

Eirin Flotten Berle - kandidatnr. 10001
Ingvild Sønsteli Aasen - kandidatnr. 10073
Maylén Melbø Møllerstuen - kandidatnr. 10096
Renate Sønsteli - kandidatnr. 10064

Sykepleierens etiske dilemmaer ved palliativ behandling

Bacheloroppgave i SPL3903
Veileder: Johanne Oppegaard Sulland
Mai 2022

Eirin Flotten Berle - kandidatnr. 10001
Ingvild Sønsteli Aasen - kandidatnr. 10073
Maylén Melbø Møllerstuen - kandidatnr. 10096
Renate Sønsteli - kandidatnr. 10064

Sykepleierens etiske dilemmaer ved palliativ behandling

Bacheloroppgave i SPL3903
Veileder: Johanne Oppegaard Sulland
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

*Vi kan ikke møte en annen
uten å holde noe av den andres liv i vår hånd.
Det ligger et etisk krav i den- i møte med den andre,
det er noe som står på spill,
og dette noe er alltid knyttet til den andres ve og vel.*

Knud Ejler Løgstrup, 1905-1981

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleierens etiske dilemmaer ved palliativ behandling	Dato:	20.05.2022
Forfattere:	Eirin Flotten Berle		
	Ingvild Sønsteli Aasen		
	Maylén Melbø Møllerstuen		
	Renate Sønsteli		
Veileder:	Johanne Oppegaard Sulland		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliativ behandling, etikk, etisk dilemma, sykepleiere		
Antall sider/ord:	41/9464	Antall vedlegg:	1
<p>Bakgrunn: Ved palliativ behandling kan det oppstå ulike etiske dilemmaer som sykepleier møter i arbeidshverdagen. Sykepleieren må stadig omstille seg og arbeide effektivt, dette gjør at det fort kan oppstå avvik eller uønskede hendelser. Det er derfor viktig at man som sykepleier har god kunnskap og kompetanse til å kunne gjenkjenne, løse og stå i de forskjellige situasjonene på en tilfredsstillende måte. Ved å gjøre dette opprettholder man god pasientsikkerhet.</p> <p>Hensikt: Studiens hensikt er å se på etiske dilemmaer som sykepleieren kan møte ved palliativ behandling, som erfaringer, holdninger, kompetanse og tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper. Hensikten er også å se på etiske dilemmaer rundt pasientens autonomi.</p> <p>Metode: Det er utført systematisk søk i Ovid Medline og CINAHL. Vi har i tillegg benyttet oss av pensumlitteratur, annen relevant litteratur, nettsider og forskningsartikler. Litteraturstudien tar utgangspunkt i fem forskningsartikler. Forskningsartiklene benytter både kvantitative og kvalitative metoder.</p> <p>Resultat: Etter analyse av de fem studiene kom det frem fire hovedtema for etiske dilemmaer ved palliativ behandling. Det var kommunikasjon, holdninger og erfaringer, etiske dilemmaer og pasientens autonomi. En studie har sammenlignet forholdene på tvers av landegrensene, og finner at flere land har de samme etiske dilemmaene.</p> <p>Konklusjon: Godt tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon og kompetanse er viktig for å kunne stå i, løse og vurdere etiske dilemmaer. Det bør utføres mer forskning rundt sykepleierens etiske dilemmaer ved palliativ behandling.</p>			

ABSTRACT

Title:	A nurse`s ethical dilemmas in palliative care	Date:	20.05.2022
Authors:	Eirin Flotten Berle		
	Ingvild Sønsteli Aasen		
	Maylén Melbø Møllerstuen		
	Renate Sønsteli		
Supervisor:	Johanne Oppegaard Sulland		
Key words (3-5)	Palliative care, ethics, ethical dilemma, nurses		
Number of pages/words:	41/9464	Number of appendix:	1

Background: In palliative care, different ethical dilemmas can arise. Nurses must constantly adjust and work efficiently. This means that deviations or adverse events quickly can occur. Therefore it is important that nurses have enough knowledge and competence to be able to recognize, solve and weather different situations. By doing so, one will maintain good patient safety.

Purpose: Discover ethical dilemmas that nurses may face in palliative care, such as experiences, attitudes, competence, and interdisciplinary collaboration. The purpose is also to look at ethical dilemmas around the patient's autonomy.

Method: A systematic search has been performed in Ovid Medline and CINAHL. We have also used curriculum books, other relevant literature, and websites. The literature study is based on five researched articles. The articles used both quantitative and qualitative methods.

Result: After analysis of the five studies, four main topics regarding ethical dilemmas in palliative care arose. These were communication, attitudes and experiences, ethical dilemmas and patient autonomy. A study has compared conditions across national borders, and finds that several countries have the same ethical dilemmas.

Conclusion: Good interdisciplinary collaboration, efficient communication, and competence are important to be able to endure in, solve and assess ethical dilemmas. It is recommended conducting more research in relation to ethical dilemmas that nurses may face in palliative care.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Etikk	6
2.1.1 Etisk dilemma	7
2.1.2 Etske utfordringer	8
2.2 Pasientens behov/ønske	8
2.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse	10
2.4 Sykepleie og palliativ behandling	11
2.4.1 Tverrfaglig team	12
2.5 Avgrensning	12
2.6 Studiens hensikt og problemstilling:	13
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Metode for innhenting av litteratur	14
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4 Søkeprosessen	15
3.5 Kvantitativ og kvalitativ metode	15
3.6 Utvelgelsesprosess og kildekritikk	16
3.7 Analyse	17
4.0 Resultat	18
4.1 Presentasjon av artikler	18
4.2 Sammenfatning av resultat	23
4.2.3 Etske dilemmaer	25
4.2.4 Pasientens autonomi	26
5.0 Drøfting	27
5.1 Sykepleierens funksjon i palliativ behandling	27
5.2 Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon ved beslutningstaking	28
5.3 Sykepleierens kompetanse, holdninger og erfaring	30
5.4 Pasientens rett til informasjon	32
5.5 Bacheloroppgavens resultater og implikasjoner for praksis	33
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	36
Vedlegg 1	40

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

WHO (2020) estimerer at så mye som 40 millioner mennesker i verden er i behov av palliativ behandling. Videre estimerer viser at bare 14% mottar behandling. Levealderen i Norge har de siste 30 årene økt med over 4,5 år for kvinner og 7,5 år for menn (SSB, 2022). Til tross for økt levealder er det uendret med sykehjems plasser fra 2008-2018 (Wettergreen, Ekornrud og Abrahamsen, 2019) Videre presenterer Hjemås *et al.* (2019) at man innen 2035 vil kunne mangle så mye som 28 000 sykepleiere i Norge.

Vi har valgt å skrive om dette temaet fordi vi allerede før fullført utdannelse, har opplevd å stå i vanskelige etiske dilemmaer. Det finnes mange sykepleiere med ulik bakgrunn og erfaring. Samtidig er det mange ulike pasienter som har behov for palliativ behandling. Det er å anta at man i årene fremover, med økt levealder, færre sykehjems plasser og manglende sykepleiere, vil oppleve økt arbeidsmengde. Dette kan man anta vil føre til at sykepleierne havner i flere etiske dilemmaer. Erfaring gjennom praksisperioder har vist oss at sykepleierne tar stor del i den palliative behandlingen, og palliasjon starter ofte tidlig i et sykdomsforløp. Det gjør at sykepleierne følger pasienten over tid og dermed hjelper pasienten med helseutfordringene gjennom den palliative fasen. Det er viktig at sykepleierne har god forståelse og kunnskap innenfor dette området, slik at en på best mulig måte kan møte etiske dilemmaer som kan oppstå.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Helsedirektoratet (2015) viser til at palliativ behandling tradisjonelt sett iverksettes de siste levemånedene. Tidlig iverksettelse av palliativ behandling gjør at man samlet kan gi pasienten bedre pleie og omsorg, og på den måten øke livskvaliteten til pasienten. Videre nevner Helsedirektoratet (2015) ved at man tidlig har en tverrprofesjonell forståelse av viktigheten for god palliativ behandling, er det også vist at det kan ha en samfunnsøkonomisk gevinst. Samarbeidet mellom pasient, pårørende og relevant helsepersonell fører til at man har en plan, og på denne måten unngås bruk av ø-hjelp og overbehandling i den palliative fasen.

I Helsepersonelloven (1999) § 4 nevner loven at man som helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med visse krav. Det er krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Som helsepersonell skal man innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Videre sier Helsepersonelloven (1999) at man også skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Yrkesutøvelsen skal være i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, om pasientens behov tilsier det. Pasienter kan over tid få intensiv behandling, som kan ha blandet behandlingsintensjon. Behandlinger kan forlenge livet noe, men det viktigste man oppnår er forebyggende symptomkontroll eller symptomlindring. Ved at man har en blandet effekt på behandling som blir gitt over lengre tid, stilles det nye krav til organiseringen av helsevesenet, samt informasjon og kommunikasjon med pasienten (Kaasa og Loge, 2016a).

2.0 Bakgrunn

Dette kapittelet omhandler temaer som kan skape etiske dilemmaer ved palliativ behandling. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, annen relevant litteratur og nettsider for å belyse temaet.

2.1 Etikk

Ifølge Slettebø (2020) oppstår ulike etiske utfordringer og dilemmaer daglig i hverdagen til en sykepleier. Det kan være at det er konflikt mellom sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp og pasientens autonomi. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell anses som asymmetrisk, hvor det er personellet som har størst makt. Lillemoen (2016) hevder det er helsepersonellet som har et større ansvar for at relasjonen blir vellykket.

