seg. Slike observasjoner er viktige hos den eldre intensivpasienten, der utfallet gjerne blir målt etter fremtidig funksjonsnivå og livskvalitet (Lloyd et al., 2004; Martin & Koesel, 2010).

Når det gjelder påvirkning fra religion og kultur, kom ikke det frem noe i våre funn. Uansett vil det være viktig å ha forståelse for at religion kan påvirke pasient og pårørende sine valg. I

dagens multikulturelle samfunn vil informasjon om pasientens religion og kultur dermed være viktig å ha kjennskap til.

## 7.5. Den åpne kommunikasjonen

Frivold (2015) mener at åpen kommunikasjon mellom pårørende og sykepleiere er avgjørende. En åpen kommunikasjon bidrar til bedre kartlegging, informasjonsflyt om tilstand og prognose til pasienten og de pårørende (Martin & Koesel, 2010; Thelen, 2005; Wingate & Wiegand, 2008). Den eldre intensivpatienten har ofte nedsatt hørsel og syn, noe kan påvirke kommunikasjonen i beslutningsprosessen. Våre funn sier lite om dette. Åpen kommunikasjon blir fremhevet som en del av sykepleieren sin rolle av Martin og Koesel (2010) og Wingate og Wiegand (2008). I studien til Lind et al. (2012) opplevde imidlertid pårørende at sykepleierne var vage i kommunikasjonen rundt behandlingsbegrensning. I studien til Hartog et al. (2015) fant de at 41 % av de intervjuede sykepleierne ikke var komfortable med å diskutere behandlingsbegrensning med de pårørende, noe som støttes av Thelen (2005).

Ifølge veilederen til Helsedirektoratet (2013) er det ofte pleiepersonellet som først fanger opp et ønske om å diskutere livsforlengende behandling, og behandlende lege skal følge dette opp. Videre sier veilederen at helsepersonell må tilegne seg kompetanse for å gjennomføre slike samtaler. Wingate og Wiegand (2008) mener at tidlige pårørendemøter vil gi større enighet og raskere overgang til palliativ pleie, og at sykepleieren kan hjelpe pasient og pårørende til å anerkjenne plagsom og nytteløs behandling. Collins et al. (2006) fant at kun 1 % av sykepleierne initierte en samtale om behandlingsbegrensning, men deltok i 98 % av diskusjonene. Åpen kommunikasjon blir trukket frem av de internasjonale yrkesetiske retningslinjene (2021), som noe sykepleieren skal oppmuntre, derav må de også bidra til dette. Men det er altså noe språk i det som blir rapportert fra praksisfeltet.

## 7.6. Intensivsykepleieren som kilde til informasjon til pårørende

Kravet på informasjon og medbestemmelse til pasient og eventuelt pårørende er tydelig i lovverket, og sykepleiere som helsepersonell plikter å gi nødvendig informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I en studie av Frivold et al. (2015) kom det imidlertid frem at pårørende opplevde at både leger og sykepleiere ga lite informasjon. Wiegand og Grant (2014) sier derimot at sykepleieren bør informere og diskutere behandling med de pårørende, noe det også ble forsøkt av sykepleieren i den casen. Til tross funnet om vage sykepleiere i Lind et al. (2012), sa de pårørende at sykepleierne gav små drypp av informasjon om tilstanden til pasienten som for eksempel blodtrykksendringer, som hjalp de med å forstå og avfinne seg med en forverring. Ved å snakke om endringer og forverring sier Martin og Koesel (2010) at sykepleieren kan forberede pårørende på en dårlig prognose. Thelen (2005) går så langt som å si at relasjonen sykepleierne har til pårørende, gjør dem i stand til å tilpasse hva og hvor mye informasjon de pårørende er i stand til å motta på en gang. Ifølge Thelen (2005) oversetter og forklarer sykepleieren informasjonen fra legen slik at de pårørende forstår, det blir også hevdet at de pårørende noen ganger henvender seg til sykepleiere for å få «sann informasjon». Hvor mye og hvilken informasjon sykepleieren faktisk gir i praksisfeltet er noe uklart.

## 7.7. Konflikter og uoverensstemmelser mellom pasienten, dens pårørende og behandlingsteamet

Når det gjelder konflikter mellom behandlingsteam og pårørende blir det av Studdert et al (2003) rapportert at dårlig kommunikasjon ofte er årsaken til konflikten, og sykepleieren er den som oftest oppdager at det er en uoverensstemmelse. I våre funn kommer det også frem at det ofte er sykepleiere som oppdager konflikter (Baggs & Mick, 2000; Scanlon & Murphy, 2014; Wiegand & Grant, 2014). I forebygging av konflikter blir hyppig og god, tydelig dialog mellom pasient, pårørende og det interdisiplinære teamet trukket frem av Qill et al. (2015) og Thelen (2005). Dette støttes av studiet til Comer et al. (2020) der pårørende som opplevde

god kommunikasjon med helsepersonellet, rapporterte om mindre uenigheter. I tillegg førte tidlig og god kommunikasjon til en raskere beslutning. For at dette skal kunne gjennomføres krever det at sykepleieren er komfortabel med å snakke om dette, noe som av enkelte blir stilt spørsmål ved om de er (Hartog et al., 2015; Lind et al., 2012).

I casen til Wiegand og Grant (2014) var det uenighet mellom barna til pasienten, og opp mot behandlingsteamet. Det ene barnet ville ikke avstå fra eller avslutte behandlingen, og det gikk uker før pasienten fikk sovne inn. Dette er ikke en uvanlig situasjon i praksisfeltet, studier har vist at både pasienter og pårørende har et urealistisk bilde av hva intensivbehandlingen innebærer (Dillworth et al., 2015; Flaatten et al., 2017). Wiegand og Grant (2014) beskriver videre i sin casestudie at både sykepleier og lege på debriefingen ytret at de burde tatt kontakt med etisk komité. Sykepleiere har ansvar for å beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade forårsaket av behandlingen, samt legge til rette for en verdig død (Intensivsykepleierne NSF, 2017).

