

Live Røstbakken (10037) & Sofie Bugge Norum (10207)

Parenteral ernæring ved livets slutt

"Hvilke etiske utfordringer kan sykepleieren møte i omsorg for eldre palliative kreftpasienter med parenteral ernæring?"

Litteraturbachelor
Antall ord: 7627

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Live Røstbakken (10037) & Sofie Bugge Norum (10207)

Parenteral ernæring ved livets slutt

"Hvilke etiske utfordringer kan sykepleieren møte i omsorg for eldre palliative kreftpasienter med parenteral ernæring?"

Litteraturbachelor

Antall ord: 7627

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Mange eldre dør av kreft i Norge i dag. Hos flere med kreft vil parenteral ernæring kunne bli nødvendig på et tidspunkt. Som sykepleier skal man sørge for at pasienter får dekket sitt ernæringsbehov. Når kroppen er døende vil behovet for ernæring endre seg, dette gjelder også behovet for parenteral ernæring.

Hensikt: Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse etiske utfordringer sykepleiere møter i arbeid med eldre palliative kreftpasienter med parenteral ernæring.

Metode: Systematisk litteraturstudium gjennomført mellom mars 2023 og juni 2023. Studien baserer seg på syv forskningsartikler.

Resultat: Funnene viser at pasienter og pårørende knytter parenteral ernæring til håpet om overlevelse, mens sykepleiere betrakter det som en medisinsk behandling. Sykepleiere opplever parenteral ernæring på et sent stadium som uetisk og meningsløst. Relasjonen mellom pasient og sykepleier anses som avgjørende i diskusjoner om å avslutte behandlingen. Manglende informasjon, mangel på behandlingsplan og at sykepleieres mening ikke blir hørt er også påpekt.

Konklusjon: Sykepleieren møter flere etiske utfordringer i arbeid med parenteral ernæring ved livets slutt. Dette er utfordringer der etiske prinsipper kommer i konflikt med hverandre og viktige sykepleierverdier utfordres. Denne oppgaven vil kunne bidra til refleksjon og bevisstgjøring rundt disse.

Nøkkelord: Sykepleie, parenteral ernæring, palliasjon, kreft, eldre, etikk

Abstract

Background: A large number of aged individuals in Norway die due to cancer. For several cancer patients, parenteral nutrition may become necessary at some point. As a nurse, it is important to ensure that patients have their nutritional needs met. However, as the body approaches the end of life, nutritional requirements change, including the need for parenteral nutrition.

Aim: The purpose of this literature study is to illuminate the ethical challenges that nurses encounter in their work with elderly palliative cancer patients receiving parenteral nutrition.

Method: A systematic literature study conducted between March 2023 and June 2023. This study is based on seven research articles.

Results: The findings indicate that patients and their families associate parenteral nutrition with hopes of survival, while nurses view it as a medical treatment. Nurses perceive parenteral nutrition at a late stage as unethical and meaningless. The patient-nurse relationship is considered crucial in discussions about ending treatment. Lack of information, absence of treatment plans, and disregard for nurses' opinions are also highlighted.

Conclusion: Nurses face various ethical challenges in their work with end-of-life parenteral nutrition. These challenges involve conflicts between ethical principles and the questioning of important nursing values. This study can contribute to reflection and increased awareness regarding these issues.

Keywords: *Nursing, parenteral nutrition, palliation, cancer, elderly, ethics.*

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Introduksjon	7
1.1. Introduksjon til tema	7
1.2. Teori.....	8
1.2.1 Parenteral ernæring hos eldre palliative kreftpasienter.....	8
1.2.2 Etikk i sykepleien	9
1.2.3 Håp ved livets slutt.....	9
1.2.4 Sykepleiers omsorg og relasjon til døende pasienter.....	10
1.2.5. Tverrprofesjonell samhandling.....	10
1.2.6 Informasjon og plan med behandling	11
1.3 Hensikt og problemstilling.....	12
Kapittel 2. Metode	13
2.1 Beskrivelse av metode	13
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
2.3 Søkehistorikk	16
2.4 Vurdering / utvelgelse av 7 – 10 artikler	19
2.5 Analyse.....	19
Kapittel 3. Resultater	21
3.1. Deskriptiv presentasjon av artiklene i artikkelmatrise.....	21
3.2. Sammenfattet presentasjon av resultater	28
3.2.1 En livsforlengende behandling	28
3.2.1.1 Pasienter og pårørendes forventninger	28
3.2.1.2 Sykepleiers erfaringer.....	28
3.2.2 Kvalitet i sykepleien.....	29
3.2.2.1 Relasjon mellom pasient og sykepleier	29
3.2.2.2 Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende	29
3.2.3 Beslutningsprosesser i organisasjonen	30
3.2.3.1 Plan med behandlingen.....	30
3.2.3.2 Tverrprofesjonell samhandling	31
Kapittel 4. Diskusjon.....	32
4.1 Sykepleieren vet best?	32
4.2 Frarøvelse av håp og livsmot.....	33
4.3 Informasjonssvikt og kompetansegap.....	33
4.4 Relasjonelle utfordringer i møte med lidelse og død	34
4.5 Profesjonskamp.....	35
4.6 Sykepleiers behov for klarhet og støtte	35
4.7 Metodediskusjon- styrker og svakheter	37
4.8 Konklusjon	38
Referanser	40

Kapittel 1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Mat er et livgivende og livsoppretholdende element som er fundamentalt i menneskers oppfatning av liv og det å leve (Lorentsen & Grov, 2020, s. 28). Det har alltid vært, og vil alltid være en viktig sykepleieoppgave å tilrettelegge for at pasienter får dekket sitt ernæringsbehov (Aagaard, 2021, s. 257). Hos palliative pasienter er det derimot forhold som gjør at ernæringsbehovet endrer seg, hvilket resulterer i at kroppen ikke lenger tar til seg næring på samme måte som før (Brodtkorb, 2020, s. 314).

Hvordan mennesker forholder seg til døden er svært individuelt. Det som er sikkert er at døden er noe alle skal møte (Kreftforeningen, 2023). Døden kan oppleves skremmende for pasient og pårørende, og sykepleiere kan oppleve døden som et nederlag (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 223). Antallet kreftsyke har økt, og i 2021 var kreft den sykdommen som tok flest liv i Norge (FHI, 2022). Denne økningen kan skyldes at populasjonen i Norge øker og at befolkningen blir eldre (Kreftregisteret, 2023). Eldre defineres som personer mellom 60 og 75 år, og gamle defineres som personer som er 75 år og eldre (Ranhoff, 2020, s. 53). Fokusgruppen i denne oppgaven er personer over 60 år.

Kreftsykdommen eller behandlingen kan gi plager som gjør det vanskelig å få i seg næring, eller kan påvirke hvordan kroppen utnytter næringsstoffene. For noen blir det nødvendig å begynne med parenteral ernæring for å få i seg tilstrekkelig næring (Kreftforeningen, 2023). Helsedirektoratets veileder for livsforlengende behandling sier at parenteral ernæring ikke er å anbefale i den siste fasen av livet (Helsedirektoratet, 2013). Spørsmålet om å avslutte behandling kan derfor bringe med seg flere etiske utfordringer hos sykepleiere (Brodtkorb, 2020, s. 314).

Som sykepleier kan man møte denne pasientgruppen overalt i helsevesenet. På sykehus og i hjemmetjenesten for å nevne noe. Denne bacheloroppgaven skal belyse etiske utfordringer sykepleiere kan møte i arbeid med denne pasientgruppen. Temaet er valgt på bakgrunn av sin aktualitet med tanke på det økende antall krefttilfeller og den aldrende befolkningen. Vi har gjennom jobb og praksis erfart at dette er et område hvor sykepleiere mangler kompetanse, og har selv fått kjenne på hvor utfordrende det kan være å stå i situasjoner der det ikke finnes et «fasitsvar».

1.2. Teori

1.2.1 Parenteral ernæring hos eldre palliative kreftpasienter

Parenteral ernæring (PE) er næringstilførsel som skjer utenfor mage-tarm-kanalen. Man får da ernæringen intravenøst, altså rett i blodbanen (Stubberud et al., 2020, s. 42). Dette gis til pasienter som har en mage-tarm-kanal som ikke fungerer eller som av andre årsaker ikke får i seg ernæring peroralt eller via enteral ernæring (Aagaard, 2021, s. 294). PE kan gis som et supplement eller så kan hele ernæringsbehovet gis intravenøst, da brukes betegelse total parenteral ernæring (Stubberud et al., 2020, s. 42). Nedsatt matlyst og vekttap er beskrevet som et betydelig problem hos kreftpasienter. Pasienten kan være plaget med kvalme og brekninger, bivirkninger av behandling, dysfagi eller at tarmen eller magesekken ikke tar opp næringsstoffer (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428; Mathisen & Steindal, 2021, s. 122). Det anslås at anoreksi (apetittløshet) og kakeksi (avmagring) kan ses hos over halvparten av alle pasienter med langtkommen kreft (Lorentsen & Grov, 2020, s. 428).

En palliativ kreftpasient er en pasient som ikke lenger har nytte av helbredende behandling (Lorentsen & Grov, 2020, s. 423). Målet med palliativ pleie og omsorg er å sikre optimal lindring og velvære. Mye tyder på at mangel på matlyst og vekttap er visuelle tegn på at døden nærmer seg. Kroppen mister da evnen til å nyttiggjøre seg næringsstoffene. En naturlig følge er at den gamle gradvis tar til seg mindre næring, og slutter på et tidspunkt å spise (Brodtkorb, 2020, s. 314). Pasienten skal tilbys mat og drikke så lenge det er ønskelig. Det er avgjørende at pasienten aldri opplever sult eller tørste, samtidig som man unngår å pålegge dem unødvendig belastning av mat. Dette gjelder også for PE (Helsedirektoratet, 2018).