De fire etiske prinsippene anses som en plikt. I disse prinsippene inngår autonomi (plikten til å respektere autonome personers beslutninger), velgjørenhet (plikten til å gjøre godt mot andre), ikke skade og rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig). De etiske prinsippene er likeverdige, derfor blir ingen av dem ansett som viktigere enn andre (Brinchmann, 2020b).

2.1.1 Etisk dilemma

Sykepleierens omsorg i hverdagen gis i flere tilfeller under et stort press. Man må stadig omstille seg og jobbe effektivt med lav bemanning, noe som gir en høy risiko for uønskede hendelser og avvik. Daglig møter sykepleierne på etiske dilemmaer og vanskelige valg som må tas hensyn til. Slike dilemmaer kan eksempelvis oppstå i møte med pårørende med ulike meninger (Liland, Haugen og Gram Dokka, 2019).

Det er viktig å ha nok kunnskap og evnen til å kunne gjenkjenne, løse og stå i de forskjellige etiske dilemmaene på en tilfredsstillende måte (Slettebø, 2020). I følge Helsepersonelloven (1999) § 4 skal alle i helsesektoren ha et profesjonelt ansvar for å gi pasienten en etisk forsvarlig behandling. For å kunne oppfylle denne plikten må sykepleierne være etisk bevisste i sin behandling av, og omgang med, pasienter. Når sykepleieren klarer å møte pasienten tilfredsstillende i etiske dilemmaer, vil man også ha en følelse av å ha bidratt til noe godt i pasientens liv. Hvis man ikke klarer å møte de etiske dilemmaene, vil man føle ubehag over situasjonen (Slettebø, 2020).

I følge (Slettebø, 2020) kan man skille mellom etiske og faglige dilemmaer. Hva som kjennetegner et dilemma er relevant for å kunne forstå situasjonen hvor det har oppstått, slik at man kan gjenkjenne og forholde seg faglig forsvarlig. De etiske dilemmaene handler om verdier. Faglige dilemmaer handler om hva som er mest faglig forsvarlig å gjøre, og som gir best resultat i situasjonen. Disse to ulike dilemmaene er flettet sammen i praksis. Hvis det svikter faglig kan det risikere å sette de etiske verdiene på spill. Derfor kan man som sykepleier ikke bare ta hensyn til det faglige, men også ta hensyn til pasientens verdier. Sykepleierne vil derfor stå overfor både et faglig og et etisk valg på samme tid. De faglige valgene går ut på hva som er det beste for pasienten, mens de etiske valgene går ut på hvilke av de etiske prinsippene som skal veie tyngst (Slettebø, 2020).

For å løse etiske dilemmaer kan man bruke refleksjonsmodeller. Det finnes forskjellige typer modeller. Lillemoen (2016) viser til både KLOK-modellen av Henriksen og Vetlesen (2008), Aadlands 7-trinns diskursetisk refleksjonsmodell (Aadland, 1998) og SME-modellen (Senter for medisinsk etikk UiO, 2021).

Senter for medisinsk etikk UiO (2021) utviklet på 2000-tallet SME-modellen. Den tar utgangspunkt i hva det etiske problemet er, hva som er fakta i saken, hvem som er

de berørte parter og deres syn og interesse, hvilke verdier, etiske prinsipper, normer og lover som er aktuelle, hvilke relevante handlingsalternativer som finnes og til slutt en helhetsvurdering.

SME-modellen er laget som en mal for å systematisk gjennomgå etiske problemstillinger og bruke den i drøftingen rundt etiske dilemmaer. SME-modellen består av 6 punkter, men det er ikke nødvendig å følge den til punkt og prikke. Den er kun laget som et hjelpemiddel for å sikre at alle sider av det etiske dilemmaet belyses (Brinchmann, 2020c).

2.1.2 Etiske utfordringer

Etiske utfordringer som sykepleieren møter i hverdagen kan for eksempel være å sette inn tiltak når pasienten ikke ønsker å motta hjelp, eller å stille pasienten selv om vedkommende motsetter seg (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ved etiske utfordringer blir etiske verdier eller prinsipper utfordret, eller de kommer i konflikt. I slike tilfeller skapes en usikkerhet i hva som er riktig å gjøre i situasjonen. Man kan stå i situasjoner der man er i tvil om hva man skal ta hensyn til, som pasientens medbestemmelsesrett eller pasientens helse (Heggestad, 2021).

2.2 Pasientens behov/ønske

Pasientautonomi anses som et svært sentralt etisk og juridisk prinsipp i dagens medisinske etikk. Målet med autonomi er at pasienten skal medvirke til sin egen helsehjelp. Autonomien må også ivaretas i den palliative fasen. Den siste tiden av livet er mange pasienter syke og svært medtatte, og er derfor i liten grad i stand til å uttrykke egne ønsker. Derfor bør det tidlig i den palliative fasen legges til rette for at samtaler rundt dette gjennomføres. På den måten kan pasienten være i stand til å delta i valgene som skal tas (Thoresen og Dahl, 2016). Alle pasienter har rett til informasjon om egen diagnose og helsetilstand, og de forholdene som angår deres livssituasjon. Pasientens rett til medvirkning og informasjon er nedfelt i lovs form (Brinchmann, 2020b).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier følgende:

- § 3-1, Ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester har pasient/bruker rett til å kunne medvirke. Retten går blant annet på å kunne medvirke ved valg av tjeneste former og undersøkelses- og behandlingsmetoder som er tilgjengelige og forsvarlige. I hvilken form pasienten eller brukeren medvirker skal tilpasses ut i fra vedkommende sin evne til å gi og motta informasjon.
- § 3-2, Pasienten har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ytes. Det skal gis informasjon om mulige risikoer og bivirkninger i helsehjelpen. Likevel skal ikke informasjon gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nedfelt i lov eller er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen. Informasjon skal heller ikke gis dersom det er fare for alvorlig helseskade eller liv.

Hovedsakelig er retten til selvbestemmelse i Norge knyttet til å ha rett til å nekte behandling. Oppstår det situasjoner der pasienten nekter behandling, må det tas en vurdering på om pasienten har fått god nok informasjon, om pasienten er samtykkekompetent, og om det er noe som presser pasienten til å ta dette valget (Brinchmann, 2020b).

Samtykkekompetanse betyr at pasienten er i stand til å bestemme selv og skjønner konsekvensen av valget som tas. Noen ganger kan samtykkekompetansen bortfalle, dersom vedkommende av fysiske eller psykiske årsaker ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3.

Forutsetningene for at pasienten er samtykkekompetent må legges til rette ved at vedkommende er informert om hva helsehjelpen går ut på, og hva som er virkningen og risikoen av den. Avgjørelsen om samtykkekompetanse gjøres av den som yter helsehjelp, men forutsetter at alle deler av helsehjelpen legges best mulig til rette ut i fra pasientens behov. Ved avgjørelse av eventuell manglende samtykkekompetanse, må det begrunnes både muntlig og skriftlig, og legges frem for pårørende eller kvalifisert helsepersonell (Molven, 2016).

2.3 Sykepleierens ansvar og kompetanse

Som sykepleier har man en plikt til å yte faglig, forsvarlig helsehjelp. Det betyr at man alltid gjør faglige, juridiske og etiske vurderinger rundt de daglige arbeidsoppgavene. Det er flere faktorer som henger sammen, men dersom en av faktorene ikke er tilstede, yter man ikke forsvarlig sykepleie. Helsehjelpen sykepleieren gir skal sikre at pasientens integritet ikke krenkes (Liland, Haugen og Gram Dokka, 2019).

I Norge følger sykepleierne yrkesetiske retningslinjer. Disse bygger blant annet på omsorgsetikk. Istedenfor å legge vekt på prinsipper og regler, legger man vekt på omsorgsetikken og verdier som omtanke og medfølelse; der omsorgen og ansvaret for pasienten er hovedfokus. Denne type etikk legger vekt på relasjonen mellom mennesker og ansvaret som man har for hverandre. Her kommer også de fire etiske prinsippene inn, og man skal handle ut ifra dem. Lover som helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er viktige for sykepleierne i etiske drøftinger (Norsk sykepleierforbund, 2019).

De yrkesetiske retningslinjene sier også at man som sykepleier skal holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor sitt fagområde, og bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis. Sykepleierne skal erkjenne sine egne grenser for egen kompetanse og praktisere innenfor disse, samt søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er likevel lederen som er ansvarlig for å ha oversikt over kompetanse og kompetansebehov på arbeidsplassen. For å kunne sikre og vurdere behovet for kompetanse er det nødvendig med kartlegging av eksisterende kompetanse. Kompetanse- og opplæringsplaner har som mål å minske kompetansegap. Ved å utarbeide disse kan man sikre at behovet for kompetanse og forsvarlig helsehjelp opprettholdes (Flovik og Rokseth, 2016). Ved palliativt arbeid, spesielt ved kreftomsorg, er det i de fleste fylker i Norge etablert et nettverk av ressurspersoner. Nettverket er laget som et viktig redskap for å spre kompetanse innenfor palliasjon i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, og dermed også bidrar til kontinuitet i tilbudet (Haugen og Aass, 2016).

Ved ytelsen av faglig forsvarlighet og forsvarlig helsehjelp er det viktig med riktig kompetanse. Ved å definere kompetanse vises det som en rett og myndighet til å utføre en viss handling eller avgjøre en viss sak. For 3-årig sykepleierutdanning vises det i rammeplan og forskriften (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019) at den sykepleiefaglige kompetansen som helhet av kunnskaper, ferdigheter og holdninger er noe en nyutdannet sykepleier skal kjennetegnes ved. Kompetansen til studenten omfatter de totale og relevante forutsetningene for å kunne praktisere faglig forsvarlig sykepleie. Helheten av den sykepleiefaglige kompetansen er delt i fem delelementer: teoretisk-analytisk kompetanse, praktisk kompetanse, læringskompetanse, sosial kompetanse og yrkesetisk kompetanse (Buberg og Hessevaagbakke, 2013).

