

Masteroppgave

Intensivsykepleie

Februar 2022

Hvilke faktorer bidrar til å skape opplevelsen av
empowerment hos intensivpasienten?

-En systematisk oversikt og metasyntese
over kvalitative studier

Kandidatnavn: Monika Czuduk

Emnekode: MINT5900

Antall ord: 7566

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 PRESENTASJON AV ARTIKKELUTKAST	6
2.0 SAMMENBINDING	41
2.1 Bakgrunn	41
2.2. Intensivsykepleierens ansvar og helsefremmende funksjon	42
2.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved forskning og fagutvikling	42
2.4 Metodevalg og forskningsdesign	43
2.4.1 Metodiske utfordringer	44
2.4.2 Begrensninger ved en systematisk oversiktsartikkel	46
2.5 Drøfting av resultater	46
2.6 Sluttord	48
Referanser	50
VEDLEGG 1	51
VEDLEGG 2	57

Forord

Min interesse for empowerment har utviklet seg over flere år, helt fra starten av sykepleieutdanning i 2009, og har trolig bakgrunn i erfaringer fra arbeidet som sykepleier i eldreomsorgen. Bacheloroppgaven min har også empowerment som tema.

I 2019 var jeg i lengre praksisperiode på min nåværende arbeidsplass og som intensivsykepleierstudent fulgte jeg opp en pasient over en periode på ca. 5 uker. Pasienten var en «langligger» på avdelingen og var lenge i respiratoravvennings-fasen. Jeg trodde jeg kjente pasienten godt etter noen uker som hennes primærsykepleier. Den dagen jeg for første gang hadde anledning til å prate med pasienten ved hjelp av en taleventil koblet til tracheostomi i noen minutter, opplevde jeg noe meget uventet. Hun brukte sine oppsparte krefter og de korte minuttene da hun fikk lov å snakke, til å gi uttrykk for sin sterke misnøye med matserveringen. Hun ble svært skuffet og lei seg fordi hun overhørte sykepleiere prate om å servere henne suppe som litt «vanlig» mat den dagen, men den suppen ble det altså ikke noe av og det syntes pasienten ikke noe om. Det var det hun hadde lyst til å si etter alle disse ukene hun hadde ligget helt stille. Dette sa hun også i en veldig karakteristisk sørlandsdialekt, noe som var en ekstra tankevekker. Både jeg og kollegene mine hadde tilgang til informasjon om at hun var fra Sørlandet, men ingen av oss forestilte seg at hun skulle snakke på denne måten. Jeg tenkte da umiddelbart at vi alle hadde veldig begrenset grunnlag for å vite hvem denne pasienten var. Vi hadde alle våre forestillinger om hvordan hun var og hvordan hun kom til å snakke når hun først fikk mulighet til det, men virkeligheten stemte ikke i det hele tatt med våre forventninger. Hennes kompliserte familiesituasjon var årsaken til at hun ikke fikk noe besøk hele den tiden hun lå på sykehuset i Oslo. Ingen av oss fikk på denne måten anledning til å bli kjent med pasienten gjennom hennes pårørende. Vi var avhengig av å bruke alternative kommunikasjonskanaler i tillegg til vår teoretiske kunnskap om intensivpasientens psykososiale behov, men det følte som jeg og andre sykepleiere sviktet på flere plan.

Den dagen reflekterte jeg mye rundt min forståelse for intensivpasientenes behov. Senere utviklet denne refleksjonen seg til et forskningsprosjekt for min mastergrad. Samtidig som jeg ble mer ydmyk overfor min posisjon i relasjon til pasienten og mye mer forsiktig i mine egne forestillinger om hvordan pasienten har det, ønsket jeg å bli bedre på å forstå

pasientens ønsker og behov og i størst mulig grad imøtekomme disse behovene i min yrkesutøvelse som intensivsykepleier.

Denne masteroppgaven er et resultat av en refleksjon som begynte i studietiden og har vært med meg i min praksis som sykepleier siden. Takket være den tilbakemeldingen jeg fikk fra pasienten som følte seg så misforstått, har jeg forhåpentligvis blitt litt mer oppmerksom og litt mer innsiktsfull intensivsykepleier.

Oslo, 14.02.2022

Monika Czuduk

Sammendrag

Bakgrunn: Våkne intensivpasienter er psykisk og fysisk sårbare. Intensivsykepleier har ansvar for å sørge for at psykososiale behov til pasienten blir ivaretatt. Flere publikasjoner belyser negative effekter som et opphold på intensivavdeling kan ha på pasientens psykiske og fysiske tilstand. Det er derimot lite forskning som tar for seg strategier for å gi pasienter en mer positiv opplevelse av intensivbehandling.

Hensikt: Denne studien har som hensikt å identifisere og evaluere intervensjoner som kan forbedre intensivpasientens indre styrke, mestringsfølelse og øke viljen til å kjempe i møte med kritisk sykdom.

Metode: Anvendt metode er systematisk oversikt over kvalitativ forskning presentert i form av framework-metasyntese. Databasesøk ble gjennomført 23. februar 2021 i følgende databaser: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, og PsycINFO. Totalt ble 13 artikler inkludert i analysen. Inkluderte artikler ble kvalitetsvurdert etter Critical Appraisal Skills Programme (CASP) sjekklister. Funnene er presentert med utgangspunkt i eksisterende rammeverk – «Kontrollmodell for psykologiske reaksjoner i forbindelse med somatisk sykdom» av Odd E.Havik. Troverdighet av hvert funn ble vurdert ved hjelp av Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (GRADE-CerQual) - tilnærming.

Resultater: Mange av syntesens funn var basert på studier fra flere settinger, og de hadde noen metodiske begrensninger. Disse funnene ble vurdert til å være av moderat troverdighet. Noen funn var basert på svært få studier og hadde komplekse metodiske begrensninger. Disse ble vurdert til å ha lav troverdighet.

Konklusjon: Pasientempowerment i intensivbehandling stimuleres av nærvær av pårørende, tillitsbaserte relasjoner til helsepersonell, god kommunikasjon, informasjon gitt til pasienten, respekt for individuelle ønsker og behov og ferdigheter som er utviklet av pasienten gjennom fysisk trening og refleksjon. Ikke mindre betydning har det å styrke og stimulere pasientenes indre livsglede og kampvilje. Forebygging av dehumanisering av pasienten er et svært viktig ansvarsområde for intensivsykepleieren.

Nøkkelord: intensivpasient, mestring, velvære, empowerment, autonomi, psykososiale behov.

Abstract

Background: Conscious intensive care patients are mentally and physically vulnerable. The intensive care nurse is responsible for ensuring that patients' psychosocial needs are taken care of. Several publications shed light on the negative effects that a stay in an intensive care unit can have on a patient's mental and physical condition. However, there is little research that addresses strategies that give patients a more positive experience in intensive care units.

Objectives: This review explores which environmental and psychosocial factors promote the empowerment of intensive care patients.

Methods: A systematic overview of qualitative research is presented in the form of framework metasynthesis. Database searches were performed on 23 February 2021 in the following databases: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO. A total of 13 articles were included in the analysis. Included articles were assessed according to the Critical Appraisal Skills Program (CASP) checklist. The findings are presented on the basis of an existing framework, the "General model for psychological reactions in somatic disease," developed by Odd E. Havik. Confidence in each individual finding was assessed using the Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (GRADE-CERQual) approach.

Results: Many of the findings are based on studies from several settings, and they have methodological limitations. These findings are considered to be of moderate confidence. Some findings were based on very few studies and had complex methodological limitations. These are considered to be of low confidence.

Conclusion: Patients in intensive care are empowered by the presence of relatives, trust-based relationships with health professionals, good communication, information given to them, respect for individual wishes and needs, and skills that have been developed through physical training and reflection. No less relevant are strengthening and stimulating patients' own inherent joy and fighting spirit. Preventing the dehumanization of patients is an important focus area for intensive care nurses.

Keywords: intensive care patients, empowerment, well-being, autonomy, psychosocial needs.

1.0 Presentasjon av artikkelutkast

Utarbeidet etter retningslinjer fra InspirA.

Link til forfatterveiledning: <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/guidelines>

Introduksjon

Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom inngår i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde (1, 2). Pasientens psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom blir ofte nedprioritert, da fokuset ligger i intensiv overvåkning og i de mange prosedyrene som krever full oppmerksomhet hos helsepersonell. I tillegg er intensivavdeling et høyteknologisk miljø med mye bruk av utstyr som forårsaker støy og trengsel og skaper avstand mellom pasient og behandler. Dette gir utfordringer for det medmenneskelige aspektet av sykehusopphold og pasientens velvære (3-5).

Derfor er den akutt og kritisk syke pasienten i stor grad utsatt for opplevelser knyttet til utrygghet og angst, sårbarhet, fremmedgjøring, avhumanisering, isolasjon, lidelse og mangel på kontroll. Forskningen innenfor feltet legger som regel vekt på de negative opplevelsene hos pasienten (6-10). Det finnes eksempler på tidligere kvalitative litteraturstudier med fokus på pasientens traumatiske opplevelse av respiratorbehandling (11, 12). I disse studiene diskuteres problemstillinger som omhandler for eksempel utfordringer ved kommunikasjon mellom intubert pasient og sykepleier, eller opplevelse av fysisk ubehag utløst av sykepleieprosedyrer. Disse studiene tar for seg både pasient- og sykepleieperspektiv. Annet aktuelt fokusområde for kvalitative litteraturstudier gjennomført ved hjelp av data fra intervjuer med intensivpasienter og deres pårørende og/eller sykepleiere er posttraumatisk stressyndrom, nærmere omtalt som Post-intensive care syndrome (PICS) (13, 14). Det er blant annet tidligere oversiktsartikler om bruk av dagbok som PICS-forebyggende tiltak, og studier som fokuserer på oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehus (15).

Det er dokumentert i flere primære studier samt omfattende litteraturoversiktsstudier med tidligere intensivpasienter som deltakere, at vonde minner fra intensivopphold kan plage pasienten selv mange år etter sykehusopphold og forårsake posttraumatisk stresslidelse (16-19). Derfor er det meget aktuelt å forebygge langvarige psykiske skader forårsaket av intensivbehandling. Forskning rundt empowerment av intensivpasienter er sparsom og ofte hovedsakelig basert på intervjuer med sykepleiere. Det er ikke tidligere utarbeidet en systematisk oversikt over studier som belyser positive opplevelsene hos pasienter og tar for seg pasientperspektiv som hovedfokus. Økende antall våkne

intensivpasienter og utbredt bruk av analgosedasjon som moderne behandlingsstrategi (20-23) er en grunn til å holde seg oppdatert med hensyn til intensivpasientenes psykososiale behov og kilder til empowerment som kan være helsefremmende og redusere risiko for komplikasjoner etter kritisk sykdom.

Hensikt

Overrepresentasjon av negativt fokus i kvalitativ forskning om intensivpasientens opplevelse er mye av grunnen til at det synes interessant å rette oppmerksomheten mot konstruktive tiltak som kan skape bedre opplevelser for pasienten. Å få god innsikt i naturen til pasientenes traumatiske opplevelser er uten tvil relevant for den aktuelle problemstillingen, men med tanken på begrenset tid og ressurser var den mest effektive tilnærmingen å se direkte på hva pasienter husker som positivt - det vil si å forsøke å besvare spørsmål om hva som fremmet eller bidro til opplevelsen av empowerment hos dem. Denne studien prøver dermed å besvare følgende spørsmål:

Hva opplever pasienten som positivt ved opphold på intensivavdeling?

Hva er det i miljøet på avdelingen som hadde oppløftende effekt for pasienten?

Hva gir pasienten motivasjon og styrke til å kjempe for å komme tilbake til «det normale livet»?