## 7.8. Støttefunksjon

I en beslutningsprosess om livsforlengende behandling trenger pasienten og pårørende emosjonell støtte, og våre funn viser at sykepleieren en viktig funksjon (Baggs & Mick, 2000; Martin & Koesel, 2010; Scanlon & Murphy, 2014). Idet temaet om behandlingsbegrensning er løftet, blir det sagt at sykepleieren skal hjelpe pasienten å finne mening og helhet (Buehler, 1990), gi støtte til familiens valg, og håp om lindring for pasienten (Wingate & Wiegand, 2008). Når pasienten ikke er i stand til å ta egne valg, føler gjerne pårørende på en byrde med å skulle ta valg for pasienten (Browning, 2009). Pårørende skal ikke ha ansvaret for et valg, men kan gi viktig informasjon om hva pasienten ville ønsket (Helsedirektoratet, 2013). Men som Schwarz et al. (2024) påpeker, er det vanskelig å vite om det er de pårørende eller pasienten sine ønsker som kommer frem.



Det kan synes som at sykepleieren har en praktisk støttefunksjon, som i studien til Lind et al. (2012) der pårørende beskrev sykepleierne som omsorgsfulle, de var involverte med pasienten og gav praktisk hjelp til familien som mat eller et sted å koble av. På samme måte som når sykepleierne er fleksible og gir familien tilgang til pasienten (Baggs & Mick, 2000). Dette er viktige behov for pårørende i en stressende situasjon (Prendergast & Puntillo, 2002). Men som Lind et al. (2012) påpeker bør sykepleieren også være en kommunikator, og kunne gi og avdekke viktig klinisk informasjon, i tett samarbeid med legen.

## 7.9. Funksjonen som pasienten sin advokat

I de internasjonale retningslinjene til sykepleiere blir sykepleieren omtalt som pasienten sin advokat (International council of nurses, 2021), noe man også finner i noen av våre funn (Cogliano, 1999; Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005). Å være advokat for pasienten innebærer å sikre pasienten retten til å kunne velge eller avstå fra behandling, samt påse at pasienten og de pårørende får nødvendig informasjon (International council of nurses, 2021). I de norske sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2023) blir det presisert at sykepleieren skal ivareta rettighetene, verdigheten og sikkerheten til pasienten i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen. Den teknologiske utviklingen er enorm, og Ooi (2020) påpeker at kan man utsette døden ved å ta over vitale fysiologiske funksjoner. Det er da viktig at pasientene får bestemme hvorvidt de ønsker denne utsettelsen, og at både pasientene og de pårørende forstår konsekvensene av dette. Som Martin og Koesel (2010) skriver i sin casestudie skal sykepleieren sørge for at det overordnede behandlingsmålet samsvarer med pasientens ønsker og verdier. Det er ikke beskrevet fra praksis at sykepleieren gjør dette på regelmessig basis, men det er en anbefaling fra Baggs og Mick (2000) at sykepleieren tar opp diskusjonen om forhånds direktiver og undersøker pasientens behandlings ønsker.

Sykepleieren blir beskrevet som en mellommann eller mekler mellom lege og pasient/pårørende (Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005). Dette fordi de ifølge Scanlon og Murphy (2014) forstår legenes behandlingsmål, samtidig som de kjenner perspektivet til pasienten og familien. Denne rollen er også beskrevet av Lopez- Panza et al. (2024).

Alderisme har vi tidligere beskrevet som noe som også foregår innen helsevesenet, hvordan dette farger sykepleieren i rollen som advokat er det lite forskning på. Men Cogliano (1999) skriver om viktigheten av at sykepleieren er bevisst begrepet nytteløs behandling og at den eldre er sårbar i forhold til dette. For at sykepleieren skal kunne fungere som advokat, må han ha god nok kjennskap til pasienten og de pårørende sine ønsker, samt et godt samarbeid med legen som til sist er ansvarlig for behandlingsbeslutningen.

## 7.10. Intensivsykepleieren sin funksjon i det interdisiplinære teamet

Funnene våre viser at godt teamsamarbeid er svært viktig for en god beslutningsprosess (Baggs & Mick, 2000; Barnato et al., 2012; Cogliano, 1999; Cook et al., 2006; Martin & Koesel, 2010; Mc Leron et al., 2021; Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005; Wiegand & Grant, 2014; Wingate & Wiegand, 2008). Ved å ha fokus på å gi pasienten en god og adekvat behandling, vil det styrke det interdisiplinære samarbeidet (Baggs & Mick, 2000; Barnato et al., 2012). Cogliano (1999) påpeker at godt samarbeid også vil føre til en mer human pleie. Det er imidlertid flere artikler som beskriver dårlig samarbeid, og at sykepleieren ofte ikke er med i beslutningsprosessen (Jensen et al., 2011; Martin & Koesel, 2010; Quill et al., 2015; Wiegand & Grant, 2014).

Globalt sett viste undersøkelsen til Benbenishty et al. (2024) sjelden initiering fra sykepleieren om samtaler rundt behandlingsbegrensning i teamet, men det kan være preget av at 92 % av respondentene var leger. Den lave forekomsten av initiering fra sykepleiere blir

imidlertid også funnet i Hartog et al. (2015) sin studie fra Tyskland. I denne undersøkelsen ble sykepleiere intervjuet, og det kom fram at de stod for 2 % av initiativene. En undersøkelse fra New Zealand, utført av sykepleiere, viste derimot at sykepleierne ofte initierte en slik samtale med sine kollegaer (Coombs et al., 2015). I våre funn finnes det lite data på hvor hyppig sykepleierne initierte slike samtaler innad i teamet. Ifølge veilederen til Helsedirektoratet (2013), skal sykepleiere initiere en slik samtale med legen dersom de detekterer et behov for det. Hos den eldre pasientgruppen vil et slikt behov gjerne være til stede og det hadde vært interessant å sett på hvor ofte og hvordan sykepleierne agerte på dette.

En barriere for god kommunikasjon når det gjelder behandlingsbegrensning er mangel på sykepleierinvolvering (Benbenishty et al., 2006; Flannery et al., 2020; Lind et al., 2012). Spesielt siden sykepleierne i våre funn blir beskrevet som en mellommann og mekler mellom legene og pasienten, og dens pårørende (Scanlon & Murphy, 2014; Thelen, 2005). Cogliano (1999) mener at et godt samarbeid mellom lege og sykepleier gir en mer human og innsiktsfull pleie. Dette støttes av studien til Barnato et al (2012), der det tverrfaglige temaet på en lavintensiv jobbet sammen for å få familien til å forstå og akseptere beslutningen om å avslutte behandlingen. Beslutninger ble tatt med tanke på livskvalitet, å ikke-skade, men gjøre godt for pasienten. Quill (2015) påpeker at sykepleiere gjør viktige vurderinger av nytte og byrde, siden de følger pasienten tett, men rapporterer samtidig at sykepleieren ofte er ekskludert fra beslutningsprosessen. Veilederen til Helsedirektoratet (2013) sier man bør ha et interdisiplinært samarbeid, nettopp for å sikre nødvendig informasjon for et bredt beslutningsgrunnlag.