PE regnes som en livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013). Med livsforlengende behandling menes behandling og tiltak som kan utsette døden. Når det blir vurdert at livsforlengende behandling ikke vil være til pasientens beste, bør man også vurdere å avstå fra PE. Ved forventet levetid på 2-3 måneder er PE ikke å anbefale (Helsedirektoratet, 2013). Forventet levetid kan være vanskelig å avgjøre hos skrøpelige gamle, da de av og til kan komme seg å få en lengre levetid enn forventet (Brodtkorb, 2020, s. 314). PE kan bli en unødvendig belastning i livets slutfase og bringe med seg plagsomme bivirkninger. Økt slimproduksjon, kvalme, behov for urinkateter kan forekomme, og det kan også være med på å forlenge dødsprosessen (Mathisen & Steindal, 2021, s. 125).

Beslutningen om PE skal være faglig forsvarlig og skal basere seg på en individuell vurdering av pasientens tilstand (Helsedirektoratet, 2018). Pasient og pårørende er ofte i en svært sårbar situasjon når døden nærmer seg, og det kan være mange følelser knyttet til det å avslutte PE. Pasient og pårørende kan ofte ha manglende kunnskap og de ønsker derfor å fortsette med behandlingen. Beslutningen bør diskuteres i samråd med pasient og pårørende. Hensynet til at pasienten ikke skal lide, er det som skal veie tyngst når man tar en slik avgjørelse (Helsedirektoratet, 2013).

1.2.2 Etikk i sykepleien

Etikk i sykepleie handler om å være opptatt av hva som er riktig å gjøre. Det omhandler etiske prinsipper, verdier og retningslinjer som veileder sykepleiers handlinger og beslutninger i pasientomsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 33). Etiske utfordringer kan oppstå når etiske verdier og prinsipper kommer i konflikt med hverandre (Molven, 2017, s. 69).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er en viktig norm som slår fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Disse retningslinjene bygger på omsorgsetikk fremfor regler og prinsipper. Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er viktige juridiske rammer som gir normer og retningslinjer for sykepleiere i deres etiske drøftinger og praksis (Norsk sykepleieforbund, 2019a).

Etikk i sykepleie omfatter flere viktige prinsipper og verdier (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 33). Sykepleiers fire etiske prinsipper er respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet (Norsk sykepleieforbund, 2019a). Respekt for autonomi handler om å respektere pasientens rett til selvbestemmelse og informert samtykke (Wifstad, 2014, s. 135). Sykepleiere er pliktige å legge til rette for autonome beslutninger. Prinsippet om velgjørenhet og ikke skade handler om å "gjøre godt", handle til pasientens beste og ikke påføre andre skade (Molven, 2017, s. 69). Rettferdighet i sykepleie handler om å behandle like tilfeller likt, og at alle som oppsøker helsehjelp får like muligheter om helsehjelp uavhengig av hvem de er, økonomisk status, bosted og religiøs tilhørighet. Det omhandler rettferdig fordeling av ressurser, og at det som gjøres må være nyttig. Sykepleiere må reflektere over og ta beslutninger basert på disse etiske prinsippene i deres daglige praksis (Molven, 2017, s. 69).

I enkelte situasjoner kan det være nødvendig for helsepersonell å handle på tvers av pasientens valg og ønsker. Dette kalles paternalisme (Molven, 2017, s. 69). Sterk paternalisme handler om å gå imot pasientens vilje, med ønske om pasientens beste. Dette kan være å hindre pasienten fra å gjøre noe som kan føre med seg negative konsekvenser. Svak paternalisme handler ikke om å direkte forby, men heller om å påvirke slik at pasienten selv kommer fram til det riktige valget (Wifstad, 2014, s. 134–135).

1.2.3 Håp ved livets slutt

Sykepleiefilosofen Joyce Travelbee beskrev håp som en indre følelse eller en sjelelig tilstand som kjennetegnes av et ønske om å oppnå noe eller nå et mål (Kristoffersen, 2021b, s. 252). Et menneske som håper, har oppmerksomheten rettet mot en framtidig endring til det bedre. Travelbee understreker at mennesker har en tilbøyelighet og evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. Dette kan være en viktig ressurs som gjør at man holder ut i en utholdelig situasjon (Kristoffersen, 2021b, s. 251–252). Studier viser at kreftpasienter opplever håp i alle stadier av sykdommen, også i livets slutfase (Lorentsen & Grov, 2020, s. 418).

Sykepleiere kan spille en viktig rolle i opprettholdelse av håp. Som sykepleier må man være bevisst sin væremåte. Hvis sykepleiers holdninger er preget av tro og håp, vil pasienten oppleve styrket håp. Hvordan informasjon formidles og hvilke ord som brukes kan være avgjørende for om pasientene opplever mismot eller håp (Lorentsen & Grov, 2020, s. 418). Dette er spesielt viktig når man formidler dårlige nyheter, da dette ofte er forbundet med frata håp (Kinghorn et al., 2004, s. 96). Ifølge yrkesetiske retningslinjer er sykepleieren forpliktet til å støtte pasienters håp og livsmot (Norsk sykepleieforbund, 2019b).

1.2.4 Sykepleiers omsorg og relasjon til døende pasienter

Alle pasienter som er alvorlig syke eller døende, skal oppleve en omsorg som ivaretar deres grunnleggende menneskeverd (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 70). Som sykepleier har man en moralsk forpliktelse til å vise omsorg for dem som trenger helsehjelp (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 35). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen har utviklet en omsorgsfilosofi (Kristoffersen, 2021b, s. 259). Martinsen beskriver omsorg for svake som en grunnleggende verdi i sykepleien (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 34). I omsorgsrelasjonen mellom sykepleier og pasient beskriver Martinsen en generalisert gjensidighet der omsorg gis uten forventning om gjengjeldelse (Kristoffersen, 2021b, s. 266). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren være bevisst sin profesjonelle rolle (Norsk sykepleieforbund, 2019b). I den profesjonelle omsorgen er det ikke forventet gjensidighet på samme måte som i omsorgen for sine nærmeste (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31).

Omsorg handler om å knytte bånd, og inngå i relasjoner. Det baserer seg også på tillit (Martinsen, 2005, s. 137). En pasient er ofte i en sårbar situasjon og avhengig av å stole på helsepersonellet (Wifstad, 2014, s. 109). Pasienten møter derfor sykepleieren med en spontan tillit. Mistillit oppstår først når tillit brytes (Tveiten, 2020, s. 82). Relasjonen mellom pleier og pasient er grunnleggende i omsorgen (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 71). Kommunikasjon legger grunnlaget for relasjonen mellom pasient og sykepleier. Den styrer hvor nær hen kommer inn på pasienten (Kalfoss, 2020, s. 460). For å forstå pasientens ubehag og livskvalitet er det viktig at sykepleieren er i stand til å bli emosjonelt påvirket av pasientens situasjon, og det kreves en betydelig grad av personlig involvering i sykepleierens omsorg. Mangelen på slik involvering ville føre til at pasienten følte seg fremmedgjort, misbrukt og nedverdighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 30–31). Samtidig skal sykepleier være bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleier skal også yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Som sykepleier står man ofte ovenfor lidelse og død. Manglende erfaring og undervisning med alvorlig syke og døende kan virke inn på sykepleierens tro på egen kompetanse (Helsedirektoratet, 2013; Kalfoss, 2020, s. 462).

1.2.5 Tverrprofesjonell samhandling

Avgjørelser om å gi eller avslutte PE er ingen enkelt avgjørelse og bør skje etter grundig overveielse og samarbeid mellom helsepersonell (Mathisen & Steindal, 2021, s. 124). Ved behandling med et medikament er det sykepleieren som administrerer, mens legen

ordinerer. Sykepleieren skal observere pasientens virkning og bivirkning av medikamentet (Bielecki & Børdahl, 2015, s. 14 & 17). Sykepleieren er den som kjenner pasienten best, og har evnen til klinisk observasjon, og kan med dette observere pasientens tilstand og dens endringer (Kristoffersen, 2021a, s. 187). Samhandling er viktig for best mulig funksjon i organisasjonen, og likeverd er en norm i den tverrprofesjonelle samhandlingen mellom leger og sykepleiere. Legene har myndighet over sykepleierne, og enerett til å ta beslutninger om spørsmål som gjelder medisinsk behandling av enkeltpasienter (Orvik, 2022, s. 174–175).

Kvaliteten på samhandlingen mellom lege og sykepleier spiller en viktig rolle i å sikre pasientsikkerheten. Pasientsikkerhet handler om å sikre at pasienter blir behandlet på en trygg og sikker måte, slik at de ikke blir skadet eller utsettes for unødvendig risiko som følge av helsehjelp de mottar (Orvik, 2022, s. 330–331). Når helsepersonell samarbeider og kommuniserer, reduseres risikoen for feil og uheldige hendelser (Orvik, 2022, s. 174). Kvalitet og pasientsikkerheten henger sammen ved at forbedring av kvaliteten i helsetjenesten, forbedrer pasientsikkerheten (Orvik, 2022, s. 330–331).