Den overordnede problemstillingen er:

Hvilke faktorer bidrar til å skape opplevelsen av empowerment hos intensivpasienten?

Metode

Denne artikkelen er en systematisk oversikt og rammeverk-syntese (framework synthesis) (24) som integrerer kunnskap fra primære kvalitative studier om intensivpasientens opplevelser og erfaringer knyttet til empowerment. Hele arbeidet er gjennomført med utgangspunkt i en serie av metodeartikler Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series (25-30) i tillegg til anbefalinger fra metodebok for kvalitative synteser av Sandelowski et al. (31).

Empowerment- begrep og valg av teoretisk rammeverk

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (32). Denne definisjonen ble lansert i 1998 av WHO og har ikke blitt revidert siden. Utfordringen med denne definisjonen er at den er veldig generell og vag og vanskelig å operasjonalisere og omsette til konkret sykepleierpraksis til tross for utbredt bruk og stor faglig interesse (33).

Det er stor enighet i fagfeltet om at det finnes behov for en utvidet definisjon av empowerment, samt at empowerment er komplisert å definere, men det er foreløpig ingen tegn til at forskere i aktuelle fagmiljøer beveger seg mot en ny felles definisjon av empowerment (34). For denne studiens formål illustreres og forklares grunntanken bak empowerment av en konseptuell modell konstruert av den norske psykologen Odd E. Havik (35). Basert på konklusjon i artikkelen «Empowerment in critical care – a concept analysis» (33) er det mulig å se en tydelig parallell mellom funn på 80-tallet og nyere tids forskning som har som formål å utforske og definere kilder til pasientens mestringsfølelse og velvære. Wåhlin (33) beskriver empowerment som et fenomen med følgende konsekvenser:

- Mestring av krevende situasjonen (alvorlig sykdom)
- Et redusert belastningsnivå
- En økt følelse av autonomi
- Evne til å handle
- Økt følelse av koherens
- Kontroll over situasjonen og fremtiden
- Personlig og/eller faglig utvikling og vekst
- Økt komfort – indre tilfredshet

De samme konklusjonene finner man ved å studere Haviks modell, som handler om hvordan vi best kan forstå og ivareta pasienters psykologiske behov ved somatisk sykdom. I det følgende skisseres prosessen med å identifisere relevant forskning, vurdering av studienes kvalitet og reliabilitet samt klassifiserte funn i primærstudiene som denne artikkelen baseres på.

Protokoll og registrering

En godkjent prosjektbeskrivelse erstatter krav om protokollregistrering for denne artikkelbaserte masteroppgaven. Arbeidet ble ikke forhåndsregistrert i database da det anses som unødvendig. Denne systematiske oversikten er en skoleoppgave som ikke skal publiseres offentlig.

Databasesøk

For å kartlegge tidligere utførte systematiske oversikter med lignende problemstilling, ble det gjennomført et innledende søk i databasene Cochrane Library og Epistemonikos. Søket resulterte ikke i noen funn. Første søk etter relevante primærstudier ble utført under arbeid med prosjektbeskrivelse i september 2019. Endelig databasesøk til denne artikkelen ble utført 23. februar 2021 i følgende databaser: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, og PsycINFO. Søkeordene ble satt inn i et SPIDER-søkeskjema (36) (Tabell 1) og kombinert med boolean operators «OR» og «AND».

PRISMA guidelines (37) ble brukt for å strukturere utvalgsprosessen. Flow-diagram presenteres i Figur 1. Søkehistorikken presenteres ved hjelp av dokumentasjon fra CINAHL-databasesøk i Vedlegg 2.

Tabell 1. SPIDER-søk

Søkekomponent	Søkeord
S (Sample)	patient*, adult
P I (Phenomenon of Interest)	intensive care unit, critical care, hospitalization, critical care nursing, nursing interventions, hospital environment
D (Design)	hermeneutics, phenomenology, focus group, grounded theory, interpretative phenomenological analysis, narrative analysis, semi-structured interview, thematic analysis, empirical methods, interviews, observation methods
E (Evaluation)	attitude, personal experience, emotional states, emotions, emotional control, empowerment, patient participation, patient involvement, patient satisfaction, well-being, dignity, decision making, shared decision making, patient autonomy, personal autonomy, therapeutic processes, optimism, hope, pleasure, pleasant memories, sense of coherence, happiness, motivation, power, quality of life, enthusiasm, emotional health, positive emotions, psychological engagement
R (Research Type)	qualitative research, qualitative methods

168 artikler ble identifisert gjennom manuell gjennomgang av titler i kildedatabaser. De titlene som virket relevante i resultatlisten etter gjennomført systematisk søk ved hjelp av søkeord presentert i Tabell 1., ble eksportert som datafil og åpnet i verktøy for referansehandtering EndNote X9. Alle 168 titler ble så screenet for duplikater og etter fjerning av disse (62 publikasjoner) besto EndNote-databasen av 106 artikler. I neste steg ble abstraktene til disse artiklene lest og denne abstrakt-screeningsprosessen ekskluderte 85 studier fra videre arbeid med tekstene. Senere ble åtte studier ekskludert etter fulltekst-lesning. For å identifisere ytterligere studier ble referanselistene til de relevante studiene og aktuell støttelitteratur gjennomgått, og på denne måten ble én artikkel identifisert og inkludert i systematisk oversikt. Endelig utvalg består av 13 artikler og presenteres i tabell 2.

Seleksjonskriterier

På grunn av metodologiske utordringer relatert til manglende konsensus om hvilke kriterier og strukturerte sjekklister som skal anvendes for metasyntesen (27, 38, 39), har

arbeidet med å sette sammen et utvalg av primærstudier vært en av de største utfordringene i skriveprosessen. Metodologiske valg ble basert på anbefalingene fra Cochrane databasens nettside og de metodene som brukes i nyeste publiserte kvalitativ forskning i Cochrane Library. I første fase ble det gjennomført en analyse av sammendragene i de studiene som virket relevante. Senere var arbeidet konsentrert om å velge ut artiklene som passet best til den konkrete problemstillingen.

Kvalitetssikring av analysen ble gjort med utgangspunkt i CASP (Critical Skills Appraisal Programme) - verktøyet (40). Dette er for tiden det mest brukte verktøyet i kvalitative synteser i Cochranes og Verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer (27). Hver av studiene fra endelig utvalg ble skåret mot CASP-sjekkliste. Sjekklistens innhold og hvordan den ble anvendt presenteres i Vedlegg 1. Initiell vurdering ved bruk av CASP ga grunnlag for senere vurdering av reliabilitet av metasyntesens funn (confidence in review findings, som anbefalt i GRADE CERQual-tool (Tabell 4.). Ingen relevante studier ble ekskludert fra endelig utvalg på bakgrunn av lavere CASP-totalskår. Formålet med å vurdere kvaliteten av primære studier var å unngå å legge vekt på metodisk svake studier og med dette unngå upålitelige konklusjoner, framfor å fjerne metodisk svake studier fra utvalget. Dette etter anbefaling fra Thomas et al. (39).

Tabell 3. presenterer hvordan hver enkel artikkel fra det endelige utvalget skårer i henhold til de oppsatte kriteriene. Critical Skills Appraisal Programme er basert på kritisk granskning av hver artikkel ved hjelp av faste formulerte spørsmål der man kan svare med enten «ja», «nei» eller «usikker» (yes/no/can't tell) (40). Hver «ja» ga 1 poeng, mens både «nei» og «usikker» ga 0 poeng i vurderingen. Et slikt enkelt poengsystem ble brukt for å strukturere arbeidet og holde oversikt ved kritisk vurdering av hver enkel studie. CASP-sjekkliste inneholder ikke noe tilordnet poeng-system anbefalt av forskere bak CASP-verktøyet.

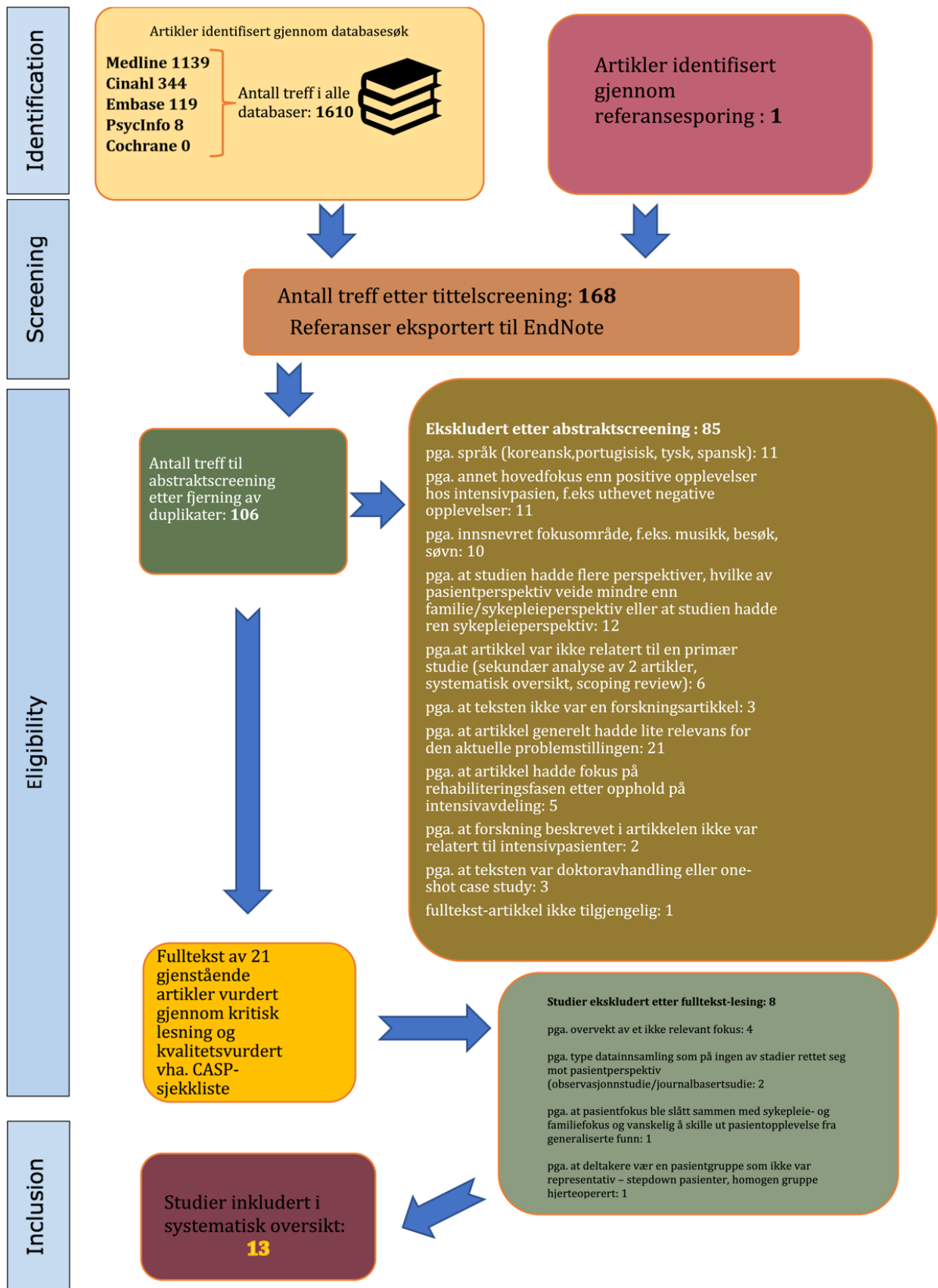
Inkluderte publikasjoner er primære studier publisert fra tusenårsskiftet til 2020. Innledningsvis var tanken å inkludere kun nyere studier fra de siste fem til ti årene for å svare på problemstillingen med utgangspunkt i data som ble skapt av opplevelser i en setting som ligner dagens situasjon i intensivverden. I løpet av søkeprosessen ble

tidsrammen for bruk som søkekriterium utvidet. Det fantes flere relevante studier av høy kvalitet i perioden 2000-2010. Nyere studier var i flere tilfeller betraktelig metodisk svakere enn de eldre.