For de pårørende er det viktig med god og tydelig informasjon. Wingate og Wiegand (2008) påpeker at informasjonen bør være samstemt fra lege og sykepleier. Dette styrkes når sykepleieren får være med i diskusjonen, får et rasjonale for behandlingsbeslutningen, vet hvilke prosedyrer som skal gjøres og dermed kan bidra til å sikre en unison forståelse i teamet og med de pårørende (Rocker et al., 2005). I Lind et al. (2012) sin studie der sykepleierne ble oppfattet som vage, kom det frem at sykepleierne ofte ikke var med i pårørendesamtaler, og derav mistet en del informasjon.

I samme tidsrom viste undersøkelsen til Piers et al. (2011) at sykepleierne deltok i 48,7 % av samtalene med pårørende og lege. Under 50 % kan ikke sies å være et høyt tall, og kan være en indikator på at deltakelsen er lav.

Cardoso et al. (2003) finner at eldre, erfarne leger inkluderer sykepleierne oftere. På samme tid trekker Cogliano (1999) frem at det er økende konsensus blant leger om at de ikke alltid skal ta en beslutning alene. I tidsrommet disse to artiklene ble publisert viste studien til Ferrand et al. (2001) at sykepleierne var involvert i 54 % av beslutningene i Frankrike. Leger i Slovenia rapporterte at sykepleiere sjelden var involvert i beslutningsprosessen (Groselj et al., 2014). Da dette er over 20 år siden, skulle nyere forskning ha vist en økning i sykepleierdeltakelsen. I et noe nyere funn fra Danmark, der de hentet data fra journaler, var det dokumentert at sykepleiere var med i beslutningsprosess i bare 0,9 % av tilfellene (Jensen et al., 2011). Forfatterne av studien stilte spørsmål ved dette funnet i lys av en studie av Bennishty et al. (2006) som viste at sykepleieren var med i 95,8 % av diskusjonene, og kunne dermed ikke konkludere med at funnet deres var representativt for gjeldende praksis. I nyere tid viser studien til Flannery et al (2020) at legene ofte brukte innspill fra sykepleierne ved en beslutning, noe sykepleierne imidlertid ikke er klar over. Sprikende funn gjør at det er vanskelig å vurdere hvilken funksjon sykepleieren har i samarbeidet med legen, pasienten og de pårørende.

### 7.11. Ethiske utfordringer

Ethiske utfordringer oppstår når etiske verdier eller prinsipper kommer i konflikt, og der man er usikker eller uenig om hva som er riktig å gjøre (Heggstad, 2020). Funnene våre viser at etiske utfordringer oppstår relativt hyppig i beslutningsprosesser om å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling.

Både Buehler (1990), Thelen (2005) og McLernon et al. (2021) beskriver at sykepleieren ofte kommer i skvis mellom ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet, og at dette fører til moralsk

stress. Sykepleieren opplever at nytten av behandlingen, ikke veier opp for lidelsene den påfører pasienten. Intensivsykepleieren er bundet av yrkesetiske retningslinjer og en funksjonsbeskrivelse som sier at man skal lindre lidelse, bidra til en verdig død, samt beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade relatert til behandling (Intensivsykepleierne NSF, 2017; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Funnene våre viser at sykepleiere møter etiske utfordringer når de må utføre behandling som oppfattes nytteløs og for aggressiv (Cook et al., 2006; Mc Leron et al., 2021; Wiegand & Grant, 2014). Dette kan skyldes at de yrkesetiske retningslinjene og funksjonsbeskrivelsen til intensivsykepleieren kommer i konflikt med plikten til å utføre behandlingen legen har ordinert, noe som også kommer frem i casestudien til Martin og Koesel (2010).

Veilederen til Helsedirektoratet (2013) påpeker at regnskapet mellom nytte og ulempe er vanskelig, og at medisinsk og helsefaglig kunnskap, samt pasienters verdier skal være med i diskusjonen. Autonomi, retten til selvbestemmelse er et viktig prinsipp innenfor medisinsk etikk, og våre funn støtter at pasienten bør være med i beslutningsprosessen (Thelen, 2005; Wiegand & Grant, 2014; Wingate & Wiegand, 2008). Samtidig viser annen forskning at pasientens ønsker sjelden er kjent (Lesieur et al., 2015), at de ikke blir spurt (LeGuen et al., 2016), eller at det er vanskelig for pårørende å skille egne ønsker og verdier fra pasientens (Schwarz et al., 2024).

I våre funn kommer det frem at det ofte oppstår uenighet mellom pasient, pårørende og det interdisiplinære teamet i beslutningsprosessen om å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling (Martin & Koesel, 2010; Quill et al., 2015; Scanlon & Murphy, 2014; Wiegand & Grant, 2014). Dette støttes av studien til Breen et al. (2001) som viser at majoriteten av konflikter på intensivavdelinger oppsto fordi det uenigheter i beslutningsprosessen om å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling. Konfliktene oppsto fordi det ikke var enighet mellom leger, sykepleiere og pårørende om hva som var til det beste for pasienten.

Rettferdighetsprinsippet om likeverdig behandling og ansvarlig fordeling av ressurser, er utfordrende å diskutere. Med dagens aldrende befolkning vil behovet for helsetjenester øke,

samtidig som det allerede nå er mangel på intensivsenger. Ifølge Folkehelse rapportens temautgave 2022 er et tiltak å øke kapasiteten og ressurstilgangen, eller alternativt å akseptere et lavere innsatsnivå per person (Strand et al., 2023). Våre funn er sprikende på dette området Baggs og Mick (2000), samt Cook et al. (2006), indikerer det er et lavere innsatsnivå for eldre, samtidig viser Ferrand et al. (2001) og Jensen et al. (2011) at det er flere årsaker enn alder til hvorfor eldre får behandlingsbegrensning.