2.4 Sykepleie og palliativ behandling

“Palliative care” på engelsk er et begrep som brukes for å dekke hele det faglige feltet rundt palliasjon. På norsk finnes det ingen fullgod oversettelse av “care”. Ordet omfatter både behandling, pleie og omsorg (Kaasa og Loge, 2016b). Vi velger derfor i vår oppgave og bruke ordet palliativ behandling.

En sykepleier skal ha respekt for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd. For å kunne gi pasienten en god og verdig død, er det viktig at disse verdiene tas hensyn til (Thoresen og Dahl, 2016). Gjennom god kommunikasjon kan man legge til rette for dette (Hole, 2016). Å ha respekt for pasientens liv innebærer blant annet at sykepleieren skal beskytte og ivareta livet til pasienten, til det fra naturens side er avsluttet. Sykepleierne kan derfor ikke iverksette medikamentelle tiltak som kan fremskynde menneskets død, og heller ikke hjelpe pasienter som ønsker å avslutte livet selv. Dette er ulovlig i Norge og står i strid med de etiske reglene for sykepleierne (Lillemoen, 2016).

Palliativ behandling er en aktiv behandling, pleie og omsorg til pasienter som har uhelbredelig sykdom. I motsetning til kurativ behandling der målet er å kurere pasienten, skal palliativ behandling lindre pasientens plager som smerter, kvalme, psykiske, sosiale og åndelige problemer. Den palliative behandlingen hverken fremskynder eller forlenger dødsprosessen (Norsk palliativ forening og Norsk forening for palliativ medisin, 2016). Palliativ behandling skal tilbys ut fra hvilke behov

pasienten har, og ikke med bakgrunn i diagnose eller prognose. Overgangen mellom behandling og det å avslutte eller ikke starte livsforlengende behandling er vanskelig. Det er viktig å kunne identifisere palliative pasienter og kunne se på de kliniske faktorene som kan tyde på at tilstanden er forverret (Huurnink, 2015). Palliativ fase kan være ulik for hver enkelt person. Prosessen starter når det erkjennes at sykdommen man har er uhelbredelig. I tidlig fase av sykdommen kan pasienten være alt fra arbeidsfør, til hjelpetrengende i ulik grad (Roaldset og Aass, 2021).

Et menneske som er døende, eller som har fått beskjed om at kurativ behandling ikke er en mulighet, kan være preget av spørsmål knyttet til meningen med livet, tap av identitet og selvbilde og tap av relasjoner og fremtid. Mange pasienter prøver å holde døden på avstand og leve mest mulig normalt. Dette er en mestringsstrategi som gjør at pasienten slipper å tenke på det som skal skje (Thoresen og Dahl, 2016).

2.4.1 Tverrfaglig team

Ved palliativ behandling vil pasienter ofte trenge innsats fra flere ulike faggrupper, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Målet med den palliative behandlingen er å ivareta pasienten og vedkommende sin livskvalitet i best mulig grad (Haugen og Aass, 2016). Det felles målet og organiseringen av det tverrfaglige teamet blir derfor sentralt. Dette gjør at det tverrfaglige teamet får en spesiell plass og oppgave i den palliative behandlingen. Teamets oppgave er å lage en plan for pasienten i alle faser av den palliative behandling (Kaasa og Loge, 2016b). I følge (Holter, 2016) er sykepleierne verdifulle samarbeidspartnere i det tverrfaglige samarbeidet, fordi de har kompetanse til å vurdere hvilken type helsehjelp pasienten trenger for å kunne dekke sine grunnleggende behov. På denne måten bidrar sykepleieren til å oppnå best mulig resultat for pasienten.

2.5 Avgrensning

Vi har valgt å ta utgangspunkt i palliativ behandling i institusjon, hovedsakelig sykehjem. Det er fokusert på sykepleieperspektivet og dilemmaene som kan oppstå for sykepleierne vedrørende pasientens autonomi.

Når en pasient mottar palliativ behandling, kan mange pårørende oppleve å være i vanskelige situasjoner. Vi anerkjenner påkjenningen det er å være pårørende til pasienter som mottar palliativ behandling, men velger i denne oppgaven å ha fokus på sykepleieperspektivet.

2.6 Studiens hensikt og problemstilling:

Studiens hensikt er å se på etiske dilemmaer som sykepleieren kan møte ved palliativ behandling. Fokuset vil ligge på hvordan sykepleierens erfaringer, holdninger, kompetanse og tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper, kan påvirke etiske dilemmaer. Hensikten er også å se på etiske dilemmaer rundt pasientens autonomi. Selv om vi har ekskludert pårørende perspektivet fra oppgaven, ønsker vi å forklare situasjoner som pårørende kan skape i møte med sykepleier.

Problemstillingen blir derfor:

«Hvilke etiske dilemmaer kan sykepleieren oppleve i møte med pasient ved palliativ behandling?»

3.0 Metode

Under metode vil de vitenskapelige artiklene vi har valgt presenteres, samt at det vil bli en gjennomgang av datainnsamling og analyser. Bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie hvor vi bruker forskningsbasert kunnskap (Bogsti, 2021).

3.1 Litteraturstudie som metode

Gjennom å systematisk samle informasjon og kunnskap, og sette dette i system, vil vi søke svar på vår problemstilling (Thidemann, 2019). En litteraturstudie går ut på å skaffe kunnskap fra skriftlige kilder. For å kunne systematisere innebærer det å samle inn litteratur, kritisk gjennomgå litteraturen og til slutt sammenfatte det hele (Magnus og Bakketeig, sitert i Thidemann, 2019). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse og oppdatert kunnskap på området som problemstillingen etterspør, og deretter beskrive fremgangsmåten på hvordan man har funnet denne kunnskapen (Thidemann, 2019).

I en litteraturstudie er det viktig at problemstillingen er avgrenset og presis, studiens hensikt er tydelig beskrevet, søkestrategi og historikk er godt beskrevet, samt en presentasjon av de valgte artiklene. Det er viktig at kildene som er brukt er relevante, slik at det kan gi en konklusjon på den valgte problemstillingen (Thidemann, 2019).

3.2 Metode for innhenting av litteratur

Ved søk etter artikler benyttet vi to databaser: Ovid Medline og CINAHL.

En del av databasene har egne emneord-systemer som er standardiserte. Eksempel er MeSH (Medical Subject Headings), som brukes blant annet i Ovid Medline. I databasen CINAHL, kalles emneordene CINAHL subject headings, som bygger dels på MeSH. CINAHL subject headings er bedre utbygd for sykepleiefaglige emner (Thidemann, 2019). På grunn av dette måtte vi gjøre en endring på søkeordene “ethics, nursing or ethical dilemma” i Ovid Medline, til et lignende søkeord “decision making, ethical” i CINAHL. Dette gjorde vi for å få artikler som var relevante for vår oppgave.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier, avgrenses mengden litteratur og litteratursøket blir tydeliggjort. Inklusjonskriterier skal inkluderes i søket etter artikler, for eksempel publiserings år, alder og kjønn. Eksklusjonskriterier går ut på å avgrense antall treff på artikler, for eksempel at publikasjoner ikke skal være eldre enn et gitt år, kjønn og alder (Thidemann, 2019).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleierens perspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv
IMRaD-struktur	Ikke IMRAD-struktur
Kan relateres til norske forhold	Ikke overførbare til norske forhold
Fagfellevurdert (peer-review)	Review artikler
Ikke eldre enn 15 år	

3.4 Søkeprosessen

Søkeprosessen varte fra 13. desember 2021 til 24. mars 2022.

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff Ovid Medline	Antall treff Cinahl
1. Palliative care		58865	39856
2. Ethics, nursing or Ethical Dilemma (MEDLINE)		11639	
2. Decision making, ethical (CINAHL)			7662
3. Nurses		94143	243850
4. AND	1 and 2	165	410
5. AND	3 and 4	22	18
Antall utvalgte artikler		3	2

3.5 Kvantitativ og kvalitativ metode

Artiklene vi har valgt har både kvantitative og kvalitative metoder.

En kvantitativ metode tar utgangspunkt i å spørre en stor populasjon om de samme konkrete spørsmålene. På denne måten får man vist en trend (Jacobsen, 2015).

Gjennom å sette opp en spørreundersøkelse som besvares av mange enheter, kan man enkelt sammenligne og sette opp statistikk (Thidemann, 2019).

En kvalitativ metode tar utgangspunkt i et åpent intervju. Intervjuene er ofte omfattende og går mer i dybden, slik at man har en mye mindre populasjon sammenlignet med kvantitativ metode. Resultatene man sitter igjen med egner seg

dårlig til statistikk, men kan gi dybdekunnskap. Man ønsker å tilegne seg kunnskap om menneskelige egenskaper og få frem nyanser (Thidemann, 2019).

Kvantitativ og kvalitativ metode hjelper på hver sin måte å få en forståelse for det samfunnet vi lever i, og hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner samhandler (Dalland, 2018).