1.2.6 Informasjon og plan med behandling

I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et etisk ansvar for å sikre at pasient og pårørende får tilstrekkelig informasjon om behandling, slik at pasienten har mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Sykepleieren skal også delta aktivt i beslutningsprosesser angående livsforlengende behandling og bidra til at pasientens stemme blir hørt (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Dette står nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, paragr. 3-1,3-2,3-5). Helsedirektoratet har laget en nasjonal veileder «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling» (Helsedirektoratet, 2013). I den nasjonale veilederen står det at når en beslutning om livsforlengende behandling er tatt, bør det planlegges oppfølging og evalueringer. Alle bestemmelser skal dokumenteres grundig. Den nasjonale veilederen anbefaler også forhåndssamtaler med pasient og pårørende angående behandlingsforløpet ved bruk av PE (Helsedirektoratet, 2013).

Informasjon om den naturlige dødsprosessen, nytten av PE som behandling og bivirkning av behandling burde deles med pårørende tidlig (Helsedirektoratet, 2013). En forhåndssamtale vil kunne forebygge over- og underbehandling, samt sikre at behandlingen blir gitt i tråd med pasientens ønsker og dermed ta vare på pasientens autonomi og selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2013; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 71; Slettebø & Pedersen, 2020, s. 221). Alvorlig syke og døende pasienter gjennomgår ulike faser og har derfor forskjellige behov angående informasjon, og ulike ønsker for medvirkning (Helsedirektoratet, 2013).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke etiske utfordringer sykepleiere møter i arbeid med parenteral ernæring ved livets slutt. Denne studien har potensial til utvidet kunnskap innenfor tematikken og kan bidra til refleksjon.

Vår problemstilling er som følger:

Hvilke etiske utfordringer kan sykepleieren møte i omsorg for eldre palliative kreftpasienter med parenteral ernæring?

Kapittel 2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudium. Et litteraturstudium er en gjennomgang av allerede eksisterende forskning og kunnskap innenfor et valgt forskningsområde (Thidemann, 2020, s. 79). Hensikten med studien er å finne informasjon og kunnskap om forskningsresultat innenfor området problemstillingen etterspør. Arbeidet med å innhente litteratur og forskning til oppgaven gjøres ved systematiske søk i databaser, for så å analysere de utvalgte forskningsartiklene (Thidemann, 2020, s. 80–81). Vi fant de relevante databasene gjennom helsebiblioteket sin nettside (Helsebiblioteket, u.å.). Databasene vi benyttet var; Chinal, Medline og PubMed. Disse databasene ble brukt på bakgrunn av den medisinske og sykepleiefaglige bredden i deres forskningsartikler. Vi fant de utvalgte artiklene i Cinahl og Medline. I tillegg fant vi en av artiklene gjennom håndzoek.

Da vi skulle finne konsepter til søket, prøvde vi å sette opp et PICO- skjema (Thidemann, 2020, s. 84). Vi erfarte dette som noe problematisk, da vi opplevde at problemstillingen ikke passet inn i skjemaet. Vi valgte derfor å gå bort i fra PICO-skjemaet. Vi kom frem til konseptene ved å analysere problemstillingen og finne hovedelementene i denne. Vi valgte tre konsepter; Eldre palliative kreftpasienter, parenteral ernæring og sykepleiers rolle/etikk i sykepleie. Sykepleiers rolle står ikke i problemstillingen, men siden denne oppgaven skal ha søkelys på sykepleiers perspektiv, var dette konseptet relevant. Vi satte disse konseptene opp i en konsepttabell (se tabell 1). Ved hjelp av nettsiden «Mesh», fant vi søkeord (MeSH, u.å.). Videre brukte vi søkeordene i databasene, og fant synonymer som var relevante for oppgaven vår. Ved å hake av «Suggest Subject Terms» i søkefeltet i databasene Cinahl og Medline, kom det opp forslag til flere søkeord, som vi benyttet oss av. Disse satte vi også inn i konsepttabelle

Tabell 1 Konsepttabell			
	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3
	Eldre, palliative, kreftpasienter	Parenteral ernæring	Sykepleiers rolle, Etikk i sykepleie
Mesh	Aged Palliative care Cancer patient	Parenteral nutrition	Nursing role Ethics, Nursing
Suggest Subject Terms	Aged, 80 and Over Hospice and Palliative Nursing Hospice and Palliative Care Nursing Cancer Care Facilities Terminal Care Cancer Care Facilities	Total parenteral nutrition or tpn Parenteral Nutrition, Total	

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriteriene ble valgt bakgrunn av bacheloroppgavens retningslinjer (se tabell 2). Vi har også noen selvvalgte kriterier som er tilpasset problemstillingen. Forskningsartiklene ble valgt ut ifra kriteriene.

Inklusjonskriteriene: Artiklene skal være fagfelleverderte, ha IMRaD struktur, og skal være fra 2013-2023. Dette er for å ha oppdatert forskning av god kvalitet. Språket skal være skandinavisk eller engelsk. Artiklene vi velger skal ha overførbarhet til norske forhold. Dette innebærer at utenlandske studier kan inkluderes, men de må være relevante for det norske helsevesenet. Det er ønsket at artiklene skal omhandle palliative pasienter. Alle artiklene vi har valgt omhandler palliative pasienter eller sykepleiere som jobber innen palliativ pleie og omsorg. Håndskapet skal kvalitetssikres ved hjelp av register over vitenskapelige artikler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

Eksklusjonskriterier: Pasientene skal være eldre eller gamle, altså 60 år eller over. Dette er fordi aldrer på palliative pasienter kan endre det etiske synet til sykepleiere ved døende pasienter. Vi skal unnlate pasienter med alvorlig kognitiv svikt fordi dette kan påvirke kommunikasjonen mellom pleier og pasient. Vi har valgt å ekskludere bare de med alvorlig kognitiv svikt, fordi veldig mange eldre har en kognitiv svikt i ulik grad. Vi ekskluderer også artikler om PE til ikke-palliative pasienter, fordi det da vil være et annet fokus.

Tabell 2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte artikler	Artikler som omhandler pasienter under 60 år
IMRaD struktur	Artikler som er eldre enn 2013
Artikler med årstall 2013-2023	Pasienter med PE som ikke er palliative
Språk: Skandinavisk og engelsk	Personer med alvorlig kognitiv svikt
Overførbarhet til norske forhold	
Palliative pasienter	
Kvalitet på håndskap (Nivå 1 eller 2 i register over vitenskapelige forskningsartikler)	

2.3 Søkehistorikk

Her presenteres søkehistorikken vår. Gjennom strukturerte søk på Cinahl og Medline, fant vi 6 artikler (se tabell 3). Søkeordene fra konseptskjemat ble kombinert i avanserte søk ved hjelp av de boolske operatorene «OR» og «AND». For å avgrense utvalget av artikler, benyttet vi filtrene «Peer reviewed» og begrenset tidsperioden mellom 2013 og 2023. I søk nummer tre i Medline, valgte vi å søke på "ethics" i fritekst, da det medførte flere søkeresultater. Den syvende artikkelen fant vi via håndsøk på sykepleien.no (se tabell 4). Søkene resulterte i en review, fire kvalitative, en kvantitativ samt en studie med både kvalitativ og kvantitativ metode.

Tabell 3 Søketablell						
Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	27.04.2023	S1.	(MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR ("Cancer Care Facilities")		47,250	
		S2.	(MH "Aged+") OR (MH "Aged, 80 and Over+")		461,893	
		S3.	(MH "parenteral nutrition") OR (MH "total parenteral nutrition or tpn")		2,889	
		S4.	(MH "Nursing Role")		18,277	
		S5	(MH "Ethics, Nursing")		2,631	

		S6	(MH "Cancer Patients") OR (MH" Cancer Care Facilities")		30,660	
		S7	S1 AND S4 AND S5		31	
				Peer reviewed År 2013-2023	16	A & B
		S8	S1 AND S3 AND S4		2	
				Peer reviewed År 2013-2023	2	C
		S9	S1 AND S2 AND S5 AND S6		2	
				Peer Reviewed År 2013-2023	1	D
Medline	28.04.2023	S 1	(MH "Parenteral Nutrition, Total+") OR (MH "Parenteral Nutrition+")		25,323	
		S 2	(MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH"Terminal Care+")		107,648	
		S 3	(MH "Ethics, Nursing"), or ethics		227,861	
		S 4	(MH " Aged+") OR (MH "Aged, 80 and over+")		3,444,058	

		S 5	S1 AND S2 AND S3		70	
				Peer Reviewed År 2013-2023	8	E
		S 6	S1 AND S2 AND S4		99	
				Peer Reviewed År 2013-2023	30	F

Inkluderte artikler:

- A. Moran, S., Bailey, M., & Doody, O. (2021). An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00810-6>
- B. Hernández-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, S. M. (2018). Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. *Nursing ethics*, 26(6), 1680-1695.
<https://www.doi.org/10.1177/0969733018774610>
- C. Holmdahl, S., Sävenstedt, S., & Imoni, R. (2014). Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 89-96.
<https://doi.org/10.1111/scs.12038>
- D. Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2013). Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. *Nursing ethics*, 21(4), 461-472.
<https://doi.org/10.1177/0969733013502804>
- E. Jung, K. -S., Oh, S. Y., Jun, H. J., Song, B. -K., Park, K., Oh, S., Kim, J -J., & Park, E. -J. (2020). Effect of education on preference of parenteral nutrition for patients in palliative care unit: quantitative and qualitative study with an anthropological approach. *Ann Palliat Med*, 9, 2793-2799
<https://doi.org/10.21037/apm-20-269>
- F. Bükki, J., Unterpaul, T., Nübling, G., Jox, R. J., & Lorenzl, S. (2014). Decision making at the end of life—cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. *Supportive Care in Cancer*, 22, 3287-3299.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2337-6>