Inkluderte studier tar for seg pasientperspektiv, om ikke utelukkende, så på lik linje med sykepleiens- eller pårørendeperspektiv. Alle de inkluderte studiene ble utført på intensivavdelinger for voksne pasienter og all informasjon forskerne bygger sine konklusjoner på ble hentet inn hos pasienter i voksen alder (over 18 år). For å kunne lage en robust sammensetning av studier ble kriteriet om oppholdslengde på intensivavdeling ikke anvendt. Utvalget inneholder artikler hvor intervjuobjektene er pasienter med varierende lengde på intensivopphold og fikk forskjellige typer behandlinger for ulike sykdommer og skader.

Åpenbart kvantitative studier samt studier som brukte spørreskjemaer med begrenset eller ingen mulighet for åpne spørsmål ble valgt bort. Dette for å unngå metodiske utfordringer relatert til sammenstilling av data. Basert på anbefalinger hos Sandelowski et al. (41) ble også doktoravhandlinger ekskludert i innledende screeningprosess i dette prosjektet.

Studier som hadde utelukkende sykepleieperspektiv i fokus, ble også automatisk forkastet. Et annet klart eksklusjonskriterium i utvalgsprosessen var studier som fokuserte kun på det negative ved pasientopplevelsen. Det er samtidig ikke mulig å se bort fra det traumatiske i opplevelsene i relevant forskning, siden de fleste pasientene på intensivavdeling er meget sårbare og ofte blir utsatt for ubehagelige prosedyrer. Disse vonde opplevelsene utgjør ofte utgangspunkt for forskere som prøver å finne ut hvilke strategier pasientene bruker for å håndtere behandling på intensiv avdeling bedre. Ved uthenting av data fra de valgte artiklene ble det likevel fortrinnsvis prioritert å trekke frem det som direkte var beskrevet av pasientene som positive opplevelser. I noen få tilfeller ble den negative opplevelsen også tatt med i analysen, da dette var koblet til pasientens uttalelse om hva som han/hun ønsket hadde blitt gjort annerledes i den aktuelle situasjonen.



Figur 1. Flow-diagram utarbeidet etter Liberati et al. (37) .

Dataekstraksjon

Fenomenologisk-hermeneutisk metode (42) ligger til grunn for bearbeidelse av tekstene i denne metasyntesen. Tretrinns tilnærming til dataauthenting beskrevet av Thomas et al. (39) veiledet arbeidet med tekstene. Et sentralt prinsipp for kvalitativ dataekstraksjon, analyse og syntese er at prosessen ikke er lineær. Det innebærer vanligvis å bevege seg frem og tilbake mellom tekstene og problemstillingen, se på detaljer fra et helhetsperspektiv og omvendt, om og om igjen (27).

Første møte med de utvalgte tekstene var en initial, helhetlig og «naiv» lesning av inkluderte artikler. Innhold i tekstene ble deretter delt inn i tema-grupper og kodet for å danne undertemaer. Ekstrahert data er direkte sitater fra deltakere i studien eller funn rapportert av forfattere som tydelig ble støttet av studiedata. Senere ble alle datagrupper organisert etter en teoretisk modell som dannet overgang mellom funn i primære studier og syntesens problemstilling.

Datasyntesen er konstruert etter «Framework synthesis» metoden (43-45). Dataauthenting ble tilpasset til- og basert på elementer i «Kontrollmodell for psykologiske reaksjoner i forbindelse med somatisk sykdom» (35) konstruert av den norske psykologen Odd E. Havik. Kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll utgjør tre hovedpunkter i modellen. En slik ramme for dataauthenting anses som logisk og selvforklarende base for hva som menes med empowerment-konseptet i den aktuelle sammenhengen. Alle studiene ble studert hver for seg og gjennomlest opptil flere ganger for å ikke overse eventuelle elementer som kunne gjenspeiles i modellen. Alle temaene ble systematisert og sidestilt med tanke på å kunne identifisere ensartede tema, samt for å undersøke om hvordan temaene resonerte opp mot hverandre og Haviks modell.

GRADE-CERQual – vurdering av relevans, troverdighet og overførbarhet av funn

Det medisinske fagfeltet ønsker å forankre sin praksis i vitenskapelig kunnskap. Kunnskapsutviklingen baserer seg på data og det settes krav til relevans, troverdighet og overførbarhet av disse dataene (46). Syntesens resultater ble vurdert og kommentert ved hjelp av Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (GRADE-

CERQual) – metoden (47-53). GRADE-CERQual-metoden er anbefalt av Cochrane (25, 54) og utarbeidet av en internasjonal gruppe av kvalitative forskere. Graden av *confidence* indikerer hvor mye tillit beslutningstakere kan ha til hvert enkelt hovedfunn i en systematisk oversikt over kvalitativ forskning. Cochrane - gruppen anbefaler å prioritere vurdering av metodologiske styrker og begrensninger av enkeltstudier framfor vurdering av kvaliteten på rapporteringen (26). Det ble utført en analyse med formål om å undersøke hvordan og om det oppstår en likhet på tvers av studiene samt hvordan resultater fra artikler presenterer seg i kontekst av oversiktens problemstilling.

Alle aktuelle kriterier for vurdering av evidensstyrke i den kvalitative syntesen ble tatt i betraktning.

De 4 hovedelementene i GRADE-CERQual veiledninger er:

- Vurdering av metodiske begrensninger i primærstudier (*methodological limitations*)
- Vurdering av dataenes koherens i kontekst av oversiktens problemstilling (*coherence*)
- Vurdering av dataenes forholdsmessighet i kontekst av oversiktens problemstilling (*adequacy*)
- Vurdering av dataenes relevans i kontekst av oversiktens problemstilling (*relevance*)

Etiske betraktninger og formelle godkjenninger

Systematisk oversikt baserer seg på studier som allerede er utført. Av denne grunnen blir etisk refleksjon knyttet til enkeltstudier som analyseres. Alle studiene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av en sjekklister som tar hensyn til etiske betraktninger. Dokumentasjon av vurderingen presenteres i tabell 3. Gjennom hele forskningsprosessen sto det sentralt å opprettholde integritet og moralsk ansvarlighet i arbeidet med de inkluderte studiene (55, s.135-138). Funnene som er gjort, er så nøyaktig og representativ som det var mulig å fremstille dem.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte studier

Studie	Gjennomført i land	Antall sentre	Metode for utvalg	Studiets formål	Antall deltakere	Metode	Tidspunkt for datainnsamling	Tid fra intensivbehandling til datainnsamling	Lengde av intensivopphold	CASP-poengsum	
1.	(56) Alexandersen, I., Haugdahl, H. S., Paulsby, T. E., Lund, S. B., Stjern, B., Eide, R., & Haugan, G. (2021). A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource.	Norge	1	strategisk	Å utforske pårørendes- og helsepersonells rolle i helsefremming hos langliggere på intensiv avdeling	17	Dybdeintervjuer	2016	6-18 måneder	8-75 dager	10
2.	(57) Alexandersen, I., Stjern, B., Eide, R., Haugdahl, H. S., Engan Paulsby, T., Borgen Lund, S., & Haugan, G. (2019). "Never in my mind to give up!" A qualitative study of long-term intensive care patients' inner strength and willpower—Promoting and challenging aspects.	Norge	1	strategisk	Å utforske aspekter som fremmer indre styrke hos langliggere på intensiv avdeling.	17	Dybdeintervjuer	2016	6-18 måneder	8-75 dager	10
3.	(58) Alpers, L.-M., Helseth, S., & Bergbom, I. (2012). Experiences of inner strength in critically ill patients – A hermeneutical approach.	Norge	1	strategisk	Å få kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til indre styrke hos kritisk syke pasienter som blir tatt hånd om på intensivavdeling	6	Dybdeintervjuer	2006-2007	3-6 måneder	2-8 uker	9
4.	(59) Herbland, A., Goldberg, M., Garric, N., & Lesieur, O. (2017). Thank you letters from patients in an intensive care unit: From the expression of gratitude to an applied ethic of care.	Frankrike	1	strategisk	Å analysere takkebrev fra pasienter som krevde intensivbehandling samt å identifisere meldinger som kan være ment for intensivavdelingsteamet.	17 (brev)	Kvalitativ innholdsanalyse; tematisk tekstanalyse med en induktiv tilnærming	Brev datert 2003-2012 analysert i perioden 2012-2016	Brev skrevet 2 til 362 dager etter utskrivelse, i 2 tilfeller ukjent tid fra utskrivelse	2-60 dager	10
5.	(60) Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU.	Nederland	1	strategisk	Å evaluere oppfatningen av pasienter angående sykepleie i ICU, og for det andre å utforske pasientenes oppfatninger og opplevelser av ICU-opphold.	11	Semistrukturerte intervjuer spørreskjemaer	«6 måneders periode», uvisst hvilket år	6-14 dager	5-21 dager	10

6.	(61) Johnson, P. (2004). Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment.	Australia	1	strategisk	Å utforske tidligere pasienters opplevelser av langvarig mekanisk ventilasjon på en intensiv avdeling i Australia.	9	Ikke-strukturerte dybdeintervjuer	2000-2001	Ikke spesifisert	Minimum 7 dager på respirator	9
7.	(62) Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit.	Sverige	1	strategisk	Å undersøke erfaringer fra tiden de mottok respiratorbehandling uten sedasjon	8	Intervjuer	Ukjent	Ikke spesifisert	1 dag-flere måneder	3
8.	(63) Klavestad Moen, E., & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study.	Norge	1	strategisk	Å få kunnskap om hva som understøtter verdighetsfølelsen hos intensivpasienter	7	Intervjuer	Ukjent	5-12 måneder	Minimum 5 dager	6
9.	(64) Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study.	Sverige	6	strategisk	Å beskrive intensivpasientens opplevelse av autonomi.	11	Intervjuer	2013-2014	1-7 uker	2-112 dager	10
10	(65) McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care.	Australia	2	strategisk	Å få en forståelse av opplevelsen av å være en alvorlig syk pasient på intensivavdeling.	14	Dybde fokusgruppe-intervjuer	Ukjent	3-6 måneder	3-53 dager	7
11	(66) Mylén, J., Nilsson, M., & Berterö, C. (2016). To feel strong in an unfamiliar situation: Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study.	Sverige	1	strategisk	Å utforske erfaringene til bevisste pasienter under nevrokirurgisk intensivbehandling.	11	Intervjuer ved bruk av intervjuguide	2013	2-14 måneder	5-15 dager	8
12	(67) Olausson, S., Lindahl, B., & Ekebergh, M. (2013). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care.	Sverige	3	strategisk	Å finne ut hvilken betydning omgivelser på intensivavdeling har for pasientens velvære.	9	Intervjuer og fotografier Fenomenologi	2011	Fotografier ble tatt under deltakeres opphold på intensiv avdeling. Intervju-tidspunkt er ikke spesifisert for 8 av 9 deltakere («follow up appointment»), 1 deltaker var fortsatt på intensiv avdeling under intervju.	3-90 dager	10
13	(68) Wählin, I., Ek, A.-C., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care—An interview study.	Norge	2	strategisk	Å beskrive empowerment fra intensivpasientens perspektiv.	11	Intervjuer	2004-2005	4-30 dager	3-41 dager	5

Tabell 3. CASP (Critical Appraisal Skills Programme) qualitative checklist skår for inkluderte studier.