## 8. Metodologiske styrker og svakheter

Ved denne type design er ikke kvalitetsvurdering av inkluderte materiale nødvendig, men det styrker oppgaven. Det er imidlertid ikke gjort på grunn av tidsrammen for oppgaven.

Artiklene vi inkluderte måtte være fagfellevurdert. Dette kan være en styrke for oppgaven, fordi kvaliteten på artiklene er sikret. Samtidig kan det være en svakhet fordi vi kan ha ekskludert kilder som kunne beriket oppgaven.

Man kan få store mengder materiale i søket, og relevante artikler kan dermed bli utelatt grunnet innsnevring i søkekriteriene (Arksey & O'Malley, 2005, s. 30). Søket vårt frembrakte bare 394 treff (etter at duplikatene var fjernet). Det kan være et tegn på for snevre inklusjons- og eksklusjonskriterier eller feil i søkestrategi. Men det kan også bety at det er et felt med lite forskning.

Artiklene vi fant var for det meste av eldre dato. Det kan bety at det blir brukt andre termer nå, eller at det ikke er blitt forsket mye på denne tematikken i nyere tid. At man ikke finner relevante artikler via citation index kan styrke teorien om at det er et utdatert tema innen forskningsfeltet. Grå søk gav ikke treff. Dette kan tyde på for snevre inklusjon- og eksklusjonskriterier, eller at det faktisk ikke er nok forskning som går på den eldre intensivpatienten, beslutningsprosessen om behandlingsbegrensning av livsforlengende behandling og sykepleierens funksjon.

Vi ønsket å undersøke sykepleierens funksjon i beslutningsprosessen knyttet til behandlingsbegrensning for den eldre intensivpasienten. Vi måtte ekskludere mange artikler på grunn av inklusjonskriteriet eldre over 65 år. Det kan jo diskuteres om beslutningsprosessen for den eldre intensivpasienten er annerledes enn for yngre pasientgrupper. Vi ønsket likevel å undersøke denne pasientgruppen spesifikt, nettopp på grunn av alle tilleggsfaktorene denne gruppen har med seg, og fordi erfaring fra praksis viser at beslutningsprosessen for denne gruppen kan være etisk utfordrende med tanke på hva vi kan gjøre og hva bør vi gjøre.

Vi har tatt for oss forskning fra hele verden, dette gir en styrke i form av breddekunnskap. Det er også en svakhet i og med at noe av funnene fra forskningen gjerne ikke er overførbar til norske forhold.

Hånd søk eller det å kontakte forfattere er ikke gjort grunnet tidsrammen for prosjektet, men det kunne ha frembrakt relevante artikler.

I ettertid ser man at å bruke Nvivo som et analyseverktøy hadde vært til nytte. Vi ble dessverre klar over programmet sent i prosessen, derfor ble dette ikke brukt.

## 9. Konklusjon

Intensivsykepleieren vil møte stadig flere eldre intensivpasienter, der diskusjon om behandlingsbegrensning vil være aktuelt. De eldre byr på større utfordringer når det gjelder intensivbehandlingen, grunnet aldersrelaterte endringer og andre faktorer. Utfallet blir gjerne målt i funksjonsnivå, livskvalitet og mortalitet. Det er sjelden kjent hva den eldre intensivpasienten ønsker i forhold til livsforlengende behandling når de kommer på en

intensivavdeling. To artikler rapporterer om urealistiske forventninger hos pasient og pårørende (Baggs & Mick, 2000; Cook et al., 2006). I våre funn er det mye data på hva som kjennetegner en god beslutningsprosess om begrensning av livsforlengende behandling til den eldre intensivpasient, intensivsykepleieren blir på som en viktig bidragsyter. Det blir presentert flere anbefalinger på hvilke funksjoner intensivsykepleieren bør ha. Sykepleieren må bidra til en åpen og tydelig kommunikasjon, hyppige pårørendesamtaler, empatisk omsorg og inkludering av alle i det interdisiplinære teamet. Sykepleieren må også bidra til en god dialog innad i temaet, slik at informasjonen til pasient og pårørende er samstemt. Samtidig er forskningen sprikende når det gjelder hvor involvert intensivsykepleieren er i disse beslutningsprosessene. Det er usikkert om årsaken til dette er at bidraget er underrapportert eller at hen faktisk i liten grad er involvert.

## 10. Implikasjoner for praksis og videre forskning

Forskningen støtter det beslutningsveilederen fra Helsedirektoratet (2013) sier gir en god beslutningsprosess rundt behandlingsbegrensning; åpen og tydelig kommunikasjon, hyppige pårørendesamtaler, empatisk omsorg og inkludering av alle i det interdisiplinære teamet. Men våre funn peker på at prosessen ofte ikke er optimal. Dårlig kommunikasjon mellom pasient, pårørende og behandlingsteamet blir pekt på en årsak. Det er også rapportert at involveringen av intensivsykepleierne er lav. Det bør ses på hvor delaktige de faktisk er og hvilke tiltak som kan gjøres for å øke involveringen.

Faktum er at det blir flere eldre intensivpasienter, og for å kunne ta stilling til passende behandlingsnivå kreves det gjerne mer kartlegging av funksjonsnivå, skrøpelighet, livskvalitet ønsker og verdier enn hos de yngre pasientene. Kan intensivsykepleieren bidra i denne kartleggingen?

Følger man yrkesetiske retningslinjer til sykepleiere og fagartikler, sier de at man skal være advokat for pasienten. Man må dermed ha kjennskap til pasientens ønsker og følgelig kunne ha samtaler om livsforlengende behandling. Funnene våre og annen forskning indikerer at



sykepleieren gjerne ikke er komfortabel med slike samtaler. Samsvarer dette med erfaring fra praksisfeltet, og hva kan gjøres for å styrke sykepleierens kompetanse på samtaler om behandlingsbegrensning med pasient og pårørende?

Det kommer frem at religion og kultur kan påvirke både valget til pasienten, og de i behandlingsteamet. Det er også kulturelle og lovgivende forskjeller globalt sett som påvirker hvor mye pasient og pårørende har å si i en beslutningsprosess. Vi lever i et multikulturelt samfunn der slike aspekter vil være spennende å undersøke nærmere. Hvor stor innflytelse har religion og kultur på sykepleien til eldre intensivpasienter i en beslutningsprosess om livsforlengende behandling?