Tabell 4 Søketablell håndسøk				
Nettside	Søkeord	Register over vitenskapelige forskningsartikler	Artikkel	Referanse
Sykepleien.no	"Parenteral ernæring"	Nivå 1	G	Kjerulf, K. B., & Grov, E. K. (2020). Parenteral ernæring i livets slutfase. <i>Sykepleien Forskning</i> 10.4220/Sykepleienf.2020.82609(link is external)

2.4 Vurdering / utvelgelse av 7 – 10 artikler

For umiddelbar forståelse av studiene så vi på overskriftene og abstraktene. Deretter vurderte vi dette opp mot relevansen for problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene. For videre kvalitetssikring av artiklene, brukte vi en forenklet sjekklister som passet studiedesignet. Sjekklister ble hentet fra Helsebiblioteket sin nettside, og ble funnet på studiets læreplattform (Helsebiblioteket, 2018). Deretter vurderte vi om resultatene fra forskningen var relevant for vår oppgave. De utenlandske artiklene vi valgte, vurderte vi til å være overførbare til det norske helsevesenet.

Vi har oftest benyttet kvalitativ forskning som vår foretrukne metode for å undersøke og forstå de etiske utfordringene sykepleiere møter i forbindelse med pasientbehandling. Vi anser kvalitativ forskning som den mest passende metoden for å få innsikt i sykepleiernes opplevelser og erfaringer.

2.5 Analyse

For å analysere brukte vi Evans analysemodell (Evans, 2002). Modellen går gjennom fire faser for å analysere og fremstille data. Stegene i modellen står oppført i tabellen under (se tabell 5).

Tabell 5 - Evans analysemodell	
Steg	Beskrivelse
Steg 1	Steg 1 omhandler innsamling av aktuelle studier (Evans, 2002). Fremgangsmåte beskrives i 2.1, 2.2 og 2.3.
Steg 2	Steg 2 handler om å identifisere «hovedfunn» fra de utvalgte studiene (Evans, 2002). For å identifisere sentrale funn i hver studie, leste vi først hele artikkelen, for så å gå i dybden på resultatdelen. Funnene i resultatdelen som

	<p>var relevante for oppgavens problemstilling, ble markert i fargekoder for videre bruk. Etter vi hadde gått gjennom artiklene individuelt, diskuterte vi funnene (fargekodene) vi hadde. Her hadde vi mange temaer og litt forskjellige meninger, men også en del likhetstrekk. Ut ifra dette, diskuterte vi oss frem til hovedfunn for hver artikkel.</p>
Steg 3	<p>I steg 3 ble hovedfunnene fra steg 2, sammenlignet og sortert på tvers av alle artiklene (Evans, 2002). Vi så disse i lys av hverandre og fant fellestrekk og ulikheter med funnene. Deretter kategoriserte vi disse i hovedtema og undertema. Vi kom frem til 3 hovedtema, med to undertema til hvert hovedtema (se tabell 6).</p>
Steg 4	<p>I steg 4 ble resultatene beskrevet samlet for hvert hovedtema og subtema (Evans, 2002). Disse presenteres i en syntese i kapittel 3.</p>

Tabell 6 Hovedtema og undertema			
Hovedtema	EN LIVSFØRLENGENDE BEHANDLING	KVALITET I SYKEPLEIEN	BESLUTNINGSPROSESSER I ORGANISASJONEN
Artikler	C, E, G	A, B, C, D, E, F, G	A, B, C, D, G
Undertema	<p>Pasient og pårørendes forventninger</p> <p>Sykepleiers erfaringer</p>	<p>Relasjon mellom pasient og sykepleier</p> <p>Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende</p>	<p>Plan med behandlingen</p> <p>Tverrprofesjonell samhandling</p>

Kapittel 3. Resultater

3.1. Deskriptiv presentasjon av artiklene i artikkelmatrise

I dette delkapitlet presenteres først de syv artiklene i hver sin artikkelmatrise (se tabell 7- 13). Artikkelmatrisen presenterer artiklenes referanse, hvilket land og år den er fra, hensikt/problemstilling, metode, resultat og relevans for problemstilling.

Tabell 7: Artikkelmatrise A	
Referanse A	Moran, S., Bailey, M., & Doody, O. (2021). An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing. <i>BMC Palliative Care</i> , 20(1), 1–16. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00810-6
Land/ År	Forskning fra: Storbritannia, Canada, Danmark, Brasil, USA 2021
Hensikt,problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne reviewen er å belyse hvordan sykepleiere som jobber på spesialiserte palliative enheter opprettholder sine sykepleieverdier i sin arbeidshverdag.
Metode	Dette er et integrativt review som baserer seg på tidligere forskning. Det ble utført søk i 7 ulike databaser: CINAHL, EMBASE, PsycINFO, AMED, Medline, Cochrane Library og Lenus.
Resultat	Funnene i forskningen identifiserte fire nøkkelfunn; å styrke pasientsentrert omsorg, tilstedeværelse, sykepleiers eksponering for lidelse og død og mangelfullt fokus på sykepleieverdier. Funnene i forskningene viser at selv om sykepleiere ikke uttrykker i hvilken grad de praktiserer sykepleieverdier, er handlingene deres preget av omsorg, medfølelse og engasjement.
Kommentar og relevans for problemstilling	Forskningen er relevant for problemstillingen fordi den omhandler verdier hos sykepleiere i palliativ pleie.

Tabell 8: Artikkelmatrise B	
Referanse B	Hernández-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, S. M. (2018). Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. <i>Nursing ethics</i> , 26(6), 1680-1695. https://www.doi.org/10.1177/0969733018774610
Land/ År	Portugal 2018
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å se hvilke etiske prinsipper som er viktigst for sykepleiere i palliativ omsorg, når de tar beslutninger om livets slutt. Problemstillingen er hvilke utfordringer som ofte oppstår i sykepleiernes praksis ved livets slutt.
Metode	Kvalitativ sekundæranalyse. Inkluderer tre kvalitative datasett og 32 intervjuer fra tidligere studier.
Resultat	Studien kom frem til at sykepleiere ofte var involverte i beslutninger i livets slutfase. Alle deltakerne trakk frem autonomi som et viktig etisk prinsipp, med fokus på å møte pasientens ønsker og preferanser for omsorg. Det etiske prinsippet rettferdighet ble satt i lys i forhold til ivaretagelse av pårørende. Det ble også uttrykt bekymring rundt prinsippene velgjørenhet og ikke-skade ved enkelte behandlinger.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant fordi den omhandler etiske prinsipper i livets slutt, fra et sykepleieperspektiv.

Tabell 9: Artikkelmatrikse C

Referanse C	Holmdahl, S., Sävenstedt, S., & Imoni, R. (2013). Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 28(1), 89-96. https://doi.org/10.1111/scs.12038
Land/ År	Sverige 2013
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke erfaringer ansatte i hjemmesykepleien hadde til PE til palliative hjemmeboende pasienter.
Metode	En kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 12 sykepleiere i hjemmetjensten.
Resultat	Alle sykepleierne som ble intervjuet uttrykte at det var behov for støtte under arbeidet med PE i hjemmet. Sykepleierne fra hjemmesykepleien følte seg alene i avgjørelsen om å avslutte PE. De uttrykte også at de manglet mål og plan med behandlingen. De opplevde at pårørende knyttet PE opp mot håp, og at ved avslutning av PE, ville håpet forsvinne. Sykepleierne kunne fortelle at en god relasjon med pasienten og pårørende gjorde evaluering om avslutning lettere.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne forskningen er relevant fordi den omhandler sykepleierens erfaringer og oppfaninger rundt beslutninger av PE hos palliative pasienter.

Tabell 10: Artikkelmatrise D	
Referanse D	Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2013). Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. <i>Nursing ethics</i> , 21(4), 461-472. https://doi.org/10.1177/0969733013502804
Land/ År	Land ikke oppgitt 2013
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleierens etiske kompetanse i situasjoner med overdriven aggressiv behandling.
Metode	Det er en kvalitativ studie der 15 sykepleiere ble intervjuet. Intervjuene omhandlet sykepleiers erfaringer rundt moralske dilemmaer hos pasienter som fikk overdreven aggressiv behandling ved livets slutt.
Resultat	Studiens resultat viste at ved overdreven aggressiv behandling, var det flere verdier hos sykepleier som ble utfordret. I studien var det fire hovedtemaer som utpekte seg. Det første var usisshet om behandlingens nytteverdi. I tilfeller der behandlere var usikre, ble valget å fortsette behandlingen, tross at sykepleierne mente det beste for pasienten var å avstå. Den andre utfordringen var sykepleierens mangel på kompetanse om samtaler med pasient og pårørende om avslutning av behandling. Den tredje utfordringen handlet om dilemmaet der pårørende ønsker å fortsette videre behandling, men sykepleier og behandler så det som nytteløst. Den fjerde utfordringen handler om at medisinsk dominans skygger sykepleiers kunnskaper og kjennskaper om hva som er til pasientens beste.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne artikkelen er relevant for problemstillingen vår fordi den tar for seg sykepleiers etiske utfordringer ved overdreven behandling og avslutning av nytteløs behandling i livets slutfase.