CASP- spørsmål	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
Was there a clear statement of the aims of the research?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Is a qualitative methodology appropriate?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	✓	✓	✓	✓	✓	?	?	?	✓	✓	✓	✓	?
Was the data collected in a way that addressed the research issue?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓
Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗
Have ethical issues been taken into consideration?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✗	✓	✓	?
Was the data analysis sufficiently rigorous?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	?	✓	?
Is there a clear statement of findings?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
How valuable is the research? Will the results help locally?	✓	✓	?	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	?

Forklaring til tabellen:



ja



nei



usikkert

Resultater

I kontekst av en intensivbehandling er det alltid en tilstedeværende spenning mellom velvære og lidelse (67). I modellen til Havik (35) finnes det en parallell til denne dualiteten. Innen beskrivelsen av kognitiv kontroll finner vi forutsigbarhet som motvekt mot flertydighet. Emosjonell kontroll balanserer mellom kompetanse og hjelpeløshet. Emosjonell kontroll har nærhet/tilhørighet og separasjon/tap som dominerende kontraster.

Temaer knyttet til empowerment illustrert gjennom tre typer kontroll beskrevet hos Havik ble identifisert på tvers av de utvalgte studiene ved dataauthenting og -koding. Metasynthesens resultater fremstilles i Tabell 4.

Karakteristika ved studiene

Alle 13 studier inneholder pasienters erindringer fra opphold på intensivavdeling. Samtlige studier samlet data etter utskrivelse fra intensivavdeling, men intervjuer ble i noen tilfeller gjennomført mens noen av pasientene fortsatt var på sykehus eller på en rehabiliteringsinstitusjon. I én av studiene var én av de intervjuede personene fortsatt innlagt på intensivavdeling i påvente av utskrivelse til hjemmetjenesten (67). Fem av 13 studier (38%) ble gjennomført i Norge og fire (31%) i Sverige. To studier var fra Australia (15%), en studie fra Frankrike (8%) og en (8%) fra Nederland. To artikler (56, 57) baserer sine funn på et felles sett av intervjuer, med hver sin innfallsvinkel til valgt fokusområde. Til sammen er det data fra 114 intervjuer og 17 brev fra tidligere intensivpasienter som ligger til grunn for syntesens resultater. I hver av primærstudiene ble rekruttering basert på et strategisk utvalg, noe som er karakteristisk framgangsmåte for kvalitative metoder (69). Diagnosespekter hos de intervjuede personene og brev-avsendere er svært varierte, både med tanke på alvorlighetsgrad av sykdommen og lengde samt type behandling som pasienten måtte gå gjennom. Det var også stor variasjon i tidsrom mellom datainnsamling og siste døgn med intensivbehandling mellom forskningsobjektene.

Sammenligning og sammenstilling av data på tvers av de ulike studiene var utfordrende. Selv om tidspunktet for datainnsamling alene kan forklare forskjeller i erindring og

tilbakekalling av minner, kan nøyaktighet og mengden av detaljer i innsamlet data også være relatert til alvorlighetsgraden av sykdommen og sedasjonsnivå hos pasientene.

Selv om det var et avgjørende seleksjonskriterium at artiklene skulle kartlegge de positive pasientopplevelsene, bygger så godt som alle (11 av 13) artiklene i utvalget på kontrasten mellom vonde og gode minner (56, 57, 59-67). Derfor er mye av data utelatt fra analysen. Én av artiklene kombinerte kvalitativ og kvantitativ tilnærming ved å supplere intervjuer med en kvantitativ del som analyserte et spørreskjema. Data fra den kvantitative delen av dette forskningsprosjektet ble ikke analysert for metasyntesens formål. Studien ble inkludert på grunn av full CASP-skår og høy relevans i sin første, kvalitative del.

Åtte artikler presenterte sine resultater med utfyllende sitater fra intervjuer (56, 57, 60-64, 67). Fem studier brukte noen få av setninger fra «rå» intervju-data for å begrunne sine resultater presentert i mer bearbeidet form (58, 59, 65, 66, 68).

Empowerment gjennom kognitiv kontroll: [Forutsigbarhet vs. flertydighet](#)

8 av 13 studier (63%) påpeker at pasienten har behov for å forstå behandlingen (56, 60, 61, 63-66, 68). Å ha kunnskap om hva som blir gjort, og hva som ligger til grunn for foretatt behandlingsstrategi, øker ens følelse av forståelighet og håndterbarhet i forhold til situasjonen han/hun befinner seg i.

Empowerment gjennom instrumentell kontroll: [Kompetanse vs. hjelpeløshet](#)

Instrumentell kontroll er i Haviks modell brukt om «individets muligheter for gjennom egen aktivitet å kunne forebygge eller fjerne negative hendelser og øke sannsynligheten for at positive hendelser vil inntreffe» (35, s.165). Ivaretatt behov for opplevelse av mestring er dermed et hovedmoment i beskrivelsen av instrumentell kontroll.

Tilgang på tilpasset kommunikasjonskanal skaper instrumentell kontroll hos intensivpatienten. Viktigheten av å gi pasienten mulighet til å formidle sine tanker og gi uttrykk for sine behov fremheves i fire av 13 artikler (56, 60, 61, 63). Overraskende mange (46%) av studiene fremhever pasientens egen, «innebygd» optimisme, bruk av fantasi til

psykisk avkobling og «stå-på-viljen» som helsefremmende faktor. Kun to studier (64, 66) nevnte positive effekter av å gi pasienten mulighet til å spise på egen hånd, stelle seg selv eller administrere smertestillende etter behov (som for eksempel ved brukerstyrt EDA-pumpe). Like få studier (15%) underbygger påstand om at instrumentell kontroll kommer til syne sammen med subjektiv opplevelse av progresjon hos pasienten (64, 66).

Én studie (62) fremmer påstand om at instrumentell kontroll er knyttet til motivasjon som kommer av hjemlengsel og fokus rundt savn etter det normale. Resultat fra en annen studie (57) førte til konklusjon at tunge beskjeder om begrensede muligheter for rehabilitering kan gi effektiv opphav til motivasjon hos pasienten. En dårlig prognose kan godt provosere pasienten til å sette seg krevende mål og se frem til progresjon mot alle odds.

Empowerment gjennom emosjonell kontroll: [Nærhet/tilhørighet vs. separasjon/tap.](#) [Behov for emosjonell støtte](#)

Det var mange studier (69%) som fremhevet pasientens behov for å være anerkjent som individ. Både studien til Alexandersen et al. (56), Alpers et al. (58), Herbland et al. (59), Hofhuis et al. (60), Klavestad Moen et al. (63), Lindberg et al. (64), McKinley et al. (65), Mylén et al. (66) og Wåhlin et al. (68) støtter påstanden om at det å gi et menneske mulighet til å føle seg respektert og sett som en person med særegne behov er essensielt for emosjonell kontroll hos pasienten. Dette er et resultat som bygger på den største gruppen primærstudier i denne systematiske oversikten.

Like sterk representasjon i utvalget av primærartikler har funn knyttet til emosjonell kontroll med opphav i fysisk kontakt, beskrevet som nærhet, berøring og skånsom pleie og kontinuerlig fysisk tilstedeværelse av sykepleier (56, 58, 60-63, 65, 66, 68).

I 6 av 13 (46%) av studier påpeker forfatterne at pasienter har mye tanker rundt det at de er viktig for noen og spiller en viktig rolle i livet til en annen person. Disse tankene er med på å motivere dem til å kjempe seg gjennom sykdommen og gjenoppta sin familierolle så fort som mulig (56-59, 61, 68).

En rekke studier (56, 58, 61, 65-68) understreker viktigheten av å ha sine nærmeste rundt seg når man er syk. Tilstedeværelse av familien skaper emosjonell kontroll hos pasienten. Tre studier (59, 63, 65) legger til at hvordan helsepersonell ivaretar behov til pårørende spiller en rolle for pasientens opplevelse av egen emosjonell kontroll.

Emosjonell kontroll er også knyttet til miljøfaktorer, som tilgang til dagslys gjennom et vindu og innredning av rommet, som kan ha livsoppretholdende tone i seg selv (56, 59, 67). Interiørdesignet og personlige eiendeler i rommet kan tjene som kilde til indre styrke til å holde ut og kjempe i en sårbar situasjon. Vindusutsikt mot naturen kan distrahere ens tunge tanker og gi pusterom fra det overveldende som skjer rundt pasienten. Kontakt med naturen skaper følelser av frihet, håp og tro på retur hjem. Det får også den vanskelige tiden til å passere litt fortere.

5 av 13 (38%) av inkluderte studier støtter påstanden om at kontinuitet i pleien gir pasienten følelse av emosjonell kontroll. Med kontinuitet i pleien menes det at pasienten får behandling av en fast gruppe helsepersonell over tid, slik at pasienten får etablert en tillitsrelasjon til sine behandlere.

Emosjonell kontroll kan også bli knyttet til ros som sykepleiere gir til pasienten for de tingene han/hun mestrer selv (63), generelt til alle positive og oppmuntrende utsagn fra sykepleier (56, 61, 62, 64), samtaler om ikke-sykehus relaterte temaer og bruk av humor (62, 63, 65, 66).

Tabell 4. Metasyntensens funn i sammenstilling med CERQual Summary of evidence profil.

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
1.	Tilstedeværelse av nærmeste pårørende spiller viktig rolle i det å skape emosjonell kontroll hos pasienten.	(56, 58, 61, 65-68)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: ingen utfordringer i henhold til datamengde ingen utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	Funnet ble sett på tvers av 7 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,2. Klar overensstemmelse mellom resultater i primærstudier og oversiktens funn. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Forfattere har presentert mange eksempler på uttalelser hos informantene som støtter deres konklusjoner.
2.	Pasientene setter pris på at deres pårørende blir ivaretatt og holdes oppdatert; dette fører til økt grad av emosjonell kontroll hos pasienten.	(59, 63, 65)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: ingen utfordringer i henhold til datamengde ingen utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	Funnet ble sett på tvers av 3 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 7,7. Klar overensstemmelse mellom resultater i primærstudier og oversiktens funn. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Forfattere har presentert resultater med ganske sparsomme eksempler av rå data i teksten. Vanskelig å bedømme fylldighet av data som støtter deres konklusjoner.
3.	Det å føle seg viktig for noen stimulerer følelse av emosjonell kontroll hos pasienten.	(56-59, 61, 68)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: ingen utfordringer i henhold til datamengde ingen utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	Funnet ble sett på tvers av 6 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,8. 2 av 6 studier bygger på data hentet ut fra intervjuer gjennomført på en felles gruppe informanter. Første forfatter er felles for begge disse artiklene. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.

¹ Engelsk terminologi er brukt som i GRADE-CERQual approach og blir ikke oversatt for ikke å forvrengre innholdet.