## Referanser

- Akinosoglou, K., Schinas, G., Almyroudi, M. P., Gogos, C. & Dimopoulos, G. (2023). The impact of age on intensive care. *Ageing Research Reviews*, 84, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101832>
- Baggs, J. G. & Mick, D. J. (2000). Collaboration: A tool addressing ethical issues for elderly patients near the end of life in intensive care units. *Journal of gerontological nursing*, 26(9), 41–47.
- Bagshaw, S. M., Stelfox, H. T., Johnson, J. A., McDermid, R. C., Rolfson, D. B., Tsuyuki, R. T., Ibrahim, Q. & Majumdar, S. R. (2015). Long-Term Association Between Frailty and Health-Related Quality of Life Among Survivors of Critical Illness: A Prospective Multicenter Cohort Study. *Critical Care Medicine*, 43(5), 973-982. doi: 10.1097/CCM.0000000000000860.
- Barnato, A. E., Tate, J. A., Rodriguez, K. L., Zickmund, S. L. & Arnold, R. M. (2012). Norms of decision making in the ICU: a case study of two academic medical centers at the extremes of end-of-life treatment intensity. *Intensive care medicine*, 38(11), 1886–1896. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2661-6>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (Eight edition.). Oxford University Press.
- Benbenishty, J., Ganz, F. D., Lautrette, A., Jaschinski, U., Aggarwal, A., Søreide, E., Weiss, M., Dybwik, K., Çizmecı, E. A., Ackerman, R. C. M., Estebanez-Montiel, B., Ricou, B., Robertsen, A., Sprung, C. L. & Avidan, A. (2024). Variations in reporting of nurse involvement in end-of-life practices in intensive care units worldwide (ETHICUS-2): A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 155, 1-8. 104764. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104764>
- Benbenishty, J., Ganz, F. D., Lippert, A., Bulow, H.-H., Wennberg, E., Henderson, B., Svantesson, M., Baras, M., Phelan, D., Maia, P. & Sprung, C. L. (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: The ETHICUS Study. *Intensive Care Medicine*, 32(1), 129–132. <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2864-1>
- Breen, C. M., Abernethy, A. P., Abbott, K. H. & Tulsky, J. A. (2001). Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*, 16(5), 283–289. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00419.x>
- Browning, A. M. (2009). Empowering Family Members in End-of-Life Care Decision Making in the Intensive Care Unit: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(1), 18–23. <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000325092.39154.4a>
- Brunker, L. B., Boncyk, C. S., Rengel, K. F. & Hughes, C. G. (2023). Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges. *Clin Interv Aging*, 18, 93–112. <https://doi.org/10.2147/CIA.S365968>
- Buanes, E. A., Kvåle, R., Helland, K. F., Sjurs, E. & Barratt-Due, A. (2023). *Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak* (1.2). Norsk intensiv- og pandemiregister. [https://www.helse-bergen.no/48fab4/siteassets/seksjon/intensivregister/documents/arsrapporter/arsrapport-er-nipar/nipar-arsrapport-2022\\_1.2.pdf](https://www.helse-bergen.no/48fab4/siteassets/seksjon/intensivregister/documents/arsrapporter/arsrapport-er-nipar/nipar-arsrapport-2022_1.2.pdf)

- Buehler, D. A. (1990). Informed consent and the elderly. An ethical challenge for critical care nursing. *Critical care nursing clinics of North America*, 2(3), 461–471.
- Capuzzo, M., Moreno, R. P. & Le Gall, J.-R. (2008). Outcome prediction in critical care: The Simplified Acute Physiology Score models: *Current Opinion in Critical Care*, 14(5), 485–490. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32830864d7>
- Cardoso, T., Fonseca, T., Pereira, S. & Lencastre, L. (2003). Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: A national survey of intensive care physicians. *Critical Care*, 7(6), 167-175. <https://doi.org/10.1186/cc2384>
- Cintra, M. T. G., Belém, D., Moraes, E. N., Botoni, F. A. & Bicalho, M. A. C. (2019). The impact of intensive care admission criteria on elderly mortality. *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 65(7), 1015–1020 <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.7.1015>
- Cogliano, J. F. (1999). The Medical Futility Controversy: Bioethical Implications for the Critical Care Nurse: *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(3), 81–88. <https://doi.org/10.1097/00002727-199911000-00013>
- Collins, N., Phelan, D., Marsh, B. & Sprung, C. L. (2006). End-of-life care in the intensive care unit: The Irish Ethicus data. *Critical care and resuscitation : journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 8(4), 315–320.
- Comer, A. R., Hickman, S. E., Slaven, J. E., Monahan, P. O., Sachs, G. A., Wocial, L. D., Burke, E. S. & Torke, A. M. (2020). Assessment of Discordance Between Surrogate Care Goals and Medical Treatment Provided to Older Adults With Serious Illness. *JAMA Network Open*, 3(5), 1-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.5179>
- Cook, D., Rocker, G., Marshall, J., Griffith, L., McDonald, E. & Guyatt, G. (2006). Levels of care in the intensive care unit: A research program. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(3), 269–279.
- Coombs, M., Fulbrook, P., Donovan, S., Tester, R. & deVries, K. (2015). Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. *Australian Critical Care*, 28(2), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.03.002>
- De Biasio, J. C., Mittel, A. M., Mueller, A. L., Ferrante, L. E., Kim, D. H. & Shaefi, S. (2020). Frailty in Critical Care Medicine: A Review. *Anesthesia & Analgesia*, 130(6), 1462–1473. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004665>
- Dillworth, J., Dickson, V. V., Mueller, A., Shuluk, J., Hye, Y. W. & Capezuti, E. (2015). Nurses' perspectives: Hospitalized older patients and end-of-life decision-making. *Nursin in clinical care*, 21(2), 1-11. <https://doi.org/doi:10.1111/nicc.12125>
- Eurostat. (2023, 15. november). *Ageing Europe—Looking at the lives of older people in the EU*. Eurostat- Statistics Explained. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_-\\_looking\\_at\\_the\\_lives\\_of\\_older\\_people\\_in\\_the\\_EU](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU)
- Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P. & Lemaire, F. (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey. French LATAREA Group. *The Lancet* 357, 9–14.