3.6 Utvelgelsesprosess og kildekritikk

Forskningsartiklene ble først valgt ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er nevnt ovenfor. Artiklene måtte inneholde grundige kapitler rundt metode og resultat, og de skulle være fagfellevurdert. Videre ble det sjekket at artiklene hadde IMRaD-struktur. Det var viktig for oss at artiklene inneholdt informasjon som kunne relateres til norske forhold og våre erfaringer med palliativ behandling. Vi leste sammendragene på 22 artikler fra Ovid Medline og 18 fra CINAHL. Etter gjennomgang av sammendragene satt vi igjen med 5 artikler som var relevant for vår problemstilling. Artiklene er presentert i en tabell for å gi leser en kort oversikt over innholdet. Dette er vist i resultatkapittelet.

Enes og de Vries (2004) sin artikkel havnet utenfor et av inklusjonskriteriene da den var fra 2004. Det er heller ikke mulig å finne ut om artikkelen er forskningsetisk godkjent, og dette anser vi som en svakhet. Vi anser likevel at den er relevant for vår oppgave, på grunn av forskernes fokus på temaer vi ønsker å drøfte. Artiklene skrevet av Muldrew *et al.* (2020) og Bosshardt *et al.* (2018) var ikke tilgjengelig i fulltekst. Disse fikk vi tilsendt av biblioteket hos NTNU Gjøvik.

I tillegg til forskningsartiklene er det benyttet kilder i form av pensumlitteratur, bøker og nettsider. Siden artiklene er skrevet på engelsk kan det være forskjellige tolkninger blant leserne. Dette på grunn av at det kan oppstå forskjellige nyanser ved oversetting.

3.7 Analyse

Når man analyserer en tekst gransker man hva teksten forteller, mens man tolker teksten for å forstå den (Thidemann, 2019). Ved gjennomgang av forskningsartiklene var vi kritiske for å kunne granske teksten best mulig. Vi leste teksten både i sin helhet, og i deler, for å få tak i detaljene og få en god forståelse av innholdet. I en analyse ser man først og fremst etter sentrale temaer, altså hovedtemaene. Det er viktig å ha både problemstilling og hensikt foran seg. Ved å analysere deler man opp, identifiserer og sammenligner likheter, forskjeller og sammenhenger (Thidemann, 2019).

Aveyard (2019) sin tematiske analysemodell, hjelper å summere opp litteratur for de med liten erfaring innenfor området. Denne analysemodellen har flere trinn. Vi valgte å følge noen av disse. Det første trinnet går ut på å identifisere temaer. Vi gikk direkte til resultatdelen på artiklene for å finne temaer som kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen. Ved å gjøre dette på de 5 vitenskapelige artiklene oppdaget vi flere temaer og kunne begynne å vurdere hvordan disse passet sammen. Når temaene er gransket og kategorisert, skal man granske likheter og ulikheter. Her var det viktig å tenke på hvilken informasjon som kunne hjelpe oss med drøftingen og etter hvert gi et svar på problemstillingen. Ved å følge denne metoden har man til slutt flere overskrifter som dekker meningsinnholdet i hvert av temaene, og som skal hjelpe oss til å få svar på problemstillingen (Thidemann, 2019).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artikler

Ethical issues in nursing home palliative care: a cross-national survey (Muldrew et al., 2020). Tidsskrift: BMJ Supportive & Palliative care.	
Hensikt	Hensikten var å sammenligne hvilke etiske dilemmaer sykepleierne på sykehjem i Storbritannia og Canada opplever.
Metode	Kvantitativ tverrsnittstudie. De valgte å fokusere på 26 tema, som igjen var delt inn i to undergrupper som var frekvens eller hyppighet og stress.
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av universitetets etiske komite. Lederne for de ulike sykehjemmene har samtykket til spørreundersøkelsen.
Resultat	<p>Fire av de fem temaene med høyest gjennomsnittsscore på hyppighet er like både i Storbritannia og Canada. Disse temaene var ernæring og hydrering, valg som tas på vegne av pasienten, belastning innad i familien, dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og generelt dårlig tid.</p> <p>Det som forårsaket mest stress i begge land var manglende tid, som igjen reduserte kvaliteten på behandlingen som gis. Dette var etterfulgt av faglig inkompetanse, mangel på tid, uenigheter i familien og stress generelt.</p> <p>Det var statistisk en signifikant forskjell i hyppigheten av opplevelsen av etiske utfordringer, hvor Canada oppgir en større andel enn Storbritannia. Samtidig er det ingen signifikant forskjell i opplevelsen av stress som bygges opp av hvert enkelt tema.</p> <p>Videre ønsket forskerne å fokusere på seks potensielle etiske utfordringer; pleie som utøves med dårlig tid, manglende kompetanse, å ivareta pasientens autonomi, iverksette livsforlengende behandling, kvaliteten på pleien, og konflikter som oppstår grunnet dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell.</p>

Palliative care consultation policy change and its effect on nurses' moral distress in an academic medical center (Bosshardt *et al.*, 2018). Tidsskrift: Journal of Hospice & Palliative nursing.

Hensikt	I denne studien ville forskerne undersøke forholdet mellom sykepleierne som utøver palliativ behandling uavhengig av leger og deres etiske dilemmaer.
Metode	<p>Kvalitativ og kvantitativ metode.</p> <p>All kvalitativ data ble gjennomgått av to uavhengige personer. Resultatene mellom de to ble sammenlignet og ble bedømt av en uavhengig kvalitativ forsker.</p> <p>Det var 2000 sykepleiere som ble spurt på et sykehus i USA. Det er ukjent om det er de samme sykepleierne som svarte på del 1 og del 2 på grunn av anonymitet.</p>
Forskningsetisk vurdering	Studien ble godkjent av vurderingsnemnden hos det aktuelle sykehuset.
Resultat	<p>Resultatet av scoringen ved å bruke likert-skala for frekvens og nivå av forstyrrelser ble det funnet ulike hendelser i ulike grader som dårlig samarbeid, gitt falsk håp til pasient eller familie og ytelse av mindre omsorg.</p> <p>Artikkelen kom frem til fire hovedtemaer fra kvalitativ tematikk analyse av sykepleierne. Temaene er utilstrekkelig bemanning, kommunikasjon, etiske dilemmaer og mangel på utdanning.</p> <p>Situasjoner som forårsaket etisk stress var når sykepleierne følte seg hindret i å snakke fritt til pasienten og pårørende om prognose, palliativ behandling, etikk konsultasjon, forventning av behandling og generell plan for pleie.</p>

Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation (Rietjens *et al.*, 2007). Tidsskrift: Palliative medicine.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å studere og utforske sykepleierens erfaringer og holdninger ved palliativ behandling.
Metode	Kvalitativ metode. I denne studien ble 16 sykepleiere, ved to enheter, intervjuet. Ved intervjuene ble det samlet data om de mest spesielle tilfellene sykepleierne har opplevd ved palliativ behandling. Spørsmålene som ble brukt i studiet ble først testet ut på sykepleiere som var uavhengige av studien, slik at formuleringen av spørsmålene skulle bli korrekte.
Forskningsetisk vurdering	Studien ble godkjent av vurderings nemndene ved de aktuelle universitetene og sykehuset.
Resultat	<p>Det var forskjellig syn på utøvelsen av palliativ behandling. Flere sykepleiere opplevde etiske og emosjonelle kamper de måtte stå i, og at dette fort ble en stor belastning. Noen mente at palliativ sedasjon fremskyndet døden, mens andre mente at det ikke gjorde det. Dette ble rettfærdiggjort ved at pasienten ikke følte ubehag eller hadde smerter.</p> <p>Palliativ behandling blir ofte gitt under vanskelige omstendigheter, der sykepleieren må stå i vanskelige situasjoner alene. Studiens konklusjon er at det bør gjøres en forbedring med ytterligere opplæring og utdanning innenfor medisinske og etiske aspekter, og at det bør være tilbud om emosjonell støtte for alle involverte parter.</p>

A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people (Enes og de Vries, 2004). Tidsskrift: Nursing ethics.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske de etiske dilemmaene som sykepleierne opplevde ved eldre sine omsorgsmiljøer i Storbritannia.
Metode	Kvantitativ og kvalitativ metode. 135 sykepleiere ved 13 institusjoner ble plukket ut til å delta i studien. Forskere besøkte sykehjemsavdelingene for å introdusere sykepleierne for studien. Det ble levert et spørreskjema til hver sykepleier slik at spørsmålene skulle bli besvart anonymt. Spørreskjemaene var semistrukturerte og inneholdt både lukkede og åpne spørsmål om sykepleiernes arbeid med palliative pasienter.
Forskningsetisk vurdering	På grunn av artikkelens alder var det ikke mulig å finne ut om artikkelen hadde forskningsetisk vurdering.
Resultat	<p>Sykepleierne rapporterte om etiske dilemmaer som behandlings spørsmål ved bruk av palliativ behandling, og dilemmaet med å balansere familiens og pasientens ønske. Det ble også rapportert at noe helsepersonell ikke alltid fortalte den hele sannheten til pasienten.</p> <p>De åpne spørsmålene i studien ga sykepleierne muligheten til å beskrive de etiske utfordringene akkurat slik de opplevde dem. Det ble belyst at pasientene ikke alltid fikk en god død, og at i noen tilfeller døde pasienten alene.</p> <p>Denne studien tar opp interessante temaer om sykepleie av den eldre, som kulturelle forskjeller, kommunikasjonsproblemer, dårlig livskvalitet og forberedelse på døden. Noen sykepleiere mente også at det ikke var noe etiske dilemmaer, og noen understreket at de etiske dilemmaene ga mulighet for refleksjon.</p>

Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: A qualitative interview study with team members on stroke units in Sweden (Eriksson *et al.*, 2014). Tidsskrift: Journal of neuroscience nursing

Hensikt	Studiens hensikt var å studere de etiske dilemmaene, samt de ulike tilnærmingene helsepersonell hadde i møte ved palliativ behandling.
Metode	Kvalitativ metode. I studien deltok tre sykehus. Et universitetssykehus og to generelle sykehus som utelukkende tok seg av slagpasienter. Alle utenom legene gikk gjennom gruppeintervju, individuelt intervju og spørreskjema. Intervjuene ble pilottestet på to fokusgrupper før undersøkelsen startet.
Forskningsetisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av den regionale etiske vurderingsrådet, og fulgte de etiske retningslinjene gitt i Helsinki-erklæringen.
Resultat	I undersøkelsen kommer det frem flere etiske dilemmaer som helsepersonellet møter i jobben med palliativ behandling. Det var blant annet utfordringer med å holde seg til en beslutning om palliativ behandling, dersom ikke alle var enige i beslutningen. Utfordring med å overbehandle eller beslutte feil avgjørelse om en pasient trengte palliativ behandling, var tilstede. Dette på grunn av mangel på retningslinjer eller holdepunkter for når man var i palliativ fase. Godt samarbeid på tvers av yrkesgrupper og med pårørende og eller pasient, var essensielt for å utføre en god palliativ behandling. Utarbeiding av en individuell palliativ plan til pasienten i samarbeid med pårørende, var også noe som gjorde at helsepersonell unngikk å stå i etiske dilemmaer.