Tabell 11: Artikkelmatrise E

Referanse E	Jung, K. -S., Oh, S. Y., Jun, H. J., Song, B. -K., Park, K., Oh, S., Kim, J -J., & Park, E. -J. (2020). Effect of education on preference of parenteral nutrition for patients in palliative care unit: quantitative and qualitative study with an anthropological approach. <i>Ann Palliat Med</i> , 9, 2793-2799 https://doi.org/10.21037/apm-20-269
Land/ År	Korea 2020
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Pasienter og deres pårørende viser ofte motstand mot å avstå fra PE i livets slutfase. Hensikten med denne studien er å se om dette er grunnet mangel på kunnskap, og om undervisning om PE endrer deres ønsker.
Metode	Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie med antropologisk tilnærming. 18 pasienter fra palliativ enhet deltok i et dybdeintervju.
Resultat	Etter undervisning valgte 80% å fortsette å motta PE, 20% endret beslutningen å ønsket å gå fra PE til minimal hydrering. Total overlevelse, opplevelse av livskvalitet og symptomer var ikke forskjellige med eller uten PE. Ifølge antropologen anser medisinsk personell PE som en kompleks medisinsk behandling, mens pasienter og familier ser på det som et måltid.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant fordi den handler om pasienter og pårørendes ønsker og forventninger rundt PE. Den handler også om informasjon og undervisning om PE.

Tabell 12: Artikkelmatrise F

Referanse F	Bükki, J., Unterpaul, T., Nübling, G., Jox, R. J., & Lorenzl, S. (2014). Decision making at the end of life—cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 22, 3287-3299. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2337-6
Land/ År	Tyskland 2014
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien er å undersøke pasienter og pårørendes ønsker rundt kunstig ernæring og hydrering ved livets slutt. Studien ser også på faktorer som påvirker deres beslutninger.
Metode	Dette er en kvantitativ studie. Voksne pasienter innlagt på sykehus med langtkommen kreft og deres pårørende fylte ut et spørreskjema.
Resultat	Studien avdekket at både pasientene og deres pårørende hadde lignende preferanser når det gjaldt kunstig ernæring og hydrering. Resultatene indikerte at pasientens alder spilte en rolle i både pasientenes og pårørendes beslutninger om å avstå fra behandlingen. Pasientene viste seg å være mer selvsikre i sine beslutninger, mens pårørende uttrykte mer bekymring for de mulige konsekvensene. Når det gjaldt deres behov for støtte, foretrakk flertallet av deltakerne detaljert informasjon fra behandlende lege angående beslutninger om kunstig ernæring og hydrering.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant fordi den handler om pasienter og pårørendes ønsker og beslutninger om kunstig ernæring ved livets slutt, og hva som påvirker deres valg.

Tabell 13: Artikkelmatrise G

Referanse G	Kjerulf, K. B., & Grov, E. K. (2020). Parenteral ernæring i livets slutfase. <i>Sykepleien Forskning</i> 10.4220/Sykepleienf.2020.82609(link is external)
Land/ År	Norge 2020
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å forske på hvilke utfordringer helsepersonell på sykehus møter i arbeid med døende kreftpasienter som mottar PE.
Metode	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av seks sykepleiere og to onkologer.
Resultat	I intervjuene kommer det frem at det blir gitt for lite informasjon til pasient og pårørende. Manglende kunnskap hos pasient og pårørende gjør at de ofte er i mot avslutning av PE. I vurderingsprosessen om å avslutte PE er det viktig med tverrprofesjonelt samarbeid, god informasjon og kjennskap til pasienten for å unngå at pasienten blir behandlet for lenge.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant fordi den handler om sykepleieres opplevelse av PE i livets slutfase, pasienter og pårørendes syn på PE og beslutningsprosesser rundt å avslutte behandlingen.

3.2. Sammenfattet presentasjon av resultater

I dette kapitlet beskrives funnene fra alle studiene. Dette er steg 4 i Evans (2002) analysemodell.

3.2.1 En livsforlengende behandling

3.2.1.1 Pasienter og pårørendes forventninger

Funnene viser at PE ofte er knyttet opp mot håp og symbolsk verdi (Holmdahl et al., 2014; Jung et al., 2020; Kjerulf & Grov, 2020). Hjemmesykepleierne fra Sverige kunne fortelle at pasienter og pårørende knyttet PE mot håpet om å forlenge livet, mer tid med familien, styrke og livskvalitet (Holmdahl et al., 2014). Pasienter og pårørende ser på PE som et måltid, og ikke nødvendigvis en medisinsk behandling (Holmdahl et al., 2014; Jung et al., 2020). De knytter PE opp mot overlevelse, fordi mat er noe man trenger for å leve (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). En pasient likestiller PE med en pose ris, og ser på behandlingen som en måltidserstatning (Jung et al., 2020).

En annen pasient fortalte at hun trodde PE ville forlenge livet hennes og at hun derfor ønsket det, tross plagsomme symptomer. Det fortelles også om en tro på at PE skulle forbedre pasientens tilstand (Jung et al., 2020). En lege formidlet at pårørende kan være pågående fordi de tror at vi sulter pasienten, dersom PE avsluttes (Kjerulf & Grov, 2020).

Flere sykepleiere erfarte at ved beslutning om å avslutte PE, tok de vekk håpet om å leve et så langt liv som mulig (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). Beslutningen om å avslutte PE, ga pårørende en følelse av å gi opp, og var en bekreftelse på at pasienten var døende (Holmdahl et al., 2014).

3.2.1.2 Sykepleiers erfaringer

Flere av sykepleiere opplevde at PE pågikk lengre enn nødvendig (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). Ved forventet levetid på under 2-3 måneder er ikke PE å anbefale (Kjerulf & Grov, 2020). Noen av sykepleierne kunne fortelle historier der PE pågikk mens pasienten døde (Kjerulf & Grov, 2020).

Det ble fortalt om en følelse av tilfredshet ved å kunne hjelpe pasienten med administrering av PE, men at tilfredsheten gikk over til en følelse av meningsløshet når det ble gitt på et sent stadium. Både sykepleiere, pasient og pårørende hadde et stort

fokus på selve infusjonen. Sykepleierne mente at dette fokuset tok over for det som var viktig de siste ukene av livet (Holmdahl et al., 2014).

PE mot slutten av livet ble beskrevet som uetisk. «*Jeg synes ikke det er verdig*», sa en av sykepleierne, og mener dette kan bringe med seg unødvendig smerte for pasienten. En annen sykepleier formidlet at kroppen ikke tar opp næringen som gis den siste tiden av livet, men at kroppen heller ikke reagerer med smerte (Kjerulf & Grov, 2020).

Sykepleierne følte at verdiene rundt håpet av PE, ble skygget over av bivirkningene (Holmdahl et al., 2014). Bivirkninger som kvalme, ødemer, og nedsatt følelse av velvære og livskvalitet ble beskrevet. I tillegg erfarte sykepleierne at den medisinske tilkoblingen ga pasienten mindre bevegelsesfrihet (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). De negative sidene ved PE frembrakte en refleksjon blant sykepleierne der de spurte seg: «*for hvems behov blir infusjonen gitt?*» (Holmdahl et al., 2014).

3.2.2 Kvalitet i sykepleien

3.2.2.1 Relasjon mellom pasient og sykepleier

Pasientsentrert omsorg er sentralt i sykepleien ved livets slutt (Moran et al., 2021). Autonomi blir beskrevet som viktig når det angår pasientens ønsker og preferanser (Hernández-Marrero et al., 2018; Moran et al., 2021). Dette krever at sykepleieren har kompetansen til å lytte (Moran et al., 2021).

Sykepleierne beskriver deres eksponering for lidelse og død. Man kan tillate seg å bli emosjonelt berørt av pasienter, men følelsene må ikke bli for overveldende. Det fortelles også om ulike strategier sykepleierne bruker for å håndtere vanskelige situasjoner på jobb (Moran et al., 2021).

Gjennom erfaring kunne sykepleierne formidle at en god relasjon med pasient og pårørende, gjør det lettere å håndtere vanskelige diskusjoner angående beslutninger om PE (Holmdahl et al., 2014). En god relasjon med pasient burde være bygget på tillit (Holmdahl et al., 2014; Moran et al., 2021). Relasjonen avhenger av lengden på oppholdet (Kjerulf & Grov, 2020; Moran et al., 2021). For å bygge en god relasjon med pasienten, må man ha tid til dette (Holmdahl et al., 2014; Moran et al., 2021). Mange av pasientene er innlagt for kort, til at de rekker å bygge seg opp et bilde av hele pasientsituasjonen. En sykepleier forteller at det da er enklere å fortsette PE, fremfor å avslutte (Kjerulf & Grov, 2020).

3.2.2.2 Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende

Sykepleierne kunne fortelle om flere hendelser der ansatte kviet seg til å ha samtalen om avslutning av behandling og om døden med pasienter og deres pårørende. Grunnen til dette beskrives å være mangelen på kompetanse (Peter et al., 2013). Det kom også

frem at pårørende unngikk å diskutere PE med pasienten fordi de var redde for å informere pasienten om at døden nærmet seg (Jung et al., 2020).