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
4.	Sykepleieren kan fremme emosjonell kontroll ved å oppmuntre pasienten.	(56, 61, 62, 64)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 4 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,0. Tydelige eksempler av sitater som ligger til grunn for konklusjoner i primærartikler. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.</p>
5.	Å snakke om hverdagslige ting og bruke humor gir pasienten emosjonell kontroll.	(62, 63, 65, 66)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av vesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde flere utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Low confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 4 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 6,0. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Det finnes få tydelige eksempler av sitater som ligger til grunn for konklusjoner i primærartikler.</p>
6.	Å få ros for det pasienten klarer å gjennomføre selv, uansett hvor lite det måtte være, fremmer emosjonell og instrumentell kontroll.	(63)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av vesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: flere utfordringer i henhold til datamengde flere utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Low confidence</p>	<p>Funnet ble sett ved kun 1 studie med CASP-skår 6. Denne studien hadde 7 informanter og ut fra teksten kan man med sikkerhet konkludere at én av intervjuene har bidratt til formulering av resultatet i primærstudien. Relevans og koherens av data i lys av metasynsesens forskningsspørsmål vurderes høyt, da studien ble gjennomført i Norge og tar opp en nært beslektet problemstilling.</p>

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
7.	Pasienter setter pris på at det iverksettes tiltak som gjør kommunikasjon lettere for dem. Mulighet for å formidle seg og gjøre seg forstått fremmer instrumentell kontroll hos pasienten.	(56, 60, 61, 63)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 4 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,8. Relevans og koherens av data i lys av metasynsesens forskningsspørsmål vurderes høyt, da 2 av studiene ble gjennomført i Norge og alle artiklene tar opp en nært beslektet problemstilling. Tydelige eksempler av sitater som ligger til grunn for konklusjoner i primærartikler. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.</p>
8.	Emosjonell kontroll hos pasienten understøttes av fysisk kontakt med andre mennesker – det å bli tatt på gir følelse av å være trygg. Kontinuerlig tilstedeværelse av sykepleier er en viktig betryggende faktor for intensivpasienten.	(56, 58, 60-63, 65, 66, 68)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 9 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 7,4. Relevans og koherens av data i lys av metasynsesens forskningsspørsmål vurderes høyt, da 6 av studiene ble gjennomført i Skandinavia og de fleste artiklene tar opp en nært beslektet problemstilling. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.</p>
9.	Å bli anerkjent som individ støtter pasientens emosjonelle og kognitive kontroll.	(56, 58-60, 63-66, 68)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 9 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,3. 2 av 9 studier bygger på data hentet ut fra intervjuer gjennomført på en felles gruppe informanter. Første forfatter er felles for begge disse artiklene. Relevans og koherens av data i lys av metasynsesens forskningsspørsmål vurderes høyt, da 6 av studiene ble gjennomført i Skandinavia og de fleste artiklene tar opp en nært beslektet problemstilling. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.</p>

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
10.	Kontinuitet i pleien, personell som er gjenkjennbar for pasienten gir emosjonell og kognitiv kontroll.	(58-61, 64)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av uvesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde ingen utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 5 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 9,6. Klar overensstemmelse mellom resultater i primærstudier og oversiktens funn. 2 av 5 er skandinaviske studier. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Forfattere har presentert mange eksempler på uttalelser hos informantene som støtter deres konklusjoner.</p>
11.	Instrumentell kontroll oppnås ved å gi pasienten mulighet til å spise, stelle seg, administrere smertestillende selv etter behov og redusere grad av overvåkning med medisinsk utstyr.	(64, 66)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av uvesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: flere utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av bare 2 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 9,0. Begge studiene ble gjennomført i Sverige, med forholdsvis små grupper informanter, og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Forfattere har presentert noen sterke eksempler på uttalelser hos informantene som støtter deres konklusjoner.</p>
12.	Kilde til instrumentell kontroll ligger i pasienten selv – individets personlige trekk som innebygd optimisme og positiv innstilling samt evnen til å bruke fantasi bekjemper passivitet og hjelpeløshet.	(56-58, 62, 64, 68)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: noen mindre utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 6 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 7,8. 2 av 6 studier bygger på data hentet ut fra intervjuer gjennomført på en felles gruppe informanter. Første forfatter er felles for begge disse artiklene. Alle 6 studier ble gjennomført i Skandinavia. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene. Forfattere har presentert mange eksempler på uttalelser hos informantene som støtter deres konklusjoner.</p>

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
13.	Instrumentell kontroll fremkalles av progresjon hos pasienten, når denne først kommer til synlighet og merkes av pasienten.	(58, 66)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av moderat betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: flere større utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Low confidence</p>	Funnet ble sett på tvers av bare 2 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,5. Begge studiene ble gjennomført i Skandinavia. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Begge studiene har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.
14.	Instrumentell kontroll er knyttet til lengsel etter det normale livet. Pasienter med sterk hjemlengsel deltar mer aktivt i rehabiliteringsprosessen.	(62)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av vesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: flere større utfordringer i henhold til datamengde flere større utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Very low confidence</p>	Kun 1 studie ligger til grunn for dette funnet. CASP-skår i studien: 3. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Svensk studie. Uvisst hvor mange informanter bidro til formulering av det aktuelle resultatet i primærstudien.
15.	Tunge beskjeder om begrensede muligheter for rehabilitering kan brukes til motivasjon. En dårlig prognose kan godt provosere pasienten til å kjempe mot det som hun/han oppfatter som en leges pessimistiske syn.	(57)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av uvesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: flere større utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Low confidence</p>	Kun 1 studie ligger til grunn for dette funnet. CASP-skår i studien: 10. Norsk studie. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Uvisst hvor mange informanter bidro til formulering av det aktuelle resultatet i primærstudien.
16.	Innredning av pasientrom er viktig for å bygge kognitiv og emosjonell kontroll hos pasienten.	(56, 59, 67)	<ul style="list-style-type: none"> Methodological limitations: av uvesentlig betydning Coherence: høy grad av koherens Relevance: høy grad av relevans Adequacy of data: ingen utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	Funnet ble sett på tvers av 3 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 10,0. 2 av 3 studier ble gjennomført i Skandinavia, 1 i Frankrike. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Alle 3 studiene har full CASP-skår. Forfattere har presentert gode bevis til støtte for deres konklusjoner. Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter/forskningsobjekter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.

	Syntesefunn	Funn bygger på følgende studier	«CERQual assessment of confidence in the evidence» ¹	Kommentar
17.	Kognitiv kontroll bygges på all informasjon gitt til pasienten.	(56, 60, 61, 63-66, 68)	<ul style="list-style-type: none"> • Methodological limitations: av moderat betydning • Coherence: høy grad av koherens • Relevance: høy grad av relevans • Adequacy of data: ingen utfordringer i henhold til datamengde noen mindre utfordringer i henhold til fylldighet av data <p>Samlet vurdering: Moderate confidence</p>	<p>Funnet ble sett på tvers av 8 studier og settinger. Gjennomsnittlig CASP-skår: 8,1. 5 av 8 studier ble gjennomført i Skandinavia. Relevans og koherens av data i lys av metasyntesens forskningsspørsmål vurderes høyt. Forfattere har presentert gode bevis til støtte for deres konklusjoner.</p> <p>Alle studier har hatt forholdsvis små grupper informanter og det er uvisst hvor mange av disse informantene bidro til formulering av aktuelle resultater i primærstudiene.</p>

Diskusjon

I det følgende reflekteres det over syntesens deskriptive, teoretiske og pragmatiske validitet etter anbefalinger i metoden til Sandelowski et al. (31). Metasyntesens deskriptive validitet vurderes på bakgrunn av kvaliteten av data, det vil si om alle relevante referanser ble identifisert i søkeprosessen, og om alle aktuelle temaer ble identifisert og inkludert i syntesen. Teoretisk validitet handler om troverdigheten av fortolkninger i syntesen. Pragmatisk validitet vurderes med tanke på om resultater er overførbare til klinisk praksis og om anvendelighet til den nye kunnskapen er sannsynlig (70).

I denne systematiske oversikten ble det anvendt en standard metodikk for søkestrategien (31), utvelgelsesprosessen og den kritiske vurderingen av de inkluderte studiene. Søket ble gjennomført i alle de mest relevante databasene innen helsefag tilgjengelige gjennom Helsebiblioteket. Databasesøk ble gjennomført i flere omganger, både under arbeid med prosjektbeskrivelsen og underveis i innledende fase av utviklingen av oppgaven. Systematisk litteratursøking skal bidra til å forebygge skjevheter (bias) i valg av studier og hindre at konklusjoner kun bekrefter forfatterens forforståelse (55).

Det endelige søket resulterte i nok materiale til å gi en oversikt over faktorer som fremmer empowerment hos kritisk syke pasienter under sykehusopphold. Denne syntesen gjenspeiler oppfatningene til en samlet gruppe europeiske intensivpasienter, der utvalg av respondenter i primærkilder alltid var målrettet, noe som forbedrer den samlede overførbareheten av resultater fra denne systematiske oversikten til lignende grupper pasienter i praksis. Mye av data baserer seg på uttalelser av skandinaviske pasienter, som gjør konklusjoner bygget på bakgrunn av disse lett overførbare og anvendbare i klinisk praksis på sykehusene i Norge.

Teoretisk validitet i denne systematiske oversikten ble sikret av bruk av GRADE CERQual-metoden. Tabell 4. inneholder vurderinger av hvert syntesefunn med begrunnelse i kommentarfeltet.

Det store mangfoldet i studiene, deres heterogene fokus, design, referanseramme og metoder for datainnsamling gjør at utvalget er langt fra en enhetlig og konsistent litteratursamling. Det er imidlertid mye som binder dem sammen – enkelte syntesefunn baseres på resultater fra over halvparten av primærartikler.

Flere typer metoder ble anvendt i primærstudier; én artikkel omhandler forskning basert på brevttekstanalyse (59), én artikkel baserer sine funn på bilde- og videoopptakanalyse i kombinasjon med intervjuer (67), én kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode, mens ti artikler analyserer kun intervjudata. Det er også forskjeller i tidspunkt for innsamling av data i de individuelle studiene. Disse forskjellene bidro til bredere oversikt over empowerment-momenter, men skapte samtidig utfordringer i forbindelse med uthenting av data og resultatsammenstilling.

Datainnsamling i alle studiene er utført i retrospektiv. Det er stor risiko for at flere positive minner ble overskygget av det overveldende traumatiske ved intensivbehandling da pasientene skulle fortelle om sine opplevelser.

Den største begrensningen i flere av de individuelle studiene er at pasientene har tendens til å rapportere sine positive opplevelser indirekte, det vil si med å presentere de vonde opplevelsene etterfulgt med forslag for forbedring. Dette kan føre til skjevheter i tolkning av resultater i de enkelte studiene og deretter usikkerhet rundt pålitelighet ved konklusjoner trukket av forskere, etterfulgt av risiko for skjevheter i resultater presentert i denne systematiske oversikten.

Generaliserbarhet og overførbarhet av resultater er ikke lett å bedømme. Utvalg som består av 13 primærstudier er minimalt større enn det anbefalte i metodelitteratur (71, 72). Ekstern validitet ved kvalitative studier og generalisering av funn er som regel begrenset, siden slik forskning ofte baserer seg på små utvalg. De 13 analyserte artiklene bygger sine resultater på små mengder data. Kvalitative studier karakteriseres av begrenset mengde data, da heller en fordypning i de sosiale fenomenene som studeres gjennom fyldige data står sentralt. Dette innebærer at studiene har vanligvis få informanter, hvor utvelgning av dem skjer ved en strategisk tilnærming (55, 69). Det var

mellom 6 og 17 respondenter/forskningsobjekter i hver av de analyserte primærstudiene.

Ved vurdering av metodiske begrensninger, dataenes koherens, forholdsmessighet og relevans, samt analyse av de potensielle konsekvensene av formidlingsbias etter GRADE CERQuals anbefalinger, trekkes det en konklusjon at ingen av syntesefunnene kan skåres til å ha «high confidence in evidence». Grunnen til det er at ingen studier brukte longitudinell metode, det vil si dyptgående, etnografiske tilnærminger, der observasjon av prosesser er en primær komponent. Mens bruken av individuelle eller gruppeintervjuer lar forskere samle inn data om hva folk sier, lar observasjonsmetoder også forskere utforske hva folk faktisk gjør, og ville derfor vært spesielt passende for valgt problemstilling. Kvalitative intervjuer ser ut til å være den mest brukte tilnærmingen blant kvalitative forskere innen helsefag; kanskje fordi denne metoden vanligvis er mindre tids- og ressurskrevende enn observasjonsstudier.