- Flannery, L., Peters, K. & Ramjan, L. M. (2020). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(4), 311–316. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.004>
- Flaatten, H., De Lange, D. W., Artigas, A., Bin, D., Moreno, R., Christensen, S., Joynt, G. M., Bagshaw, S. M., Sprung, C. L., Benoit, D., Soares, M. & Guidet, B. (2017). The status of intensive care medicine research and a future agenda for very old patients in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 43(9), 1319–1328. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4718-z>
- Flaatten, H., Guidet, B. & Beil, M. (2021). Elderly Patients in the Intensive Care Unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42(1), 10–19. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710571>
- Friis, P. & Førde, R. (2015). Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 3, 233-235. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0175>
- Frivold, G., Dale, B. & Slettebo, A. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive & critical care nursing*, 31(4), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>
- Galzerano, A., Sabatini, E., Duri, D., Rossi, C., Silvestri, L., Mazzon, D. & Gullo, A. (2009). Old patients in intensive care unit (ICU): What decisions to make? *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(2), 294–297. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.11.001>
- Groselj, U., Orazem M., Kanic M., Vidmar G., & Grosek S. (2014). Experiences of Slovene ICU physicians with end-of-life decision making: A nation-wide survey. *Medical Science Monitor*, 20, <https://doi.org/10.12659/MSM.891029>
- Gulbrandsen, T. (2020). Når behandling ikke fører fram- palliasjon. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utgave, s. 697–709). Cappelen Damm akademisk.
- Hartog, C. S., Schwarzkopf, D., Riedmann, Pfeifer, R., Guenther, A., K., E., Sprung, C. L., Hoyer, H., Gensichen, J. & Reinhart, K. (2015). End-of-life care in the intensive care unit: A patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. *Palliative Medicine*, 29(4), 336–345. <https://doi.org/10.1177/0269216314560007>
- Heggestad, A. K. T. (2020). En klinisk etikk-komité kan hjelpe med etiske utfordringer. *Sykepleien*, (e-80794), <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80794>
- Heggestad, A. K. T. (2023). Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer. *Sykepleien*, (e-91137). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91137>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/859ef0b02c3248568fa820e4bcced1ab/vedlegg-1-rapport-interregional-arbeidsgruppe-for-intensivkapasitet-mai-2022.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling- veileder*. Helsedirektoratet.

- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/norsk-versjon>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsepersonelloven. (1997). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>
- Hem, E. & Johnsgaard, N. (2023, 14. desember). Komorbiditet. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Heradstveit, S. H., Larsen, M. H., Solberg, M. T. & Steindal, S. A. (2023). Critical care nurses' role in the decision-making process of withdrawal of life-sustaining treatment: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6012–6027. <https://doi.org/10.1111/jocn.16728>
- IntensivsykepleierneNSF. (2017). *Funksjon- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>
- International council of nurses. (2021). *ICN Code of ethics for nurses*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/regulation-and-education>
- Jensen, H. I., Ammentorp, J. & Ording, H. (2011). Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: Frequency, patient characteristics and decision process. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 55(3), 344–351. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02375.x>
- Johnsgaard, N. (2023, 15. desember). Multimorbiditet. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/multimorbiditet>
- Kirch, W. (Red.). (2008). Functional Ability. I *Encyclopedia of Public Health*, 466–466. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7\\_1209](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_1209)
- LeGuen, J., Boumendil, A., Guidet, B., Corvol, A., Saint-Jean, O. & Somme, D. (2016). Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study. *Age and Ageing*, (45), 303–309. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv191>
- Lesieur, O., Leloup, M., Gonzalez, F., Mamzer, M.-F., & EPILAT study group. (2015). Withholding or withdrawal of treatment under French rules: A study performed in 43 intensive care units. *Annals of Intensive Care*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13613-015-0056-x>
- Level, C., Tellier, E., Dezou, P., Chaoui, K., Kherchache, A., Sejourne, P. & Rullion-Pac Soo, A. M. (2018). Outcome of older persons admitted to intensive care unit, mortality, prognosis factors, dependency scores and ability trajectory within 1 year: A prospective cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(9), 1041–1051. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0871-z>
- Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P. & Hevrøy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, 19(5), 666–676. [cin20. https://doi.org/10.1177/0969733011433925](https://doi.org/10.1177/0969733011433925)

- Lloyd, C. B., Nietert, P. J. & Silvestri, G. A. (2004). Intensive care decision making in the seriously ill and elderly. *Critical care medicine*, 32(3), 649–654. DOI: 10.1097/01.CCM.0000115636.29294.2F
- López-Panza, E. R., Pacheco-Roys, V. C., Fernández-Ahumada, K. J., Díaz-Mass, D. C., Expósito-Concepción, M. Y., Villarreal-Cantillo, E. & Aviles Gonzalez, C. I. (2024). Competencies of the nurses in the limitation of therapeutic effort in the intensive care unit: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(1), 143–154. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.011>
- Martin, B. & Koesel, N. (2010). Nurses' role in clarifying goals in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 30(3), 64–73. <https://doi.org/10.4037/ccn2010511>
- Mattison, M. (2024, 30. januar). *Hospital mangement of older adults*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults>
- Mc Leron, S., Werring, D. & Terry, L. (2021). Clinicians' Perceptions of the Appropriateness of Neurocritical Care for Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage (ICH): A Qualitative Study. *Neurocritical care*, 35(1), 162–171. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-01145-5>
- Montgomery, C. & Bagshaw, S. M. (2017). Frailty in the age of VIPs (very old intensive care patients). *Intensive Care Medicine*, 43(12), 1887–1888. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4974-y>
- Mumtaz, H., Ejaz, M. K., Tayyab, M., Vohra, L. I., Sapkota, S., Hasan, M. & Saqib, M. (2023). APACHE scoring as an indicator of mortality rate in ICU patients: A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 85(3), 416–421. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000264>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.å.). *IADL (Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet)*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/ordbok/iadl-instrumentelle-aktiviteter-i-dagliglivet/>
- Nordseth, T. (2024, 19. januar). SOFA – medisinsk skåringsystem. I *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/SOFA\\_-\\_medisinsk\\_sk%C3%A5ringsssystem](https://sml.snl.no/SOFA_-_medisinsk_sk%C3%A5ringsssystem)
- Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. [https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer\\_for\\_intensivvirksomhet\\_151014.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf)
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Olmstead, J. A. & Dahnke, M. D. (2016). The Need for an Effective Process to Resolve Conflicts Over Medical Futility: A Case Study and Analysis. *Critical Care Nurse*, 36(6), 13–23. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2016472>
- Ooi, K. (2020). The Pitfalls of Overtreatment: Why More Care is not Necessarily Beneficial. *Asian Bioethics Review*, 12(4), 399–417. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00145-z>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Lov-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2024). *Scoping reviews*. JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B., Dekeyser Ganz, F., Decruyenaere, J., Max, A., Michalsen, A., Maia, P. A., Owczuk, R., Rubulotta, F., Depuydt, P., Meert, A.-P., Reyners, A. K., Aquilina, A., Bekaert, M., Van den Noortgate, N. J., Schrauwen, W. J., Benoit, D. D., & APPROPRICUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*, 306(24), 2694–2703. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Wolters kluwer.
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., De Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C. & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Prendergast, T. J. & Puntillo, K. A. (2002). Withdrawal of life support: Intensive caring at the end of life. *JAMA*, 288(21), 2732–2740.
- Puntillo, K. A. & McAdam, J. L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward: *Critical Care Medicine*, 34, 332–340. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000237047.31376.28>
- Quill, C. M., Sussman, B. L. & Quill, T. E. (2015). Palliative Care, Ethics, and the Law in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(3), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.007>
- Resnick, B. (2018). The Critically Ill Older Patient. I D. K. Fontaine & P. G. Morton (Red.), *Critical care nursing: A holistic approach* (11th ed., s. 117–137). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rocker, G. M., Cook, D. J., O’Callaghan, C. J., Pichora, D., Dodek, P. M., Conrad, W., Kutsogiannis, D. J. & Heyland, D. K. (2005). Canadian nurses’ and respiratory therapists’ perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 20(1), 59–65.
- Scanlon, A. & Murphy, M. (2014). Medical futility in the care of non-competent terminally ill patient: Nursing perspectives and responsibilities. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 27(2), 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.10.003>
- Schwarz, G. L., Skaar, E., Miljeteig, I., Hufthammer, K. O., Burns, K., Kvåle, R., Flaatten, H. & Schaufel, M. A. (2024). ICU admission preferences in the hypothetical event of