30 av 32 sykepleiere som ble intervjuet, vekta stort fokus på inkludering av familiemedlemmer i omsorgsprosessen (Hernández-Marrero et al., 2018). Flertallet av pasientene ønsket at pårørende skulle ha beslutningsmyndighet ved livet slutt (Bükki et al., 2014). Videre kom det frem at pårørende som tidligere har vært involvert i beslutning om PE, satte pris på kommunikasjonen de mottok fra helsepersonell (Bükki et al., 2014). I en av studiene ble det sagt at pårørende ofte trenger tid til å prosessere å ta avgjørelser (Peter et al., 2013).

Informantene i en av studiene, beskrev at det ble gitt for lite informasjon i oppstart av PE (Kjerulf & Grov, 2020). Sykepleierne mente at man må «så frøet tidligere» fordi beslutningen om å avslutte PE ofte kommer brått på for pårørende, fordi man ikke informerer underveis. Pårørende ba ikke om informasjon, de var bare glade for at pasienten hadde startet med PE (Kjerulf & Grov, 2020).

I en av studiene beskrives det at pasient og pårørende foretrakk informasjon fra sin behandler fremfor offisielle retningslinjer. Det virket ikke som mengden informasjon påvirket pårørendes valg, men at de følte seg tryggere på å ta en beslutning etter å ha mottatt grundig informasjon (Bükki et al., 2014).

3.2.3 Beslutningsprosesser i organisasjonen

3.2.3.1 Plan med behandlingen

De etiske prinsippene velgjørenhet og ikke- skade kom frem i en av artiklene der sykepleierne til pasienter ved livets slutt spør seg: «*Hva er målet med denne behandlingen, gir det i det hele tatt mening å fortsette?*» (Hernández-Marrero et al., 2018). Dette er en usikkerhet man ser gå igjen i flere av artiklene (Hernández-Marrero et al., 2018; Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020; Peter et al., 2013). Flere av sykepleierne uttrykte behovet for en plan og tydelige mål for behandlingen (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020).

Hjemmesykepleierne fra Sverige forteller om en følelse av usikkerhet og mangel på støtte i arbeidet med PE (Holmdahl et al., 2014). De forteller at beslutningen om å igangsette PE alltid ble tatt under behandling på sykehuset, der de ikke var involvert i beslutningen. Likevel ble den praktiske håndteringen og evalueringen lagt på dem, da allmennlegene ga uttrykk for manglende kunnskap. De forteller at om det hadde blitt lagt en plan allerede når beslutningen ble tatt, ville evaluering og avslutning være tydeligere for sykepleierne, men også for pasient og pårørende (Holmdahl et al., 2014).

Sykepleierne savner klare og tydelige retningslinjer for PE og mener dette ville være spesielt viktig når man argumenterer for å avslutte behandling. Her sier også en informant at en klar og tydelig plan burde diskuteres før oppstart (Kjerulf & Grov, 2020).

I to av artiklene fortelles det om en usikkerhet knyttet til PE og at man i flere tilfeller lar seg påvirke av pårørende og deres ønsker (Holmdahl et al., 2014; Peter et al., 2013).

3.2.3.2 Tverrprofesjonell samhandling

De siste tjue årene har sykepleieverdier i palliativ omsorg blitt mer overskygget av et biomedisinsk fokus. Sykepleie må likevel ikke forekomme isolert og omsorgen forsterkes ved samarbeid og teamarbeid (Moran et al., 2021).

Sykepleiere er de som tilbringer mest tid med pasientene og lærer seg å kjenne sine pasienter, og har med dette et annet fokus enn for eksempel leger. Likevel er det ikke sykepleiere som har siste ordet når det kommer til valg av behandling (Kjerulf & Grov, 2020). Legene kunne fortelle at de respekterer sykepleiernes vurderinger siden de tilbringer mer tid med pasientene, og ser ting de ikke ser (Kjerulf & Grov, 2020). Imidlertid kunne sykepleierne fra en annen studie fortelle om en medisinsk dominans. I studien fortelles det om en hendelse der sykepleier prøvde å overbevise legen om å stoppe behandling, uten å lykkes (Peter et al., 2013).

Flere av sykepleierne forteller om hvordan deres verdier blir utfordret når de må se sine pasienter gjennomgå behandlinger de anser som unødvendige eller som en belastning for pasienten (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020; Peter et al., 2013).

Kapittel 4. Diskusjon

I første del av diskusjonen har vi tatt utgangspunkt i resultatene og hvordan de besvarer problemstillingen, sett i lys av bakgrunnskunnskap og teori. Deretter drøftet vi styrker og svakheter med metoden.

4.1 Sykepleieren vet best?

I flere av artiklene kommer det frem at pasienter og pårørende har en annen oppfatning av PE enn sykepleiere (Holmdahl et al., 2014; Jung et al., 2020; Kjerulf & Grov, 2020). Ofte har pasienter og pårørende manglende kunnskap om behandlingen og hvilke bivirkninger det kan føre med seg (Helsedirektoratet, 2013). For pasienter og pårørende betraktes PE som et måltid snarere enn en medisinsk behandling. De knytter PE til overlevelse, og uten, vil de lide av sult. Derfor blir det en verdi de kjemper for å beholde (Holmdahl et al., 2014; Jung et al., 2020; Kjerulf & Grov, 2020). Sykepleiere betrakter derimot PE som en medisinsk behandling som i noen tilfeller er svært nyttig, men som også kan bringer med seg plagsomme bivirkninger (Kjerulf & Grov, 2020).

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere delta aktivt i beslutningsprosesser angående livsforlengende behandling og bidra til at pasientens stemme blir hørt (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, paragr. 3–1). Dette innebærer respekt for pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse (Kirkevold, 2021, s. 327). Imidlertid besitter sykepleiere kunnskap som pasienter og pårørende mangler (Helsedirektoratet, 2013). Ved å respektere pasient og pårørendes ønske om å fortsette PE vil det på den ene siden ivareta autonomi og selvbestemmelse (Molven, 2017, s. 68). På den andre siden skal all behandling som gis være faglig forsvarlig (Helsedirektoratet, 2013). Ved å gi en nytteløs behandling som kan ha negative konsekvenser for pasienten, vil det stride mot de etiske prinsippene velgjørenhet og ikke-skade (Molven, 2017, s. 69). Det vil også kunne svekke pasientsikkerhet, samtidig bryte med sykepleierens ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2019b; Orvik, 2022, s. 330–331).

En teoretisk tilnærming helsepersonell kan ta i bruk er paternalisme (Wifstad, 2014, s. 134). Sykepleiere ønsker å respektere pasientens selvbestemmelse og autonomi, men i tilfeller som dette, kan det virke som om pasient og pårørende ikke er i stand til å ta rasjonelle beslutninger på grunn av manglende kunnskap. Ved sterk paternalisme kan helsepersonell gripe inn å ta et valg om å avslutte PE mot deres ønsker, fordi de ser at dette vil forebygge skade. Man kan se på dette som å hjelpe pasient og pårørende å oppnå det de egentlig ønsker, som er en verdig og smertefri død (Wifstad, 2014, s. 134–135). Imidlertid vil det kunne skape mistillit og svekket håp og livsmot hos pasient og pårørende (Holmdahl et al., 2014).

4.2 Frarøvelse av håp og livsmot

Å formidle dårlige nyheter er ofte forbundet med å ta håpet fra pasienter (Kinghorn et al., 2004, s. 96). Pasienter og pårørende holder fast ved PE sin symbolske verdi og håpet om at det skal holde pasienten i live (Kjerulf & Grov, 2020). Derfor kan sykepleiere oppleve at de tar fra pasientene håpet og livsmotet når de forteller om avslutning av PE (Holmdahl et al., 2014). I henhold til yrkesetiske retningslinjer er sykepleiere forpliktet til å støtte håp og livsmot (Norsk sykepleieforbund, 2019b).

Dette kan være en vanskelig situasjon for sykepleieren å håndtere av flere grunner. Sykepleier kan på den ene siden bli emosjonelt berørt over å vite at deres pasient snart skal dø, men det kan også være følelser som skyldfølelse av å "berøve" pasienter og pårørende for livsmot eller å føle seg utilstrekkelig (Kalfoss, 2020, s. 462–464). På en annen side kan det være utfordrende for sykepleieren å håndtere pasient og pårørendes emosjonelle reaksjoner. Det kan være følelser av sinne som går utover sykepleieren eller en følelse av tristhet. Det kan også være utfordrende å håndtere pasienter som ønsker å gi opp, og som ikke ønsker å leve lenger (Kalfoss, 2020, s. 464).

På den ene siden tar man vekk håpet om livsforlengelse, men hva med håpet om en verdig og naturlig død? I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2019b). I funnene kommer det frem at flere sykepleiere anser det å gi PE den siste tiden som "uverdige" (Kjerulf & Grov, 2020). Det fortelles om et stort fokus på infusjonen den siste tiden av livet, og at man da mister fokus på det som er viktig (Holmdahl et al., 2014). En verdig død er nok noe de aller fleste ønsker for seg selv og sine kjære. Her igjen kommer håpet om en god død, noe som kan knyttes opp mot velgjøringsprinsippet med håpet om å fremme det gode (Molven, 2017, s. 69).