4.2 Sammenfatning av resultat

Ved gjennomgåelse av artiklene dukket det opp temaer som var relevante for vår problemstilling. Temaene gjenspeilet seg i de forskjellige artiklene, og vi ønsker å presentere følgende temaer: kommunikasjon, holdninger og erfaringer, etiske dilemmaer og pasientens autonomi.

4.2.1 Kommunikasjon

Ved studien skrevet av Rietjens *et al.* (2007) kommer det frem at palliativ behandling ofte blir gitt under vanskelige omstendigheter, der pasienten nærmer seg døden, det er sørgende familiemedlemmer og begrensede eller ingen terapeutisk støtte.

Sykepleier kan oppleve både etiske og emosjonelle kamper, og det kan fort bli en stor belastning for dem. En slik situasjon viser viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid under en slik behandling, slik at alle parter blir like godt ivaretatt. I studien av Bosshardt *et al.* (2018) vises det at åpenheten ved kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger til pasienter og pårørende er manglende. Sykepleierne rapporterte at de synes at legene ga falskt håp til pasienter og deres pårørende. Legene var ikke åpne om fordeler og byrder ved behandlingsplaner. Legene er uenige om prognosen til pasienten og gir falskt håp til pasienten og pårørende. Videre finner Bosshardt *et al.* (2018) at når pasienten fortsatt blir behandlet for sykdommen med dårlig prognose, reduseres livskvaliteten ytterligere uten at legene informerer om hva behandlingen vil gjøre med dem. Sykepleierne opplevde deres etiske miljø som mer negativt og var mindre fornøyd med behandlingen som ble gitt i enheten sammenlignet med leger. Helsepersonellet kan ikke diskutere pasientens tilstand og mening om å fortsette behandling eller palliativ behandling. Sykepleiere må vente på legeteamet for diskusjon av alternativene til pasienten. Dette kan ha en ventetid og det forårsaker dager og uker med unødvendig smerte og ubehag for pasienten.

I artikkelen skrevet av Muldrew *et al.* (2020) er dårlig kommunikasjon det etiske dilemmaet som opptrer hyppigst. Dårlig kommunikasjon medfører redusert kvalitet på pasientbehandlingen. Dette er beskrevet som det mest stressende etiske dilemmaet i både Storbritannia og Canada. Også artikkelen skrevet av Eriksson *et al.* (2014) nevner at et underliggende problem rundt etiske dilemmaer var

kommunikasjonsproblemer. Diskusjoner mellom personalet og på tvers av yrkesgrupper var ikke alltid tilstede. Dette resulterte i at personalet hadde problemer med å stå inne for beslutningene som ble tatt rundt pasientens behandling. Ofte kunne det være uenighet i beslutningen om slagpasientene skulle behandles palliativt eller starte rehabilitering. Det hadde til dels med at det var varierende hvilke leger som var på vakt hver uke.

Konflikter og uenigheter innad i familiene til pasientene er også en utfordring for sykepleierne. Det påvirker avgjørelser overfor pasientene og som gjør det utfordrende å formidle godt nok de ulike alternativene for livsforlengende behandling overfor pårørende. Kommunikasjon er utfordrende både innad blant sykepleierne, men også mot pasienter og pårørende. Dette forsterkes ytterligere på grunn av for lite opplæring, kompetanse og kunnskap rundt temaet (Muldrew *et al.*, 2020).

4.2.2 Holdninger og erfaringer

I artikkelen skrevet av Rietjens *et al.* (2007) er studien i hovedsak basert på holdningene og erfaringene til sykepleierne som utøver palliativ behandling. Sykepleierne er ofte involvert i den palliative behandlingen, da det er de som tar seg av pasienten, gir medisiner og bistår pasienten med å opprettholde sine grunnleggende behov. Derfor har også sykepleierne ofte opparbeidet seg ulike holdninger til palliativ behandling. Studien tar utgangspunkt i situasjoner som sykepleierne føler er spesielle, som gjorde inntrykk og som de husker.

Ved studien til (Rietjens *et al.*, 2007) ble det rapportert om ulike tilfeller der palliativ sedasjon ble brukt. Den palliative behandling ble satt i gang ved fysiske lidelser, ikke-fysiske lidelser, pasientens eget ønske og familiens følelser om pasientens lidelse. Det var forskjellige synspunkt om start av behandling ved disse tilfellene, og de fleste sykepleiere synes det var vanskelig å arbeide med pasienter som mottok palliativ behandling ved ikke-fysiske lidelser. Dette var fordi de følte at denne type lidelse var utenfor deres ekspertise. Et annet vanskelig tema var om bruken av den palliative sedasjonen var livsforkortende for pasienten. Det kom frem ulike perspektiver på dette temaet. Det første var at den palliative behandlingen ikke fremskyndte dødsprosessen, den andre var at den kunne fremskynde døden, og den tredje var at på grunn av symptomene til pasienten ble dette rettfærdiggjort fordi det lindret smerten og ubehaget (Rietjens *et al.*, 2007).

Leger og sykepleiere som deltok i undersøkelsen som ble brukt i artikkelen skrevet av Eriksson *et al.* (2014) nevnte også utfordringer ved holdninger til personalet ved palliativ behandling. Blant annet kunne kollegaer fra andre kulturer ha andre syn på betydningen av palliasjon. Deltakerne i studien sin erfaring var at utenlandske kollegaer hevdet at palliativ behandling var en aktiv hjelp til å dø, mens deres plikt som leger var å holde pasienten i live. Man så også i studien til Eriksson *et al.* (2014) at det var utfordringer rundt hvordan personalet erfarte pasientens tilstand ulikt etter et slag. Sykepleierne og annet helsepersonell kunne hevde at pasienten var i en palliativ fase, og i noen tilfeller ble overbehandlet, mens legen ønsket å gi pasientene en sjanse med rehabilitering for å kunne se om det ble fremgang eller tilbakegang av pasientens status. Det resulterte i at det ikke var ønskelig fra legene å ta beslutning om livets slutt for tidlig, og at det i noen tilfeller endte opp med forsinket oppstart av palliativ behandling. Ulike måter å oppfatte og erfare pasientens tilstand, samt ikke diskutere alternativene man har tverrfaglig, utgjorde vanskeligheter for å ta en beslutning på hva som var best for pasienten. Et eksempel i artikkelen som kommer frem er at legen trosset sykepleierens mening om å ta blodprøver på en alvorlig syk pasient, hvor resultatene ikke kom før etter 14 dager. Bare noen dager etter blodprøvene var tatt, døde pasienten (Eriksson *et al.*, 2014).

4.2.3 Ethiske dilemmaer

I studien av Bosshardt *et al.* (2018) blir det funnet at man starter ikke opp palliativ behandling tidlig nok. Sykepleierne føler seg ikke støttet til å diskutere etikk eller palliativ behandling. Et eksempel i studien er pasienter som ikke mottar riktig behandling på grunn av at ulike leger med forskjellig ansvarsområder forteller de pårørende forskjellige meninger om tilstanden pasienten befinner seg i. Den mest vanlige konflikten blant sykepleierne er når det settes i gang intensivbehandling istedenfor palliativ behandling. Erfaringer fra sykepleiere viser at det trengs mer utdanning blant helsepersonellet som jobber med palliative pasienter.

I studien av Enes og de Vries (2004) beskrev sykepleierne flere etiske problemer de sto overfor i møte med uhelbredelige syke eldre pasienter. Problemene de møtte på knyttet seg til de unike behovene til eldre mennesker. Ved at befolkningen blir eldre og sammensetningen mer multikulturell, har det dukket opp flere etiske dilemmaer i

palliativ behandling. Dette kan være etikken rundt forlengelse av livet, fremskynde døden og kulturell påvirkning.

Et annet etisk dilemma artikkelen belyser gjennom studien er sammensetningen av lite ressurser og lav kunnskap blant helsepersonellet, resulterte i redusert kvalitet i den palliative behandlingen. I lys av problemet rundt ressurser endte noen pasienter opp alene om ikke familien kunne være tilstede. Det var også tilfeller av at smertelindringen ofte var for svak og for sent igangsatt. I tillegg var det problemer med beslutningstaking. De eldre var ofte forvirret eller led av demens. Det gjaldt ikke bare beslutninger om behandling og livskvalitet, men også hvem som skal ta disse avgjørelsene hvis pasienten ikke er i stand til det selv (Enes og de Vries, 2004).