Mens ingen av syntesefunnene fikk høyest skår av «confidence» ble imidlertid en rekke av funnene vurdert til å være av «moderate confidence», da funnene var basert på relativt metodologisk sterke studier med høy grad av relevans, koherens og forholdsmessighet av data i lys av den problemstillingen som står sentralt i denne litteraturstudien.

Det var alltid en forholdsvis liten tilgjengelig samlet datamengde som lå til grunn for en forsiktig vurdering av dataens forholdsmessighet. Noen artikler var så kortfattet at det var vanskelig å vurdere troverdigheten av datagrunnlaget. Resultater og konklusjoner virket basert på noe større evidens, data som leseren ikke har tilgang til gjennom den korte publikasjonsteksten. Sandelowski et al. (31) påpeker at leseren må ha en forståelse for begrensningene som kan ha blitt lagt på forfatteren i en primærstudie publisert som journalartikkel, som sidebegrensninger og journal- og disiplinære konvensjoner om hva som må sies eksplisitt, hva som kan antydes og hva som kan utelates. Fraværet av noe i en rapport betyr ikke fraværet av dette elementet i selve studien. Dette tatt i betraktning, kan både CASP- og GRADE CERQual skår være lavere enn fortjent i noen tilfeller. Det har også til en viss grad den konsekvens at konklusjonene i syntesen fort blir tilnærmelsesvis like og i liten grad teoriutviklende eller -drivende.

Denne systematiske oversikten tar for seg kun studier publisert på engelsk. 11 artikler på andre språk, hovedsakelig spansk, ble valgt bort ved innledende screening. Dette kan antyde en risiko for seleksjons-skjevhet, men med det store antallet genererte treff i databaser tatt i betraktning, er denne risikoen forholdsvis liten.

De positive konklusjonene som ble presentert i resultatdelen er til en viss grad sprikende da de baserer seg på individuelle erfaringer og har ulike utgangspunkt, men samtidig er det tydelig at alle peker i retning av pasientens behov for å bli behandlet som et helt menneske med unik historie og et liv som strekker seg langt utenfor sykehusets vegger. Den gjennomgående refleksjonen i alle artiklene er at det er svært viktig å skjerme pasientens identitet som person i en behandlingssituasjon der pasienten er et objekt for andres handlinger og beslutninger. Dette kan oppnås ved å opprettholde relasjonen til omverden og beholde så mye av den normale hverdagen som mulig, for eksempel ved noe så enkelt som å høre på de samme radioprogrammene pasienten pleier å høre på hjemme, la pasienten være med på å innredde omgivelsene på rommet eller få besøk av familiens hund, men det er ikke minst viktig å anerkjenne at det å ligge på intensivavdeling med en alvorlig sykdom er alt annet enn normalt og med dette anerkjenne pasientens følelser: sorg, angst og forvirring. Den gode balansen mellom behov for å gjenskape det «normale» og behov for emosjonell støtte ved konfrontasjon med det «unormale» vil variere fra pasient til pasient og vil være avhengig av pasientens personlighet og livshistorie og det er nettopp evnen til å se de individuelle forskjellene mellom pasientene, og viljen til å tilpasse oppfølging og prosedyrer etter det, som er nøkkelen til empowerment.

Konklusjon

Hensikten med denne metasyntesen var å samle kunnskap om hvordan intensivpasienter opplever empowerment i lys av kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. Gitt de nåværende trendene mot analgesedasjon for behandling av de fleste pasienter på intensivavdeling, er det avgjørende å lytte til pasientenes erfaringer for å hente inn data om empowerment-fremmende tiltak. Basert på funn i de 13 analyserte studiene konkluderes det at kritisk syke, våkne pasienter uttrykker en generell følelse av sårbarhet. Pårørende og sykepleiere bør anerkjennes som en viktig ressurs.

Pårørendes støttende rolle er sentral for pasientens emosjonelle kontroll. Tilgang til tilpasset, riktig formidlet informasjon er essensiell for kognitiv kontroll. Instrumentell kontroll bygges i stor grad på pasientens individuelle styrker. Disse må i en kritisk situasjon fanges opp og fås frem av sykepleieren.

Implikasjoner for praksis

Samlet data fra 13 valgte artikler ligger til grunn for den konklusjonen om at intensivsykepleierens rolle i mobilisering av egenstyrke er svært viktig. Sykepleiere står nærmest pasienten og det gjør at det er først og fremst sykepleieren som skaper gunstige forhold for fremming av empowerment hos pasienten.

Implikasjoner for videre forskning

Siden styrking av pasientens mestringsfølelse samt ivaretagelse av pasientens integritet og interesser er fastslått som viktige mål for sykepleieren (2), er kunnskap rundt empowerment og tiltak som fremmer det viktig for god utøvelse av sykepleierrollen. Derfor er det viktig med forskning som skal hjelpe å definere, systematisere og ikke minst implementere tiltak og verktøy som skal støtte intensivsykepleierens helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjon.

For å kunne tilpasse behandlingen best er det nødvendig med mer kvalitativ forskning på mer homogene grupper pasienter. Hvis kvalitative forskningsintervjuer som lå til grunn for den presenterte forskningen, ble gjennomført med en gruppe mennesker i en mer sammenlignbar situasjon, ville det vært enklere å trekke konkrete konklusjoner om tiltak som er tilpasset gruppens behov. En homogen pasientgruppe kunne for eksempel vært pasienter som har vært innlagt på intensivavdeling i mer enn sju dager i våken tilstand. Dette kunne føre til et bedre utgangspunkt for en metasyntese som kan bygge på sterkere evidens og gi mer konkrete og samtidig mer overførbare resultater.

Referanser

1. Stubberud D-G. Å ivareta pasientens psykososiale behov. I: Gulbrandsen T, Stubberud D-G, red. Intensivsykepleie. 4. utgave. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 79-116.
2. NSFLIS. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere [Internett]. 2017 [hentet 15 januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlgGckwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>.
3. Rashid M. A decade of adult intensive care unit design: A study of the physical design features of the best-practice examples. *Crit Care Nurs Q.* 2006;29(4):282-311.
4. Lower JS, Bonsack C, Guion J. High-Tech High-Touch: Mission Possible?: Creating an Environment of Healing. *Dimens Crit Care Nurs.* 2002;21(5):201-5.
5. Bennun I. Chapter 14 - Critical care in high-technology environments. I: MacLachlan M, Gallagher P, red. *Enabling Technologies*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004. s. 239-55.
6. Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T. Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013;29(2):78-87.
7. Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(3):179-86.
8. Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, Storli SL. The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(8):1354-61.
9. Rundshagen I, Schnabel K, Wegner C, am Esch SJ. Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Med.* 2002;28(1):38-43.
10. Magarey JM, McCutcheon HH. 'Fishing with the dead'--recall of memories from the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing.* 21(6):344-54.
11. Danielis M, Povoli A, Mattiussi E, Palese A. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *J Clin Nurs.* 2020;29(13-14):2107-24.
12. Baumgarten M, Poulsen I. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2015;29(2):205-14.

13. Halvorsen K, Nortvedt F. Å være intensivpasient – forskning og levd erfaring. I: Fredriksen S, Halvorsen K, red. *Fenomener i intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.s. 19-37.
14. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001;29(3):573-80.
15. Halm MA. Intensive Care Unit Diaries, Part 2: Impact of Diaries and Follow-up Consultation on Post-Intensive Care Syndrome. *Am J Crit Care*. 2019;28(6):488-92.
16. Storli SL, Lindseth A, Asplund K. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nurs Crit Care*. 2008;13(2):86-96.
17. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients’ experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;43:61-7.
18. Davydow DSMD, Gifford JMMD, Desai SVMD, Needham DMMDPD, Bienvenu OJMDDP. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):421-34.
19. Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, Nunna K, Nausran U, Robinson KA, et al. Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Crit Care*. 2016;20(1):345-.
20. Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. “Pain relieved, but still struggling”—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e223-e34.
21. Sessler CN, Varney K. Patient-focused sedation and analgesia in the ICU. *Chest*. 2008;133(2):552-65.
22. Devabhakthuni S, Armahizer MJ, Dasta JF, Kane-Gill SL. Analgosedation: A Paradigm Shift in Intensive Care Unit Sedation Practice. *Ann Pharmacother*. 2012;46(4):530-40.
23. Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. “Having the compass—drawing the map”: Exploring nurses’ management of pain and other discomforts during use of analgosedation in intensive care. *Nurs Open*. 2019;6(2):453-62.
24. Brunton G, Oliver S, Thomas J. Innovations in framework synthesis as a systematic review method. *Res Synth Methods*. 2020;11(3):316-30.
25. Noyes J, Booth A, Cargo M, Flemming K, Garside R, Hannes K, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 1: introduction. *J Clin Epidemiol*. 2018;97:35-8.
26. Noyes J, Booth A, Flemming K, Garside R, Harden A, Lewin S, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 2: Methods for

assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:39-48.

27. Noyes J, Booth A, Flemming K, Garside R, Harden A, Lewin S, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 3: methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:49-58.

28. Cargo M, Harris J, Pantoja T, Booth A, Harden A, Hannes K, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 4: methods for assessing evidence on intervention implementation. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:59-69.

29. Harden A, Thomas J, Cargo M, Harris J, Pantoja T, Flemming K, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 5: methods for integrating qualitative and implementation evidence within intervention effectiveness reviews. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:70-8.

30. Flemming K, Booth A, Hannes K, Cargo M, Noyes J. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 6: reporting guidelines for qualitative, implementation, and process evaluation evidence syntheses. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:79-85.

31. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2007.

32. WHO. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [hentet 30. september 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.

33. Wåhlin I. Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(1):164-74.

34. Wåhlin I, Ek A-C, Idvall E. Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(6):332-40.

35. Havik OE. En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi.* 1989;41(3):161-76.

36. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qual Health Res.* 2012;22(10):1435-43.

37. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(10):e1-e34.

38. Mary D-W, Alex S, Rachel S, Tina M, Jonathan S, Bridget Y, et al. Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *J Health Serv Res Policy.* 2007;12(1):42-7.

39. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8(1):45-.
40. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Qualitative Checklist [Internett]. 2018 [hentet 20 januar 2021]. Tilgjengelig fra: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
41. Sandelowski M, Barroso J. Finding the Findings in Qualitative Studies. *J Nurs Scholarsh.* 2002;34(3):213-9.
42. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(2):145-53.
43. Dixon-Woods M. Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. *BMC Med.* 2011;9(1):39-.
44. Booth A, Carroll C. How to build up the actionable knowledge base: the role of 'best fit' framework synthesis for studies of improvement in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(11):700-8.
45. Carroll C, Booth A, Cooper K. A worked example of "best fit" framework synthesis: a systematic review of views concerning the taking of some potential chemopreventive agents. *BMC Med Res Methodol.* 2011;11(1):29-.
46. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002;122(25):2468-72.
47. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of Qualitative Findings table. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):10-.
48. Munthe-Kaas H, Bohren MA, Glenton C, Lewin S, Noyes J, Tunçalp Ö, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 3: how to assess methodological limitations. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):9-.
49. Colvin CJ, Garside R, Wainwright M, Munthe-Kaas H, Glenton C, Bohren MA, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 4: how to assess coherence. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):13-.
50. Glenton C, Carlsen B, Lewin S, Munthe-Kaas H, Colvin CJ, Tunçalp Ö, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 5: how to assess adequacy of data. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):14-.
51. Noyes J, Booth A, Lewin S, Carlsen B, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 6: how to assess relevance of the data. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):4-.