4.3 Informasjonssvikt og kompetansegap

Den nasjonale veilederen anbefaler å ha forhåndssamtaler med pasient og pårørende angående behandlingsforløpet ved bruk av PE. Det kan sikre at behandlingen blir utført i tråd med pasientens ønsker og ivaretar deres autonomi og selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2013; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 71). Dette støtter opp konseptet om svak paternalisme. Sykepleieren sikrer at pasienten får nødvendig informasjon, slik at pasienten får forståelse av situasjonen og dermed blir i stand til å gjøre det hen ønsker (Wifstad, 2014, s. 135). Funnene viser derimot, at dette ikke stemmer overens med praksis. Det blir gitt for lite informasjon ved oppstart av PE (Kjerulf & Grov, 2020). Dette kan skyldes at sykepleierne kvier seg til å ha samtalen om avslutning av behandling og døden. Grunnen til dette beskrives å være mangelen på kompetanse (Helsedirektoratet, 2013; Kalfoss, 2020; Peter et al., 2013). Samtidig kan manglende erfaring med alvorlig syke og døende virke inn på sykepleierens tro på egen kompetanse (Kalfoss, 2020, s. 462). I følge Kari Martinsen læres ikke sykepleiefaglig dyktighet gjennom vitenskapen, men gjennom praksis (Martinsen, 2005, s. 165).

Beslutningen om å avslutte PE kommer ofte brått på for pårørende. Noe som igjen viser at sykepleierne burde ta samtalen tidligere. Samtidig bør pasient og pårørende bli informert underveis i behandlingen (Kjerulf & Grov, 2020). Seponering av

ernæringsbehandling, kan være tungt for alle parter. Informasjon om den naturlige dødsprosessen, nytten av PE som behandling og bivirkning av behandling burde derfor deles i god tid (Helsedirektoratet, 2013). Imidlertid er pasient og pårørende ofte i en svært sårbar situasjon når døden nærmer seg. Alvorlig syke og døende pasienter gjennomgår ulike faser og har derfor forskjellige behov angående informasjon, og ulike ønsker for medvirkning. Valg av tid, setting og bruk av ord i samtalen må velges med omhu. Det kan derfor være vanskelig å gi konkrete svar på når og hvordan begrensning av livsforlengende behandling bør diskuteres (Helsedirektoratet, 2013).

4.4 Relasjonelle utfordringer i møte med lidelse og død

Funnene viser at en god relasjon burde være bygget på tillit (Moran et al., 2021). En god relasjon bygget på tillit gjør det lettere å håndtere vanskelige diskusjoner angående avslutning om PE (Holmdahl et al., 2014). Når informasjonen leveres av en person man har tillit til, øker sjansen for at den blir positivt mottatt. Tillitsbasert kommunikasjon gir en følelse av trygghet og respekt, og kan bidra til at mottakeren lettere aksepterer den foreslåtte avslutningen. Samtidig må man være oppmerksom på at informasjon som ikke er ønsket eller som avviker fra mottakerens forventninger, kan skape mistillit (Wifstad, 2014, s. 110–111).

På den ene siden er det viktig at sykepleieren er i stand til å påvirkes emosjonelt av pasientens situasjon for å kunne forstå seg på pasientens ubehag og livskvalitet (Holmdahl et al., 2014; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 30; Moran et al., 2021). Det burde være en stor grad av personlig involvering i sykepleierens omsorg, for å unngå at pasienter føler seg fremmedgjort, misbrukt og nedverdige (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). På den andre siden viser funnene at sykepleieren kan tillate seg å bli emosjonelt berørt, men at følelsene ikke må bli for overveldende (Moran et al., 2021). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal være bevisst sin profesjonelle rolle (Norsk sykepleierforbund, 2019b). Pasienten skal ikke betraktes som uerstattelig for sykepleieren på samme måte som ens nærmeste. Dersom sykepleieren hadde følt sterk sorg for hver pasients bortgang, ville det vært umulig å være sykepleier (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). I møte med lidende og døende pasienter, blir sykepleieren utfordret på et personlig plan (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31). Det fortelles om ulike strategier sykepleierne bruker for å takle vanskelige situasjoner på jobb (Moran et al., 2021). Likevel blir det aldri en vane å se mennesker gå mot døden (Kalfoss, 2020, s. 454).

Videre krever relasjonsbygging med pasienten at sykepleieren har tid til rådighet (Holmdahl et al., 2014; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31; Moran et al., 2021). Funnene tyder på at pasientene er innlagt for kort eller blir lagt inn for sent, til at sykepleierne rekker å bygge relasjon med pasienten (Kjerulf & Grov, 2020). I motsetning til relasjonene med våre nærmeste, blir relasjonen mellom sykepleier og pasient begrenset av tid og sted, og er preget av et presset helsevesen med manglende ressurser (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31).

4.5 Profesjonskamp

Kari Martinsen uttalte: *"Hvis sykepleie skal være å stille den syke med et sikkert og trent håndlag ut fra lydhørhet overfor pasientens problemer, stilles det ikke da andre kvalifikasjonskrav enn det vitenskapen kan gi?"* (Martinsen, 2005, s. 135). Dette synet gjenspeiles i flere artiklene (Kjerulf & Grov, 2020; Moran et al., 2021). Sykepleiere opplever ofte en medisinsk dominans der viktige sykepleierverdier blir overskygget av et biomedisinsk fokus (Moran et al., 2021; Peter et al., 2013). Selv om likeverd er en norm i samhandlingen mellom leger og sykepleiere, har legene fortsatt myndighet over sykepleierne (Orvik, 2022, s. 174). Sykepleierne har utviklet en sterk evne til klinisk observasjon, kjent som "det kliniske blikket", som gjør dem i stand til å observere pasientens tilstand og endringer. Dette gir dem unik innsikt i pasientens behov (Kristoffersen, 2021a, s. 187). Til tross for dette, har sykepleieryrket historisk sett vært, og er fortsatt dominert av kvinner, og lavt prioritert i samfunnet (Martinsen, 2005, s. 135). Sykepleierrollen er preget av forventningen om å være snille og unngå å skape oppstyr. Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å si ifra dersom de opplever at behandling strider mot deres verdier (Kalfoss, 2020, s. 459).

Funnene avdekket at sykepleiere hadde gjort forsøk på å overtale legen til å avslutte behandling, uten hell (Peter et al., 2013). Sykepleierne kunne derfor beskrive utfordringer med å ivareta sine verdier når de blir vitne til pasienter som gjennomgår behandlinger som de anser som uetisk og nytteløs (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020; Peter et al., 2013). Samtidig kan det å ikke bli hørt føre til følelser som maktesløshet, svekket yrkes stolthet og en følelse av utilstrekkelighet hos sykepleieren. Disse følelsene kan gjenspeiles i yrkesutøvelsen, ved at det overtar fokus og hemmer dem i arbeidet, noe som videre kan føre til dårlig samvittighet (Wilson et al., 2015). Til tross for dette, er den nedprioriterte sykepleierrollen i stadig endring (Kalfoss, 2020, s. 459). I et av funnene, uttrykte legene at de respekterer og lytter til sykepleiernes meninger. De erkjenner at sykepleiere ser ting som de selv ikke ser (Kjerulf & Grov, 2020). De ulike profesjonene har ulike myndighet og ulike ansvarsområder for en grunn. Samhandling mellom disse profesjonene er derfor avgjørende for å sikre optimal funksjon og pasientbehandling. God samhandling minsker også faren for misforståelser og konflikter (Orvik, 2022, s. 174–175). Som igjen vil bidra til god kvalitet på helsetjenesten og økt pasientsikkerhet (Orvik, 2022, s. 330).

4.6 Sykepleiers behov for klarhet og støtte

Ifølge Martinsen, er en faglig dyktig sykepleier også en kritisk sykepleier (Martinsen, 2005, s. 165). Flere av artiklene understreker viktigheten av å ha en plan for behandlingen av PE (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). Ifølge den nasjonale veilederen, burde alle avgjørelser dokumenteres grundig, og det skal legges til rette for oppfølging og evaluering når beslutningen om livsforlengende behandling er tatt (Helsedirektoratet, 2013). Imidlertid viser funnene at dette ikke følges opp i stor nok grad. Sykepleiere opplever at beslutningen om livsforlengende behandling tas, men at det blir deres ansvar å følge opp og evaluere behandlingen. Dette fører til usikkerhet blant sykepleiere og en følelse av mangel på støtte (Holmdahl et al., 2014). Det nevnes imidlertid også manglende kompetanse på legenes side, noe som tyder på at de også

opplever usikkerhet. Dersom en plan blir utarbeidet fra start, kan det tydeliggjøre hvordan arbeidet skal gjøres, og dermed redusere usikkerheten knyttet til beslutninger angående PE (Holmdahl et al., 2014).

Funn viser at sykepleiere knytter de etiske prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade til fordeler og ulemper om behandling med PE ved livets slutt (Hernández-Marrero et al., 2018). Som tidligere nevnt kan overdreven bruk av PE føre til flere bivirkninger for pasienten enn nytte (Kjerulf & Grov, 2020). Sykepleierne uttrykte derfor behovet for en plan ved oppstart av PE, og mener at klare og tydelige retningslinjer vil være spesielt viktig når man skal argumentere for å avslutte behandlingen (Holmdahl et al., 2014; Kjerulf & Grov, 2020). Det etiske prinsippet om rettferdighet kan også brukes som argument for å utarbeide en behandlingsplan. Rettferdighet omhandler ansvarlig fordeling av ressurser i helsevesenet, og inkluderer at behandlingen som gis skal være av nytteverdi (Molven, 2017, s. 69). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (Norsk sykepleieforbund, 2019b). Helsedirektoratet hevder at pasienter som mottar PE mot slutten av livet, trolig ikke vil ha nytte av denne behandlingen når døden nærmer seg (Helsedirektoratet, 2018). Det kan derfor diskuteres om man heller burde prioritere ressurser på behandling for de som kan ha bedre nytte av det, fremfor "nytteløs" behandling til døende pasienter (Helsedirektoratet, 2013). Ved å utarbeide en plan som spesifiserer når behandling ikke lenger anses som nyttig, kan overbehandling forhindres og ressursene vil kunne prioriteres annerledes.