- acute critical illness: A survey of very old Norwegians and their next-of-kins. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4142290/v1>
- Sharp, T., Moran, E., Kuhn, I. & Barclay, S. (2013). Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *British Journal of General Practice*, 63(615), 657–668. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X673667>
- Silva-Obregón, J. A., Quintana-Díaz, M., Saboya-Sánchez, S., Marian-Crespo, C., Romera-Ortega, M. Á., Chamorro-Jambrina, C., Estrella-Alonso, A. & Andrés-Esteban, E. M. (2020). Frailty as a predictor of short- and long-term mortality in critically ill older medical patients. *Journal of Critical Care*, 55, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.10.018>
- Skår, Å., Juvet, L., Smedslund, G., Bahus, M. K., Pedersen, R. & Fure, B. (2014). *Livets slutfase—Om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende* (18). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport\\_2014\\_18\\_live\\_ts\\_slutfase\\_v2b.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport_2014_18_live_ts_slutfase_v2b.pdf)
- Sprung, C. L., Maia, P., Bulow, H.-H., Ricou, B., Armaganidis, A., Baras, M., Wennberg, E., Reinhart, K., Cohen, S. L., Fries, D. R., Nakos, G. & Thijs, L. G. (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive care medicine*, 33(10), 1732–1739. DOI 10.1007/s00134-007-0693-0
- Strand, B. H., Berg, C.L., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V.F., Vollrath, M. E. M., T., Hansen, T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., Steingrimsdottir, O. A., Engdahl, B.L., Håberg, A. K. (2023). *Folkehelse rapporten – Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/>
- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utgave., s. 27–38). Cappelen Damm akademisk.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Burns, J. P., Puopolo, A. L., Galper, B. Z., Truog, R. D. & Brennan, T. A. (2003). Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive care medicine*, 29(9), 1489–1497. DOI 10.1007/s00134-003-1853-5
- Thelen, M. (2005). End-of-life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*, 25(6), 28–38. cin20. <https://doi.org/10.4037/ccn2005.25.6.28>
- Tjora, A. (2023, 22. august). Akkulturasjon. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/akkulturasjon>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and



- Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2022). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022* [2022/29]. Statistisk sentralbyrå.  
[https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022/\\_/attachment/inline/8ae078d1-56a0-4c95-b940-8e54bb8f3c6e:5a17b2780840431ff182fd5a5a71f7a5b5790455/RAPP2022-29.pdf](https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022/_/attachment/inline/8ae078d1-56a0-4c95-b940-8e54bb8f3c6e:5a17b2780840431ff182fd5a5a71f7a5b5790455/RAPP2022-29.pdf)
- Vallet, H., Schwarz, G. L., Flaatten, H., De Lange, D. W., Guidet, B. & Dechartres, A. (2021). Mortality of Older Patients Admitted to an ICU: A Systematic Review\*. *Critical Care Medicine*, 49(2), 324–334. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004772>
- Wiegand, D. L. & Grant, M. S. (2014). Bioethical Issues Related to Limiting Life-Sustaining Therapies in the Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(2), 60–66. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000049>
- Wingate, S. & Wiegand, D. L.-M. (2008). End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Critical care nurse*, 28(2), 84–96
- World Health Organization. (2015). *World report on aging and health*. World Health Organization.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2024). *Ageism*. Ageing: Ageism. <https://www.who.int/health-topics/ageism>

# 11. Vedlegg

## 11.1. Vedlegg 1 Prisma ScR checklist.

### Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

| SECTION                           | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM  | REPORTED ON PAGE #       |
|-----------------------------------|------|--|--------------------------|
| <b>TITLE</b>                      |      |  |                          |
| Title                             | 1    | Identify the report as a scoping review.   | Forside                  |
| <b>ABSTRACT</b>                   |      |  |                          |
| Structured summary                | 2    | Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.  | S. 1-2                   |
| <b>INTRODUCTION</b>               |      |  |                          |
| Rationale                         | 3    | Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.   | S. 2.                    |
| Objectives                        | 4    | Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.                                  | S. 2                     |
| <b>METHODS</b>                    |      |  |                          |
| Protocol and registration         | 5    | Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.   | S. 12                    |
| Eligibility criteria              | 6    | Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.   | S. 25                    |
| Information sources*              | 7    | Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.  | S. 16                    |
| Search                            | 8    | Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.  | S. 65-67 (Vedlegg 2,3,4) |
| Selection of sources of evidence† | 9    | State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.  | S. 17                    |
| Data charting process‡            | 10   | Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. | S. 17-18                 |