52. Booth A, Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Toews I, Noyes J, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 7: understanding the potential impacts of dissemination bias. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):12-.
53. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):2-.
54. GRADE-CERQual: An introduction for qualitative evidence synthesis [webinar]: Cochrane Training; [hentet 30 mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/resource/grade-cerqual-webinar>.
55. Malterud K. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
56. Alexandersen I, Haugdahl HS, Paulsby TE, Lund SB, Stjern B, Eide R, et al. A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. 2021;30(1/2):161-73.
57. Alexandersen I, Stjern B, Eide R, Haugdahl HS, Engan Paulsby T, Borgen Lund S, et al. "Never in my mind to give up!" A qualitative study of long-term intensive care patients' inner strength and willpower—Promoting and challenging aspects. *J Clin Nurs*. 2019;28(21-22):3991-4003.
58. Alpers L-M, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients – A hermeneutical approach. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(3):150-8.
59. Herbland A, Goldberg M, Garric N, Lesieur O. Thank you letters from patients in an intensive care unit: From the expression of gratitude to an applied ethic of care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;43:47-54.
60. Hofhuis JGM, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJP, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2008;24(5):300-13.
61. Johnson P. Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2004;20(4):190-9.
62. Karlsson V, Forsberg A. Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2008;24(1):41-50.
63. Klavestad Moen E, Nåden D. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2015;31(5):285-93.

64. Lindberg C, Sivberg B, Willman A, Fagerström C. A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(5):294-302.
65. McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing.* 2002;18(1):27-36.
66. Mylén J, Nilsson M, Berterö C. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;32:42-8.
67. Olausson S, Lindahl B, Ekebergh M. A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013;29(4):234-43.
68. Wåhlin I, Ek A-C, Idvall E. Patient empowerment in intensive care—An interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(6):370-7.
69. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
70. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
71. Bondas T, Hall EOC. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qual Health Res.* 2007;17(1):113-21.
72. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Res Nurs Health.* 1997;20(4):365-71.

2.0 Sammenbinding

2.1 Bakgrunn

«Langliggere» er en gruppe pasienter som til enhver tid utgjør en betydelig andel av pasientene på kandidatens arbeidsplass og som kandidaten har mye kontakt med til daglig. Behandling av denne pasientgruppen byr på både medisinske, psykologiske, og ikke minst etiske utfordringer og er derfor ofte kilden til faglig diskusjon, inspirasjon og refleksjon for sine behandlere. Det å møte dem daglig over en lang periode gir mulighet til å prøve forskjellige tiltak og evaluere effekt av disse. Det gir ofte like mye frustrasjon som glede å lete etter den optimale og effektive måten å behandle dem på. Alle disse pasientene har med seg sin livshistorie, sine vaner og uvaner, sine tanker, håp og bekymringer. Som intensivsykepleier opplever kandidaten ofte at tidspress og rutiner flytter alt fokus fra det medmenneskelige til det rent tekniske i behandlingen.

Hvordan skape empowerment- momenter hos pasienter er et stort spørsmål som neppe er utfyllende besvart når siste ord i denne oppgaven er skrevet, både på grunn av kompleksiteten i temaet og begrenset omfang av eksisterende forskning. Kompleksiteten ligger både i sakens natur, forskning på levende mennesker under aktiv behandling, i en svært sårbar og krevende setting, men også i semantikken. Mange har en intuitiv forståelse av hva begrepet empowerment betyr; det handler om autonomi og verdighet og vilje, men samtidig er denne forståelsen for vag til å omsettes til praksis. For hvordan man tolker autonomi og verdighet er helt avhengig av generelt menneskesyn. Fordypning i empowerment fra et semantisk og filosofisk perspektiv sto ikke i fokus i denne litteraturstudien, da dette er en mastergrad i intensivsykepleie. Det er likevel meget viktig å fortsette å lete etter bedre, mer konkrete definisjoner av empowerment i intensivverden. Hvilke av byggesteinene i konseptet som teller mest for intensivpatienten er fortsatt et veldig aktuelt spørsmål for fremtidens forskning.

2.2. Intensivsykepleierens ansvar og helsefremmende funksjon

NSFs funksjons- og ansvarsbeskrivelse for klinisk utøvelse av intensivsykepleie (NSFLIS, 2017) inneholder flere empowerment-relaterte momenter. To eksempler bør fremheves i lys av denne oppgaven: «[Intensivsykepleieren] hjelper pasienten til å bruke kreftene sine på helsefremmende prosesser og bidrar til å håndtere og lindre stress, smerter og ubehag (NSFLIS, 2017)» og «[Intensivsykepleieren] tilrettelegger for rehabilitering allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet, med langsiktige mål om å bedre pasientens funksjons- nivå/helsestatus og opplevelse av livskvalitet (NSFLIS, 2017)».

Opplevd indre styrke og viljestyrke representerer salutogene ressurser hos pasienten (Alexandersen et al., 2021). Siden styrking av pasientens mestringsfølelse samt ivaretagelse av pasientens integritet og interesser er fastslått som viktige mål for sykepleieren, er kunnskap om empowerment og tiltak som fremmer det, viktig for god utøvelse av sykepleierrollen. Derfor mener kandidaten at det også er viktig med forskning som skal bidra til å definere, systematisere og ikke minst implementere tiltak og verktøy som skal støtte intensivsykepleierens helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjon.

2.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved forskning og fagutvikling

Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier (NSFLIS, 2017) inneholder en klar formulering om intensivsykepleierens faglige plikt til å «initiere, samarbeide om og ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning».

For denne artikkelbaserte masteroppgaven har kandidaten valgt å følge forfatterveiledning til tidsskriftet InspirA, da dette er et aktuelt norsk fagtidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere. Tidsskriftets formål er å formidle forskning og systematiske kunnskapsoppsummeringer. InspirA anses som et aktuelt tidsskrift for valgt problemstilling, fordi både anestesi- og intensivsykepleiere kan ha nytte av kunnskapen denne oppgaven formidler.

2.4 Metodevalg og forskningsdesign

Valgt metode – systematisk oversikt – har gitt kandidaten mulighet til å få inngående kunnskap om kildesøking og -kritikk samt bearbeidelse av data i primærkilder. Det har vært spennende å jobbe med denne metoden gjennom hele den siste delen av videreutdanning i intensivsykepleie.

Bruk av metoden i en masteroppgave er imidlertid tidskrevende. Det viste seg også underveis at det er en stor fordel om man tidligere har jobbet med lignende prosjekter, selv i noe mindre skala. Å skrive sin første systematiske oversikt på bakgrunn av kvalitative studier, og i tillegg bestemme seg for å presentere funn i form av en metasyntese, var uten tvil et ambisiøst prosjekt. Det å skrive oppgaven alene ga kandidaten mulighet til å bli grundig kjent med alle steg i arbeidet. Den store ulempen ved så selvstendig arbeid var manglende anledning til diskusjon med medforfattere underveis. Gjennom studien har kandidaten kontinuerlig reflektert over sin egen forforståelse og hvordan dette kan ha virket inn på studiens kvalitet. Det er utvilsomt mange fordeler ved å samarbeide med flere forfattere gjennom alle ledd i forskningsprosessen, diskutere utvalg av studier, kvalitetsvurdere studiene og være flere om uthenting av data- og resultatformulering. At denne systematiske oversikten har bare en forfatter anses som studiens svakhet, da dette gjorde studien mer utsatt for skjevheter.

Det ble ikke søkt om tillatelse til gjennomføring av forskning hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da prosjektet ikke innebærer forskning på mennesker eller helseopplysninger.

2.4.1 Metodiske utfordringer

Den opprinnelige problemstillingen var rettet mot pasienter med lang liggetid på intensivavdeling. Operasjonalisering av begrep «langligger» har vist seg å være mye mer krevende enn operasjonalisering av «empowerment». Det finnes mange forskjellige måter å definere en langtidspasient på (Minton et al., 2021). Det viste seg dessverre umulig å gjennomføre et effektivt søk etter artikler som kunne gi litteraturliste med homogen gruppe pasienter i fokus. «Langliggere» blir i faglitteraturen definert ut fra forskjellige kriterier, som tid eller fase i behandlingsforløp. Noen vil vektlegge tidsaspektet og definere «langliggere» som pasienter som får behandling over et visst antall dager (som regel er grensen satt til 7 dager), mens andre kombinerer tidskriteriet og behandlingsforløp og definerer langliggere som pasienter som får en viss type behandling over en viss periode. Det kan dreie seg om forlenget mekanisk ventilasjon, forlenget respiratoravvenning, innsetting av trakeostomi, utvikling av *critical illness* syndrom, vedvarende kritisk sykdom (for eksempel mer enn syv- eller tidaders intensivbehandling, ikke nødvendigvis på respirator), vedvarende inflammatorisk og katabol fase og sist, men ikke minst – generell skrøpelighet og dårlig prognose. Derfor måtte den opprinnelige planen om å skrive oppgaven om empowerment hos langtidspasienter på intensiv avdeling endres. Søket ble utvidet til alle intensivpasienter.

Det samme problemet knyttet til operasjonalisering av begrepet gjaldt for så vidt søk etter «empowerment»-fokuserede artikler. Her var å lene seg på mye bredere spekter av litteratur som brukte begrepet for så å kunne lage et håndfast definisjonsgrunnlag. Operasjonalisering av empowerment og formulering av resultatsyntese var vanskelig, men virket allikevel gjennomførbart da det fantes flere aktuelle rammeverk som passet til begrepet (Dixon-Woods, 2011). Hensikten med bruk av Haviks modell var at den skulle fungere som etablerte og gjenkjennbare teoretiske «knagger» å henge syntesefunnene på. Modellen er forholdsvis enkel og kortfattet – dette anses som en faktor som gjorde arbeidet med syntesen noe mer oversiktlig.

Valg av søkestrategi var basert på anbefalinger fra aktuell vitenskapsteoretisk og metodisk litteratur (Cooke et al., 2012; Methley et al., 2014) og kandidatens egne erfaringer med forskjellige søkeverktøy. En del av eksisterende forskning kan forbli

uoppdaget om man velger bort alle treff på artikler som bruker klassisk kvantitativ metode og konsentrerer seg kun på kvalitative studier. Valget om å gå videre med SPIDER skjema som ramme for databasesøket begrunnes med at det avgrensede søket til kvalitative studier, som for denne metasyntesens formål var ønskelig. Søkestrategi med SPIDER ble testet mot klassisk metode PICO og denne testen førte til konklusjon at alle relevante referanser ble med høy sannsynlighet identifisert i databasene. Søkeprosessen med SPIDER var mer tidseffektiv og presis for prosjektet og ga mer oversikt ved alle etapper av systematisk søk.

SPIDER-verktøy gir også mulighet til å konkretisere søket og avgrense treff til bestemte design av studier. «Hermeneutics» og «phenomenology» ble brukt i denne litteraturstudien som design-relaterte søkeord i databaser. Hermeneutikk og fenomenologi omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av flere datatyper: tekst fra en samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet med å bruke disse strategiene er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv, innen deres naturlige sammenheng (Malterud, 2002). Hermeneutikk blir mye brukt av kvalitative forskere innen helsefag, i prosjekter som har som mål undersøke prosesser og relasjoner mellom mennesker. Denne metoden dreier seg om fortolkning av noe man ikke kan måle og veie; den «fremhever betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende» (Thagaard, 2013, s.41). Hovedprinsippet i hermeneutikken er at fenomener kan tolkes på flere nivåer og at all forståelse bygger på en forforståelse. Dette er en tilnærming som er aktuell når man prøver å forstå hva som gir andre mennesker følelse av empowerment ved å tolke deres intervjuutsagn.

Fenomenologi kan forstås som en systematisk undersøkelse av ulike måter å erfare virkeligheten på. Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen – personens individuelle perspektiv, erfaringer og selvforståelse står her sentralt. Fenomenologien prøver alltid å få frem førstepersonsperspektivet (Wifstad, 2019). For å unngå at forskerens refleksjoner over egne erfaringer danner et utgangspunkt for resultater i forskningen, bruker man den fenomenologiske reduksjonen, som

innebærer at forskningsobjektene opplevelse står i fokus, mens den ytre verden kommer i bakgrunnen (Thagaard, 2013, s.40).