4.7 Metodediskusjon- styrker og svakheter

En styrke ved oppgaven er at vi har benyttet boken «Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter» og Evans (2002) analysemodell som grunnlag for oppbygningen av oppgaven (Evans, 2002; Thidemann, 2020). Dette har hjulpet oss med å strukturere oppgaven og analysere funnene våre på en systematisk måte. Videre har vi valgt å inkludere forskningsartikler publisert mellom 2013-2023, noe som styrker oppgavens aktualitet ved å gi oss tilgang til den nyeste forskningen innen feltet. Dette har gjort det mulig for oss å basere våre diskusjoner på oppdatert kunnskap.

Valget av aldersspennet har både fordeler og ulemper. Etter å ha vurdert inklusjons- og eksklusjonskriteriene, landet vi på et aldersspenn på 60 år og eldre. Opprinnelig ønsket vi å ha en mer spesifikk aldersgruppe på 75 år og eldre, men vi støtte på utfordringer med å finne tilstrekkelig mengde relevant forskning. Grunnen til at vi opprinnelig ønsket en aldersgruppe med "gamle", det vil si 75 år og eldre, er fordi selv om en person på 60 år kan klassifiseres som "eldre", så er dette likevel en tidlig fase i livet å oppleve palliative behov. En svakhet med et så bredt aldersspenn er forskjell i følelsene knyttet til palliativ pleie mellom yngre eldre og gamle. Det er viktig å erkjenne at det kan være betydelige forskjeller i behandlingsfokus mellom en person på 60 år og en som er over 90 år (Ranhoff, 2020, s. 53). I den norske konteksten blir en 60-åring fortsatt ansett som relativt ung, og det kan derfor virke "unaturlig" å ha et palliativt fokus på en 60-åring i motsetning til en 90-åring. Fordelen med et aldersspenn på 60 år og eldre, er at vi fant mer forskning på dette området.

Selv om artiklene vi har funnet ikke alltid spesifiserer alderen, har vi forsøkt å identifisere aldersgrupper basert på tilgjengelig informasjon i forskningen. Noen av artiklene nevner ikke eksplisitt eldre eller gamle pasienter, men det er heller ingen indikasjon på at pasientgruppen er yngre. I en av studiene blir alle voksne inkludert i pasientgruppen. Likevel kommer frem at pasientens alder kan påvirke pårørendes holdninger og valg når det gjelder kunstig ernæring, og artikkelen skriver om pårørendes tanker om kunstig ernæring hos eldre (Bükki et al., 2014).

En annen begrensning i oppgaven er at vi ikke har spesifisert en bestemt helsesektor som er viktig for våre funn. Dette kan ha både positive og negative sider. På den ene siden gir det oss muligheten til å se flere perspektiver og reflektere over forskjellige kontekster. På den annen side kunne vi ha oppnådd mer presise og konkrete funn ved å fokusere på en spesifikk sektor. Våre funn omhandler primært sykehus og hjemmesykepleie. Vi har derfor begrenset kunnskap om hvordan praktiseringen av PE eksempelvis foregår på sykehjem for.

4.8 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse de etiske utfordringene sykepleieren står ovenfor i sitt arbeid med eldre palliative kreftpasienter som mottar PE. Gjennom oppgaven kommer det tydelig frem at sykepleieren møter flere komplekse utfordringer i sin praksis.

En av de sentrale utfordringene er knyttet til pasientens autonomi og selvbestemmelse. Sykepleieren kan oppleve at pasienter og deres pårørende har sterke følelsesmessige bånd til PE og dens symbolske verdi. Dette gjør det utfordrende for sykepleiere å balansere ivaretagelsen av pasientens autonomi med prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade i beslutninger angående PE.

Ved avslutning av PE kan sykepleiere oppleve at de frarøver pasienters håp og livsmot. Dette kan være vanskelig for sykepleieren å håndtere, både på et personlig og på et mellommenneskelig nivå. Det utfordrer også sykepleierens verdier når pasienter mottar PE i et sent stadium av sykdommen. Dette kan oppleves som en uverdlig praksis som strider mot ønsket om en naturlig og verdig død, samt prinsippet om velgjørenhet.

Informasjonsformidling er en annen utfordring som har blitt belyst. Sykepleiere kan oppleve vanskeligheter med å gi tilstrekkelig informasjon til rett tid, på bakgrunn av manglende kompetanse og grunnet pasienter og pårørendes sårbare situasjon. Dette kan påvirke pasientens rett til autonomi, selvbestemmelse og innsikt i egen situasjon. Sykepleiere kan også oppleve begrenset tid til å bygge opp en god relasjon. Tilliten som opparbeides gjennom relasjonen kan svekkes dersom sykepleieren formidler uønsket informasjon.

Tverrprofesjonell samhandling utgjør en annen kilde til utfordringer. Sykepleiere kan oppleve en medisinsk dominans der deres meninger og verdier ikke blir tilstrekkelig hørt. Dette kan utfordre sykepleierens verdigrunnlag. En annen utfordring er mangel på støtte i arbeidet og en tydelig plan, noe som medfører at sykepleiere føler seg usikre i arbeidet med PE. Manglende plan kan også utfordre rettferdighetsprinsippet der prioritering av helsehjelp kan diskuteres.

Vi konkluderer med at en reflektert og bevisst tilnærming til disse etiske utfordringene vil potensielt kunne bidra til å ivareta pasientenes behov på en helhetlig og respektfull måte. Dette er noe vi håper vår bacheloroppgave kan bidra med.

Referanser

- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2015). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301–315). Gyldendal.
- Bükki, J., Unterpaul, T., Nübling, G., Jox, R. J., & Lorenzl, S. (2014). Decision making at the end of life—Cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3287–3299.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2337-6>
- Evans, D. (2002). *SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA*. 20(2), 5.
- FHI. (2022). *Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/oppslagsverk-og-databaser/databaser>
- Helsebiblioteket. (2018). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/fc013b2b-2a7c-4a02-a7fd-9db5440dbf42:50436864f70ea32be7afe76975ce73349305f333/Beslutningsproses

ser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Mat og drikke når døden er nært forestående*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/mat-og-drikke-nar-doden-er-naert-forestaende>

Hernández-Marrero, P., Fradique, E., & Pereira, S. M. (2018). Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis.

Nursing Ethics, 26(6), 1680–1695. <https://doi.org/10.1177/0969733018774610>

Holmdahl, S., Sävenstedt, S., & Imoni, R. (2014). Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 89–96. <https://doi.org/10.1111/scs.12038>

Jung, K.-S., Oh, S. Y., Jun, H. J., Song, B.-K., Park, K., Oh, S., Kim, J.-J., & Park, E.-J. (2020). Effect of education on preference of parenteral nutrition for patients in palliative care unit: Quantitative and qualitative study with an anthropological approach. *2020*, 9(5), 2793–2799. <https://doi.org/10.21037/apm-20-269>

Kalfoss, M. H. (2020). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 453–481). Gyldendal.

Kinghorn, S., Gaines, S., & Satterly, G. (2004). Communication in advanced illness: Challenges and opportunities. I S. Kinghorn & S. Gaines (Red.), *Palliative Nursing. Improving end-of-life care* (2. utg.). Churchill Livingstone Elsevier.

Kirkevold, M. (2021). Pasientsikkerhet, kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Fag og profesjon* (4. utg., s. 319–360). Gyldendal.

Kjerulf, K. B., & Grov, E. K. (2020). Parenteral ernæring i livets slutfase. *Sykepleien Forskning*, 82609, e-82609. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82609>

Kreftforeningen. (2023). *Problemer med å spise?* Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kosthold-ved-kreft/problemer-med-a-spise/>.

Kreftregisteret. (2023). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2021a). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Fag og profesjon* (4. utg., s. 169–218). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Fag og profesjon* (4. utg., s. 225–282). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie- relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Fag og profesjon* (4. utg., s. 29–72). Gyldendal.

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397–430). Gyldendal.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Akribe.

Mathisen, J., & Steindal, S. A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 105–145). Gyldendal.

MeSH. (u.å.). *MeSH på norsk- Begreper innen medisin og helsefag*. <https://mesh.uia.no/>

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal Juridisk.

Moran, S., Bailey, M., & Doody, O. (2021). An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00810-6>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleieforbund. (2019a). *Etiske dilemma*. <https://www.nsf.no/etikk-0/etiske-dilemmaer>

- Norsk sykepleieforbund. (2019b). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2013). Narratives of aggressive care: Knowledge, time and responsibility. *Nursing Ethics*, 21(4), 464–472. <https://www.doi.org/10.1177/0969733013502804>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53–65). Gyldendal.
- Slettebø, Å., & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 216–229). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J., & Almås, H. (2020). Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 17–48). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk- Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.). Fagbokforlaget.
- Wifstad, Å. (2014). *Helsefagenes etikk. En innføring*. Universitetsforlaget.
- Wilson, C. B., Martis, K., & Esposito, J. (2015). Embracing the difference caring makes: Implementing caring groups in a new graduate program. *International Journal for Human Caring*, 19(1), 40–48.

Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A.

Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2. Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 255–301). Gyldendal.