4.2.4 Pasientens autonomi

I studien av Bosshardt *et al.* (2018) kommer det frem at pasient eller pårørende ikke blir informert om at pasienten forventes å ha kort levetid igjen. I slike situasjoner blir det utfordrende for sykepleierne å snakke åpent om situasjonen med pasienten og de pårørende. Legeteamet kunne i noen tilfeller diskutere alternativene pasienten har over en periode på dager og uker. Helsepersonellet fikk ikke mulighet til å diskutere blant annet pasientens mening med legen. I artikkelen skrevet av Rietjens *et al.* (2007) kommer det frem at pasientens autonomi ble mest ivaretatt, da palliativ behandling i noen tilfeller ble startet opp etter pasientens eget ønske.

I Enes og de Vries (2004) sin artikkel forteller sykepleierne at pasientene ikke alltid fikk vite sannheten om diagnosen sin og ble til dels løyet til av legen. Bakgrunnen og hensikten med å lyve var etter en vurdering av pasientens helsetilstand og hvorvidt vedkommende ville forstå hva dette innebar. Det ble begrunnet i at blant annet en pasient med demens ville gå gjennom en sorgprosess flere ganger, noe som kunne bli belastende for både pasient og helsepersonell. Tross legens mening om å ikke fortelle hele sannheten om den dårlige prognosen, mente sykepleierne at pasienten fikk en følelse av kontroll ved å få vite om diagnosen og at kunnskapen kan lindre frykten pasienten eventuelt har. Det er også viktig for pasienten å vite sannheten for å kunne gjøre riktige beslutninger, planer og valg. Kunnskap om sin egen tilstand og prognose gjør at pasienten er i stand til å forstå situasjonen og betydningen. Pasientene har mulighet til å omstille seg og kunne planlegge sin livsstil og

fremtidsplaner. Det ble nevnt av sykepleierne at den menneskelige retten er å vite sannheten og at de måtte respektere pasienten. Sykepleierne hadde ønsket å få vite sannheten hvis de var i en slik situasjon og ville vært informert om tilstanden og diagnosen (Enes og de Vries, 2004).

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleierens funksjon i palliativ behandling

De yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019) viser at sykepleiere skal ivareta pasienten sitt behov for helhetlig omsorg, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Hendelser beskrevet i Eriksson *et al.* (2014) og (Bosshardt *et al.*, 2018) viser derimot at ikke alle pasienter får tilstrekkelig hjelp ved smertelindring, på grunn av for sen oppstart av palliativ behandling. I følge de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019) skal ingen pasienter dø alene. Samtidig skal man bidra til at pasienten får en naturlig og verdig død. Imidlertid finner Enes og de Vries (2004) flere tilfeller av at pasienter må dø alene. Dette på grunn av at de pårørende ikke har mulighet til å være tilstede.

Rietjens *et al.* (2007) poengterer at sykepleierne er sterkt involvert i den palliative behandlingen, og håndterer vanligvis medikamenter og sedasjon. Sykepleierne tilbringer generelt mer tid sammen med pasient og pårørende, enn legene. Dette gjør at sykepleierne har en unik innsikt i, og holdninger til, utøvelsen av palliativ behandling. Eriksson *et al.* (2014) viser også til tilfeller der det hadde blitt igangsatt palliativ behandling, hvor legen hadde revidert beslutningen og satt pasienten på kurativ behandling. Sykepleierne kunne med dette oppleve at pasienten mistet tillit overfor helsepersonellet når fattede beslutninger ble endret. Sykepleierens kompetanse er å identifisere kliniske tegn, som blant annet økt søvnbehov, mobilitet og lite interesse for omgivelsene. Ved å identifisere de kliniske tegnene kan man informere om pasientens prognose til pasienten, pårørende og kolleger (Thoresen og Dahl, 2016). Dette betyr at hvis sykepleier ikke utfører sin plikt til forsvarlig helsehjelp gjennom å ta de faglige, juridiske og etiske vurderingene ved behandlingen, klarer man ikke å ivareta pasientens behov. Når en av disse faktorene ikke er tilstede yter man ikke forsvarlig sykepleie (Liland, Haugen og Gram Dokka, 2019).

Ved palliativ behandling hos pasienter med langtkommen sykdom og svekkelse er det viktig å styrke pasientens integritet og sørge for at livskvaliteten er mest mulig optimal. Man må ivareta pårørende og samarbeide med helsepersonell i et tverrfaglig team. Alle disse faktorene er viktige fokusområder (Gro, 2018).

5.2 Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon ved beslutningstaking

Flere fagpersoner bør ofte bidra i undersøkelser og kartlegging av palliative pasienter på grunn av det komplekse sykdomsbildet. Tverrfaglig team har en spesiell plass i palliativt arbeid (Kaasa og Loge, 2016b). I tverrfaglig team er det viktig med kommunikasjon, respekt og forståelse når man tar seg av den palliative pasienten (Eriksson *et al.*, 2014). En av sykepleierens viktigste oppgaver, er ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) å fremme åpenhet og godt tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten. Ifølge Holter (2016) er sykepleiere verdifulle og attraktive samarbeidspartnere i tverrfaglig samarbeid, fordi de er kvalifisert til å vurdere hvilken type helsehjelp pasienten trenger for å dekke sine grunnleggende behov. Sykepleierens bidrag i samarbeidet bidrar til at man oppnår best mulig resultat for pasienten. Derimot nevner en sykepleier i Bosshardt *et al.* (2018) at de ikke har lov til å diskutere med pasienten om ulike alternativer, om pasientens mening om fortsettelse av livsforlengende behandling eller å begynne palliativ behandling. Det resulterer i lengre perioder hvor de venter på at legen skal diskutere alternativer med pasienten. Dette kan forårsake dager og uker for pasienten med unødvendig smerte og ubehag.

Pasienter har rett til å medvirke når beslutninger skal tas rundt deres behov for helse- og omsorgstjenester. Når evnen til å kunne medvirke reduseres på grunn av sykdom og svekkelse, vil ikke pasienten kunne klare å delta i beslutningsprosessen (Lillemoen, 2016). Helsepersonell vil ifølge Lillemoen (2016) da stå overfor etiske dilemmaer. Utfordringen med å vite hva pasienten ville ønsket og om det er riktig å avslutte behandling, er noen av utfordringene. Derimot gir Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) pårørende mulighet til å medvirke på pasientens vegne, når pasienten ikke selv evner å gjennomføre dette.

Samtidig legger Enes og de Vries (2004) frem at det spesielt ved eldre pasienter, som led av demens, ofte oppstod problemer knyttet til beslutningstaking. Problemet lå ikke rundt behandling og livskvalitet, men forøvrig å bestemme hvem som skulle ta

beslutningene. Det vil si at hvis det ikke var pårørende som kunne medvirke på vegne av pasienten, oppstod det etiske dilemmaer. Hadde derimot pasienten pårørende, ville de være avhengig av veiledning for hvilke alternativer og valg man sto overfor for å ivareta pasientens ønsker og behov. På en annen side synliggjør Enes og de Vries (2004) at sykepleiere trodde de hadde en mindre rolle i beslutningstaking ved palliativ behandling. For at det skal kunne bli en mer effektiv diskusjon rundt etiske spørsmål på tvers av yrkesgruppene, hevder forskerne at sykepleierne må legge mer vekt på å snakke på vegne av pasientene.

Eriksson *et al.* (2014) derimot, får frem at helsepersonellet som deltok i ulike diskusjoner om videre behandling, synes det var lettere å beslutte at man skulle avslutte kurativ behandling og gå over til palliativ behandling hvis pasienten hadde et komplekst sykdomsbilde. Ved yngre pasienter ble beslutningen vanskeligere å ta. Slike faglig etiske dilemmaer som nevnes i Eriksson, går ut på å vurdere hvilket resultat som gir faglig sett best og riktigst resultat (Slettebø, 2020). Når det gjelder etiske dilemmaer kan man benytte seg av for eksempel SME-modellen som et verktøy for å kunne løse dilemmaene (Brinchmann, 2020c). Også Lillemoen (2016) støtter opp under bruk av SME-modellen når etiske dilemmaer skal drøftes. Helsedirektoratet (2021) belyser at to av de vanligste etiske dilemmaene i helsetjenesten, nettopp er pasientautonomi og beslutningskompetanse. Bruk av refleksjonsmodeller gir likevel ikke anbefalinger om hva som er riktig å gjøre i et etisk dilemma. Det er kun et verktøy som bidrar til refleksjon (Helsedirektoratet, 2021).

Under palliativ behandling kan ofte situasjonen endre seg raskt, og ulike komplikasjoner kan inntreffe. Det stilles høye krav både til pleiefaglig og medisinsk kompetanse for å gi god behandling, og det er derfor nødvendig med kompetanse fra flere ulike faggrupper (Haugen og Aass, 2016). Muldrew *et al.* (2020) nevner for det første at dårlig kommunikasjon mellom faggruppene ga redusert kvalitet på omsorgen og ble ansett som et av de mest utfordrende dilemmaene. For det andre resulterte kommunikasjonsproblemer til utfordringer ved beslutninger om den palliative behandlingen. I tillegg opplever helsepersonell mangel på opplæring, tid og tilgang til spesialister innenfor området. Derimot viser Eriksson *et al.* (2014) til en palliativ sjekklister som ble utbedret til helsepersonellet under forskningen (vedlegg 1). I følge helsepersonellet ga sjekklisten god støtte til kommunikasjon mellom

personalet og en lettere måte å utføre palliativ behandling på. Sjekklisten beskriver konkrete tiltak for å håndtere symptomer, kommunikasjon med pasienter og pårørende, og utforming av behandlingsplan.