2.4.2 Begrensninger ved en systematisk oversiktsartikkel

På generelt grunnlag virker den anvendte metoden til å være godt egnet for den valgte problemstillingen, men studien har vist seg å ha store begrensninger for formulering av utslagsgivende/konklusive resultater.

Det hadde trolig vært mulig å komme nærmere besvarelsen av problemstillingen om man valgte å gjennomføre kvalitative intervjuer med pasientene på egen hånd, der skreddersydde spørsmål kunne gi en direkte kobling til problemstillingen. Selv om kandidaten ikke kan konkludere med at noen resultater gir sterk evidens for implementering av ny praksis, anses likevel syntesens funn som vesentlige for klinisk sykepleieutøvelse og et godt utgangspunkt for videre forskning.

2.5 Drøfting av resultater

Syntesen av funn har dannet 17 generelle påstander som i stor grad stemmer med kandidatens forforståelse. Det var dessverre lite konkrete detaljer som kom frem i primærstudiene. Alle de inkluderte studiene ble publisert som artikler i tidsskrifter innen helsefag, noe som innebærer ordbegrensninger som ikke er spesielt gunstige for rapportering av kvalitativ forskning. Generelt ga artiklene en viss beskrivelse av strategiene forskerne hadde brukt for å velge deltakere og for å samle inn og analysere data, selv om disse beskrivelsene hadde en tendens til å være korte. Få av studiene ga rom til diskusjon om refleksivitet. Mens funn i primærartiklene som regel virket godt forklart og støttet av dataene, var beskrivelsene av studiekonteksten og presentasjonen av funnene relativt korte. Den generelle mangelen på "tykk beskrivelse" kan ha vært på grunn av valg av metoder og begrensningene satt av tidsskriftene der studiene ble publisert.

Det er, som nevnt i artikkelteksten, mange studier som handler utelukkende om de negative opplevelsene til intensivpatienten. Eksempler på disse opplevelsene, beskrevet

i artikkelen «Fishing with the dead – recall of memories from the ICU» (Magarey & McCutcheon, 2005) og lignende studier har skapt store forventninger til de artiklene som skulle velges til denne systematiske oversikten. Det som imidlertid ble funnet, er ganske like, generaliserte resultater på tvers av mange studier, noe som på den ene siden er positivt – fordi det lar forskeren trekke sikrere konklusjoner, men på den andre siden var det forholdsvis lite konkret, ny og anvendbar kunnskap å hente ut.

Noe som definitivt uteble i de studerte artiklene, er mer detaljerte, håndfaste eksempler på uttalelser om situasjoner som gjør at pasienten føler seg som en aktiv deltaker i behandlingen. Overraskende mange resultater er knyttet til en generell følelse av velvære som kommer av fysisk nærhet av sykepleiere og pårørende, samtidig som – paradoksalt – noen av de konklusjonene med størst mengde av kvalitetsdata peker på pasientens egen styrke som avgjørende element for følelsen av empowerment. En annen interessant observasjon er at hele 6 av 13 studier har påpekt at pasientens positive indre innstilling ofte har avgjørende betydning for oppnåelse av instrumentell kontroll, og at alle disse studiene var fra Skandinavia (Norge eller Sverige). Ingen av artiklene har gitt konkret svar på hvilke situasjoner som anses av pasientene som en mulighet for å utvikle rom for selvbestemmelse, ingen har heller utfordret kandidatens forforståelse.

Det kan være interessant å nevne at ordet «empowerment» er til stede i 9 av 13 analyserte artikler. I fire tilfeller blir ordet brukt mens annet relevant forskning diskuteres, i to artikler brukes ordet i kontekst et annet, men beslektet fagområde, i ett tilfelle er det ordet disempowerment som brukes, mens det er kun to artikler som anvender ordet «empowerment» i samme kontekst som definert i utgangspunktet til denne metasyntesen. Ingen av artiklene bruker Haviks benevnelse fra den anvendte modellen, på tross av at de fleste studiene (9 av 13) har skandinaviske intensivsykepleiere som forfattere og at Haviks modell forutsettes kjent og godt implementert i Skandinavia. I lys av dette, er det mulig å danne seg et bilde av hvor komplisert søkeprosess enhver empowerment-forsker går gjennom ved sine litteraturstudier.

2.6 Sluttord

Sykdom, smerte og den invasive behandlingen, kombinert med miljøfaktorer som overdreven støy, lys og sosial isolasjon har til sammen en betydelig effekt på pasientens velvære (Wenham & Pittard, 2009). Det er ikke alltid det er mulig å skjerme pasienten for det ubehagelige i tilstrekkelig grad. I en ideell verden har alle pasienter enerom og én dedikert, primær sykepleier som er på vakt hele døgnet, sju dager i uken. I en ideell verden er det tilstrekkelig bemanning og moderne fasiliteter på sykehus i hele verden. Listen over andre viktige, optimale omstendigheter som er forutsetningen for en pasientempowermentfokustert intensivsykepleie er mye lengre enn det det er plass til i denne oppgaven. I en reell verden er det svært få land som kan tilby offentlig helsevesen med standard tilsvarende de sykehusene hvor de aktuelle studiene ble gjennomført. En annen begrensning i empowerment-implementering er at pasientens autonomibehov ofte er fraværende som konsekvens av en alvorlig sykdom, delirtilstander og manglende samtykkekompetanse (Stubberud, 2020).

Selv om ikke alle empowerment tiltak som foreslås er like realistiske å gjennomføre i alle sammenhenger og ikke alle pasienter kan ha nytte av dem, er det svært viktig å rette fokus på pasient empowerment som et tema, da det fortsatt finnes mange grunnleggende utfordringer med å prioritere pasientens menneskelige behov i dagens helsevesen.

Koronaviruspandemi forandret verden dramatisk i 2020. Det at Norge skulle stenge dører til sykehus og innleie sikkerhetsvakter for å sørge for at ingen andre enn ansatte og pasienter slipper inn, så ingen av oss for seg. Besøksforbud på Oslo universitetssykehus ble innført i 2020 og kortvarig opphevet i oktober 2021, for å så bli innført igjen som konsekvens av en ny virusbølge. I dag står vi fortsatt i en situasjon hvor pårørende ikke alltid kan besøke sine syke kjære (Liland, 2021). Intensivavdelingene er fylt med kritisk syke pasienter som ikke får besøk av sine nærmeste på grunn av strenge besøksrestriksjoner. Det å frata pasientene mulighet til å se eller kjenne nærvær av sine kjære kan, i lys av presentert forskning, i betydelig grad svekke deres stå på-viljen og i konsekvens gi en dårligere prognose. Som empowerment-forsker og intensivsykepleier ønsker kandidaten å vekke oppmerksomhet rund dette problemet. Det er ingen lett oppgave å planlegge ombygging og omorganisering av sykehusene i en krisesituasjon,

men det viser seg å være nødvendig å finne en annen løsning enn besøksforbud i fremtiden. Det at pårørende spiller en viktig rolle for pasientens velvære, mentale styrke og motivasjon for å overleve kritisk sykdom er et ubestridt faktum. Som en konsekvens av pandemirelatert besøksforbud, er intensivsykepleierens rolle i empowerment-fremming vektlagt enda sterkere, på godt og vondt. Da pårørende ikke er til stede, når deres tilstedeværelse skjer via nettbrett, eller når besøk blir tidsbegrenset til et absolutt minimum, står intensivsykepleieren ansvarlig for å «heie på» pasientene på vegne av deres familier.

Referanser

- Alexandersen, I., Haugdahl, H. S., Paulsby, T. E., Lund, S. B., Stjern, B., Eide, R., & Haugan, G. (2021). A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 30(1/2), 161-173. <https://doi.org/10.1111/jocn.15532>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Dixon-Woods, M. (2011). Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. *BMC Med*, 9(1), 39-39. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-39>
- Liland, B. (2021). Pandemien utfordrer sykepleieetikken. *Sykepleien forskning (Oslo)*(87791), e-87791. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87791>
- Magarey, J. M., & McCutcheon, H. H. (2005). 'Fishing with the dead'--recall of memories from the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(6), 344-354.
- Malterud, K. (2002, Oct 20). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122(25), 2468-2472.
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res*, 14(1), 579-579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Minton, C., Batten, L., & Best, A. (2021). The long-term ICU patient: Which definition? *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16078>
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 15.05.2021 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlgGckwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- Stubberud, D.-G. (2020). Å ivareta pasientens psykososiale behov. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (4. utgave. ed., pp. 79-116). Cappelen Damm Akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Fagbokforl.
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing education in anaesthesia, critical care & pain*, 9(6), 178-183. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp036>
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien forskning (Oslo)*(78763), e-78763. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78763>

Vedlegg 1 CASP- sjekkliste



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

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

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

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

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

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

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

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

A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting-

Paper for appraisal and reference:: The meanings of the patient room as a place of care

Section A: Are the results valid?

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

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

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

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?

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

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

Comments:

Is it worth continuing?

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

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

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

Comments:

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

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

HINT: Consider

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

Comments:

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

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

HINT: Consider

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

Comments:

Det å bruke bilder tatt av pasienter kunne begrense «data saturation» fordi pasientene fokuserte kun om det som var avbildet (det de hadde rundt seg), de snakket ikke om det som de manglet.

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

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

HINT: Consider

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

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

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

HINT: Consider

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

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

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

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

Comments:

Sparsomme eksempler fra intervjuer. Mye av tekst er forskernes egne ord. Vanskelig å bedømme hvor mye data er direkte hentet fra pasientens uttalelser.

9. Is there a clear statement of findings?

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

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

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

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

Comments:
Much valuable.

Vedlegg 2

Søk i CINAHL-database

23.2.2021

Print Search History: EBSCOhost



Tuesday, February 23, 2021 5:03:11 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S12	S8 AND S9 AND S10 AND S11	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	344
S11	S3 OR S4	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	72,986
S10	S5 OR S6 OR S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	568,750
S9	S1 OR S2	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	102,878
S8	(MH "Phenomenology") OR (MH "Qualitative Studies+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	156,677
S7	(MH "Life Experiences+") OR "lived experience"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	46,312
S6	(MH "Quality of Life+") OR "quality of life" OR (MH "Psychological Well-Being") OR (MH "Well-Being (Iowa NOC)") OR (MH "Spiritual Well-Being (Iowa NOC)") OR (MH "Psychological Well-Being (Iowa NOC)+") OR (MH "Life Purpose")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	226,743
S5	(MH "Empowerment") OR "empowerment" OR (MH "Motivation+") OR (MH "Happiness") OR (MH "Hope") OR (MH "Pleasure") OR (MH "Patient Satisfaction+") OR (MH "Patient Preference") OR (MH "Mental Health") OR (MH "Life Change Events+") OR (MH "Patient Attitudes") OR (MH "Attitude to Change") OR (MH "Attitude to Disability") OR (MH "Attitude to Life") OR (MH "Help Seeking Behavior") OR (MH "Power+") OR (MH "Optimism") OR (MH "Trust") OR (MH "Individuality") OR (MH "Control (Psychology)+") OR (MH "Psychological Well-Being")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	355,225
S4	(MH "Ventilator Patients") OR (MH "Respiratory Therapy+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	50,578
S3	(MH "Critically Ill Patients") OR (MH "Critical Illness")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,667
S2	(MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care Nursing+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	82,978
S1	(MH "Critical Care+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	29,815

web.b.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=32&sid=9532a2ef-b21c-412c-a3f0-8f61d06cabdc%40sessionmgr101&bq... 1/1