|   |    |   |                                    |
|---|----|---|------------------------------------|
| Data items  | 11 | List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.  | S. 17                              |
| Critical appraisal of individual sources of evidence§ | 12 | If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate). | (Ikke utført, forklaring på S. 12) |
| Synthesis of results                                  | 13 | Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.  | S. 18-19                           |
| <b>RESULTS</b>  |    |   |                                    |
| Selection of sources of evidence                      | 14 | Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.                          | S. 20                              |
| Characteristics of sources of evidence                | 15 | For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.   | S. 21-23                           |
| Critical appraisal within sources of evidence         | 16 | If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).  | Ikke utført                        |
| Results of individual sources of evidence             | 17 | For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.   | Vedlegg 5                          |
| Synthesis of results                                  | 18 | Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.  | S. 25-36                           |
| <b>DISCUSSION</b>                                     |    |   |                                    |
| Summary of evidence                                   | 19 | Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.       | S. 36-50                           |
| Limitations   | 20 | Discuss the limitations of the scoping review process.  | S. 50-51                           |
| Conclusions   | 21 | Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.   | S. 51-52                           |
| <b>FUNDING</b>  |    |   |                                    |
| Funding   | 22 | Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.                       | Ikke aktuelt                       |

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

\* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850.



## 11.2. Vedlegg 2 Søkehistorikk fra Chinal

| Search ID# | Search Terms  | Search Options   | Last Run Via   | Results   |
|------------|---|--|--|-----------|
| S19        | S6 AND S9 AND S12 AND S15 AND S18   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 68        |
| S18        | nurse or nurses or nursing  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 957,949   |
| S17        | S6 AND S9 AND S12   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 507       |
| S16        | S6 AND S9 AND S12 AND S15   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 241       |
| S15        | S13 OR S14  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 277,694   |
| S14        | decision making or decision-making or decision*   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 262,733   |
| S13        | (MH "Decision Making+")   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 147,432   |
| S12        | S10 OR S11  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 111,098   |
| S11        | icu* or intensive care unit*  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 107,700   |
| S10        | (MH "Intensive Care Units") OR (MH "Coronary Care Units") OR (MH "Post Anesthesia Care Units") OR (MH "Respiratory Care Units") OR (MH "Stroke Units")    | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 47,799    |
| S9         | S7 OR S8  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 1,132,430 |
| S8         | aged or octogenarian or nonagenarian or centarian or older old* or oldest old or elderly or septuagenarian  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 1,132,028 |
| S7         | (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Centenarians") OR (MH "Nonagenarians") OR (MH "Octogenarians") OR (MH "Hospitalization of Older Persons") | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 938,150   |
| S6         | S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 26,493    |
| S5         | life sustaining or life support or treatment withdrawal or futile treatment   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 22,550    |
| S4         | (MH "Life Support Care+")   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 4,732     |
| S3         | (MH "Medical Futility")   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 1,734     |
| S2         | (MH "Euthanasia, Passive")  | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 4,904     |
| S1         | (MH "Treatment Withdrawal")   | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 152       |

### 11.3. Vedlegg 3 Søkehistorikk fra Medline

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to September 14, 2023>

| #  | Query   | Results from 15 Sep 2023 |
|----|---|--------------------------|
| 1  | critical care/ or life support care/ or withholding treatment/  | 78,270                   |
| 2  | aged/ or "aged, 80 and over"/ or frail elderly/   | 3,462,281                |
| 3  | Withholding Treatment/  | 12,703                   |
| 4  | octogenarian.mp. or Octogenarians/  | 1,902                    |
| 5  | nonagenarian.mp. or Nonagenarians/  | 782                      |
| 6  | "Aged, 80 and over"/ or centarians.mp.  | 1,016,104                |
| 7  | older old*.mp.  | 422                      |
| 8  | septuagenarian.mp.  | 236                      |
| 9  | Critical Care/  | 60,851                   |
| 10 | intensive care units/ or burn units/ or coronary care units/ or recovery room/ or respiratory care units/ | 79,308                   |
| 11 | intensive care*.mp.   | 231,440                  |
| 12 | Life Support Care/ or life support care.mp.   | 8,207                    |
| 13 | exp clinical decision-making/ or exp medical futility/  | 19,066                   |
| 14 | futile treatment.mp. or Medical Futility/   | 3,381                    |
| 15 | treatment withdrawal.mp.  | 1,723                    |
| 16 | 1 or 3 or 12 or 13 or 14  | 96,197                   |
| 17 | 2 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8  | 3,462,931                |
| 18 | 9 or 10 or 11   | 267,968                  |
| 19 | 16 and 17 and 18  | 12,460                   |
| 20 | Decision Making/  | 104,888                  |
| 21 | 19 and 20   | 314                      |

## 11.4. Vedlegg 4 Søkehistorikk fra Embase

Embase <1974 to 2023 Week 36>

| #  | Query  | Results from 15 Sep 2023 |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Life support <u>care.mp.</u>   | 655                      |
| 2  | treatment withdrawal/ or life sustaining treatment/  | 28,115                   |
| 3  | decision making/   | 282,552                  |
| 4  | futile <u>treatment.mp.</u>  | 354                      |
| 5  | 1 or 2 or 4  | 29,035                   |
| 6  | intensive care unit/ or intensive care/ or intensive care unit*.mp.  | 443,097                  |
| 7  | intensive care unit/ or burn unit/ or coronary care unit/ or medical intensive care unit/ or neurological intensive care unit/ or stroke unit/ or surgical intensive care unit/  | 255,418                  |
| 8  | aged/ or aged hospital patient/ or frail elderly/ or very elderly/   | 3,640,564                |
| 9  | decision making/ or clinical decision making/ or family decision making/ or medical decision making/ or patient decision making/   | 452,720                  |
| 10 | 6 or 7   | 461,577                  |
| 11 | 5 and 8 and 9 and 10   | 146                      |
| 12 | ..nlp nurse or nurses or nursing {Including Related Terms}   | 12,561                   |
| 13 | (nurse or nurses or nursing).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] | 872,276                  |
| 14 | 5 and 8 and 9 and 10 and 13  | 42                       |

## Vedlegg 5 Tabell karakteristika over inkluderte studier

Dokumentet er lastet inn som eget vedlegg i besvarelsen grunnet formateringen, dette for å øke lesbarheten.