Utfordringer sykepleierne i Bosshardt *et al.* (2018) nevner går på manglende kunnskap ved palliativ behandling hos de andre yrkesgruppene, spesielt legene. Pleiepersonalet følte seg hindret til å utføre palliativ behandling på pasienten ved livets slutt. Det er derfor viktig med tverrfaglig samarbeid når beslutning om oppstart av palliativ behandling skal skje, og sykepleiere er den som tilbringer mest tid med pasienten. De kan av den grunn være mer oppmerksomme på pasientens og familiens behov og ønsker enn legene kan være. Mangel på tid til å kunne diskutere ulike etiske problemstillinger rundt pasienten med legen rapporterte sykepleiere i Eriksson *et al.* (2014), som en utfordring ved beslutningstaking. Muldrew *et al.* (2020) viser til at verdens helseorganisasjon (WHO) hadde gitt ut en global anbefaling om å tilby helsepersonell opplæring i etisk debatt innen palliativ behandling det året forskningen pågikk. Det vil si at man ved å lære opp personalet til å ta hensyn til pasienten og familiens verdier når beslutninger skal tas, kan det overvinne mange etiske spørsmål.

5.3 Sykepleierens kompetanse, holdninger og erfaring

Når man avslutter livsforlengende behandling, betyr ikke det at god sykepleie avsluttes. Imidlertid vil viktigheten av lindrende behandling og god sykepleie måtte videreføres (Lillemoen, 2016). For å kunne yte faglig forsvarlighet og forsvarlig helsehjelp, må man ha riktig kompetanse (Buberg og Hessevaagbakke, 2013). I følge Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning (2005) og Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) skal man etter endt utdanning ha en helhetlig kompetanse rundt kunnskaper, holdninger og ferdigheter.

I de fleste fylker i Norge, er det etablert ressurspersoner for kreftomsorg og palliasjon. Disse personene er nyttige for å kunne spre kompetanse i palliasjon til alle deler av helse- og omsorgstjenestene, og bidrar til en kontinuitet av tilbudet (Haugen og Aass, 2016). Bosshardt *et al.* (2018) sin forskning viser at noen sykepleiere følte de ikke var kvalifisert til å ta seg av pasienten under palliativ behandling. Nesten én tredjedel av de som svarte på undersøkelsen opplevde at de arbeidet med annet

helsepersonell som de anså til å ikke være kompetente til å ta seg av pasienten (Bosshardt *et al.*, 2018). I halvparten av de rapporterte tilfellene i Rietjens *et al.* (2007) hvor pasientene mottok lindrende behandling ved manglende symptomer, slet sykepleierne med å forholde seg til den palliative behandlingen. Det var pasientene selv som ønsket sedering. Sykepleierne følte det var utenfor deres kompetanse og dette førte til etiske dilemmaer. Med andre ord finner både Bosshardt *et al.* (2018) og Rietjens *et al.* (2007) at flere av sykepleierne ikke føler de har nok kompetanse rundt palliativ behandling. Dette på tross av at de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019) sier at sykepleiere skal kunne erkjenne sine egne grenser for kompetanse, og søke veiledning i vanskelige situasjoner.

Videre legger også Muldrew *et al.* (2020) frem at en del av helsepersonellet har liten kompetanse rundt palliativ behandling. På grunn av mangel på ressurser i avdelingene, dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og utilstrekkelig opplæring og kompetanse, ble kvaliteten på omsorgen til pasienten redusert. Enes og de Vries (2004) viser til at det er godt dokumentert at palliativ behandling hos uhelbredelig syke pasienter på sykehus fungerer, men det er også et behov for at man får en bedre forståelse for området hos de som utøver behandlingen. Dette kan løses gjennom utdanning, støtte mellom personalet og viktige ressurspersoner. De nevner også at kontakten med spesialiserte palliative team kan hjelpe personalet i å bli mer bevisst på symptomhåndtering og være emosjonell støtte. Imidlertid belyser Enes og de Vries (2004) at selv om det er etablert palliative team som personalet kan søke støtte hos, er det sjeldent de gir opplæring og utdanning til andre.

Når det gjelder ledere skal de ha oversikt over hvilken kompetanse og kompetansebehov man har tilgjengelig på arbeidsplassen. Dette for å blant annet kunne ivareta pasientgruppen man har. Ved å utarbeide kompetanse- og opplæringsplaner, som har som mål om å minske kompetansegap, sikrer man at behovet for kompetanse og forsvarlig helsehjelp til pasienten dekkes (Flovik og Rokseth, 2016).

Under utdanning og i sykepleiefaglig praksis ble det tidligere sterkt vektlagt personlige egenskaper og dyder. Evnen til å hjelpe andre, selvdisciplin, tålmodighet og barmhjertighet er noen av dydene. I dag er ikke disse dydene vektlagt på lik måte (Brinchmann, 2020a). På en annen side hevder Brinchmann (2020a) at sykepleie vil

til enhver tid være et møte mellom pleier og pasient, og holdninger og dyder vil være en del av det som vil påvirke sykepleierens yrkesutøvelse.

5.4 Pasientens rett til informasjon

Pasientombudet har i sin årsmelding fra 2018 presentert at 57 prosent av henvendelsene fra pasienter de mottar, dreier seg om misnøye med tjenesten og behandlingen. Blant annet nevnes manglende omsorg, kommunikasjon og informasjon, og ikke minst manglende brukermedvirkning. Det er tilfeller av at pasienter ikke føler seg sett eller hørt av helsepersonellet (Liland, Haugen og Gram Dokka, 2019). På en annen side er Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) klar på at pasienten har rett til å kunne medvirke ved valg av tjenestens former, undersøkelses- og behandlingsmetoder som er tilgjengelige og forsvarlige. Videre har pasienten rett på å få tilpasset medvirkning ut i fra evnen man har til å kunne gi og motta informasjon.

Det var noen etiske uenigheter blant sykepleierne i Enes og de Vries (2004) rundt autonomi og retten til å få informasjon. Flertallet av sykepleiere mente pasienten får beskjed om sin prognose ved palliativ behandling. På en annen side mente en femtedel av sykepleierne at slik informasjon kun ble gitt pårørende. Samtidig mente 32 % av sykepleierne at det kunne være etisk riktig å orientere familien om prognosen, men la være å informere pasienten. Begrunnelsen lå i at sykepleierne mente pasienten selv visste når de var døende, selv om de ikke fikk direkte beskjed om det. Mens hos Rietjens *et al.* (2007) lå pasientmedvirkning sterkt i noen tilfeller. Noen av sykepleierne nevner at i tillegg til å lindre fysiske symptomer, var hovedårsaken til sedering pasientens eget ønske.

Etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å bli informert om sin helsesituasjon og hvilken helsehjelp som kan være aktuell. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019) sier videre at man skal delta aktivt i prosessen om en beslutning om livsforlengende behandling, og sørge for at pasientens stemme blir hørt. Samtidig skal man også fremme pasientens mulighet til å ta selvstendig valg, ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Det er imidlertid viktig å forsikre seg om at informasjonen er forstått.

På lik linje som loven og de yrkesetiske retningslinjene skal de fire etiske

prinsippene, hvor blant annet autonomi er en av de fire, ivareta pasienten (Brinchmann, 2020b).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir imidlertid pasienten rett til å ikke bli informert om prognose, gitt at pasienten uttrykker dette selv. Man har en plikt til å respektere beslutninger en autonom person tar (Brinchmann, 2020b). Enes og de Vries (2004) viser at pasientens alder kan ha en betydning hvorvidt sykepleierne havner i etiske dilemmaer. Sykepleierne ønsker i hovedsak å informere pasienten, men i enkelte situasjoner kan det være mot sin hensikt. Dette kan for eksempel være kognitivt svekkede pasienter. Sykepleierne var i tvil om pasienten ville forstå eller huske informasjonen som var gitt. Artikkelen viser videre til flere forskningsartikler som bekrefter det samme.

5.5 Bacheloroppgavens resultater og implikasjoner for praksis

En litteraturstudie sammenfatter kunnskap i allerede eksisterende litteratur.

Både Rietjens *et al.* (2007) og Bosshardt *et al.* (2018) anbefaler at det må gjennomføres mer forskning rundt de etiske dilemmaer sykepleierne står ovenfor. Eriksson, *et al.*, viser til at det er viktig å kommunisere ut fra samme utgangspunkt, slik at kommunikasjonen ikke gir sykepleierne flere etiske dilemmaer. Bosshardt *et al.* (2018) konkluderer med at det må være miljø for at man kan ta opp etiske dilemmaer. Om det ikke er et slikt miljø vil det kunne gå utover arbeidsmiljøet, som på sikt kan føre til økt fravær og sykmeldinger, og i verste fall kan gå utover pasientsikkerheten.

Under praksis har det vært flere avtalte refleksjonsmøter. Her har vi kunnet dele vanskelige etiske dilemmaer, og har benyttet oss av SME-modellen. Gjennom å bruke SME-modellen har vi enklere klart å håndtere vanskelige situasjoner, og lært av disse. Ved at utdanningsinstitusjonene fortsetter å ha fokus på refleksjonsmøter, har de en gylden mulighet til å bidra til å øke kunnskapen rundt etiske dilemmaer til de fremtidige sykepleierne.

Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi erfart at det er store lokale forskjeller på om man aktivt reflekterer over etiske dilemmaer. Vi mener at funn i denne litteraturstudien belyser at man må fortsette å sette fokus på de etiske dilemmaene

sykepleierne kan oppleve ved palliativ behandling. Artikkene belyser at mange sykepleiere ikke føler seg kompetente til å stå i slike situasjoner. Gjennom å iverksette tiltak som øker den etiske kompetansen til sykepleierne som jobber med palliative behandling, kan man på sikt bidra til å minske de etiske dilemmaene. Eksempel på tiltak kan være at noen har ansvar for å avholde og lede etiske refleksjoner. Det krever imidlertid tid. Tid som sykepleierne mange steder ikke har. Ledelsen har derfor et overordnet ansvar for å rette fokus mot refleksjon rundt de etiske dilemmaene.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å se på hvilke etiske dilemmaer sykepleieren kan møte ved palliativ behandling.

Hver dag oppstår det etiske dilemmaer som sykepleieren må stå i og håndtere. For at sykepleieren skal kunne håndtere situasjonen på en god måte er det viktig med riktig kompetanse rundt området. Noen sykepleiere følte seg ikke egnet til å utføre oppgaver rundt den palliative behandling. Det er likevel sykepleierens ansvar å søke veiledning og hele tiden tilegne seg ny kunnskap for å opprettholde god kompetanse.

Både i litteraturen og i artikkene dukker det opp ulike temaer og faktorer som kan skape etiske dilemmaer for sykepleierne, i møte med palliativ behandling. Kommunikasjonsproblemer, dårlig samarbeid på tvers av yrkesgruppene og utilstrekkelig kompetanse er noen av disse faktorene. Artikkene tar for seg hva sykepleierne føler og tenker, og hvilke holdninger de har til arbeidsoppgavene. For å hindre at etiske dilemmaer oppstår, belyses det at det er viktig å kommunisere og arbeide ut ifra samme utgangspunkt, slik at det ikke oppstår misforståelser eller uenigheter rundt behandlingen. Det er også viktig å kunne ta opp og reflektere rundt problemet i plenum, hvor tanker og erfaringer blir delt. Dette er viktig for å kunne skape et godt arbeidsmiljø. Her kan det være et alternativ å bruke SME-modellen som et hjelpemiddel for å løse de etiske dilemmaene.

Under palliativ behandling må man ta hensyn til pasients autonomi. Dette er også nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven. Etter funn fra forskningsartikkene, vises det at noen etiske dilemmaer kan unngås hvis pasienten sin autonomi blir ivaretatt under den palliative behandlingen. Sykepleierne må hele tiden ta hensyn til pasientens

ønsker og behov, og alltid sørge for at riktig informasjon blir gitt. Videre vises det at ved godt tverrfaglig samarbeid klarer man å unngå mange etiske dilemmaer ved palliativ behandling. Når flere yrkesgrupper samarbeider for å nå et felles mål, blir pasientens livskvalitet ivaretatt i best mulig grad. Dette blir underbygget av både forskningsartiklene og litteraturen.

Vi mener at denne litteraturstudien belyser viktigheten av at sykepleierne fortsatt har, og viderefører, fokuset rundt etiske dilemmaer som sykepleierne kan stå i ved palliativ behandling. En løsning kan være at man setter av tid til etiske refleksjoner, og at man på denne måten bidrar til å øke kompetansen. Forskningsartiklene vi har tatt utgangspunkt i påpeker at det bør gjennomføres mer forskning i forhold til etiske dilemmaer sykepleierne kan stå i ved palliativ behandling.

Litteraturliste

- Aveyard, H. (2019) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* 4.utgave. Maidenhead: Open University Press.
- Bogsti, W. B. (2021) *SPL3903 BACHELOROPPGAVEN I SYKEPLEIE*. NTNU Gjøvik.
- Bosshardt, M. H. et al. (2018) Palliative Care Consultation Policy Change and Its Effect on Nurses' Moral Distress in an Academic Medical Center, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. doi: 10.1097/NJH.0000000000000456.
- Brinchmann, B. S. (2020a) Dydsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 131-146.
- Brinchmann, B. S. (2020b) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 79-96.
- Brinchmann, B. S. (2020c) Kliniske etikk-komiteer, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 223-240.
- Buberg, L. I. og Hessevaagbakke, E. (2013) *Røde tråder i praktiske studier - et pedagogisk verktøy for sykepleierstudenter og deres veiledere*. 1.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Dalland, O. (2018) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal
- Enes, S. P. D. og de Vries, K. (2004) A Survey of Ethical Issues Experienced by Nurses Caring for Terminally Ill Elderly People, *Nurs Ethics*, 11(2), s. 150-164. doi: 10.1191/0969733004ne680oa.
- Eriksson, H. et al. (2014) Ethical Dilemmas Around the Dying Patient With Stroke: A Qualitative Interview Study With Team Members on Stroke Units in Sweden, *J Neurosci Nurs*, 46(3), s. 162-170. doi: 10.1097/JNN.0000000000000049.
- Flovik, A. M. og Rokseth, T. (2016) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 271-296.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (Hentet: 25.april 2022).
- Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning (2005) *Forskrift til sammeplan for sykepleierutdanning*, . Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128> (Hentet: 5.april 2022).

- Grov, E. K. (2018) Pleie og omsorg ved livets slutt, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 522-537.
- Haugen, D. F. og Aass, N. (2016) Organisering av palliative tilbud, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 112-125.
- Heggstad, A. K. T. (2021) Sykepleiere må sette ord på etiske problemer, *Sykepleien.no*. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86311>.
- Helsedirektoratet (2015) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*. (Helsedirektoratet IS-2278). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf (Hentet: 2.mai 2022).
- Helsedirektoratet (2021) *Håndtering av etiske utfordringer i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/kurs-og-opplaering/veiledning-til-ledere-og-opplaeringsansvarlige/handtering-av-etiske-utfordringer-i-helsetjenesten> (Hentet: 23.april 2022).
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (Hentet: 15.mai 2022).
- Henriksen, J. O. og Vetlesen, A. J. (2008) *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hjemås, G. et al. (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. (SSB-rapport 2019/11). Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?ts=16c855ce368 (Hentet: 3.mai 2022).
- Hole, T. (2016) Palliativ behandling ved hjartesykdom, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 690-760.
- Holter, I. M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 107-155.
- Huurnink, A. (2015) *Lindrende behandling hos eldre - etiske betraktninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-hedmark/dokument-fmhe/04-helse-og-omsorg/omsorgstjenester/hamar-eldremedisin-palliasjon-etikk-040615.pdf> (Hentet: 9.mars 2022).
- Jacobsen, D. I. (2015) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 3.utg. Kristiansand: Høyeskoleforlaget.

- Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016a) Den palliative konsultasjonen - med fokus på kreftpasienter, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 190-201.
- Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016b) Palliativ medisin, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 34-50.
- Liland, B., Haugen, K. og Gram Dokka, L. (2019) *Finnes det en etisk risikosone for sykepleiere?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/09/finnes-det-en-etisk-risikosone-sykepleiere> (Hentet: 24.februar 2022).
- Lillemoen, L. (2016) Etikk i sykepleien, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 297-338.
- Molven, O. (2016) Pasienters og brukers rettigheter og plikter, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 70-103.
- Muldrew, D. H. L. et al. (2020) Ethical issues in nursing home palliative care: a cross-national survey, *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(3). Tilgjengelig fra: <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/10/3/e29.full.pdf> (Hentet: 3.januar 2022).
- Norsk palliativ forening og Norsk forening for palliativ medisin (2016) *Begreper med tilknytning til PALLIASJON*. Tilgjengelig fra: https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf (Hentet: 11.april 2022).
- Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 24.april 2022).
- Norsk sykepleierforbund (u.å.) *Etiske dilemmaer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/etiske-dilemmaer> (Hentet: 9.februar 2022).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker> (Hentet: 3.mars 2022).
- Rietjens, J. A. C. et al. (2007) Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation, *Palliat Med*, 21(7), s. 643-649. doi: 10.1177/0269216307081186.
- Roaldset, A. H. og Aass, N. (2021) *T 21 Palliativ behandling*. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling (Hentet: 11.april 2022).
- Senter for medisinsk etikk UiO (2021) *SME-modellen*. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/sme-modellen/> (Hentet: 9.mai 2022).
- Slettebø, Å. (2020) Etiske dilemmaer, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 43-54.
- SSB (2022) Døde - tabell 3. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode> (Hentet: 3.mai 2022).

- Thidemann, I.-O. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudener*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. og Dahl, M. (2016) Sykepleie til den døende pasienten, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Gyldendal Akademisk, s. 926-960.
- Wettergreen, J., Ekorndrud, T. og Abrahamsen, D. (2019) *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen> (Hentet: 3.mai 2022).
- WHO (2020) *Palliative care*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Hentet: 3.mai 2022).
- Aadland, E. (1998) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Vedlegg 1

APPENDIX. Checklist: End of Life

Selected parts of the checklist with 17 sections from the Swedish National Guidelines: Palliative Care, 2012–2014 (Freely translated by Helene Eriksson)

1. The physician makes a medical judgment of the patient's condition and makes the decision of palliative care.
2. The physician conducts an informative break point dialog with the patient and his or her next-of-kin. The dialog and the break point judgment are documented in the medical record.
3. The physician stops all of the medical treatments, including intravenous and tube feeding which do not have any symptomatic benefit for the patients in this part of life.
4. The physician prescribes "when needed" medical treatment against wheezing, breathlessness confusion, nausea, pain, and anxiety.
5. The physician formulates a treatment strategy, for example, no CPR and how to manage further examinations and tests (if any should be performed). This strategy is communicated with the healthcare professionals and the next-of-kin.
6. (8) The team stops nursing actions that do not benefit the patient in this part of life, for example, temperature, pulse, and blood pressure measurements.

(http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativv%C3%A5rd2012_kortversion.pdf)

(Eriksson *et al.*, 2014)

